

مجموعه پرسش ها و پاسخ های تشریحی

آزمون ارتقاء



artinteb.com

# کودکان

بر اساس نلسون ۲۰۲۵

گردآوری و تألیف:

دکتر فاطمه ورشوئی

متخصص کودکان

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دکتر آذین حاجی علی بیگ

متخصص کودکان

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

به نام خداوند جان و خرد

آموختن در پزشکی، مسیری است که پایانی ندارد؛  
و در طب کودکان، هر آموخته می‌تواند گامی برای نجات یک زندگی باشد.  
آزمون ارتقا فرصتی است برای مرور دانسته‌ها و سنجش آنچه در مسیر آموزش آموخته‌ایم.  
این مجموعه با هدف گردآوری پرسش‌های آزمون ارتقای کودکان و پاسخ‌های تشریحی آن‌ها تهیه شده  
است.  
تلاش شده است پاسخ‌ها، علاوه بر صحت علمی، ساده، روشن و کاربردی باشند.  
امید است این مجموعه در کنار منابع اصلی، همراهی ارزشمند برای دستیاران عزیز باشد.  
باشد که حاصل این تلاش، تنها موفقیت در آزمون نباشد،  
بلکه گامی در مسیر دانشی عمیق‌تر و پزشکی شایسته‌تر برای کودکان این سرزمین باشد.

دکتر فاطمه ورشوئی  
دکتر آذین حاجی علی بیگ

## فهرست مطالب

عنوان

صفحه

آزمون ارتقا کودکان سال ۱۴۰۵ ..... ۵

artinteb.com

۴۴. کودک ۵ ساله با ضعف پیشرونده اندام‌های تحتانی و اختلال راه رفتن طی ۲ ماه اخیر و آفونی از ۲ هفته قبل به درمانگاه آورده شده است. سابقه اختلال طیف اوتیسم دارد و رژیم غذایی او محدود به برنج سفید، نان و کمی لبنیات بوده و از مصرف گوشت و حبوبات امتناع می‌کند. در معاینه هوشیار است، کاهش رفلکس‌های تاندونی عمقی و کاهش حس ارتعاش اندام‌های تحتانی دارد. شمارش سلول‌های خونی، الکترولیت‌ها و MRI مغز نرمال است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) دیستروفی عضلانی (ب) سندروم گیلن باره (ج) کمبود تیامین (د) کمبود کوبالامین

پاسخ: گزینه ج نلسون ۲۰۲۵، فصل ۶۷

کمبود تیامین: در اختلال مصرف الکل یا ساکنان اردوگاه‌های پناهندگان که رژیم‌های غذایی یکنواخت مبتنی بر برنج سفید مصرف می‌کنند و در نوزادان شیرده مادرانی که رژیم غذایی عمدتاً مبتنی بر برنج سفید دارند، گزارش شده است. غلظت‌های پایین تیامین نیز در طول بیماری‌های بحرانی مشاهده می‌شود. علائم طی ۲-۳ ماه پس از دریافت ناکافی ایجاد شود و در ابتدا با علائم غیراختصاصی مانند خستگی، بی‌حالی، تحریک‌پذیری، افسردگی، خواب‌آلودگی، کاهش تمرکز، بی‌اشتهایی، تهوع و ناراحتی شکمی تظاهر می‌کند. با پیشرفت بیماری، بری‌بری ایجاد می‌شود که می‌تواند به شکل خشک (نوربیتیک) با نوروپاتی محیطی، گزگز و سوزش پاها، کاهش رفلکس‌های عمقی، اختلال حس ارتعاش، درد و گرفتگی عضلات، آتاکسی و اختلال هماهنگی یا به شکل مرطوب (قلبی) با نارسایی قلبی، تاکی‌کاردی، سیانوز، تنگی نفس، هیپوگلیسمی، ادم و احتقان وریدی بروز کند؛ بسیاری از بیماران ترکیبی از نوروپاتی و درگیری قلبی دارند. نوع برق‌آسا یا Shoshin beriberi با اسیدوز متابولیک شدید، افت فشار خون و شوک کاردیوژنیک همراه است. درگیری قلبی می‌تواند به سرعت پیشرفت کرده و بدون درمان موجب مرگ شود؛ در ECG ممکن است طولانی شدن QT، وارونگی موج T و ولتاژ پایین دیده شود. همچنین در موارد شدید درگیری عصبی می‌تواند به افزایش فشار داخل جمجمه، مننژیسم و کما منجر شود.

۴۵. کودک یک ساله محروم از شیر مادر با سوء تغذیه حاد شدید به علت ماراسموس بستری شده است. در بدو پذیرش دچار هیپوگلیسمی و هیپوترمی بوده که پس از درمان اولیه، پایدار شده است. اکنون کودک هوشیار است و اشتها مختصری دارد. برای شروع تغذیه خوراکی، مناسب‌ترین شیر کدام است؟

الف) شیر گاو نیم غلظت (ب) شیر سویا (ج) شیر F 100 (د) شیر F 75

پاسخ: گزینه د نلسون ۲۰۲۵، فصل ۶۲

دستورالعمل‌های درمانی برای مراحل تثبیت: دادن آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف و تغذیه مکرر مقادیر کم F75 (شیر کم‌لاکتوز با فرمول ویژه با ۷۵ کیلوکالری و ۰.۹ گرم پروتئین در هر ۱۰۰ میلی‌لیتر که پتاسیم، منیزیم و ریزمغذی‌ها به آن اضافه شده است) کنترل متابولیک را دوباره برقرار می‌کند، ادم را درمان می‌کند و اشتها را برمی‌گرداند. از مسیر تزریقی باید اجتناب شود؛ کودکانی که اشتها ندارند باید از طریق لوله بینی-معدی تغذیه شوند، زیرا مواد مغذی که در داخل مجرای روده منتقل می‌شوند به ترمیم آن کمک می‌کنند.

۴۶- کودک ۸ ساله‌ای با تابلوی ضعف تدریجی اندام‌ها و پتوز بستری شده است. در معاینات اولیه افتالموپلژی دوطرفه و کاهش رفلکس‌های تاندونی در همه اندام‌ها دارد. والدین سابقه سرماخوردگی ۲ هفته قبل و همچنین مصرف کنسرو در هفته گذشته را ذکر می‌کنند. کدام یافته بالینی زیر، به تشخیص دقیق‌تر بوتولیسم از گیلن باره کمک می‌کند؟

- الف) افتالموپلژی  
ب) فقدان پارستزی  
ج) درد شدید عضلانی  
د) اختلال در سطح هوشیاری

◀ پاسخ: گزینه ب نلسون ۲۰۲۵، فصل ۲۵۶

در کودکان بزرگتر مبتلا به بوتولیسم ناشی از غذا یا بوتولیسم ناشی از زخم، شروع علائم عصبی از الگوی مشخصی شامل دوبینی، افتادگی پلک، خشکی دهان، دیسفاژی، دیسفونی و دیس‌آرتریا، همراه با کاهش رفلکس‌های تهوع و قریه پیروی می‌کند. نکته مهم این است که از آنجا که سم فقط بر اعصاب حرکتی تأثیر می‌گذارد، پارستزی در بوتولیسم مشاهده نمی‌شود، مگر زمانی که بیمار از اضطراب دچار تنفس سریع شود. سیستم حسی سالم باقی می‌ماند، اما به دلیل لکنت زبان، تشخیص این واقعیت ممکن است دشوار باشد. بوتولیسم ناشی از غذا تقریباً در ۳۰٪ موارد با علائم گوارشی تهوع، استفراغ یا اسهال شروع می‌شود. پیوست ممکن است در بوتولیسم ناشی از غذا پس از آشکار شدن فلج شل رخ دهد. بیماری معمولاً ۱۲ تا ۲۶ ساعت پس از مصرف غذای آلوده شروع می‌شود، اما می‌تواند از ۲ ساعت تا ۸ روز متغیر باشد. دوره کمون در بوتولیسم زخم ۴ تا ۱۴ روز است. تب ممکن است در بوتولیسم زخم وجود داشته باشد، اما در بوتولیسم غذایی وجود ندارد، مگر اینکه عفونت ثانویه (اغلب پنومونی) وجود داشته باشد. خستگی‌پذیری با فعالیت مکرر عضلات، مشخصه بالینی بوتولیسم است.

۴۷- کودک ۷ ساله‌ای که هفته گذشته با تشخیص پنومونی بستری و تحت درمان آنتی‌بیوتیک وریدی قرار گرفته، سه روز بعد از ترخیص، با تابلوی اسهال شدید بستری شده است. در بررسی‌ها لکوسیتوز شدید خون محیطی و تست توکسین کلستریدیوم در مدفوع مثبت گزارش شده است. بیمار در حال حاضر آنتی‌بیوتیک دریافت نمی‌کند. مناسب‌ترین درمان دارویی کدام است؟

- الف) مترونیدازول خوراکی  
ب) مترونیدازول وریدی  
ج) ونکومایسین خوراکی  
د) ونکومایسین وریدی

◀ پاسخ: گزینه ج نلسون ۲۰۲۵، فصل ۲۵۸

درمان اولیه CDI شامل قطع هرگونه درمان آنتی‌بیوتیکی غیرضروری و تجویز مایعات و الکترولیت‌های جایگزین است. در موارد خفیف، این درمان ممکن است درمانی قطعی باشد. باید از داروهایی که حرکات روده را کاهش می‌دهند، اجتناب شود. بیماران بدون علامت نباید درمان شوند. علائم مداوم یا بیماری متوسط تا شدید، درمان ضد میکروبی علیه C. difficile را ایجاب می‌کند.

مترونیدازول یا ونکومایسین خوراکی، درمان خط اول برای CDI خفیف تا متوسط در کودکان است. در بزرگسالان، ونکومایسین یا فیداکسومایسین درمان‌های خط اول ترجیحی هستند. برای عفونت شدیدتر، ونکومایسین خوراکی تأیید شده است. ونکومایسین به عنوان داروی خط اول برای بیماری شدید، که با افت فشار خون، لکوسیتوز محیطی یا کولیت سودوممبران شدید ظاهر می‌کند، پیشنهاد می‌شود. فیداکسومایسین برای استفاده در کودکان حداقل ۶ ماهه تأیید شده است و یک ماکرولید با طیف محدود است که اثربخشی آن کمتر از ونکومایسین نیست، اما در پیشگیری از عود بیماری برتری دارد.