

مجموعه پرسش‌ها و پاسخ‌های تشریحی

آزمون‌بورد و ارتقا کودکان

بر اساس تلسون ۲۰۲۵

از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۴

جلد ۲

گوارش، توزادان،
واکسیناسیون، ریه، تغذیه، روماتولوژی

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

همکار گرامی کتاب پیش رو حاصل ۱ سال تلاش برای جمع آوری سوالات ارتقا و مورد 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 ۲۰۲۵ پاسخ دادم. در طول یکسال اخیر که به ترجمه و تالیف و انتشار کل کتاب نلسون ۲۰۲۵ پرداختم و بر اساس تجربه ۱۲ ساله اینجانب در تالیف کتب و تدریس امتحانات ارتقا و مورد، نکاتی از نلسون ۲۰۲۵ 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 : Iman Vafaei LINE (به مفهوم راه وروش 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 مورد بهره مند شوید:

Dr.i.vafaei@instagram.com

دکتر ایمان وفائی

بورد فوق تخصصی ریه اطفال

رتبه ۲ کشوری فوق تخصص ریه کودکان

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



گوارش ۷

نوزادان ۱۰۰

واکسیناسیون ۲۵۷

ریه ۲۷۵

تغذیه ۳۵۷

روماتولوژی ۳۷۷

artinteb.com

گوارش

- ۱- در معاینه دهان نوزاد ۱۰ روزه، دو دندان پیشین در فک تحتانی مشاهده می‌شود. سایر معاینات طبیعی است. در مورد این دندان‌ها گزینه درست کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)
- الف) استحکام ندارند و زود لق می‌شوند.
ب) تداخلی با شیر خوردن ایجاد نمی‌کنند.
ج) باعث آسیب به زبان نوزاد نمی‌شود.
د) اقدام درمانی نیاز نیست.

پاسخ: الف

فصل ۳۵۳

دندان‌های ناتال و نئوناتال:

دندان‌های ناتال (natal teeth) در حدود ۱ در ۲۰۰۰ نوزاد مشاهده می‌شوند و معمولاً در محل دندان‌های پیشین فک تحتانی قرار دارند.

دندان‌های ناتال: در بدو تولد وجود دارند.

دندان‌های نئوناتال: در ماه اول زندگی رویش می‌کنند.

این دندان‌ها معمولاً فقط به حاشیه لثه (gingival margin) متصل‌اند و ریشه‌سازی یا حمایت استخوانی کافی ندارند. آنها می‌توانند:

دندان شیری باشند که زودتر از موعد روییده، یا

دندان اضافی (supernumerary tooth)

رادیوگرافی به‌راحتی می‌تواند این دو حالت را از هم تمایز دهد.

دندان‌های ناتال با برخی سندروم‌ها و ناهنجاری‌ها همراهی دارند، از جمله:

شکاف کام (cleft palate)

سندرم پیر روبین (Pierre Robin syndrome)

ندرم دیسپلازی مزو-اکتودرمال (Ellis-van Creveld syndrome)

سندرم چشمی-فکی-صورتی (Hallermand-Streiff syndrome)

پاخی‌اونیشیا کانجنیتا (Pachyonychia congenita)

و سایر ناهنجاری‌ها.

دود ۱۵ تا ۲۰٪ کودکان مبتلا سابقه خانوادگی از دندان ناتال یا رویش زودرس دندان‌ها دارند.

**عوارض دندان های ناتال یا نئوناتال:**

درد و امتناع از تغذیه در نوزاد، آزار مادر به علت گاز گرفتن یا ساییدن نوک پستان در هنگام شیردهی می شوند. اگر دندان لق و متحرک باشد، خطر افتادن و آسیب به دندان وجود دارد. همچنین، از آنجا که زبان نوزاد هنگام تولد بین زوائد آلونولار قرار دارد، ممکن است دچار زخم شود (Riga-Fede disease).
تصمیم گیری در مورد کشیدن دندان های شیری زودرویش باید به صورت موردی و با ارزیابی دقیق بالینی انجام شود.

۲- مادری اظهار می کند که کودک ۳ ساله اش در چند هفته ی اخیر آهسته غذا می خورد و جویدن و بلع ضعیف شده، گاهی حین تغذیه به سرفه می افتد و سیاه می شود. همه موارد زیر مطرح است بجز: (بورد ۱۴۰۴)

- الف) میاستنی گراویس
ب) تومور مغزی
ج) دیاستماتومیلیا
د) دیستروفی عضلانی

پاسخ: ج
فصل ۳۵۲

Table 352.2	Causes of Oropharyngeal Dysphagia
NEUROMUSCULAR DISORDERS	
Cerebral palsy	
Brain tumors	
Cerebrovascular disease/stroke	
Chiari malformation	
Polio and postpolio syndromes	
Multiple sclerosis	
Myositis	
Dermatomyositis	
Myasthenia gravis	
Muscular dystrophies	
Acquired or inherited dystonia syndrome	
Dysautonomia	
METABOLIC AND AUTOIMMUNE DISORDERS	
Hyperthyroidism	
Systemic lupus erythematosus	
Sarcoidosis	
Amyloidosis	
INFECTIOUS DISEASE	
Meningitis	
Botulism	
Diphtheria	
Lyme disease	
Neurosyphilis	
Viral infection: polio, coxsackievirus, herpes, cytomegalovirus	
STRUCTURAL LESIONS	
Inflammatory: abscess, pharyngitis	
Congenital web	
Cricopharyngeal bar	
Dental problems	
Bullous skin lesions	
Plummer-Vinson syndrome	
Zenker diverticulum	
Extrinsic compression: osteophytes, lymph nodes, thyroid swelling, aberrant right subclavian artery (dysphagia lusoria)	
OTHER	
Corrosive injury	
Side effects of medications	
After surgery	
After radiation therapy	

Adapted from Gasiorowska A, Faas R. Current approach to dysphagia. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;5(4):269–279.



۳- دختر ۱۲ ساله‌ای با شکایت از درد شدید پشت جناغ (retrosternal pain) و دیسفاژی به درمانگاه ارجاع شده است. در مشاوره قلب مشکلی نداشته است. بیمار به دلیل آکنه تحت در مان دارویی است. با توجه به اطلاعات فوق، محتمل‌ترین علت شکایات بیمار کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- الف) ازوفازیت هرپسی
ب) ازوفازیت کاندیدایی
ج) اختلالات روان تنی (سایکوسوماتیک)
د) عارضه ناشی از مصرف دارو

پاسخ: د

فصل ۷۱۰

آکنه:

آنتی‌بیوتیک‌ها، به‌ویژه تتراسایکلین و مشتقات آن، برای درمان آکنه استفاده میشوند.

اندیکاسیون‌ها:

- _ در بیمارانی که به درمان موضعی پاسخ نداده‌اند.
- _ دچار آکنه التهابی متوسط تا شدید (Papulopustular و Nodulocystic) هستند.
- _ کسانی که مستعد اسکار پوستی هستند.

رژیم درمانی:

برای اکثر بیماران نوجوان، درمان می‌تواند دو بار در روز آغاز شود. مدت درمان حداقل ۶ تا ۸ هفته است و باید همراه با رژیم موضعی مناسب انجام شود. طول درمان نباید از ۳ تا ۶ ماه تجاوز کند. دارو همیشه باید همراه با رتینوئید موضعی و بنزوئیل پراکسید موضعی مصرف شود، اما نباید هم‌زمان با آنتی‌بیوتیک موضعی استفاده گردد.

عوارض جانبی تتراسایکلین‌ها و مشتقات:

- _ کاندیدیازیس واژینال، به ویژه در افرادی که تتراسایکلین را همراه با قرص‌های ضدبارداری خوراکی مصرف می‌کنند
- _ تحریک دستگاه گوارش
- _ واکنش‌های فوتوتوکسیک، شامل تغییر رنگ قهوه‌ای ناخن‌ها و آنیکولیز
- _ زخم مری (esophageal ulceration)
- _ مهار رشد اسکلتی جنین و رنگ‌گیری دندان‌های در حال رشد؛ بنابراین استفاده در دوران بارداری و افراد کمتر از ۸ سال ممنوع است.

۴- دختر دو ماهه‌ای با احتمال فتق اینگوینال به بیمارستان ارجاع شده است. حال عمومی خوب و در معاینه ناحیه اینگوینال در هر دو طرف، توده بدون تندرns لمس می‌شود. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- الف) کاربوتیپ
ب) جراحی اورژانسی
ج) جراحی در یک سالگی
د) اقدام خاصی نیاز ندارد

پاسخ: الف

فصل ۶۲۸

**آمبیگوس ژنیتالیا:**

نوزادان مبتلا به اختلالات تمایز جنسی (Disorders of Sexual Development; DSD) معمولاً با فتق های اینگوینال مراجعه می کنند که در بسیاری از موارد حاوی بافت گنادی هستند و نیازمند توجه ویژه می باشند. در نوزادان دختر مبتلا به فتق اینگوینال — به ویژه در مواردی که توده های اینگوینال دوطرفه وجود دارد — باید به سندرم فمینیزاسیون بیضوی (Testicular Feminization Syndrome) یا همان سندرم مقاومت کامل به آندروژن (Complete Androgen Insensitivity Syndrome; CAIS) مشکوک شد، چرا که بیش از ۵۰٪ بیماران مبتلا به این سندرم دارای فتق اینگوینال هستند.

تست های تشخیصی:

۱. کاریوتایپ خون
۲. سایر آزمایش های خونی
 - a. غربالگری برای هیپرپلازی مادرزادی آدرنال (CAH): اندازه گیری ۱۷-هیدروکسی پروژسترون و آندروستندیون برای تشخیص نقص آنزیم ۲۱-هیدروکسیلاز (شایع ترین نوع).
 - b. غربالگری برای نقص های بیوسنتز آندروژن: با سنجش سطح سرمی آندروژن ها و پیش سازهای آنها.
 - c. ارزیابی پاسخ گنادها به تحریک گنادوتروپینی برای بررسی حضور و عملکرد بافت گنادی بیضوی؛ سطوح سرمی تستوسترون و دی هیدروتستوسترون (DHT) پیش و پس از تزریق عضلانی hCG اندازه گیری می شود.
 - d. آنالیزهای ژنتیکی مولکولی: جهت بررسی ژن SRY، سایر نواحی اختصاصی کروموزوم Y، و در صورت نیاز، سایر جهش های تک ژنی مرتبط با اختلالات تمایز جنسی (DSD).
 - e. سطوح گنادوتروپین ها (FSH و LH)
۳. بررسی ساختمان های داخلی در بیماران با اندام تناسلی مبهم
 - a. سیستواورتروگرام حین ادرار (Voiding cystourethrogram)
 - b. بررسی اندوسکوپی دستگاه ادراری - تناسلی
 - c. سونوگرافی لگن، کلیه و غدد آدرنال
 - d. MRI لگن
 - e. لاپاروسکوپی اکتشافی به منظور یافتن، مشخص سازی و در صورت لزوم نمونه برداری از گنادها

۵- شیرخوار ۳ ماهه ای را به دلیل بی قراری حدود ۱۰ دقیقه قبل از دفع مدفوع، به درمانگاه آورده اند. از شیر

مادر تغذیه می شود و در معاینه مقعد مشکلی ندارد. اسهال مدفوع بدین قرار است:

WBC: 2-3 HPF

RBC: 0-1 HPF

Consistency: soft

مناسب ترین اقدام کدام است؟ (بورد ۱۴۰۴)

- الف) تحریک مقعد برای دفع سریع تر
ب) رژیم فاقد لبنیات برای مادر
ج) اقدام درمانی نیاز نیست
د) تجویز قطره دایمتیکون

پاسخ: ج