

برای آزمون آماده شوید «۷۸»



کامران احمدی

بررسی تشریحی سوالات اطفال (پرانترنی اسفند ۹۴)

۵۷ • کودک ۵ ساله‌ای با سابقه‌ای دو ساله از حملات سرفه و تنگی نفس و خس خس سینه که در فصول سرد سال از تواتر بیشتری برخوردار است و طی این مدت ۲ بار هم سابقه بستری را در بیمارستان دارد، مراجعه کرده است. در حال حاضر به علت سرفه و خس خس سینه از شب گذشته بستری شده است. بهترین درمان در هنگام ترخیص و بعد از پایداری وضعیت تنفسی کدام است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) اسپری سالیوتامول استنشاقی
(ب) شربت دیفن هیدرامین
(ج) اسپری بکلومتازون استنشاقی
(د) شربت کوآموکسی کلاو

■ پاسخ: الف
❖ توضیح:

آسم: آسم شایع‌ترین بیماری مزمن کودکان است. در کودکان آسم در پسرها شایع‌تر است.
علائم بالینی: سرفه، ویز، تنفس کوتاه یا سریع، احساس فشار و گرفتگی سینه علائم اصلی آسم هستند. عوامل تشدیدکننده آسم عبارتند از: عفونت‌های ویروسی، آلرژن‌ها و محرک‌ها (دود، بوهای شدید و بخارات)، ورزش، هیجان‌نا و تغییر در آب و هوا و رطوبت.
❖ **توجه:** کورتیکواستروئیدهای استنشاقی مؤثرترین داروهای ضدالتهابی برای درمان آسم مزمن و پایدار بوده و در موارد شروع درمان کنترل‌کننده درازمدت، درمان ارجح هستند.



۵۸ • کودک ۲ ساله‌ای به دنبال اسهال خونی از هفته قبل دچار رنگ پریدگی، تارژی و الیگوری شده است. در معاینه ادم و پششی و فشارخون بالا و در آزمایشات کاهش پلاکت و افزایش کراتینین و اوره خون و افت هموگلوبین و کومیس منفی دارد. کدام اقدام ارجح است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) درمان حمایتی و دیالیز پریتونال در صورت نیاز
(ب) تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف و پلاسمافرز
(ج) تجویز کورتون و تزریق خون
(د) تزریق پلاکت و تجویز کورتون

■ پاسخ: الف
❖ توضیح:

سندرم همولیتیک اورمیک: تعریف سندرم همولیتیک اورمیک عبارتند از: (الف) آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک، (ب) ترومبوسیتوپنی، (ج) آسیب کلیوی.
❖ **توجه:** شایع‌ترین نوع سندرم همولیتیک اورمیک، HUS همراه با اسهال (D+HUS) است.
یافته‌های آزمایشگاهی: یافته‌های آزمایشگاهی مهم در HUS عبارتند از:
۱- آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک (وجود شیستوسیت در لام خون محیطی)،
۲- افزایش LDH، کاهش هاپتوگلوبین،
۳- افزایش رتیکولوسیت AST،
۴- افزایش کراتینین، هماجوری و پروتئین اوری،
۵- ترومبوسیتوپنی.
❖ **توجه:** در لام خون محیطی بیماران مبتلا به HUS، همولیز میکروآنژیوپاتیک (شیستوسیت) دیده می‌شود. تست کومیس منفی است.

درمان: درمان HUS عبارت است از: درمان حمایتی شامل جبران مایع، کنترل هیپرتانسیون و درمان عوارض مربوط به نارسایی کلیوی شامل دیالیز در صورت اندیکاسیون است. ترانسفیوژن RBC در صورت نیاز انجام می‌گیرد. از تزریق پلاکت باید خودداری کرد.



۵۹ • شیرخوار ۲۰ ماهه‌ای را با عفونت‌های مکرر پوستی به درمانگاه آورده‌اند. در شرح حال بند ناف در دو ماهگی افتاده و در محل‌های عفونت، چرک تولید نمی‌شود. از نظر نقص ایمنی اولیه، احتمال اختلال در کدام قسمت بیشتر است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) کمپلمان
(ب) T-Cells
(ج) B-Cell
(د) نوتروفیل

■ پاسخ: د
❖ توضیح:

اختلالات نوتروفیلی: نقص نوتروفیل‌ها موجب اختلالات زیر می‌شود:
(الف) عفونت راجعه پوستی با باکتری‌ها (استافیلوکوک، سودوموناس و E-Coli) و قارچ‌ها (آسپرژیلوس)
(ب) تأخیر در جدا شدن بند ناف
(ج) عدم وجود چرک در محل عفونت
(د) عفونت‌های ریوی شایع هستند.



عفونت بند ناف در اختلال چسبندگی لکوسیت

۶۰ • در بررسی آزمایشات شیرخوار ۱/۵ ماهه که برای وی تشخیص استنوز هیپرتروفیک پیلور (HPS) مطرح شده، کدام یافته غیرمعمول است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) هیپرپیلی رویمنی کژوگه
(ب) آلکالوز متابولیک
(ج) هیپوکالمی
(د) هیپوکلرمی

■ پاسخ: الف
❖ توضیح:

استنوز هیپرتروفیک پیلور: استنوز پیلور در پسرها و فرزندان اول خانواده شایع‌تر است. استفراغ جهشی غیرصفراوی مهم‌ترین علامت این بیماری است. در معاینه، پیلور هیپرتروفیک شده ممکن است به شکل توده‌ای شبیه به زیتون (Olive) لمس شود. آلکالوز متابولیک هیپوکلرمیک، هیپوکالمیک مهم‌ترین اختلال الکترولیتی این بیماران است. سونوگرافی شکم به تشخیص کمک می‌کند که در آن ضخیم شدن و دراز شدن پیلور مشاهده می‌شود. درمان این بیماری جراحی به روش پیلوروتومی است. قبل از عمل باید حتماً دهیدراتاسیون و آلکالوز متابولیک بیمار را اصلاح کرد.



استنوز هیپرتروفیک پیلور

۶۱ • اولین اقدام درمانی در بیمار مبتلا به آنفیلاکسی کدام است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) تجویز اپی‌نفرین عضلانی
(ب) تجویز اپی‌نفرین وریدی
(ج) تجویز کورتیکواستروئید وریدی
(د) تجویز بتا آگونیست استنشاقی

■ پاسخ: الف
❖ توضیح:

آنفیلاکسی: آنفیلاکسی یک اورژانس پزشکی و اپی‌نفرین عضلانی اساس درمان آن است.

۶۲ • در معاینه مقعد کودک مشکوک به هیرشپرونک کدام یافته وجود دارد؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) رکتوم پر از مدفوع است.
(ب) خروج انفجاری مدفوع گاز
(ج) فضای رکتوم وسیع است.
(د) اسفنکتر مقعدی شل است.

■ پاسخ: ب
❖ توضیح:

۱- در معاینه بیماران مبتلا به هیرشپرونک، اسفنکتر آنال اندکی تنگ است. رکتوم خالی و منقبض است و با خارج کردن انگشت پزشک از مقعد ممکن است مدفوع به شکل انفجاری خارج شود.
۲- موارد زیر به نفع هیرشپرونک است: عدم دفع مدفوع در ۲۴ ساعت اول پس از تولد، دیستانسیون شکم، استفراغ، علائم انتروکولیت (تب، اسهال بدبو و مگاکلون). در هیرشپرونک قطر مدفوع بزرگ نبوده و بی‌اختیاری مدفوع وجود ندارد.
❖ **توجه:** بی‌اختیاری مدفوع و کثیف کردن لباس زیر به نفع بیوست عملکردی (فانکشنال) است.

۶۳ • در بررسی دختر ۱۲ ساله‌ای که به علت کبودی مراجعه کرده، تعداد پلاکت‌ها نرمال، BT طولانی، PT نرمال و PTT طولانی گزارش شده است. کدام اقدام تشخیصی را قطعی می‌کند؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) بررسی عملکرد پلاکت به کمک دستگاه PFA
(ب) ارزیابی سطح و عملکرد فاکتور فون ویلبراند و ۸
(ج) درمان با ویتامین K و سپس تکرار آزمایشات
(د) انجام تست کومیس مستقیم و غربالگری آنتی‌بادی

■ پاسخ: ب
❖ توضیح:

بیماری فون ویلبراند: علائم بالینی بیماری فون ویلبراند شامل خونریزی جلدی مخاطی، اپیستاکسی، خونریزی از لثه، کبودی پوست و منورازی هستند. در بیماری فون ویلبراند BT طولانی است.
❖ **توجه:** در بیماری فون ویلبراند شدید، کمبود فاکتور ۸ ممکن است شدید بوده و بیمار با علائم نظیر هموفیلی A تظاهر باید (همارتروز).
❖ **نکته‌ای بسیار مهم:** در بیماری فون ویلبراند، علاوه بر PTT، BT نیز طولانی می‌شود.
❖ **توجه:** سموپرسین اسانت (DDAVP) درمان انتخابی در بیماران مبتلا به نوع I فون ویلبراند و برخی بیماران مبتلا به بیماری نوع II فون ویلبراند است. از تجویز اسپرین به این بیماران باید اجتناب کرد.

۶۴ • کودک ۳ ساله‌ای با عدم توانایی در راه رفتن از دو روز قبل به درمانگاه آورده می‌شود. در معاینه رفلکس‌های وتری عمقی از بین رفته است. پتوز و اختلال بلع وجود ندارد. کدام یک از موارد زیر مطرح است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) بوتولسم
(ب) بیماری ویدینگ هافمن
(ج) میاستنی گراو
(د) سندرم گیلن‌باره

■ پاسخ: د
❖ توضیح:

سندرم گیلن‌باره: تظاهرات کاراکترستیک سندرم گیلن‌باره عبارتند از: فقدان رفلکس‌ها، شلی و ضعف تقریباً قرینه صعودی که از پاها شروع شده و به طرف بالا پیشروی کرده تا آنکه دست‌ها، تنه و عضلات بولبر (زبان، حلق، حنجره) را می‌گیرد. سندرم گیلن‌باره با توجه به طبیعی بودن عملکرد روده و مثانه، از بین رفتن رفلکس اندام فوقانی، فقدان سطح حس و عدم حساسیت نخاع به لمس از سندرم‌های نخاعی افتراق داده می‌شود.
آنالیز CSF: آنالیز CSF در مبتلایان به سندرم گیلن‌باره گاهی در اوایل بیماری نرمال است اما به طور کلاسیک سطح پروتئین بالا می‌رود، بدون آنکه پلئوسیتوز وجود داشته باشد.
گیلن‌باره نوع میلر فیشر: نوعی از سندرم گیلن‌باره مربوط به اعصاب جمجمه‌ای است که به آن گیلن‌باره نوع میلر فیشر گفته می‌شود. این بیماری با آنکسی، افتالموپلژی نسبی و از بین رفتن رفلکس‌ها (Areflexia) تظاهر می‌یابد.



Diagnosis Guillain-Barré syndrome

۶۵ • برای پیشگیری از ابتلاء به هپاتیت B در یک نوزاد متولد شده از مادر HBs Ag مثبت کدام اقدام توصیه می‌شود؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) تزریق واکسن هپاتیت B و ایمونوگلوبین هپاتیت B (HBIG) (ب) واکسیناسیون هپاتیت B کافی است.
(ج) تزریق HBIG در ۱۲ ساعت اول و واکسن در سن یک ماهگی
(د) تزریق HBIG و واکسن در سن یک ماهگی

■ پاسخ: الف
❖ توضیح:

نحوه پیشگیری از هپاتیت B نوزادان: نوزادان متولد شده از مادران HBsAg مثبت باید هم واکسن و هم ایمونوگلوبولین (HBIG) را با دوز ۰/۵ ml طی ۱۲ ساعت اول پس از تولد دریافت کنند. سپس در ۱ تا ۲ ماهگی و بعد در ۶ ماهگی دوزهای بعدی واکسن را تلقیح نمایند و بعد از آن در سن ۹ تا ۱۵ ماهگی از نظر وجود HBsAg و HBs anti آزمایش شوند. نوزادان متولد شده از مادران مشکوک به HBsAg مثبت باید طی ۱۲ ساعت بعد از تولد واکسن دریافت کنند. اگر نتیجه تست HBsAg مادر مثبت بود، نوزاد باید هرچه سریع‌تر (حداکثر تا یک هفته پس از تولد) HBIG را نیز دریافت کند.

۶۶ • شیرخوار ۲/۵ ماهه‌ای حاصل زایمان طبیعی از یک هفته قبل دچار سرفه‌های منقطع شده که به تدریج بیشتر و دچار تاکی‌پنه می‌شود. در معاینه تب ندارد. RR = ۷۰/min و شرح حال کونژنکتیویت در سن دو هفته‌ای دارد. کدام درمان را توصیه می‌کنید؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) آموکسی‌سیلین
(ب) سفتریاکسون
(ج) آزیترومایسین
(د) آسیکلوویر

■ پاسخ: ج
❖ توضیح:

پنومونی بدون تب: کلامیدیا تراکوماتیس و با شیوع کمتر مایکوپلاسما هومینیس، اورده پلاسما اورالیتیوم و CMV موجب پنومونی بدون تب در شیرخواران ۱ تا ۳ ماهه می‌شوند. پنومونی بدون تب با سرفه و پرهوایی ریه و علائم تحت حاد مشخص شود. در بزرگسالان این ارگانیزم‌ها جزء فلور طبیعی مخاط ژنتیال هستند و از این طریق منتقل می‌شوند. همچنین در دوره حوالی زایمان از مادر به نوزاد منتقل می‌شود.
درمان: پنومونی «بدون تب» به کمک آنتی‌بیوتیک‌های زیر درمان می‌شود: اریترومایسین، آزیترومایسین یا کلاریترومایسین.

۶۷ • برای افتراق فارنژیت ویروسی از فارنژیت ناشی از استرپتوکوک گروه A، کدام یافته بیشتر به نفع ویروسی بودن بیماری است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) آدنوپاتی گردنی
(ب) کونژنکتیویت
(ج) پششی کام
(د) تورم زبان کوچک

■ پاسخ: ب
❖ توضیح:

۱- وجود کونژنکتیویت، سرفه، علائم Coryza، گرفتگی صدا و زخم به نفع فارنژیت ویروسی است، ۲- غدد لنفاوی گردنی قدامی بزرگ، پششی یا ضایعات مشابه شیرینی دونات (Doughnut - shaped) روی کام نرم و خلف حلق به نفع فارنژیت باکتریایی و ویژه استرپتوکوک است.

۶۸ • نوزاد ۲۸ هفته با وزن ۱۰۰۰ گرم در NICU با تشخیص RDS تحت درمان است. زمان مناسب برای معاینه چشم از نظر رتینوپاتی پره‌ماچوریتی کدام است؟ (پرانترنی اسفند ۹۴ - قطب ۳ کشوری (همدان))

(الف) دو هفته بعد از تولد
(ب) چهار هفته بعد از تولد
(ج) هشت هفته بعد از تولد
(د) در ۳۶ هفته‌گی سن حاملگی

■ پاسخ: ب
❖ توضیح:

نوزادانی که وزن کمتر ۱۵۰۰ گرم دارند یا قبل از هفته ۲۸ حاملگی (بعضی از نویسندگان ۳۲ هفته) به دنیا آمده‌اند، باید در ۴ هفته‌گی یا در سن ۳۴ حاملگی (هر کدام زودتر برسد)، تحت غربالگری از نظر رتینوپاتی پره‌ماچوریتی (ROP) قرار بگیرند.

