

درسنامه اپید

اطفال ۲

مد مشاور



گرد آوری و تألیف: دکتر حسین کارگر

فهرست

- فصل ۸: بیماری‌های گوارشی و کبدی ۱
- فصل ۹: بیماری‌های قلب و عروق ۲۰
- فصل ۱۰: بیماری‌های خون ۳۲
- فصل ۱۱: سرطان‌شناسی ۴۶
- فصل ۱۲: نفرولوژی و یورولوژی ۵۳

فصل ۸

بیماری‌های گوارشی و کبدی

۱- دختر ۵ ساله‌ای را به دلیل درد شکم در اطراف ناف از ۲ ماه قبل به درمانگاه آورده‌اند. سابقه درد شکم را حداقل یک‌بار در هفته دارد که با غذا ارتباط نداشته و شب‌ها او را از خواب بیدار نمی‌کند. در معاینه، وزن روی صدک ۲۵ و قد روی صدک ۵۰ قرار دارد. کدام یک از تشخیص‌های زیر مطرح است؟ (پروانتری شهریور ۹۳ - قطب ۱۰ تهران)

(الف) عدم تحمل لاکتوز

(ب) بیماری پپتیک

(ج) درد شکم عملکردی

(د) سلیاک

● **جواب:** گزینه ج، درد دور ناف حداقل یک‌بار در هفته که علائم هشدار ندارد، درد عملکردی را مطرح می‌کند.

درسنامه ۱: درد شکم عملکردی

درد هر روزه بدون ارتباط با تغذیه و اجابت مزاج در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مضطرب و کمال‌گرا که **صبح‌ها، در موقعیت‌های اجتماعی و مدرسه** تشدید می‌شود و با **تاخیر** آن‌ها در رسیدن به مدرسه همراه است، می‌باشد. **تکرارپذیری، محل درد (اطراف ناف، خم طحالی و خم کبدی)، بدون انتشار درد، عدم بیدارکردن بیمار از خواب، الگوی مبهم، متناوب و کرامپی دو ساعته، تشدید با استرس خانوادگی، ترس از مدرسه، اسهال و یبوست** در همراهی با آن به نفع درد عملکردی است و علت آن، افزایش حساسیت ناشی از دیستانسیون است.

معیارهای تشخیصی: تکرار تمام موارد زیر **حداقل ۴ بار در ماه برای حداقل ۲ ماه**

۱- درد به علت تغییرات فیزیولوژیک قاعدگی یا غذا خوردن نباشد. ۲- معیار سایر سندروم‌های عملکردی مانند IBS، دیس‌پپسی عملکردی یا میگرن شکمی را پر نکند. ۳- با سایر اختلالات قابل توجه نباشد. نکته: **تکرار با همان تناوب درد عملکردی** (تکرار تمام موارد زیر حداقل ۴ بار در ماه برای حداقل ۲ ماه) برای دردی که با **اجابت مزاج، تغییر در تعداد دفعات، قوام و شکل مدفوع** همراه است و در نوع همراه با یبوست، **درد با رفع یبوست اصلاح نمی‌گردد**، مطرح‌کننده سندرم روده تحریک‌پذیر است.

۲- کودک ۷ ساله‌ای از ۶ ماه قبل دچار حملات دردهای شدید شکمی در ناحیه اپی‌گاستر شده که وی را از فعالیت‌های روزمره باز می‌داشته و گاهی شب‌ها از خواب بیدارش می‌کند. طی این مدت ۳ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. تمام موارد زیر از علایم هشداردهنده تلقی می‌شوند، به جز: (ارتقا اطفال تهران - تیر ۹۳)

(الف) تمرکز درد در ناحیه اپی‌گاستر

(ب) بازداشتن از فعالیت روزمره

(ج) بیدار کردن بیمار از خواب

(د) کاهش وزن بیمار

● **جواب:** گزینه ب، بازداشتن از فعالیت روزمره و مدرسه رفتن از ویژگی‌های معمولی درد عملکردی شکم است.

درسنامه ۲۵: مالروتاسیون

به طور کلی در سوالات هر نوزاد که با استفراغ صفراوی به عنوان تنها واولین علامت مراجعه کرد، را مالروتاسیون در نظر بگیرید که اگر همراه با استفراغ سبز، خونریزی رکتال، درد شکم، بی‌قراری یا شوک بود، این مالروتاسیون، دچار ولولوس شده است. (۱۰۰٪ امتحانی)

در گرافی ساده، انسداد دیده می‌شود. در سونوگرافی، علائم مالروتاسیون دیده می‌شود. در گرافی سریال، فقدان قوس C دئودنوم و وجود مابقی دئودنوم در طرف راست شکم مشهود است. قرارگیری غیرطبیعی سکوم در Follow through تشخیص را قطعی می‌کند. کم شدن تعداد پلاکت‌ها نشانه شایعی از پیشرفت بیماری به سمت ایسکمی روده است. درمان جراحی اصلاح بدچرخشی روده و برداشتن قسمت‌های نکروزه می‌باشد.

۲۵- از بخش نرسری به شما اطلاع می‌دهند که نوزاد امروزه‌ای به دنبال شیرخوردن دچار استفراغ می‌شود. این استفراغ چندین نوبت تکرار شده است. استفراغ، صفراوی می‌باشد. در معاینه، دیستانسیون شکمی ندارد. مختصری بی‌حال است. در عکس ساده شکم، نمای حباب دوتایی دیده می‌شود. کدام تشخیص برای وی مطرح است؟ (پراترنی شهریور ۹۶-آزاد)

الف) استنوز پیلور ب) آترزی دئودنوم ج) آترزی ایلئوم د) رفلاکس گاستروازوفاژیا

○ جواب: گزینه ب، نمای حباب دوگانه در کنار شرح حال مطرح‌کننده آترزی دئودنوم است.

درسنامه ۲۶: آترزی روده

سابقه پلی‌هیدرامینوس، دیستانسیون شکمی و استفراغ صفراوی در دوران نوزادی به نفع آترزی روده است. به علت دیلاته بودن معده و پروگزیمال دئودنوم در همراهی با فقدان گاز در دیستال روده، در گرافی معده و پروگزیمال دئودنوم به صورت دو حباب نزدیک به هم می‌افتد. مشاهده هوای آزاد یا کلسیفیکاسیون، مشخص‌کننده پریتونیت مکنونومی است. سندروم داون، شایع‌ترین اختلال در همراهی با آترزی دئودنوم است و آترزی ژژنوم و ایلئوم در فیبروز سیستیک دیده می‌شود. بررسی آزمایشگاهی از نظر فیبروز سیستیک در آترزی روده لازم است. درمان جراحی با آماده‌سازی بیمار با مایعات وریدی، ساکشن نازوگاستر و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف می‌باشد.

۲۶- نوزاد ترم با وزن ۴۵۰۰ گرم در هفته ۳۸ بارداری متولد شده است. وی دچار امفالوسل است. قند خون وی ۲۰ mg گزارش می‌شود. کدامیک از موارد زیر علت اصلی هیپوگلیسمی نوزاد است؟ (ارتقا اطفال کرمان تیر ۹۶)

الف) استرس سرما ب) ترشح غیرطبیعی انسولین ج) پاسخ تاخیری به کورتیزول د) اختلال اکسیداسیون اسید چرب

○ جواب: گزینه ب، امفالوسل با هیپرانسولینمی همراهی دارد.

درسنامه ۲۷: امفالوسل و گاستروشنزی

در گاستروشنزی، نقص دیواره شکم، ناف را درگیر نمی‌کند و روده با پرده صفاقی پوشیده نیست (رمز: در گاستروچیزی، چیزی روی روده را نمی‌پوشاند). لذا، پوشش آگزوداتیو ضخیم روی روده ایجاد شده و به طور شایعی با آترزی روده همراه است ولی اختلال خارج روده‌ای وجود ندارد. درمان با جراحی و تغذیه وریدی طولانی تا بازگشت عملکرد دستگاه گوارش می‌باشد.

در امفالوسل، نقص دیواره شکم، ناف را درگیر می‌کند و روده با پرده صفاقی پوشیده است. لذا، طور شایعی با آترزی روده همراه نیست ولی اختلال خارج روده‌ای مانند اختلال قلبی، سندرم بک ویت ویدمن (رشد بیش از حد سوماتیک، هیپوگلیسمی ناشی از هیپرانسولینمی و تومور ویلمز) و عوارض روده‌ای وجود دارد.

فصل ۹

بیماری‌های قلب و عروق

۱- فشار نبض باریک در کدامیک از موارد زیر دیده می‌شود؟ (پراثرنی شهریور ۹۳ - قطب ۸ کرمان)

- الف) نارسایی آئورت (ب) آنمی (ج) نارسایی قلبی (د) ترانکوس ارتریوزوس
- جواب: گزینه ج، سایر گزینه‌ها، فشار نبض پهن ایجاد می‌کنند.

درسنامه ۱: فشار نبض و صداهای قلبی

فشار نبض: اختلاف فشار سیستولی و دیاستولی که میزان نرمال آن کمتر از ۵۰ یا نصف فشار سیستولیک است.

علل فشار نبض پهن: PDA، تنه شریانی واحد، مالفورماسیون شریانی وریدی، نارسایی آئورت، آنمی، وازودیلاسیون عروق ناشی از تب یا سپسیس

علل فشار نبض باریک: نارسایی قلبی، تنگی آئورت، تامپوناد پریکاردی

S_۲ منفرد: هرچه موجب یکی‌شدن یا جابه‌جایی دریچه‌های خروجی قلب شود مانند هیپرتنشن پولمونار شدید، آترزی شریان آئورت یا پولمونار، تنه واحد شریانی، جابه‌جایی شریان‌های بزرگ، تنگی شدید دریچه آئورت

S_۲ دو قسمتی و پهن: ASD, PAPVR, PS, RBBB, MR

S_۲ دو قسمتی متناقض: severe AS, pulmonary hypertension, Abnormal P_۲ کاهش در تنگی شدید پولموناری، تترالوژی فالوت

۲- بی‌خطرترین علت سوفل مداوم کدام است؟ (پراثرقا اطفال ۱۴۰۱)

- الف) همه‌همه وریدی (ب) PDA (ج) کوآرکتاسیون آئورت (د) عروق کلترال
- جواب: گزینه الف، بی‌خطرترین علت سوفل مداوم، همه‌همه وریدی است.

درسنامه ۲: سوفل‌های قلبی

۱- سوفل افزایشنده کاهنده جهش سیستولی (قاعده قلب بهترین محل سمع سوفل جهشی است و نوع ریوی به پشت و آگزینا و نوع آئورتی به گردن انتشار می‌یابد): تنگی آئورت، تنگی شریان ریوی، ASD، کوآرکتاسیون آئورت

۲- سوفل هولو سیستولیک (سمع بهتر در قسمت تحتانی چپ استرنوم و اپکس): VSD، رگورژیتاسیون میترال یا تریکوسپید

۳- کلیک میدسیستولی و سوفل انتهای سیستولی: پرولاپس دریچه میترال

۴- سوفل مداوم: همه‌همه وریدی (تنها سوفل مداوم طبیعی)، PDA، کوآرکتاسیون وریدی، عروق کلترال

الف) سوفل پاتولوژیک: دیاستولی، هولوسیستولی، انتهای سیستولی مداوم، لرزش یا تریل

ب) سوفل بی‌گناه: ابتدای سیستولی با کیفیت کمتر از درجه ۳ بدون انتشار، تریل و عدم تغییر قابل ملاحظه با تغییر موقعیت



تغذیه ضعیف، دیسترس تنفسی و شوک قبل از ۲ هفته‌گی و هیپرتروفی بطن راست (برخلاف کودکان بزرگ‌تر) به نفع این بیماری در شیرخواران و نوزادان است که در ابتدا با پروستاگلندین E_1 ، اینوتروپ‌ها و دیورتیک‌ها تا زمان ترمیم کنترل می‌شود.

۱۳- دختر ۲ ساله‌ای با کبودی لب‌ها و کمبود وزن به درمانگاه آورده شده است. در معاینه فیزیکی، سوفل قلبی در کانون پولمونار شنیده می‌شود و کلاپینگ مشهود است. در نوار قلب، انحراف محور به راست و در گرافی قفسه سینه، نمای چکمه‌ای قلب وجود دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پرائترنی شهریور ۹۳-قطب ۴ اهواز)

الف) جابجایی عروق بزرگ
ب) آترزی تریکوسپید
ج) ترانکوس آرترویزوس
د) تترالوژی فالوت

● جواب: گزینه د، قلب چکمه‌ای و سایر یافته‌های مطرح شده قویاً مطرح‌کننده تترالوژی فالوت است.

درسنامه ۱۳: تترالوژی فالوت

شایع‌ترین بیماری مادرزادی سیانوتیک قلب است و شامل تتراد VSD، تنگی شریان پولمونار، قرار گرفتن ریشه آئورت روی دیواره بین بطنی و هیپرتروفی بطن راست می‌باشد.

یافته شایع اولیه این بیماران، سوفل تنگی پولمونار است که به مرور زمان این سوفل نرم‌تر و کوتاه‌تر می‌شود و سیانوز به تدریج با بالا رفتن سن بروز می‌کند. درجه سیانوز به میزان تنگی پولمونار ارتباط دارد.

وجود قلب چکمه‌ای، تیپیک این بیماری می‌باشد.

نکته امتحانی ۱۰۰٪ مهم: صدای دوم منفرد، هیپرتروفی بطن راست، ریه پاک و انحراف به راست محور قلب در اغلب بیماری‌های سیانوتیک مادرزادی قلب دیده می‌شود که هر کدام از این بیماری‌ها یک مورد از ویژگی‌های فوق الذکر را ندارند که آن ویژگی موجب افتراق بیماری می‌شود. مثلاً PAPVR صدای دوم دوگانه و ریه‌های سفید دارد، آترزی بطن راست، انحراف محور قلب به چپ دارد و تنه شریانی واحد، هیپرتروفی هر دو بطن و ریه‌های درگیر دارد.

۱۴- کودک ۱۸ ماهه‌ای را که به تترالوژی فالوت مبتلا است با سیانوز و بی‌قراری که از یک ساعت قبل شروع شده به اورژانس آورده‌اند. انجام کدامیک از اقدامات زیر در اورژانس لازم نیست؟ (پرائترنی شهریور ۹۳-قطب ۱۰ تهران)

الف) تجویز سولفات مورفین
ب) تجویز اکسیژن
ج) قرار دادن در وضعیت Knee chest
د) پروپرانولول

● جواب: گزینه د، سایر گزینه‌ها در حملات هیپوکسیک ضروری هستند.

درسنامه ۱۴: تترالوژی فالوت

۱- حملات هیپوکسیک: کودک بی‌قرار و آژیته می‌شود و گریه غیر قابل کنترل دارد یا کودکی که قادر به راه رفتن نیست، ناگهان چمباتمه می‌زند. در موارد شدید می‌تواند منتهی به تشنج، همی‌پارزی و مرگ شود.

درمان این وضعیت با تجویز اکسیژن، سولفات مورفین و قراردادن بیمار در وضعیت سجده knee chest می‌باشد.

فیل‌افرین و کتامین با بالا بردن مقاومت عروق سیستمیک در کنترل این حالت کمک می‌کنند ولی پروپرانولول مفید نیست.

وقوع یک حمله سیانوتیک به معنی ضرورت انجام ترمیم جراحی در اولین فرصت است.

۲- ریسک ترومبوآمبولی و آبسه‌های مغزی

۳- آنومالی‌های عروق کرونر خصوصاً شریان کرونری قدامی نزولی چپ

فصل ۱۰

بیماری های خون

۱- غربالگری شیرخوار پسر یک ساله ای جهت آنمی به شرح زیر است:

Hb = ۱۱, Hct = ۳۵%, WBC = ۸۰۰۰, MCV = ۷۴, plt = ۲۰۰۰۰۰

اقدام مناسب کدام است؟ (پرانترنی اسفندر ۹۴-قطب ۷ اصفهان)

- (الف) قطره آهن با دوز درمانی
(ب) قرص اسیدفولیک
(ج) شربت سولفات روی
(د) اطمینان بخشی به والدین
- **جواب:** گزینه د، با توجه به سن بیمار، میزان هموگلوبین نرمال است.



درسنامه ۱: قسمت اول اپروچ به آنمی

۱- میزان هموگلوبین باید با توجه به سن کودک تفسیر شود چراکه ۹/۵ Hb در سه ماهگی، ۱۰/۵ در ۶ ماه تا ۶ سالگی و ۱۱ در ۷ تا ۱۲ سالگی کاملاً طبیعی است. (۱۰۰٪ امتحانی)

۲- ارزیابی اولیه در آنمی عبارتند از: CBC diff، شمارش پلاکت و retic، اندکس گلبولی و اسمیر خون محیطی (بررسی مورفولوژی گلبول قرمز)

۳- طی چند ماه اول زندگی خصوصاً در نوزادان پره ماچور، بخاطر رشد سریع، طول عمر کوتاه گلبول قرمز و کاهش میزان اریتروپوئو هموگلوبین تدریجاً کاهش می یابد که در ۸ تا ۱۰ هفتگی به پایین ترین سطح خود می رسد و در ۶ ماهگی، کاملاً برطرف می شود. به عبارت دیگر، حتی مقادیر کمتر از هموگلوبین طبیعی سنی کودک (آنمی خفیف) در سن کمتر از ۶ ماه، تنها پیگیری (نه هیچ اقدام دیگری) می شود.

۲- یک کودک ۴ ساله مبتلا به آنمی با هموگلوبین ۷ و رتیکولوسیت ۸٪ و تعداد گلبول قرمز ۵/۵ میلیون، MCV = ۹۰، MCH = ۳۰ به درمانگاه آورده شده است. کدامیک از بیماری های زیر محتمل تر است؟ (پورد اطفال شهرپور ۹۳)

- (الف) آنمی همولیتیک (ب) کمبود ویتامین B_{۱۲} (ج) هیپوتیروئیدی (د) آنمی بیماری مزمن
- **جواب:** گزینه الف، میزان اصلاح شده رتیکولوسیت با در نظر گرفتن حداقل نرمال سنی ۱۰/۵ در ۶ ماه تا ۶ سالگی و ضرب کردن نصف هموگلوبین بیمار در تعداد رتیکولوسیت و تقسیم آن بر تعداد هموگلوبین طبیعی سنی، بیش از ۲ می باشد که به نفع همولیز است.



درسنامه ۲: قسمت دوم اپروچ به آنمی

۱- میزان اصلاح شده رتیکولوسیت برابر است با حاصل ضرب نصف هموگلوبین بیمار در تعداد رتیکولوسیت و تقسیم آن بر تعداد هموگلوبین طبیعی سنی

۲- اگر میزان اصلاح شده رتیکولوسیت بیشتر از ۲ (گرچه در نمودار کتاب عدد بیش از ۳ آمده ولی مسائل عمدتاً با بیش از ۲ مطرح می شود). به نفع همولیز است که می تواند بخاطر هموگلوبینوپاتی (تالاسمی، سیکل سل)، کمبود آنزیمی (پیرووات کیناز یا G_۶PD)، اختلال غشایی (اسفروسیتوز، الیپتوسیتوز و اوالوسیتوز)، علل خارجی (TTP، DIC، HUS، آبتالیوپروتئینمی، سوختگی، ویلسون و کمبود ویتامین E) و آنمی همولیتیک ایمیون یا دارویی باشد.



۲۷- پسر ۲ ساله‌ای با کبودی‌های متعدد به درمانگاه مراجعه کرده است. سابقه این ضایعات را قبلاً هم داشته است. آزمایشات انجام شده به شرح زیر است:

$WBC = 4500$, $PMN = 65\%$, $Hb = 12.5$, $MCV = 82$, $PLT = 345000$, $PT = 13$, $INR = 1$, $PTT = 68$ ($NL = 28 - 35$)

کدامیک از تشخیص‌های زیر مطرح است؟ (پره انترنی میان دوره آذر ۱۴۰۱)

(الف) اختلال عملکرد پلاکتی (ب) کمبود فاکتور ۱۲

(ج) کمبود فاکتور ۸ (د) کمبود فاکتور ۷

● **جواب:** گزینه ج، کیس هموفیلی با PTT بالا معرفی شده است.

درسنامه ۲۷: هموفیلی

بیماری وابسته به X هموفیلی A (مختص پسران) در اثر کمبود فاکتور ۸ و بیماری هموفیلی B در اثر کمبود فاکتور ۹ ایجاد می‌شود. خونریزی داخل مفصلی بیشتر به نفع هموفیلی است در حالی که خونریزی‌های زیر پوستی عمدتاً در اختلالات پلاکتی دیده می‌شود. اساس تشخیص هموفیلی، با PTT طولانی است که اگر با پلاسمای طبیعی اصلاح شود، جهت تشخیص نوع هموفیلی، باید سطح فاکتور ۸ و ۹ اندازه‌گیری شود. گرچه در حال حاضر تست‌های مولکولی، تشخیص قبل از تولد و حاملین را ممکن ساخته است.

۲۸- پسر ۱۵ ساله مبتلا به هموفیلی B شدید با وزن ۳۰ کیلوگرم دچار خونریزی مغزی شده است. اولین دوز تزریقی فاکتور انعقادی برای وی چقدر است؟ (بورد اطفال شهریور ۹۶)

(الف) ۴۰۰۰ (ب) ۳۰۰۰ (ج) ۲۰۰۰ (د) ۱۰۰۰

● **جواب:** گزینه الف، حاصل ضرب سطح مطلوب فاکتور (در خونریزی مغزی، ۹۰ است)، وزن بیمار و عدد ثابت (نیم در کمبود فاکتور ۸ و یک و نیم در کمبود فاکتور ۹)، دوز مورد نیاز فاکتور ۸ یا ۹ را مشخص می‌کند.

درسنامه ۲۸: درمان هموفیلی

درمان پروفیلاکتیک که در دوران شیرخواری شروع می‌شود، احتمال بروز آرتروپاتی مزمن را کاهش می‌دهد. حاصل ضرب سطح مطلوب فاکتور (در خونریزی مغزی، ۹۰ و در خونریزی خفیف تا متوسط (مثل هماتروز)، ۴۰ است)، وزن بیمار و عدد ثابت (نیم در کمبود فاکتور ۸ و یک و نیم در کمبود فاکتور ۹)، دوز مورد نیاز فاکتور ۸ یا ۹ را مشخص می‌کند. درمان انتخابی مبتلایان هموفیلی خفیف و متوسط A (نه B) دسموپرسین استات است که سطح فاکتور ۸ را ۳ تا ۴ برابر بالا می‌برد. آمینوکاپروئیک اسید ممکن است برای خونریزی مخاط دهان و بینی مفید باشد.

۲۹- پسر ۶ ساله کیس شناخته شده هموفیلی A دچار خونریزی در مفصل آرنج شده که پس از دریافت ۴ دوز از درمان معمول، تغییری حاصل نشده است. اولین اقدام کدام است؟ (بورد اطفال شهریور ۱۴۰۰)

(الف) اندازه‌گیری فعالیت فاکتور ۸ (ب) بررسی آنتی بادی مهارکننده

(ج) ریتوکسیماب (د) امیسوزوماب

● **جواب:** گزینه ب، عدم پاسخ به درمان با فاکتور، نشانه وجود مهارکننده فاکتور است.



درسنامه ۹: تومور CNS

دومین کانسر شایع اطفال (بعد از لوسمی)، شایع‌ترین تومور توپر و شایع‌ترین علت مرگ ناشی از بدخیمی در اطفال، تومور CNS است.

تومورهای CNS اطفال عمدتاً اولیه بوده و غالباً از نوع گلیوم درجه پایین، مدولوبلاستوم و تومور اولیه نورواکتودرمال هستند در حالی که تومورهای CNS بالغین عمدتاً ثانویه یا متاستاتیک است و در موارد اولیه، عمدتاً آستروسیتوم‌های درجه بالا است. (رمز: تومور CNS کودک مهربان! است ولی در بالغین، عمدتاً خطرناک! است.)

لتارژی، سردرد، استفراغ (به‌ویژه صبح‌ها پس از برخاستن از خواب)، تحریک‌پذیری، بی‌اشتهایی، اختلال عملکرد تحصیلی یا افت شاخص‌های تکاملی، افزایش دور سر، اختلال ابداکسیون چشم‌ها (فلج عصب ۶) و فلج سایر اعصاب جمجمه‌ای، علائم خطر تومور CNS در اطفال هستند. تشنج، اختلال حرکتی یا حسی کانونی (ضایعات سوپراتنتوریال)، اختلال دید (ضایعات عصب اپتیک)، آتاکسی (تومور مخچه‌ای)، فلج سایر اعصاب جمجمه‌ای به جز عصب ۶ (تومور ساقه مغز) و دیابت بی‌مزه و بلوغ زودرس (تومور هیپوفیز)، علائم اختصاصی تومور مغزی با توجه به محل ضایعه هستند. در بیمار مشکوک به افزایش فشار داخل جمجمه، MRI روش انتخابی بررسی ضایعه فضاگیر مغزی است.

۱۰- شیرخوار ۱۸ ماهه‌ای را به علت بزرگی شکم به بیمارستان آورده‌اند. بیمار اسهال مزمن دارد. در معاینه، حرکات خودبه‌خودی در کره چشم مشاهده می‌گردد. در سونوگرافی، توده بزرگ لگنی و در گرافی ساده، کلسیفیکاسیون وجود دارد. تشخیص چیست؟ (پرائترنی شهریور ۱۴۰۱)

الف) تومور ویلمز ب) نوروبلاستوم ج) لنفوم د) رابدومیوسارکوم

○ جواب: ب، کیس تیپیک نوروبلاستوم با رقص چشم و حرکات، توده کلسیفیه و اسهال مزمن معرفی شده است.

درسنامه ۱۰: نوروبلاستوم

شایع‌ترین تومور توپر خارج جمجمه‌ای و شایع‌ترین تومور بدخیم دوره شیرخوارگی با سن متوسط ۱۷ ماهگی می‌باشد.

علائم بالینی: ۱- درد و توده شکمی و فلانک (عمدتاً در ناحیه غده آدرنال، سپس گانگلیون سمپاتیک رتروپریتون و گانگلیون اطراف مهره‌ای در قفسه سینه و گردن) ۲- علائم چشمی (میوز، پتوز، هتروکرومی و اکیموز پزی اربیتال ناشی از ترومبوسیتوپنی متاستاتیک) ۳- علائم فشار بر نخاع (سندروم هورنر در ضایعات گردنی و اپیکال) ۴- سندروم‌های پارانئوپلاستیک (اسهال ترشچی، تعریق شدید و اپسومیوکلونوس (چشم و پای رقصنده)).

رمز: بلاستوم می‌خواد بره عروسی، لنز می‌ذاره (هتروکرومی عنبیه)، خط چشم می‌کشه (اکیموز پری اربیتال)، باباش بهش می‌گه نوروبلاستوم ولی اون میره داخل عروسی، رقص چشم و دست می‌کنه. انقدر می‌رقصه که عرق می‌کنه. چون غذای عروسی فاسد بوده، بعدش اسهال ترشچی و درد شکم می‌گیره که کارمای عبور نوروبلاستوم از خط قرمز (خط وسط) هست. بعدش بخاطر این تجربه، کلسیفیه و آرام می‌شه.

نوروبلاستوم عمدتاً کلسیفیه بوده و می‌تواند برخلاف تومور ویلمز، از خط وسط شکم عبور کند.

Stage MS: یک نوع منحصر به فرد نوروبلاستوم در کودکان کمتر از ۱۸ ماه به صورت یک تومور کوچک محدود با متاستاز محدود به پوست، کبد و مغز استخوان با پیش‌آگهی خوب و بهبودی خودبه‌خودی در بعضی از بیماران می‌باشد. (نوروبلاستوم مظلوم!)

۲۱- پسر ۱۲ ساله‌ای به علت ریفلاکس نفروپاتی مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شده است. قد ۱۵۰ سانتی‌متر و کراتینین ۳/۲ دارد. مرحله بیماری مزمن کلیه وی کدام است؟ (پراگماتیسم در دوره آبان ۱۳۰۰)

الف) ۱ (ب) ۲ (ج) ۳ (د) ۴

● **جواب:** گزینه د، GFR بیمار با فرمول ۴۱۳/۴۰ تقسیم بر کراتینین سرم برابر با ۱۹/۴ است که مرحله ۴ نارسایی مزمن کلیه می‌باشد.

درسنامه ۲۱: نارسایی مزمن کلیه CKD

شایع‌ترین علت CKD کودکان، دیسپلازی کلیه و مجاری است.

علت آنمی در CKD، ترکیب ناتوانی کلیه در ساخت اریتروپویتین و فقر آهن است. لذا، **ضروری است قبل از تجویز اریتروپویتین، ذخایر آهن پر شود.** خطر اصلی هیپرکالمی در نارسایی کلیه (حاد یا مزمن فرقی ندارد)، **آریتمی** است.

مرحله CKD	GFR	توصیف
۱	بیشتر از ۹۰	آسیب خفیف
۲	۶۰-۸۹	آسیب همراه با کاهش مختصر GFR
۳	۳۰-۵۹	کاهش متوسط GFR
۴	۱۵-۲۹	کاهش شدید GFR
۵	کمتر از ۱۵ یا دیالیز	بیماری کلیوی مرحله آخر

۲۲- در پسر ۱۲ ساله‌ای که به علت نارسایی مزمن کلیه ناشی از فوکال سگمنتال گلومرواسکلروز، فشارخون ۱۵۰/۹۰ و کراتینین ۱/۷ دارد. داروی انتخابی برای کنترل فشار خون تمام موارد زیر است، به جز: (ارتقا اطفال شیراز تیر ۹۸)

الف) انالاپریل (ب) آملودیپین (ج) کاپتوپریل (د) لوزارتان

● **جواب:** گزینه ب، سایر گزینه ACEI، ARB بوده و مناسب هستند.

درسنامه ۲۲: درمان CKD

۱- برخلاف AKI، مناسب‌ترین درمان هیپرتنشن و پروتئینوری در CKD، ACEI، ARB است.

۲- دریافت پروتئین در CKD نباید محدود شود و از تجویز داروهای نفروتوکسیک باید پرهیزیم.

۳- در صورت رشد ناکافی، مرحله CKD۵، دیالیز اندیکاسیون می‌یابد.

۲۳- کدامیک از عبارات زیر تعریف فشارخون افزایش یافته در یک کودک ۵ ساله است؟ (پره ارتقا اطفال ۱۳۰۲)

الف) فشارخون کمتر از صدک ۹۰ (ب) فشارخون در محدوده صدک ۹۰ تا ۹۵

(ج) فشارخون در محدوده صدک ۹۵ تا ۹۹ (د) فشارخون کمتر از صدک ۵۰

● **جواب:** گزینه ب، فشارخون در محدوده صدک ۹۰ تا ۹۵، فشارخون افزایش یافته در نظر گرفته می‌شود.