

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

آزمون‌بورد و ارتقا کودکان

بر اساس تلسون ۲۰۲۵

از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۴

جدد

عفونی، اعصاب، نوروماسکولار، ایمونولوژی
آلرژی، گوش، حلق و بینی، چشم

گردآوری و تألیف

دکتر ایمان وفائی

رتبه ۲ آزمون فوق تخصص کشوری ۱۴۰۱

بورد فوق تخصصی ریه اطفال

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

همکارگرمی کتاب پیش رو حاصل ۱ سال تلاش برای جمع آوری سوالات ارتقا و بوردا از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۴ می باشد. گنجینه ای ارزشمند و بی نظیر برای تمرین و تکرار نکات بسیار مهم می باشد. تمام سوالات را بازخوانی و بر اساس نلسون ۲۰۲۴ پاسخ دادم. در طول یکسال اخیر که به ترجمه و تالیف و انتشار کل کتاب نلسون ۲۰۲۴ پرداختم و بر اساس تجربه ۱۲ ساله اینجانب در تالیف کتب و تدریس امتحانات ارتقا و بوردا، نکاتی از نلسون ۲۰۲۴ که به تازگی تغییر کرده است ۱۰۰ درصد امتحانی است. همچنین بعد از اپیدمی کرونا عوارضی ایجاد گردیده است که به تازگی وارد فصول مختلف کتاب شده است که حتما مورد نظر طراحان محترم سوال است، که برای راهنمایی شما عزیزان همه مطالب جدید را در این کتاب اشاره کردم. از مزیت های دیگر این کتاب اشاره به نکات IV – LINE برای شما است (IV – LINE : Iman Vafaei LINE) به مفهوم راه و روش دکتر ایمان وفائی است که شامل نکته کلیدی برای رسیدن سریع به تشخیص و درمان تست می باشد در اکثر سوالات IV – LINE ها برایتان مشخص کردم تا بتوانید در سریع ترین زمان ممکن به تشخیص و درمان و انتخاب گزینه مناسب برسید. از جمله مواردی که این کتاب را متمایز میکند این است که سوالات بر اساس فصول و سال دسته بندی گردید.

در پایان از زحمات مدیریت محترم انتشارات آرتین طب جناب آقای علیدانی و خانم دکتر حاج محمدی نهایت سپاس را داشته و این کتاب را به پدرم دکتر باقر وفائی متخصص اعصاب و روان (استاد دانشگاه) و مادرم مربی دانشگاه تقدیم می کنم.

با دنبال کردن آدرسهای ذیل میتوانید از جدیدترین کتب تالیفی و نکات مهم ارتقا و بوردا بهره مند شوید:

Dr.i.vafaei@instagram.com

دکتر ایمان وفائی

بوردا فوق تخصصی ریه اطفال

رتبه ۲ کشوری فوق تخصص ریه کودکان



۷	عقونی
۲۸۷	اعصاب
۳۵۵	نور و ماسکولار
۳۹۴	ایمونولوژی
۴۴۷	آلرژی
۵۱۷	گوش حلق و بینی
۵۳۳	چشم

عفونی

۱- در مایع نخاع کودک ۳ ساله که با تشخیص مننژیت تحت درمان است دیپلوکوک گرم مثبت رویت شد. جهت پروفیلاکسی قل دوم این کودک که سابقه واکسیناسیون پنوموکوک ندارد، گزینه صحیح کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- الف) دوز واحد سفتریاکسون عضلانی
ب) ریفامپین خوراکی برای دو روز
ج) دوز واحد سیپروفلوکساسین خوراکی ♦
د) نیاز به پروفیلاکسی ندارد

پاسخ: د

فصل ۲۲۸

در مننژیت پنوموکوکی (*Streptococcus pneumoniae*) پروفیلاکسی معمولاً لازم نیست. پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی روتین انجام نمی‌شود چون خطر انتقال بین فردی پایین است. اندیکاسیون پروفیلاکسی:

- __ در فردی که تماس نزدیک داشته، نقص ایمنی شدید دارد (مثلاً آسپلنی، نقص کمپلمان، نقص ایمنی اولیه، دریافت‌کننده داروهای سرکوبگر ایمنی).
__ اگر کودک زیر ۲ سال واکسینه نشده با بیمار در تماس نزدیک بوده باشد.
در این موارد می‌توان ریفامپین (Rifampin) را برای پروفیلاکسی مدنظر قرار داد.

۲- شیرخوار ۱۱ ماهه با تشخیص مننژیت باکتریال تحت درمان تجربی سفتریاکسون و وانکومایسین قرار دارد. بعد از ۴۸ ساعت بیمار بهبودی چشمگیری ندارد و کشت مایع مغزی نخاعی پنوموکوک مقاوم به پنی‌سیلین و سفتریاکسون گزارش می‌شود. مناسب‌ترین انتخاب بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- الف) ادامه درمان قبل باضافه ریفامپین
ب) جایگزینی سفتریاکسون با سفپیم
ج) جایگزینی سفتریاکسون با مروپنم
د) ادامه درمان با وانکومایسین به تنهایی

پاسخ: الف

فصل ۲۲۸

**پنوموکوکال مننژیت:**

کودکانی که ۱۲ ماه سن دارند و مننژیت پنوموکوکی در آن‌ها مشکوک است، باید با درمان ترکیبی شامل وانکومایسین (۶۰ میلی گرم بر کیلوگرم در ۲۴ ساعت، تقسیم شده هر ۶-۸ ساعت به صورت وریدی) و سفتریاکسون با دوز (۱۰۰ میلی گرم بر کیلوگرم در ۲۴ ساعت، تقسیم شده هر ۱۲ ساعت وریدی) درمان شوند.

در مننژیت پنوموکوکی اثبات شده، اگر باکتری به پنی سیلین حساس باشد، می توان با پنی سیلین تنها یا سفتریاکسون تنها درمان کرد. اگر نیمه مقاوم یا مقاوم به پنی سیلین اما حساس به سفتریاکسون باشد، می توان مننژیت پنوموکوکی را با سفتریاکسون تنها درمان کرد.

در صورتی که ارگانیسم به پنی سیلین و سفتریاکسون مقاوم باشد، مننژیت پنوموکوکی باید با ترکیب وانکومایسین و سفتریاکسون درمان شود و وانکومایسین تنها کافی نیست؛ همچنین می توان ریفامپین نیز اضافه کرد.

۳- کودک ۹ ساله روستایی که بدلیل سابقه ابتلا به تب روماتیسمی تحت درمان پنی سیلین ماهانه است و شواهد درگیری قلبی ندارد، در حال حاضر با تب و ارترالژی مراجعه کرده است. نتایج آزمایشات به قرار زیر است:

ESR (1h)= 85mm CRP=80 ASO= 600 todd Wright & Coomb's Wright= 1/40

محتمل ترین تشخیص کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

(ب) عود تب روماتیسمی

(الف) بیماری سرم

(د) بروسلوز

(ج) آرتریت راکتیو

پاسخ: ب

فصل ۲۲۹

در این جدول کرایتیا تشخیص تب روماتیسمی حاد و عود آن آورده شده است.

Table 229.2 Guidelines for the Diagnosis of an Initial or Recurrent Attack of Rheumatic Fever (Jones Criteria, Updated 2015) ¹⁻⁵		
MAJOR MANIFESTATIONS	MINOR MANIFESTATIONS	SUPPORTING EVIDENCE OF ANTECEDENT GROUP A STREPTOCOCCAL INFECTION
Carditis Polyarthritis Erythema marginatum Subcutaneous nodules Chorea	Clinical features: Arthralgia Fever Laboratory features: Elevated acute-phase reactants: Erythrocyte sedimentation rate C-reactive protein Prolonged P-R interval	Positive throat culture or rapid streptococcal antigen test Elevated or increasing streptococcal antibody titer

¹Initial attack: Two major manifestations or one major and two minor manifestations plus evidence of recent GAS infection. Recurrent attack: Two major, or one major and two minor, or three minor manifestations (the latter only in the moderate/high-risk population), plus evidence of recent GAS infection (see text).

²Low-risk population is defined as acute rheumatic fever (ARF) incidence <2 per 100,000 school-age children per year or all-age rheumatic heart disease (RHD) prevalence of <1 per 1,000 population. Moderate/high-risk population is defined as ARF incidence >2 per 100,000 school-age children per year or all-age RHD prevalence of >1 per 1,000 population.

³Carditis is now defined as clinical and/or subclinical (echocardiographic valvulitis). See Table 229.3.

⁴Arthritis (major) refers only to polyarthritis in low-risk populations but also to monoarthritis or polyarthralgia in moderate/high-risk populations.

⁵Minor criteria for moderate/high-risk populations only include monoarthralgia (polyarthralgia for low-risk populations), fever of >38°C (>38.5°C in low-risk populations), and ESR >30 mm/hr (>60 mm/hr in low-risk populations).

From Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, et al. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;131(20):1806-1818.

۴- دختر ۱۷ ساله با تکرر، سوزش ادرار و ترشح چرکی از مجرای ادرار مراجعه کرده است. ترشحات حاوی دیپلوکوک گرم منفی است. مناسبترین درمان کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)



الف) آزیترومایسین ب) سفتریاکسون ج) داکسی سیکلین د) کوآموکسی کلاو

پاسخ: ب

فصل ۲۳۸

:Neisseria gonorrhoeae

اورتریت سوزاکی (urethritis) معمولاً با ترشح چرکی و دیزوری (سوزش ادرار) بدون احساس فوریت یا تکرر ادرار همراه است. در صورتی که اورتریت درمان نشود، ممکن است خودبه خود در طی چند هفته برطرف شود یا با عوارضی از جمله اپیدیدیمیت، ادم آلت، لنفانژیت، پروستاتیت یا وزیکولیت سمینالیس همراه گردد. در ترشحات این بیماران، دیپلوکوک‌های گرم منفی داخل سلولی قابل مشاهده است.

درمان:

در حال حاضر، تنها درمان خط اول سفتریاکسون (ceftriaxone) است. پیش‌تر درمان ترکیبی با آزیترومایسین توصیه می‌شد، اما به دلیل افزایش مقاومت آزیترومایسین و نگرانی از مصرف بیش از حد آنتی‌بیوتیک‌ها، اکنون درمان تک‌دارویی با دوز مناسب سفتریاکسون توصیه می‌شود.

رژیم استاندارد درمان:

Ceftriaxone 500 mg IM

تک‌دوز برای افراد ≥ ۱۵۰ kg

در کودکان ≥ ۴۵

Ceftriaxone 25–50 mg/kg IM (حداکثر ۲۵۰ mg) تک‌دوز

۵- کودک ۱۰ ساله مبتلا به فلج مغزی، پس از یک حمله تشنج دچار استفراغ شده و متعاقب آن با تب ۳۹ درجه، تاکی‌پنه و استفاده از عضلات فرعی تنفسی به اورژانس آورده می‌شود. در معاینه رال منتشر در ریه راست شنیده می‌شود. بیمار سابقه آنفیلاکسی به پنی‌سیلین دارد. مناسب‌ترین انتخاب آنتی‌بیوتیک تجربی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

الف) کلیندامایسین ب) سفوتاکسیم ج) لووفلوکساسین د) سفپیم

پاسخ: الف

فصل ۲۵۹

عفونت‌های بی‌هوازی (Anaerobic infections):

عفونت‌های بی‌هوازی می‌توانند در بخش‌های مختلف بدن رخ دهند. نمونه‌های بارز شامل موارد زیر هستند:

عوارض فارنژیت: آبسه پری‌تونسیلاری و سندرم لمیر (Lemierre syndrome)

آبسه‌های دندانی

عوارض سینوزیت: سلولیت اربیتال و آبسه مغزی

پنومونی آسپیراتیو و آبسه ریوی

پریتونیت ثانویه

آپاندیسیت

انتروکولیت نکروزان



عفونت لگنی و آبسه لوله-تخمدان
این دسته از عفونت ها معمولاً نیازمند تشخیص دقیق و درمان آنتی بیوتیکی هدفمند هستند، زیرا باکتری های بی هوازی به شکل خاصی رشد می کنند و ممکن است باکتری های هوازی همراه شوند.
بیشتر عفونت های بی هوازی پلی میکروبیال هستند، بنابراین انتخاب دارو معمولاً با توجه به باکتری های هوازی همراه نیز تعیین می شود.

باکتری های بی هوازی گرم-منفی (Anaerobic Gram-negative)

داروهای مؤثر: آمپی سیلین-سالباکتام، آموکسی سیلین-کلولانات، پیپراسیلین-تازوباکتام، سفوکسیتین، کارباپنم ها (ایمپنم، مروپنم، دوریپنم، ارتینم)
مترونیدازول تقریباً روی همه بی هوازی های گرم-منفی مؤثر است.
باکتری های بی هوازی گرم-مثبت (Anaerobic Gram-positive organisms):
بیشترشان نسبت به پنی سیلین حساس و حساسیت نسبت به کلیندامایسین متغیر است.
در صورت حساسیت به پنی سیلین از کلیندامایسین استفاده می شود.

۶- نوزاد ۹ روزه ای که در منزل متولد شده با مشکل مکیدن، انقباضات مکرر عضلات و اسپاسم های منتشر به اورژانس آورده شده است. مادر در بارداری واکسینه نشده است. در معاینه تب خفیف و انقباض مداوم فک دارد. مناسبترین اقدام درمانی برای نوزاد کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- الف) ایمونوگلوبولین اختصاصی و مترونیدازول (ب) ایمونوگلوبولین اختصاصی و پنی سیلین
ج) توکسوئید اختصاصی و پنی سیلین (د) دبریدمان ناف و مترونیدازول

پاسخ: الف

LINE – IV همکاران گرامی یکی از موارد بسیار مهم و مورد نظر طراحان محترم سوالات است و همواره در کلاسهای آنلاینیم تاکید دارم، کزاز نوزادی است.

Neonatal tetanus:

فرم نوزادی تتانوس، معمولاً ۳ تا ۱۲ روز بعد از تولد ظاهر می شود. علائم شامل دشواری پیش رونده در تغذیه (مکیدن و بلع)، گریه مداوم، کاهش یا فقدان حرکت، سفتی عضلات و اسپاسم با یا بدون اپیستوتونوس است. محل ورود عامل عفونی معمولاً ناف نوزاد است که ممکن است آلوده به خاک، مدفوع، خون لخته یا سرم باشد یا ظاهری تقریباً طبیعی داشته باشد.

درمان:

پاکسازی و کنترل محل ورود باکتری با حذف بافت نکروتیک یا جسم خارجی،
تزریق ایمونوگلوبولین انسانی ضد تتانوس (TIG) برای خنثی سازی توکسین،
استفاده از آنتی بیوتیک ها مثل مترونیدازول یا پنی سیلین G به مدت ۷ تا ۱۰ روز،
کنترل اسپاسم با داروهایی مانند دیازپام، میدازولام، کلرپرومازین، دنتالول و بالکوفن.
نکته: بریدن ساقه ناف (umbilical stump) در نوزادان توصیه نمی شود.

۷- در یک منطقه روستایی که آب آشامیدنی سالم ندارد، اسهال آبکی شدید و استفراغ بدون شکم درد شایع