

آزمون شفاهی بورد کودکان (KFP)

براساس کتاب

Pediatric Decision-Making Strategies

رفرنس بورد شفاهی رشته کودکان

ترجمه و تألیف

دکتر ایمان وفائی

بورد فوق تخصص ریه کودکان

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

همکاران گرامی؛

کتابی که پیش رو دارید، بر اساس رفرنس جدید آزمون شفاهی مورد، یعنی «Pediatric Decision-Making Strategies» تألیف شده است. در این اثر سعی بر آن بوده تا با استخراج نکات کلیدی و مباحث پرتکرار امتحانی، مجموعه‌ای جامع برای آمادگی داوطلبان فراهم آید. همچنین، در پایان هر فصل، حداقل یک سؤال استاندارد بر اساس روش KFP از همان مبحث طراحی شده است تا ضمن تقویت مهارت‌های تحلیلی، گنجینه‌ای ارزشمند برای آزمون شفاهی مورد در اختیار شما قرار گیرد. امید است این مجموعه، نیاز آموزشی شما را در این مبحث به‌خوبی پوشش دهد. در پایان، مراتب سپاس خود را تقدیم پدر بزرگوارم، جناب آقای دکتر باقر وفایی (متخصص اعصاب و روان و استاد دانشگاه) و مادر ارجمندم (مربی دانشگاه) می‌دارم که همواره مشوق و حامی من در مسیر علمی بوده‌اند.

دکتر ایمن وفایی

فوق تخصص ریه کودکان

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
بخش ۱: سر، گردن و چشم	۱۱
فصل ۱: درد گوش	۱۲
فصل ۲: رینوره (آبریزش بینی)	۱۶
فصل ۳: گلودرد	۱۹
فصل ۴: توده‌های گردنی	۲۵
فصل ۵: اختلالات در اندازه سر	۲۹
فصل ۶: چشم قرمز (Red Eye)	۳۳
فصل ۷: استرابیسم (Strabismus) یا انحراف چشم	۳۷
فصل ۸: نقص بینایی و لکوکوریا (Visual Impairment and Leukocoria)	۴۰
فصل ۹: حرکات غیرطبیعی چشم (Abnormal Eye Movements)	۴۴
بخش ۲: دستگاه تنفس	۴۷
فصل ۱۰: سرفه (Cough)	۴۸
فصل ۱۱: گرفتگی صدا (Hoarseness)	۵۵
فصل ۱۲: استریدور	۶۰
فصل ۱۳: ویزینگ	۶۵
فصل ۱۴: سیانوز	۶۹
فصل ۱۵: هموپتیزی (Hemoptysis) در کودکان	۷۲
فصل ۱۶: آپنه (Apnea)	۷۶
بخش ۳: قلب	۸۱
فصل ۱۷: درد قفسه سینه	۸۲
فصل ۱۸: سنکوپ	۸۹
فصل ۱۹: تپش قلب	۹۳
فصل ۲۰: سوفل‌های قلبی	۹۸
بخش ۴: دستگاه گوارشی	۱۰۵
فصل ۲۱: درد شکم	۱۰۶
فصل ۲۲: استفراغ	۱۱۴

۱۲۱.....	فصل ۲۳: اسهال
۱۳۰.....	فصل ۲۴: یبوست
۱۳۵.....	فصل ۲۵: خونریزی گوارشی
۱۳۹.....	فصل ۲۶: زردی
۱۴۵.....	فصل ۲۷: هپاتومگالی
۱۴۹.....	فصل ۲۸: اسپلنومگالی
۱۵۳.....	فصل ۲۹: رویکرد به توده‌های شکمی

بخش ۵: سیستم ادراری تناسلی

۱۵۷.....	فصل ۳۰: دیژوری
۱۵۸.....	فصل ۳۱: بی‌اختیاری ادرار و اختلالات دفع در کودکان
۱۶۲.....	فصل ۳۲: هماچوری
۱۶۷.....	فصل ۳۳: پروتئینوری
۱۷۰.....	فصل ۳۴: ادم
۱۷۳.....	فصل ۳۵: فشار خون
۱۷۷.....	فصل ۳۶: درد اسکروتوم
۱۸۳.....	فصل ۳۷: تورم بدون درد اسکروتوم
۱۸۷.....	فصل ۳۸: دیسمنوره
۱۹۱.....	فصل ۳۹: آمنوره
۱۹۷.....	فصل ۴۰: خونریزی غیر طبیعی واژینال
۲۰۲.....	فصل ۴۱: ترشحات واژینال

بخش ۶: سیستم موسکولواسکلتال

۲۱۱.....	فصل ۴۲: لنگش (Limp)
۲۱۲.....	فصل ۴۳: آرتريت
۲۱۸.....	فصل ۴۴: درد زانو
۲۲۴.....	فصل ۴۵: پروتکل ارزیابی دردهای اندام (غیرمفصلی)
۲۲۸.....	فصل ۴۶: کمر درد
۲۳۳.....	فصل ۴۷: درد و سفتی گردن
۲۳۸.....	فصل ۴۸: اختلالات راه رفتن و ناهنجاری‌های چرخشی (Gait Disorders)
۲۴۲.....	فصل ۴۹: ناهنجاری‌های زاویه‌ای (Knock-knees & Bowlegs)

بخش ۷: نورولوژی

۲۵۱.....	فصل ۵۰: سر درد
۲۵۲.....	فصل ۵۱: تشنج
۲۵۹.....	فصل ۵۲: حرکات غیرارادی
۲۶۸.....	فصل ۵۳: هیپوتونی در مقابل ضعف (Weakness vs. Hypotonia)
۲۷۸.....	فصل ۵۴: آتاکسی
۲۸۶.....	فصل ۵۵: تغییر سطح هوشیاری در کودکان: ترجمه و دسته‌بندی
۲۹۴.....	فصل ۵۶: کاهش شنوایی در کودکان

◀ بخش ۸: پوست ۳۰۷

✓ فصل ۵۷: آلوپسی ۳۰۸

✓ فصل ۵۸: وزیکول و تاول ۳۱۲

✓ فصل ۵۹: تب و راش ۳۱۷

◀ بخش ۹: هماتولوژی ۳۲۵

✓ فصل ۶۰: لنفادنوپاتی ۳۲۶

✓ فصل ۶۱: آنمی ۳۳۴

✓ فصل ۶۲: Bleeding ۳۴۳

✓ فصل ۶۳: Petechiae / Purpura ۳۵۱

✓ فصل ۶۴: Neutropenia ۳۵۹

✓ فصل ۶۵: Pancytopenia ۳۶۵

✓ فصل ۶۶: Eosinophilia ۳۷۰

◀ بخش ۱۰: غدد ۳۷۱

✓ فصل ۶۷: Short Stature ۳۷۶

✓ فصل ۶۸: Pubertal Delay ۳۸۴

✓ فصل ۶۹: بلوغ زودرس در پسران (Precocious Puberty in the Male) ۳۹۰

✓ فصل ۷۰: Precocious Puberty in the Female ۳۹۵

✓ فصل ۷۱: اختلالات تکامل جنسی و ژنیتال مبهم در نوزاد ۴۰۲

✓ فصل ۷۲: هیرسوتیسم (Hirsutism) ۴۱۱

✓ فصل ۷۳: ژنیکوماستی (Gynecomastia) ۴۱۷

✓ فصل ۷۴: چاقی (Obesity) ۴۲۲

✓ فصل ۷۵: پلی‌اوری (Polyuria) ۴۲۷

◀ بخش ۱۱: جنرال ۴۳۱

✓ فصل ۷۶: تب بدون منبع (FWS) ۴۳۲

✓ فصل ۷۷: تعریف FUO در کودکان ۴۳۸

✓ فصل ۷۸: عفونت‌های راجعه ۴۴۹

✓ فصل ۷۹: شیرخوار تحریک‌پذیر یا بی‌قرار ۴۵۷

✓ فصل ۸۰: عدم وزن‌گیری ۴۶۲

✓ فصل ۸۱: اختلالات خواب در کودکان ۴۶۷

◀ بخش ۱۲: آب الکترولیت ۱۷۴

✓ فصل ۸۲: اسیدمی (Acidemia) ۴۷۲

✓ فصل ۸۳: آلکالمی (Alkalemia) ۴۷۷

✓ فصل ۸۴: هیپوناترمی ۴۸۱

✓ فصل ۸۵: هیپوناترمی (Hyponatremia) ۴۸۵

✓ فصل ۸۶: هیپوکالمی (Hypokalemia) ۴۹۰

✓ فصل ۸۷: هیپرکالمی (Hyperkalemia) ۴۹۳

✓ فصل ۸۸: هیپوکلسمی (Hypocalcemia) ۴۹۶

✓ فصل ۸۹: هیپرکلسمی (Hypercalcemia) ۴۹۹

artinteb.com

بخش ۱

سر و گردن و چشم

artintep.com

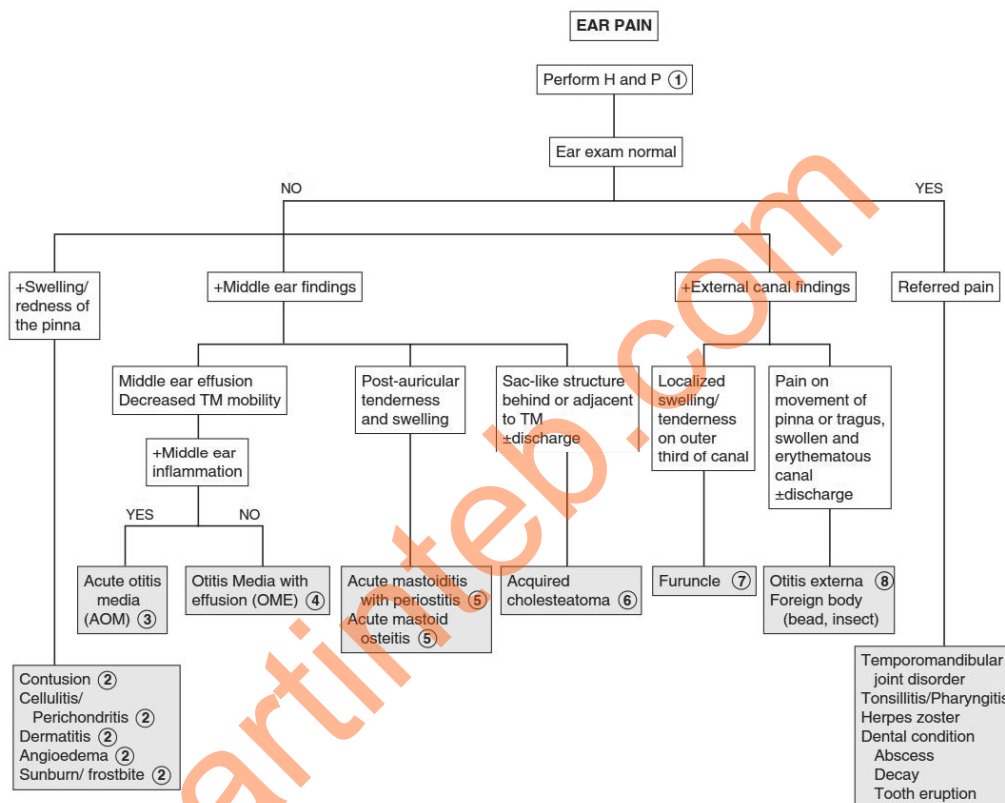


درد گوش

- شیوع: درد گوش در سال‌های اولیه زندگی شایع است. اوتیت مدیا حاد (AOM) عامل اصلی است و بیش از ۸۰٪ کودکان تا سن ۳ سالگی حداقل یک بار به آن مبتلا می‌شوند.
- علائم، علل و تشخیص‌های مرتبط با درد گوش:
 ۱. علائم AOM در کودکان زیر ۲ سال: ممکن است غیر اختصاصی باشد و شامل تب، بی‌قراری و استفراغ شود. کشیدن گوش علامت اختصاصی نیست. AOM معمولاً با علائم تنفسی فوقانی همراه است. وجود مایع در گوش میانی (middle ear effusion) با کاهش تحرک پرده صماخ (TM) مشخص می‌شود.
 ۲. قالب گوش (Auricle) متورم: گوش قرمز و متورم می‌تواند ناشی از ضربه (مانند کشتی یا بوکس) باشد. درمان صحیح برای جلوگیری از هماتوم و بدشکلی ضروری است. آفتاب‌سوختگی، سرمازدگی یا واکنش آلرژیک به نیش حشرات نیز می‌تواند باعث تورم شود.
 ۳. تشخیص AOM: معمولاً بر اساس وجود التهاب گوش میانی (قرمزی، کدورت، برجستگی پرده صماخ) و مایع در گوش میانی، همراه با بیماری حاد اخیر، انجام می‌شود. حدود دو سوم موارد AOM ناشی از عفونت باکتریایی است. پاتوژن‌های شایع شامل *Streptococcus pneumoniae* و *Haemophilus influenzae* و *Moraxella catarrhalis* هستند. تشخیص نادرست به مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک و مقاومت میکروبی کمک می‌کند.
- ۴. اوتیت مدیا با مایع (OME): به معنای وجود مایع در فضای گوش میانی بدون علائم التهاب یا عفونت است. معمولاً با عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی (URI) یا اوتیت مدیا درمان شده همراه است. OME معمولاً به درمان آنتی‌بیوتیکی نیاز ندارد و تشخیص آن با تمپانومتري و رفلکتومتري کمک‌کننده است.
- ۵. ماستوئیدیت: عفونت می‌تواند به زائده ماستوئید گسترش یابد و باعث استئیت (التهاب استخوان) و تخریب سلول‌های هوایی ماستوئید شود. تورم شدید ممکن است باعث جابجایی به سمت بیرون گوش خارجی شود.
- ۶. کلستاتوما: تجمع سلول‌های سنگفرشی در گوش میانی است که در صورت مشاهده عقب رفتگی یا پارگی پرده صماخ همراه با ترشحات سفیدرنگ باید به آن مشکوک شد. افزایش اندازه تومور می‌تواند منجر به تخریب گوش میانی و استخوان تمپورال و در نتیجه گسترش به داخل جمجمه شود.
- ۷. فوروئکل (Furuncle): کلید تشخیص (IV LINE) فوروئکل در مجرای گوش، درد شدید هنگام قرار دادن نوک اتوسکوپ در کانال است. مجرای گوش معمولاً طبیعی به نظر می‌رسد، به جز پاپول یا پوستول اریتماتو.
- ۸. محافظت و مشکلات مجرای گوش: مجرای گوش توسط جرم گوش (cerumen) محافظت شده و خاصیت دفع آب دارد. رطوبت بیش از حد، تروما یا درمان‌های پوستی مختلف می‌توانند این محافظت را مختل کنند. قرار گرفتن مکرر در

لوله‌های تیمپانوستومی شایان توجه است. پاتوژن‌ها شامل *Pseudomonas aeruginosa*، *Staphylococcus aureus* و سایر ارگانیسم‌های گرم منفی هستند.

معرض آب (شنا)، سمعک‌ها، ضایعات پوستی، اگزما و استفاده نادرست از گوش پاک‌کن‌ها می‌توانند منجر به اوتیت خارجی شوند. ادم، قرمزی و ترشح از علائم شایع هستند. ترشح از پرده صماخ سوراخ شده یا عفونت در حضور



Nelson Textbook of Pediatrics, 19e. Chapters 631, 632, 634
Nelsons Essentials, 6e. Chapter 105

۴ سؤال ۱ تشخیص‌های محتمل چه مواردی هستند؟

۱. اوتیت میانی حاد
۲. اوتیت خارجی
۳. ماستوئیدیت
۴. کلستاتوم
۵. درد ارجاعی از دندان
۶. جسم خارجی گوش

کیس فصل ۱:

پسر ۷ ساله با درد گوش راست بعد از شنا مراجعه کرده است. درد با لمس تراگوس بیشتر می‌شود.

در معاینه:

- پرده گوش نرمال
- تحرک پرده گوش طبیعی
- کانال خارجی قرمز و متورم
- تب ندارد

۷. درماتیت کانال گوش
۸. شستشوی گوش قبل از تکمیل معاینه

◀ نمره‌دهی

۱. ۵+
۲. ۲+
۳. ۲-
۴. ۱-
۵. ۴-
۶. ۳-
۷. ۲-
۸. ۵- Killer

۴. درخواست CT اسکن
۵. ارجاع فوری به ENT
۶. مسکن و ترخیص بدون معاینه
۷. ادامه درمان بدون اتوسکوپی

◀ نمره‌دهی

۱. ۵+
۲. ۳+
۳. ۲-
۴. ۳-
۵. ۱+
۶. ۴-
۷. ۵- Killer

سؤال ۲: کدام یافته یا یافته‌ها بیشترین کمک را به تشخیص می‌دهد؟

۱. کاهش تحرک پرده گوش
۲. افیوژن گوش میانی
۳. درد با حرکت لاله گوش
۴. تب بالا
۵. برجستگی پشت گوش
۶. کاهش شنوایی ناگهانی
۷. ترشح چرکی از گوش
۸. تشخیص AOM فقط بر اساس درد گوش

◀ نمره‌دهی

۱. ۵+
۲. ۲+
۳. ۱-
۴. ۱-
۵. ۴-
۶. ۳-
۷. ۳-
۸. ۵- Killer

سؤال ۴: در معاینه پرده تمپان طبیعی می‌باشد، کدام تشخیص‌های افتراقی مطرح‌اند؟

۱. اوتیت خارجی
۲. فوروئکل
۳. جسم خارجی
۴. سلولیت
۵. کنتوژن
۶. آفتاب‌سوختگی
۷. سرمازدگی
۸. درماتیت
۹. ماستوئیدیت
۱۰. تشخیص قطعی اوتیت میانی بدون بررسی بیشتر

◀ نمره‌دهی

۱. ۵+
۲. ۴+
۳. ۴+
۴. ۳+
۵. ۳+
۶. ۳+
۷. ۲+
۸. ۲+
۹. ۴-
۱۰. ۵- Killer

سؤال ۳: اقدامات تشخیص یا درمانی بعدی شامل چه مواردی می‌باشند؟

۱. معاینه دقیق کانال گوش و پرده گوش
۲. شروع فوری آنتی‌بیوتیک خوراکی
۳. تجویز قطره آنتی‌بیوتیک گوش

سؤال ۵: کدام توصیه به والدین درست تر است؟ < نمره دهی

فقط یک مورد را انتخاب نمایید)

۱. خشک نگه داشتن گوش پس از شنا و حمام
۲. استفاده از گوش پاک کن
۳. خودداری از شنا تا بهبود کامل
۴. قطره چکان های نامشخص خانگی
۵. مراجعه در صورت درد، ترشح یا تب
۶. درمان خودسرانه با آنتی بیوتیک
۷. شستشوی گوش در خانه با سرنگ

۱. ۵+

۲. ۴+

۳. ۲+

۴. ۳-

۵. ۵- Killer

۶. ۲-

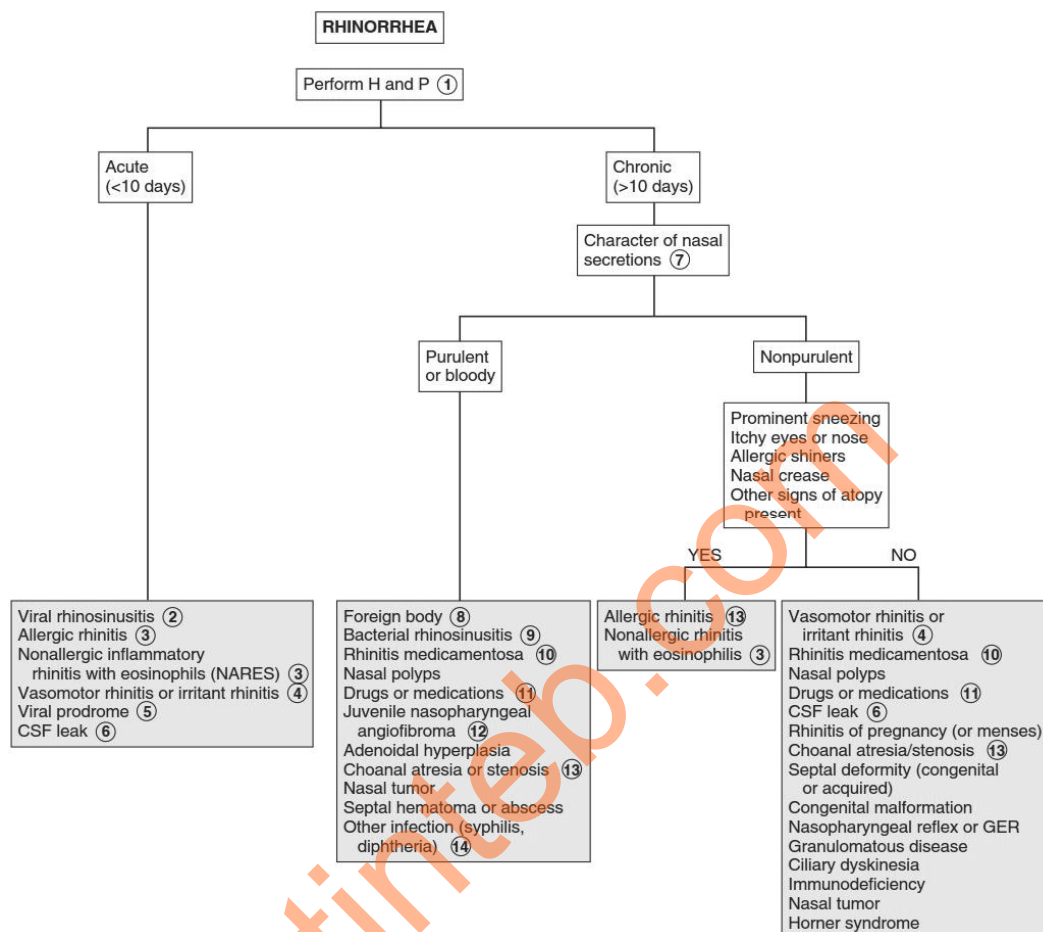
۷. ۵- Killer

artinteb.com



رینوره (آبریزش بینی)

- معاینه دقیق: معاینه کامل سر، چشم، گوش و گلو (HEENT) برای تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی بینی یا سایر مشکلات ساختاری ضروری است.
 - علل شایع:
 - رینوسینوزیت حاد یا سرماخوردگی: شایع‌ترین علت رینوره در کودکان و نوجوانان که عمدتاً ویروسی است.
 - رینیت آلرژیک: یک وضعیت با واسطه IgE است که می‌تواند فصلی یا دائمی باشد. علائم شامل مخاط رنگ پریده و متورم، عطسه، خارش چشم و علائم مرتبط (مثل آسم یا اگزما) است.
 - رینیت وازوموتور: پاسخ اغراق‌آمیز مخاط بینی به محرک‌هایی مانند تغییر دما، رطوبت، دود سیگار، غذاهای تند، هورمون‌ها یا استرس.
 - تشخیص‌های افتراقی و نکات مهم:
 ۱. بررسی میکروسکوپی ترشحات: برای افتراق بین سینوزیت و رینیت آلرژیک مفید است. غلبه گلبول‌های سفید (WBC) و باکتری نشانه سینوزیت، و وجود حداقل ۵٪ ائوزینوفیل نشانه رینیت آلرژیک است.
 ۲. جسم خارجی: معمولاً باعث ترشحات یک طرفه، بدبو، چرکی یا خونی می‌شود.
 ۳. رینوسینوزیت باکتریایی: اگر علائم بیش از ۱۰ تا ۱۴ روز طول بکشد و بهبود نیابد، احتمال باکتریایی بودن مطرح است. علائم دیگر شامل بوی بد دهان، تب، سرفه شبانه، ترشحات پشت حلق، درد صورت و تورم دور چشم است.
 ۳. رینیت دارویی (Medicamentosa): ناشی از مصرف بیش از حد قطره‌ها یا اسپری‌های ضد
- احتقان بینی که باعث تورم و انسداد واکنشی می‌شود.
۴. سایر عوامل: مصرف مواد (کوکائین، ماری‌جوانا)، برخی داروها (ضد فشار خون، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی)، و در موارد خاص، ارتباط با بیماری‌هایی مثل آسم و پولیپ بینی (مثل سه‌گانه آسپرین).
۵. آنژیوفیبروم نازوفارنکس: در پسران با علائم انسداد بینی و خون‌دماغ‌های مکرر (به‌ویژه یک‌طرفه) باید به این مورد شک کرد.
۶. آترزی گوان (Choanal Atresia):
- دو طرفه: در نوزاد با دیسترس تنفسی در بدو تولد تظاهر می‌کند.
 - یک طرفه: با رینوره مزمن (شفاف یا چرکی) و مشکل در تغذیه تظاهر می‌کند. ناتوانی در عبور سوند بینی نشانه این تشخیص است و نیاز به مشاوره متخصص گوش و حلق و بینی (ENT) دارد.
۸. سفلیس مادرزادی: در شیرخواران بین هفته دوم تا سوم زندگی با آبریزش بینی شفاف که به ترشحات چرکی یا خونی تبدیل می‌شود، تظاهر می‌کند. از عوارض دیررس آن می‌توان به انسداد شدید، تنفس صدادار، سوراخ شدن تیغه بینی و تغییر شکل بینی اشاره کرد.
۹. نشت مایع مغزی-نخاعی (CSF): اگر رینوره شفاف و یک طرفه باشد، باید احتمال نشت CSF بررسی شود (تشخیص با اندازه‌گیری گلوکز در ترشحات).



۶. ۱+

۷. ۵- Killer

۵. ۱+

۶. ۵- Killer

۷. ۳+

سؤال ۲: مناسب ترین اقدام تشخیصی در مرحله اول برای این بیمار کدام است؟ (یک مورد)

۱. رادیوگرافی سینوس ها

۲. کشت ترشحات بینی

۳. مشاهده مستقیم کانال بینی (با چراغ پیشانی)

۴. آزمایش خون برای بررسی نقص ایمنی

۵. تست های آلرژی

۶. شستشوی بینی با فشار قبل از اطمینان از عدم

وجود جسم خارجی

◀ نمره دهی

۱. ۰

۲. ۱-

۳. ۵+

۴. ۲-

۵. ۰

۶. ۵- Killer

◀ نمره دهی

۱. ۲-

۲. ۰

۳. ۵+

۴. ۱-

۵. ۵- Killer

سؤال ۴: اگر جسم خارجی خارج شود، اقدام بعدی برای پیگیری چیست؟

۱. ارجاع به متخصص اعصاب

۲. شروع بلافاصله درمان آنتی بیوتیک سیستمیک

۳. بررسی مجدد برای اطمینان از پاکسازی کامل

کانال

۴. عکس برداری MRI

۵. ترخیص بیمار بدون معاینه مجدد یا توصیه

مراقبتی

سؤال ۵: آموزش والدین برای پیشگیری از حوادث مشابه شامل چه مواردی هستند؟

۱. استفاده از اسپری های ضد عفونی کننده بینی:

۲. معاینه دوره ای در صورت وجود علائم مزمن:

۳. استفاده از گوش پاک کن برای تمیز کردن بینی

۴. منع استفاده از اسباب بازی های کوچک در محیط

بازی

۵. تشویق والدین به خارج کردن هرگونه جسم

خارجی احتمالی در منزل با ابزار

◀ نمره دهی

۱. ۱-

۲. ۵+

۳. ۲-

۴. ۲+

۵. ۵- Killer

سؤال ۳: با توجه به «خونی بودن» ترشحات در مشاهده مستقیم، کدام تشخیص ها را باید در اولویت بررسی قرار داد؟

۱. رینیت آلرژیک

۲. جسم خارجی

۳. رینوسینوزیت ویروسی

۴. هماتوم یا آبسه سپتال

۵. نقص ایمنی

۶. نادیده گرفتن ماهیت خونی و درمان به عنوان

رینیت ساده

۷. تومور نازوفارنکس

◀ نمره دهی

۱. ۱-

۲. ۵+

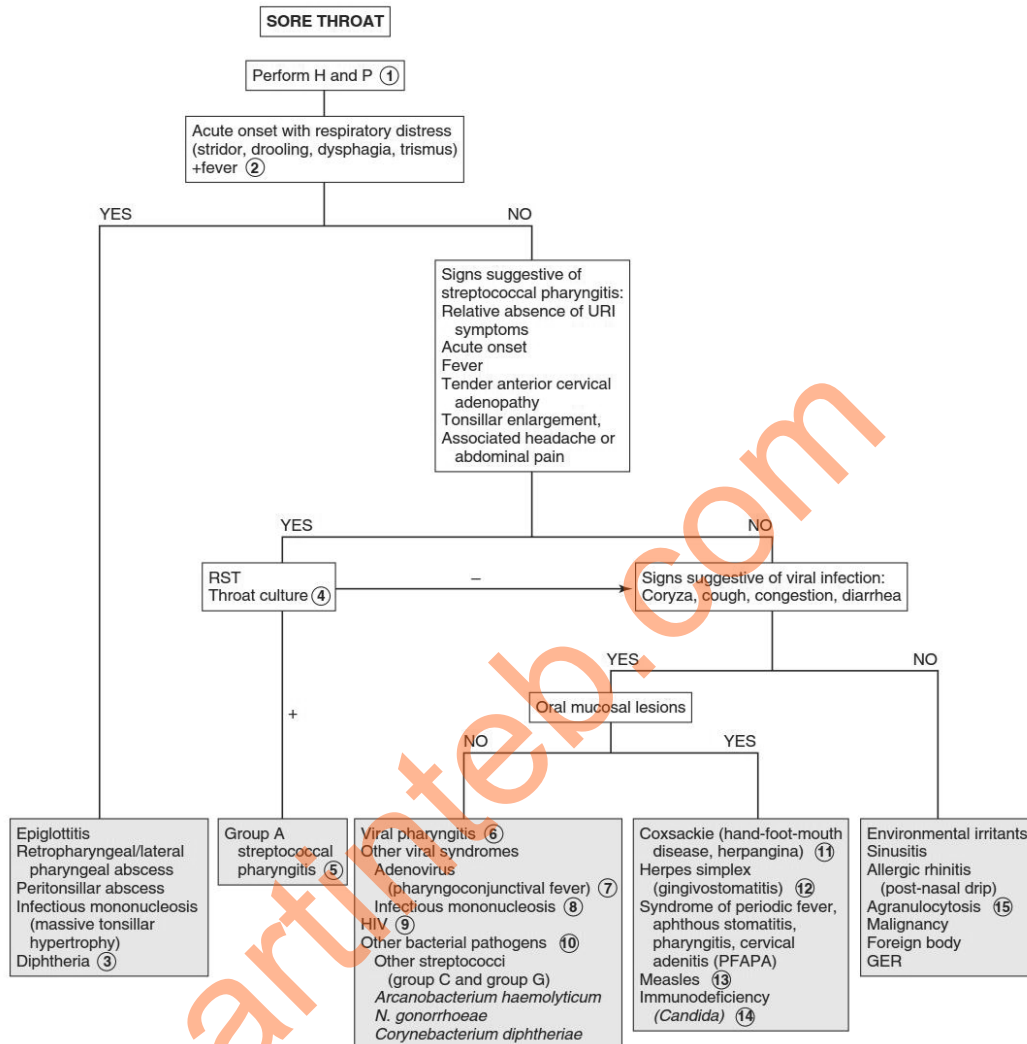
۳. ۲-

۴. ۳+



گلودرد

- بیشتر گلودردها خوش خیم و خودمحدودشونده (ویروسی) هستند، اما باید احتمال عفونت با استرپتوکوک گروه A (استرپتوکوک پیوژنز) را به دلیل عوارض جدی آن همواره مد نظر داشت.
- تشخیص و علائم بالینی:
 ۱. بررسی سابقه: تماس با فرد مبتلا به سرماخوردگی یا عفونت استرپتوکوکی، و همچنین تاریخچه فعالیت یا سوءاستفاده جنسی (برای احتمال عفونت گنوکوکی) باید بررسی شود.
 ۲. انسداد راه هوایی: شروع حاد بیماری همراه با استریدور (صدای خس خس)، آبریزش دهان، و بی قراری، هشدار برای شرایط تهدیدکننده حیات مانند اپی گلویت یا آبسه رتروفارنژیال است و نیاز به اقدامات فوری دارد.
 ۳. دیفتری: علت نادر اما جدی است که با غشای خاکستری روی لوزه ها و دیواره حلق شناخته می شود.
 ۴. تأیید آزمایشگاهی: حتی اگر بالین بیمار به نفع استرپتوکوک باشد، تأیید آزمایشگاهی (RST یا کشت گلو) توصیه می شود.
 ۵. اپیدمیولوژی استرپتوکوک: در کودکان ۵ تا ۱۱ سال شایع تر است و در زیر ۳ سال غیرمعمول است. وجود کونژنکتیویت، رینیت، سرفه و گرفتگی صدا، بیشتر نشان دهنده علت ویروسی است تا استرپتوکوکی.
 ۶. علائم تب مخملک: رنگ پریدگی دور دهان، زبان توت فرنگی شکل، و بشورات پوستی قرمز و زبر
- (شبه سمباده). (همکار گرامی همواره یکی از موارد آسکی میتواند مطرح گردد).
- علل ویروسی و سایر عوامل:
 - علل ویروسی شایع: راینوویروس، کروناویروس، آدنوویروس، انتروویروس، RSV و متاپنوموویروس. (معمولاً با علائم سرماخوردگی همراه هستند).
 - مونونوکلئوز عفونی (EBV): با شروع ناگهانی خستگی، تب و سردرد تظاهر می کند. هپاتواسپلنومگالی (بزرگی کبد و طحال) و لنفادنوپاتی (بزرگی غدد لنفاوی) شایع است. تست Monospot برای تشخیص کمک کننده است.
 - HIV: عفونت اولیه می تواند با سندرم شبه مونونوکلئوز تظاهر کند.
 - بیماری دست، پا و دهان (Coxsackie A16): با بشورات وزیکولی (تاول های کوچک) در کف دست، پا و دهان (هرپانژین).
 - هرپس سیمپلکس: باعث ژینژیو استوماتیت (التهاب لثه و دهان) با تاول های دردناک در قسمت قدامی دهان و لب ها می شود.
 - سرخک: با گلودرد شدید اما بدون تورم یا اگزودای لوزه ای شروع شده و با سرفه، کوریزا (آبریزش بینی)، کونژنکتیویت و لکه های کوپلیک در مخاط دهان همراه است.
 - عفونت قارچی: در بیماران نقص ایمنی، کاندیدا شایع ترین عامل است.
 - آگرانولوسیتوز: می تواند به صورت گلودرد با ترشحات سفید یا زرد همراه با نکروز و زخم بروز کند.



Nelson Textbook of Pediatrics, 19e. Chapters 176, 180, 238, 242, 244, 246, 254, 373
Nelsons Essentials, 6e. Chapter 103

حساس و بزرگ شده اند. صدای کودک طبیعی است،
استریدور ندارد و آبریزش بزاق هم دیده نمی شود.

سوال ۱: در برخورد اولیه با این بیمار، کدام
اقدامات در ارزیابی بالینی اهمیت بیشتری دارند؟ ۴
مورد را انتخاب کنید.

۱. پرسش درباره وجود سرفه
۲. پرسش درباره آبریزش بینی
۳. پرسش درباره صدای خفه یا muffled voice

کیس فصل ۳:

■ شماره ۱:

کودک ۷ ساله ای به دلیل گلودرد، تب و کاهش اشتها از ۲ روز قبل مراجعه کرده است. مادر می گوید تب تا ۳۹ درجه داشته، کودک از بلع دردناک شکایت دارد و از صبح کمتر مایعات خورده است. سرفه و آبریزش بینی ندارد. در معاینه، حال عمومی نسبتاً خوب است، دمای بدن ۳۸/۸، لوزه ها بزرگ و قرمز هستند و روی آن ها آگزودای سفید دیده می شود. لنف گره های قدامی گردن