

غدد	
۶۷	خانم ۲۸ ساله ای با حملات مکرر هیپوگلیسمی و کوما مجدداً با تشنج در اورژانس بستری می شود. در بدو ورود آزمایشات $BS=31 \text{ mg/dl}$ ، $insulin=15 \mu\text{u/l}$ (normal =2-20) ، $Cpeptide=2 \text{ ng/ml}$ (normal =0.8-3.5) و پروانسولین غیر قابل اندازه گیری گزارش شده بود. جستجوی ادرار برای سولفونیل اوره منفی است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟
الف	انسولینوما
ب	ترشح اکتوییک انسولین
ج	مصرف Repaglinide
د	تومور Non B Cell
	منبع:

غدد	
۶۸	خانم ۴۵ ساله ای بدلیل RA تحت درمان با پردنیزولون 50 mg و هیدروکسی کلروکین قرار گرفته است. جدیداً بیمار با آزمایشات زیر به شما ارجاع داده می شود. $FBS=250 \text{ mg/dl}$ $Cr=1.8$ $BS2hpp=350 \text{ mg/dl}$ $AST=45$ (upto 30) $ALT=38$ (upto 30) مناسب ترین اقدام درمانی کدام است؟
الف	گلی کلایزید ۸۰ میلی گرم روزانه و ۵۰۰ میلی گرم متفورمین
ب	سیتاگلیبتین 100 mg و کاهش دوز پردنیزولون
ج	شروع انسولین و کاهش پردنیزولون
د	پیوگلیتازون ۳۰ میلی گرم و گلی کلایزید ۶۰ میلی گرم
	منبع:

غدد	
خانم ۳۰ ساله ای با شکایت از هیرسوتیسم مراجعه کرده است. وی از الیگومنوره و افزایش وزن در طی یکسال گذشته شاکی است و BMI=30 دارد. استریا شکمی ندارد. در آزمایشها:	۶۹
TSH=0.7 nmol/l (0.21-2.98) DHEAS=10000 (120-5350 µg/l)	
اقدام بعدی شما چیست؟	
الف سونوگرافی از تخمدان	
ب اندازه گیری OHP 17	
ج اندازه گیری پرولاکتین	
د CT اسکن آدرنال	
	منبع:

غدد	
کدامیک از فاکتورهای زیر باعث افزایش اشتها می شوند؟	۷۰
الف گرلین	
ب GIP1	
ج سروتونین	
د αMSH	
	منبع:

غدد	
مرد ۶۳ ساله با سابقه سرطان ریه از ۲ سال قبل که در حال حاضر کنترل است. در بررسی های دوره ای توده ۳×۴ سانتی متر در آدرنال راست گزارش شده است. اولین اقدام شما کدام است؟	۷۱
الف FNA از توده آدرنال	
ب اندازه گیری آلدوسترون و رنین	
ج متانفرین و نورمتانفرین ادرار	
د کورتیزول ۸ صبح	
	منبع:

غدد	
۷۲	<p>خانم ۶۰ ساله ای با سابقه فشار خون بالا و IHD بدلیل طپش قلب و کاهش وزن مراجعه کرده است. در معاینه تیروئید ۳ ندول در سایز ۲×۳cm لمس می شود و در سونوگرافی کلسیفیکاسیون ندارد. در اسکن تیروئید افزایش جذب در ناحیه ندولها دیده می شود. آزمایشها:</p> <p>TSH<0.001 Iu/ml (0.4-4.5) T₄=16 mg/dl (4.5 -12)</p> <p>اقدام درمانی مناسب کدام است؟</p>
الف	شروع متی مازول و سپس ید تراپی
ب	ید تراپی در ابتدا
ج	درمان با متی مازول تا یکسال
د	ساب توتال تیروئیدکتومی
	منبع:

غدد	
۷۳	<p>خانم ۳۰ ساله ای با سابقه کم کاری تیروئید از ۱۰ سال قبل تحت درمان با لوتیروکسین روزانه ۱۰۰ میکروگرم است. در طی ۶ ماه گذشته TSH افزایش یافته ولی بیمار دارو را منظم و با فا صله یک ساعت از غذا م صرف می کند و با افزایش دوز لوتیروکسین نیز کنترل نشده است. در آزمایشها:</p> <p>BMI=22 MCV=70 Hb=11.5 TSH=20 Iu/ml (0.4-4.4) T₄=4 μg/ul (4.5-12)</p> <p>اقدام بعدی شما کدام است؟</p>
الف	Anti TPO
ب	Ca-PTH
ج	Anti TTG
د	Cortisol 8 Am
	منبع:

غدد	
۷۴	مرد ۶۵ ساله با دیابت نوع II از ۱۰ سال قبل تحت درمان با متفورمین ۱۵۰۰ میلی گرم ، گلی کلازید ۸۰ میلی گرم روزی یک عدد و linagliptin روزانه است. وی در ۲ ماه گذشته چند نوبت افت قند خون داشته است. در آزمایشها: FBS=140 mg/dl TSH=1 Iu/ml (0.4-4.5) Cr=0.8 HbA _{1C} =8 وی برای فشار خون بالا لوزارتان استفاده می کند و سابقه IHD و آنژیوپلاستی یک سال قبل دارد. اقدام بعدی شما کدام است؟
الف	قطع کلی کلازید و شروع امپاگلووزین ۱۰
ب	تبدیل کلی کلازید ۸۰ به ۳۰ میلیگرم
ج	اضافه کردن سیتاگلیتپین و ادامه کلی کلازید
د	اضافه کردن لیراگلوکید به درمان قبلی
	منبع:

غدد	
۷۵	خانم ۶۰ ساله ای با دیابت نوع II و سکته قلبی تحت درمان با آتوروستاتین ۴۰mg برای کنترل هیپرلیپیدمی است در آزمایش های جدید : LDL=85 mg/dl Chol=120 mg/dl TG=160 mg/dl اقدام بعدی شما برای درمان هیپرلیپیدمی کدام است؟
الف	قطع آتوروستاتین و تجویز رزوستاتین ۲۰ میلیگرم
ب	اضافه کردن آتوروستاتین به ۸۰ میلیگرم
ج	ادامه درمان قلبی و توصیه به رژیم غذایی
د	ادامه آتوروستاتین و اضافه کردن Ezetimab
	منبع:

غدد	
۷۶	همه موارد زیر کنتر اندیکاسیون HRT در خانمهای منوپوز است <u>بجز</u> :
الف	Liver dysfunction
ب	Transient Ischemic Attack
ج	Obesity
د	History of CHD
	منبع:

غدد	
۷۷	بیمار خانم ۳۵ ساله مبتلا به آسم و تحت درمان با پردنیزولون بوده ، بیمار همچنین از مدتها قبل OCP مصرف می کرده است. در حال حاضر در شرح حال و معاینه نکته مثبتی ندارد. بررسی اولیه بیمار که توسط پزشک عمومی بعنوان check UP صورت گرفته آزمایش T4 و کورتیزول برای بیمار درخواست گردیده است. در بیمار فوق انتظار دیدن همه موارد زیر را دارید <u>بجز</u> :
الف	افزایش T4
ب	افزایش کورتیزول
ج	کاهش کورتیزول
د	افزایش TSH
	منبع: