

مجموعه پرسش‌ها و  
پاسخ‌های تشریحی

آزمون بورد و ارتقا  
کودکان ۱۴۰۴

گردآوری و تالیف:

**دکتر کامران دهقان**

فوق تخصص نوزادان

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

**دکتر مرجان کوهنورد**

متخصص بیماری‌های کودکان

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

**دکتر مهدیه حاجی**

دستیار تخصصی بیماری‌های کودکان

رشته‌ی اطفال یکی از ارکان اساسی علوم پزشکی است که به مراقبت همه‌جانبه، رشد و تکامل نوزادان، کودکان و نوجوانان اختصاص دارد. دستیابی به مهارت در این تخصص، مستلزم تسلط بر اصول نظری در کنار توانایی استدلال بالینی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد است. آزمون‌های مورد و ارتقا در رشته اطفال به‌عنوان ارزیابی‌های دقیق و استاندارد، میزان شایستگی علمی و حرفه‌ای پزشکان را می‌سنجند و بر حفظ بالاترین معیارهای علمی و بالینی تأکید دارند. این کتاب با عنوان مجموعه پرسش و پاسخ‌های تشریحی آزمون مورد و ارتقای کودکان ۱۴۰۴ با دقت و توجه ویژه گردآوری شده است تا داوطلبان را در تثبیت دانش، ارتقای مهارت حل مسئله و دستیابی به آمادگی بهینه یاری رساند. امید است این مجموعه بتواند به‌عنوان منبعی علمی و در عین حال کاربردی، همراهی مطمئن برای متخصصان اطفال در مسیر موفقیت حرفه‌ای آنان باشد.

|     |                         |
|-----|-------------------------|
| ۷   | آزمون مورد کودکان ۱۴۰۴  |
| ۱۲۰ | آزمون ارتقا کودکان ۱۴۰۴ |

artinteb.com

## آزمون مورد کودکان ۱۴۰۴

۱- در یک دختر ۵ ساله وجود کدامیک از بیماری‌های منتقله جنسی زیر از نظر sexual abuse تشخیصی می‌باشد؟

- الف) واژینیت باکتریال  
ب) هرپس آنژینیتال  
ج) مولوسکوم کونتاژیوزوم آنژینیتال  
د) کلامیدیا تراکوماتیس

**پاسخ: د**

فصل ۱۷

علائم فیزیکی آزار جنسی در کودکان نادر هستند و تنها در حدود ۵ درصد از کودکانی که مورد معاینه پزشکی قرار می‌گیرند معمولاً بلافاصله پس از وقوع آزار مشاهده می‌شوند. رفتارهای سوءاستفاده‌آمیز مانند لمس اندام تناسلی یا حتی دخول با انگشت ممکن است هیچ آسیبی ایجاد نکند. از آنجا که آسیب‌های ناحیه تناسلی معمولاً طی چند روز ترمیم می‌شوند، در زمان مراجعه کودک برای ارزیابی پزشکی، معمولاً هیچ جراحاتی مشاهده نمی‌شود. بنابراین، معاینه طبیعی دستگاه تناسلی، احتمال یا امکان وقوع آزار جنسی را رد نمی‌کند و نباید مانع ارجاع کودک به خدمات حمایت از کودکان شود. یافته‌های فیزیکی که ممکن است نشانگر آزار جنسی باشند، عبارت‌اند از: درد در ناحیه تناسلی یا مقعد خون‌ریزی یا ترشحات ناحیه تناسلی یا مقعدی

علاوه بر این، عفونت‌های منتقله از راه جنسی (STIs) از جمله سوزاک، کلامیدیا و تریکوموناس (در خارج از دوره نوزادی) بسیار مشکوک به آزار جنسی هستند. همچنین، بارداری نیز ممکن است از پیامدهای آزار باشد.

۲- شیرخواری را جهت ارزیابی تکاملی به مرکز بهداشت آورده‌اند. وی اشیاء پنهان شده زیر یک پارچه را پیدا می‌کند. این مهارت نشانه بروز کدامیک از شاخص‌های تکاملی زیر است؟

- الف) مشارکت اجتماعی فعال  
ب) رها کردن ارادی اشیاء  
ج) پدیده بقاء اشیاء  
د) به کارگیری اشیاء

**پاسخ: ج**

فصل ۲۳

**#مدیریت نوزادان متولدشده از مادران مبتلا به هرپس تناسلی:**

نوزادان بدون علامت که از مادران دارای هرپس تناسلی اولیه (first-episode) و از طریق زایمان واژینال متولد می‌شوند، در خطر بسیار بالای ابتلا به HSV قرار دارند.

در این نوزادان باید از نازوفارنکس، دهان، ملتحمه، رکتوم، ناف حدود ۲۴ ساعت پس از تولد نمونه‌گیری برای کشت یا PCR سطحی (در صورت دسترسی) انجام شود.

شروع درمان با آسیکلوویر فقط در صورت علامت‌دار شدن نوزاد انجام می‌شود.

**۷۳- کودک ۳ ساله‌ای از سه هفته پیش دچار اسهال و درد کرامپی شکم همراه با تهوع، بی‌اشتهایی و کاهش وزن شده است. در آزمایش مدفوع خون، بلغم و گلبول سفید ندارد. کدام مورد برای تشخیص علت اسهال ارجح است؟**

الف) Loop- mediated amplification (LAMP) (ب) Stool enzyme immunoassay

ج) Duodenal aspiration and biopsy (د) Stool culture

**پاسخ: ب**

فصل ۳۲۸

**ژیاردیازیس (Giardiasis):**

دوره کمون عفونت با *Giardia duodenalis* معمولاً ۱ تا ۲ هفته است، هرچند ممکن است طولانی‌تر نیز باشد.

طیف وسیعی از تظاهرات بالینی در این عفونت مشاهده می‌شود و بستگی به تعامل میان انگل (*G. lamblia*) و میزبان دارد.

**#تظاهرات بالینی:**

عفونت‌های علامت‌دار در کودکان شایع‌تر از بزرگسالان هستند.

اکثر بیماران علامت‌دار دوره‌ای از اسهال حاد محدود را تجربه می‌کنند که ممکن است با یا بدون تب خفیف، تهوع و بی‌اشتهایی همراه باشد.

در درصد کمی از بیماران، سیر بیماری مزمن یا متناوب است که با علائمی مانند:

اسهال،

اتساع و کرامپ شکمی،

نفخ و احساس پری،

بی‌حالی،

گاز زیاد،

تهوع، بی‌اشتهایی،

و کاهش وزن مشخص می‌شود.

در مراحل ابتدایی، مدفوع آبکی و حجیم است؛ سپس به تدریج چرب، بدبو و شناور می‌شود.

مدفوع فاقد خون، موکوس یا لکوسیت‌های مدفوعی است.

در درجات مختلف، سوءجذب ممکن است رخ دهد.

**#تشخیص:**

ژیاردیازیس باید در کودکان مبتلا به یکی از شرایط زیر مدنظر قرار گیرد:

یافته‌های آزمایشگاهی:

هیچ تست اختصاصی برای ADEM وجود ندارد.

**CSF:**

معمولاً نرمال است یا پلی‌سیتوز خفیف با غلبه لنفوسیت یا مونوسیت دارد.

پروتئین CSF ممکن است افزایش یابد، به‌ویژه در نمونه‌های تکراری.

**EEG:**

معمولاً کندی منتشر نشان می‌دهد که با انسفالوپاتی سازگار است؛ ممکن است کندی یا امواج صرعی فوکال در نواحی دمیلینه نیز وجود داشته باشد.

۱۳۰- شیرخواری هیپوتونی غیر پیش‌رونده همراه با تاخیر در حرکات درشت (Gross) دارد. سایر معاینات طبیعی است اما دچار دررفتگی تکراری مفاصل خصوصاً مفصل شانه می‌گردد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) دیستروفی عضلانی دوشن

ب) هیپوتونی مادرزادی خوش‌خیم

ج) دیستروفی عضلانی مادرزادی

**پاسخ: ب**

فصل ۶۴۸

هیپوتونیای مادرزادی خوش‌خیم:

هیپوتونیای مادرزادی خوش‌خیم یک بیماری نیست، بلکه یک اصطلاح برای نوزادان یا کودکانی است که دارای هیپوتونیای غیرپیش‌رونده با منشأ نامشخص هستند. این کاهش تون عضلانی معمولاً با ضعف عضلانی یا تاخیر رشد حرکتی همراه نیست، هرچند برخی کودکان مهارت‌های حرکتی درشت را آهسته‌تر از حد معمول یاد می‌گیرند.

رفلکس‌های تاندونی طبیعی و اعصاب جمجمه‌ای طبیعی‌اند و هوش کودک نیز نرمال است. تشخیص هیپوتونیای مادرزادی خوش‌خیم exclusive diagnosis است یعنی پس از نتایج طبیعی آزمایشگاهی، بیوپسی عضله و تصویربرداری مغز مطرح می‌شود.

پیش‌آگهی معمولاً خوب است و نیاز به درمان خاصی ندارد.

فیزیوتراپی می‌تواند به راه رفتن کمک کند. هیپوتونی معمولاً تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

با وجود نام آن، این اختلال همیشه به اندازه اسمش خوش‌خیم نیست؛ زیرا شایع‌ترین عارضه، دررفتگی‌های مکرر مفاصل، به‌ویژه شانه‌هاست. تحرک زیاد ستون فقرات می‌تواند باعث آسیب کششی، فشار یا اختلال عروقی ریشه‌های عصبی یا نخاع شود. این مسائل به ویژه برای کودکانی که ژیمناستیک کار می‌کنند یا به عنوان آکروبات در سیرک فعالیت دارند، به دلیل تحرک زیاد مفاصل بدون ضعف یا درد، خطرناک است.

۱۳۱- پسری ۶ ساله متعاقب عفونت ویروسی تنفسی، دچار علائم اولیه بی‌حسی و به دنبال آن ضعف شده است.

ضعف از اندام تحتانی شروع و سپس به تنه و اندام فوقانی انتشار یافته است. کدامیک از علائم زیر نشانه قریب-الوقوع بودن نارسایی تنفسی است و اندیکاسیون بستری در PICU دارد؟

الف) نوسانات فشارخون

ب) نوسانات ضربان قلب

ج) ضعف عضلات صورت

د) دوره‌های تاکیکاردی گذرا

**پاسخ: ج**

فصل ۲۴۷

**(وبا) Vibrio Cholera:**

اسهال آب برنجی با بوی ماهی پاتوگنومیک بیماری است. وبا بیماری دهیدراته‌کننده است که در صورت عدم درمان به سرعت باعث مرگ می‌شود.

اساس درمان: دهیدراتاسیون است ←

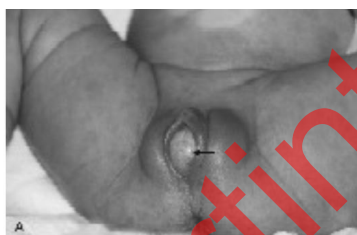
۱- ORS در موارد Mild و Moderate

۲- مایعات وریدی خصوصاً رینگر لاکتات در موارد دهیدراتاسیون Sever.

آنتی‌بیوتیک: سینگل دوز داکسی سایکلین، سیپرو آزیترومایسین.

آنتی‌بیوتیک: در بیماران با دهیدراتاسیون شدید استفاده می‌شود و Single dose خط اول داکسی سایکلین 2-4mg/kg داروهای جایگزین سیپروفلوکساسین تک دوز و آزیترومایسین است.

۸۴- در معاینه یک نوزاد دختر تازه متولد شده در ناحیه ژنیتالیا یک توده سفید رنگ و سفت و برجسته بین کلیتورس مشهود است. حال عمومی نوزاد خوب است. دفع مکنیوم داشته است. در سونوگرافی هیدرونفروز و اثر فشاری روی حالب چپ مشهود است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟



- الف) ترانوم ساکروم  
ج) همایمن بسته  
ب) همانژیوم  
د) نوروبلاستوم

**پاسخ: ج**

فصل ۵۸۵

**هایمن ایمپرفوره:**

ناهنجاری مادرزادی که دهانه واژن بسته است و ترشحات و خون تجمع می‌یابد که ممکن است با اثر فشاری روی مثانه و مجاری ادرار باعث احتباس ادراری و هیدرونفروز می‌شود که در این صورت باید جراحی شود. در غیر این صورت در زمان بلوغ جراحی می‌شود.

۸۵- نوزاد ترمی به دنبال کاهش حرکات داخل رحمی با سزارین اورژانسی متولد شده است. در بدو تولد تنفس موثر نداشته و تهویه با ماسک و بگ شروع شده است. پس از ۳۰ ثانیه ضربان قلب او ۴۰ بار در دقیقه است. جهت ادامه احیا اقدام بعدی مناسب کدام است؟

- الف) جابجایی ماسک و تغییر وضعیت گردن  
ج) تجویز اپی نفرین با دوز مناسب  
ب) شروع فشردن قفسه سینه  
د) تجویز افزایش‌دهنده حجم داخل عروقی

**پاسخ: الف**

فصل ۱۲۳

باید اقدامات اصلاحی MRSOPA انجام شود.

نایسریا مننژیتیس:

در صورت شک بالینی به مننژیت نایریسا (دیپلوکوک گرم منفی) باید بلافاصله درمان آنتی‌بیوتیکی تجربی با سفالوسپورین‌های نسل سوم شروع شود.  
در مناطق با مقاومت دارویی و نکومايسين نیز باید اضافه شود.

۱۲۰- در کدامیک از نوزادان زیر به دنبال تشخیص انسفالوپاتی هیپوکسیک - ایسکمیک شدید، هیپوترمی

درمانی توصیه می‌شود؟

- الف) سن حاملگی ۳۳ هفته  
ب) وزن تولد ۱۷۰۰ گرم  
ج) نوزاد ترم ۴ ساعته  
د) هیدروسفالی شدید داخل رحمی

**پاسخ: ج**

فصل ۱۲۲

هیپوکسیک - ایسکمیک آنسفالوپاتی (HIE):

هیپوکسی به معنای کاهش اکسیژن‌رسانی به ارگان و ایسکمی به معنای کاهش جریان خون به ارگان است. در نوزادان با آسفیکسی، HLE باعث آسیب مغزی و افزایش مورتالیتی و موربیدیتی می‌شود.  
هیپوترمی درمانی به صورت خنک‌سازی موضعی سر بیمار و یا خنک‌سازی سیستمیک طی ۶ ساعت اول تولد و تداوم تا ۷۲ ساعت باعث کاهش مرگ و میر می‌شود. مکانیسم آن با کاهش آپوپتوز و تولید واسطه‌های نوروکسیسیته‌ها و کاهش تشنج است. کنتراندیکاسیون هیپوترمی ← نوزادان زیر ۲۵ هفته، نوزادان با وزن زیر ۱۸۰۰ و ناهنجاری‌های عمده مادرزادی.

۱۲۱- نوزادی یک روزه در بخش مراقبت‌های ویژه با میکروفتالمی، نقایص اسکالپ، شکاف مرکزی لب، پلی داکتیلی، میکروسفالی، سوفل قلبی و فقدان دنده‌ها در رادیوگرافی قفسه سینه ویزیت می‌شود. کدام تریزومی برای بیمار مطرح است؟

- الف) ۸  
ب) ۱۳  
ج) ۱۸  
د) ۲۱

**پاسخ: ب**

فصل ۵۷

به جدول ۱-۵۷ در صفحه بعد توجه نمایید.

۱۲۲- در کودک ۱۰ ساله دچار سوختگی وسیع، تجویز کدامیک از موارد زیر اندیکاسیون دارد؟

- الف) آلبومین در صورت آلبومین ۲/۸ گرم / دسی لیتر  
ب) Packed Cell در صورت هموگلوبین ۶/۸ گرم در دسی لیتر  
ج) فاکتور ۷ فعال در صورت خونریزی و افزایش PTT  
د) FFP در صورت PT مساوی ۱/۲ برابر کنترل

**پاسخ: ب**

۱۴۲- برای نوزاد سه روزه‌ای که با وزن ۲۵۰۰ گرم در NICU بستری است، به علت هیپوتانسیون مقاوم به درمان، تست دوز هیدروکورتیزون به میزان ۲/۵ میلی گرم تزریق شده است. بعد از ۴ ساعت فشارخون نوزاد همچنان پایین است. در مورد ادامه درمان با هیدروکورتیزون اقدام مناسب بعدی کدام است؟

الف) ادامه درمان با همان دوز قبلی  
 ب) ادامه درمان با دوز بالاتر  
 ج) تزریق دوز تکراری loading  
 د) قطع درمان هیدروکورتیزون

### پاسخ: د

### فصل ۱۲۱

هیپوتنشن نوزادی:

در نوزادان ترم هیپوتنشن می‌تواند ناشی از شوک، عفونت، اختلال قلبی، پنوموتراکس پریکاردیال افیوژن، اختلال متابولیک (نارسایی آدرنال) باشد. درمان: از مایعات کریستالوئید یا کولوئید داخل ولیدی، داروهای وازوپرسور، کورتیکوستروئید استفاده می‌شود. نکته: هیدروکورتیزون به صورت 1 mg/kg تست دوز داده می‌شود اگر طی ۲-۴ ساعت افزایش فشار وجود نداشت ادامه نمی‌دهیم اما در صورت پاسخ دوز نگهدارنده می‌دهیم.

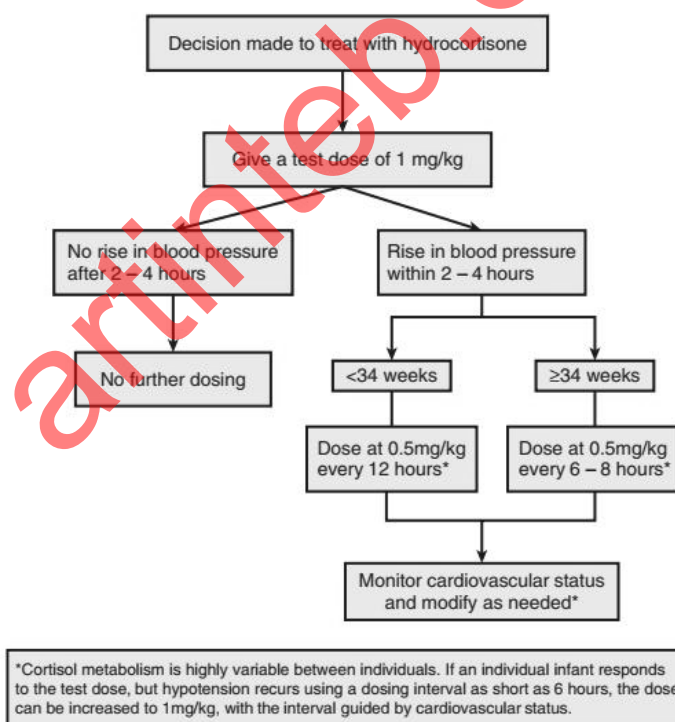


Fig. 121.1 Suggested treatment algorithm for hydrocortisone dosing in the newborn. (From Watterberg KL. Hydrocortisone dosing for hypotension in newborn infants: less is more. J Pediatr. 2016;174:23-26.)