



کتاب جامع بورد شفاهی در کودکان

به سبک KFP بر اساس نلسون ۲۰۲۰

(جلد ۱)

تألیف و تدوین:

دکتر ایمان وفائی

دارای بورد تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل



سرشناسه:	وفائی، ایمان، ۱۳۶۵ - Vafaei, Iman
عنوان و نام پدیدآور:	کتاب جامع بورد شفاهی در کودکان، به سبک KFP براساس نلسون ۲۰۲۰
مشخصات نشر:	تألیف و تدوین: ایمان وفائی.
مشخصات ظاهری:	تهران: سینا طب: رودگون، ۱۴۰۱.
شابک:	ج ۲: مصور (رنگی)، جدول، نمودار.
وضعیت فهرست نویسی:	۹-۱۱-۵۹۶۵-۶۲۲-۹۷۸: دوره؛ ۶-۱۲-۵۹۶۵-۶۲۲-۹۷۸: ج ۱.
موضوع:	فیفا
موضوع:	طب کودکان -- راهنمای آموزشی (عالی)
موضوع:	Pediatric -- Key Future Problem in Pediatric
موضوع:	اطفال -- بیماری ها و نقص ها -- راهنمای آموزشی
شناسه افزوده:	وفائی، ایمان، ۱۳۶۵ -
رده بندی کنگره:	RE۵۶
رده بندی دیویی:	۶۱۷/۰۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی:	۵۹۳۳۷۸۵

نام کتاب:	کتاب جامع آسکی در کودکان (جلد ۱)
تألیف و تدوین:	دکتر ایمان وفائی
ناشر:	انتشارات سینا طب و رودگون
گرافیک و صفحه آرایی:	اعظم صلح میرزایی
لیتوگرافی:	نگین
چاپ:	نقشینه
نوبت چاپ:	چاپ اول، ۱۴۰۱
صحافی:	بعثت
شابک:	۹۷۸-۶۲۲-۵۹۶۵-۱۲-۶
تیراژ:	۱۰۰ نسخه
قیمت:	۴۰۰۰۰۰ تومان

این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان می باشد؛ هرگونه تکثیر، کپی و بازنویسی از این کتاب به هر شکلی و در هر رسانه ای اعم از کتاب، نرم افزار، لوح فشرده، مجلات، جزوات درسی، شبکه های اجتماعی و اینترنت بدون اجازه کتبی از ناشرین، ممنوع و قابل پیگرد قانونی است.

تلفن مرکز پخش: ۰۲۱-۶۶۵۹۲۲۵۲ . ۰۲۱-۶۶۹۴۴۰۵۱-۲
همراه: ۰۹۱۲۸۳۰۵۲۱۲

مقدمه

ریسک فاکتورهای بیش فعالی عبارتند از:

- (۱) استفاده مادر از دارو
- (۲) سیگار کشیدن
- (۳) استفاده از الکل
- (۴) در معرض سرب بودن قبل یا بعد از تولد

تشخیص‌های افتراقی بیش فعالی عبارتند از:

- (۱) سندرم X شکننده
- (۲) سندرم جنین الکلی
- (۳) OCD
- (۴) سندرم توره
- (۵) اختلال سلوک
- (۶) اختلال فراگیر رشد

درمان ADHD

- (۱) جلسات ۸ تا ۱۲ جلسه جهت مدیریت رفتاری
 - (۲) داروهای محرک مثل متیل فنیدات (ریتالین) / آمفتامین / دکستروآمفتامین
 - (۳) مهارکننده بازجذب نورآدرنژیک - آتوموکستین
 - (۴) گوانفاسین
- اگر بعد از افزایش دوز ریتالین علائم باقی ماند یا عوارض ایجاد شد می‌توان از گروه دیگری از محرک‌ها به شرح ذیل استفاده کرد:
- دکستروآمفتامین‌ها، آمفتامین‌ها، آتوموکستین، کلونیدین، گوانفاسین
- در کودکانی که ADHD دارند و تحت درمان با ریتالین می‌باشند در صورت وجود شرح حال خانوادگی مثبت آریتمی و سنکوپ و کاردیومیوپاتی موارد ذیل را باید انجام داد:
- باید EKG قبل از تجویز دارو گرفته شود.

عوارض ریتالین

۱. کاهش متوسط اشتها
۲. اختلال خفیف خواب
۳. کاهش وزن گذرا
۴. تحریک پذیری و بروز تیک

درمان ریشه چگونه است؟

آرام کردن کودکان در یک time out حدود یک دقیقه برای هر سال از سن حین رفتار مخالفتی توصیه می گردد. این روش برای کودکان تا سن ۱۰ سالگی به کار می رود. والدین باید رفتارهای آرام کننده خود را در مقابل کودک تقویت کنند و کودک را تنبیه نکنند. اگر time out جواب ندهد از روش های دیگر ذیل استفاده کنیم:

- (۱) تقویت رفتارهای مقابله ای مثبت
- (۲) راه های جلوگیری از عصبانی شدن والدین

آزمایشات لازم برای بولیمیا چه مواردی است؟

- (۱) CBC: لکوپنی دارند ولی Hb نرمال است.
- (۲) ESR: نرمال است.
- (۳) VBG - آلكالوز متابولیک هیپوکالمیک دارند.
- (۴) آنزیم های کبدی اندکی افزایش یافته است.
- (۵) عملکرد کلیه NL است. Total pr, Alb نرمال است.

درمان تیک

- (۱) تنها دو داروی آنتی سایکوتیک تیپیک مثل هالوپریدول و پیموزاید (بلوکر رسپتور D2) از FDA تأیید گرفتند.
- (۲) آنتی سایکوتیک های غیر تیپیک مثل ریسپریدون به دلیل عوارض جانبی کمتر بهتر هستند.
- (۳) بعضی ها از 2α آگونیست ها مثل کلونیدین و گوانفاسین به عنوان خط اول درمان استفاده می کنند.

۴) در بیمارانی که همزمان OCD + تیک دارند دادن ضدسایکوز آتیپیک و SSRI ها توأمان پیشنهاد می شود.

اگر تیک با اضطراب یا OCD توأم باشد:

SSRI بهترین درمان است.

در مواردی که ADHD همراه با تیک باشد:

از کلونیدین و گوانفاسین استفاده می گردد.

۴- کدامیک از موارد ذیل تشخیص‌های افتراقی می‌باشد؟

	۱. اختلالات ارتباطی
	۲. ناتوانی یادگیری
	۳. ناشنوایی
	۴. OCD
	۵. اختلال اضطرابی
	۶. ASD
	۷. Rett
	۸. ADHD
	۹. هیپرتیروئیدی
	۱۰. لاندو کلفنر
	۱۱. Selective mutism
	۱۲. اسکیزوفرنی

۵- غربالگری کودکان در چه سنی باید انجام گردد؟ فقط دو مورد انتخاب کنید.

☐	۱. ۱۲ ماهگی
☐	۲. ۱۵ ماهگی
☐	۳. ۱۸ ماهگی
☐	۴. ۲۴ ماهگی

۶- مناسب‌ترین گزینه تشخیصی کدام است؟ فقط یک مورد.

	۱. Brain CT
	۲. MRI
	۳. CBC, diff.CRP
	۴. پرسشنامه ASQ
	۵. M.CHAT
	۶. Bally test

شماره case: ۲

تعداد سؤال case: ۵

کودک ۶ ساله با بیش‌فعالی و راه رفتن سر کلاس نزد شما آورده شده است.

۱- با توجه به شکایت اصلی بیمار برای یافتن علت موضوع چه سؤالاتی از مادر در این مرحله به عنوان پزشک مسئول درمان می پرسید؟ (۵ مورد)

۱.	آیا زایمان طول کشیده داشته‌اید؟
۲.	آیا زایمان شما به صورت پره‌ترم (پیش از موعد) بوده است؟
۳.	در طول زایمان دچار توکسمی نشده‌اید؟ (تب و علائم همراه)
۴.	شما در طول بارداری سیگار می کشیده‌اید؟
۵.	در طول بارداری الکل مصرف کرده‌اید؟
۶.	از غذاهایی که حاوی مواد نگهدارنده بود استفاده می کردید؟

۲- کدام یک از تست‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیکی ذیل را برای تشخیص درخواست می‌کنید؟

	۱. CBC diff
	۲. FT4 و TSH
	۳. سنجش سطح سرب
	۴. ثبت EEG
	۵. Brain CT

شماره case: ۱

تعداد سؤال case: ۴

پسر ۳ ساله‌ای با Hb: ۸ توسط والدین نزد شما آورده شده است.

BW: ۱۱ Kg

Hight: ۷۵ Cm

۱- در این مرحله چه اقداماتی را انجام می‌دهید؟ (هر چند گزینه که صحیح است علامت بزنید)

☐	۱. به سن بیمار توجه می‌کنیم.
☐	۲. به جنس بیمار توجه می‌کنیم.
☐	۳. رژیم غذایی که مادر در اختیار کودک قرار می‌دهد توجه می‌کنیم.
☐	۴. سابقه مسافرت را می‌پرسیم.
☐	۵. سابقه خانوادگی اسپلنومگالی را مورد بررسی قرار می‌دهیم.
☐	۶. سابقه سنگ کیسه صفرا را مورد پرسش قرار می‌دهیم.
☐	۷. خواب‌آلودگی بیمار مهم است.
☐	۸. زبان بیمار را مورد بررسی قرار می‌دهیم.
☐	۹. سمع قلب انجام می‌دهیم.
☐	۱۰. معاینه سر از نظر میکروسفالی انجام می‌دهیم.
☐	۱۱. معاینه مقعد از نظر احتمال هموروئید مهم است.
☐	۱۲. معاینه چشم مهم می‌باشد.

۲- در این مرحله کدامیک از آزمایشات ذیل را باید درخواست کرد؟ (۴ مورد)

۱.	MCV
۲.	RDW
۳.	فریتین
۴.	TIBC
۵.	مقدار RBC
۶.	PBS
۷.	ESR
۸.	CRP

۴- تست TT انجام شد و ۲۰ گزارش شده است (نرمال ۱۵-۱۱). اقدام بعدی چیست؟ (یک مورد)				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
چک CBC				*
چک رپتیلز	+۱۰۰			
چک BT				*

۵- تست رپتیلز انجام شده و ۴۰ گزارش شده است (نرمال: ۲۵) کدام یک از تشخیص‌های ذیل مطرح است؟ (یک مورد)				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
لوپوس				*
کمبود فیبرینوژن	+۱۰۰			
کمبود VWF				*
اثر هپارین				*

پاسخ تشریحی:

اگر PT و PTT طولانی باشد قدم بعدی mixing test است.

اگر با تست mixing اصلاح شود کمبود فاکتورهای انعقادی مطرح می‌شود.

ولی اگر با تست mixing اصلاح نشد شرایط ذیل وجود دارد:

۱) اگر سابقه خونریزی دارد: مهارکننده وجود دارد.

۲) اگر سابقه ترومبوز دارد: به نفع لوپوس است.

۳) اثر هپارین: در این صورت باید ابتدا TT را درخواست کرد. اگر طولانی باشد تست

رپتیلز را درخواست می‌کنیم اگر غیرنرمال باشد به نفع کمبود فیبرینوژن بوده و اگر

نرمال باشد اثر هپارین می‌باشد.

توضیح شکل‌های کتاب:

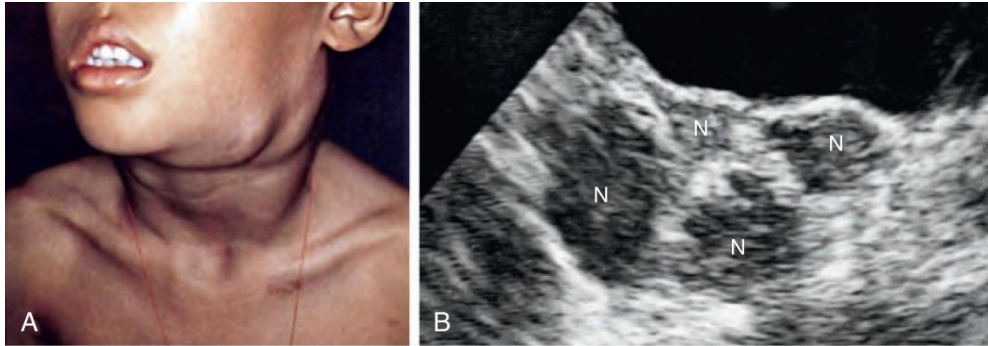


Fig. 520.1 Cervical lymphadenopathy. Manifestations on A, physical examination, and B, ultrasound examination. N, Abnormally enlarged lymph nodes. (From Sinniah D, D'Angio GJ, Chatten J, et al: Atlas of pediatric oncology, London, 1996, Arnold.)

لنفادنوپاتی گردنی

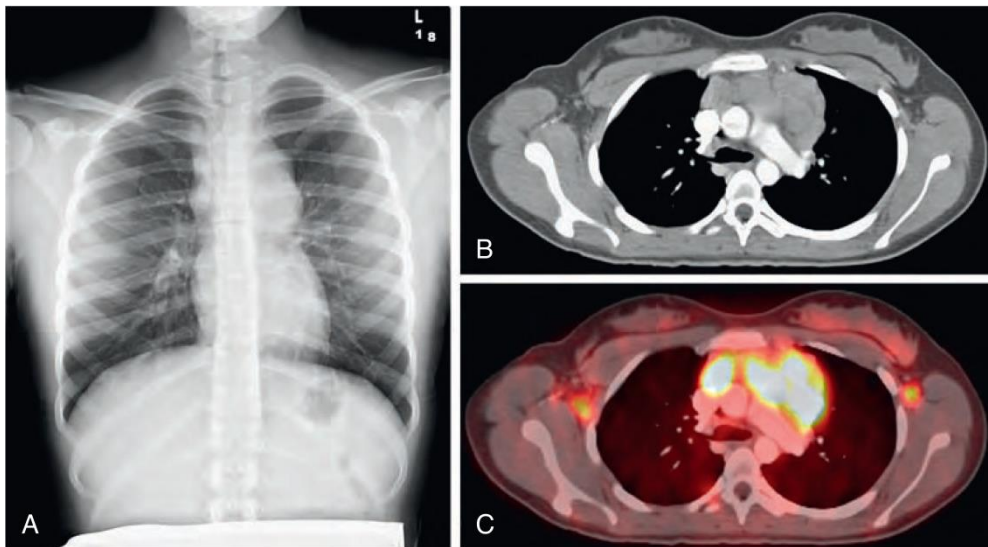


Fig. 520.2 Anterior upper mediastinal mass from non-Hodgkin lymphoma. A, Plain chest radiograph. B, CT scan. C, Positron emission tomography (PET) scan.

توده مدیاستن قدامی و فوقانی

تشخیص: لنفوم غیرهوچکین



رفلکس سفید مردمک

Fig 520.4 White pupillary reflex in the left eye. (From Sinniah D, D'Angio GJ, Chatten J, et al: Atlas of pediatric oncology, London, 1996, Arnold.)

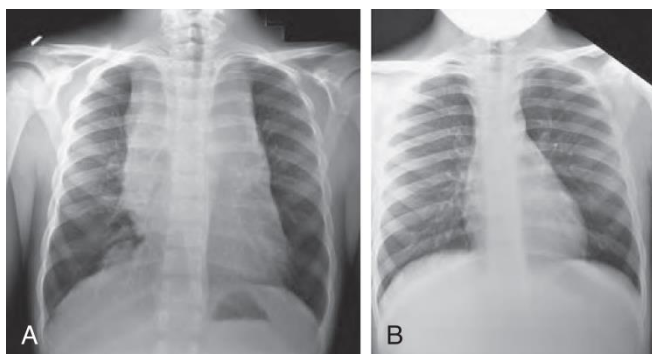
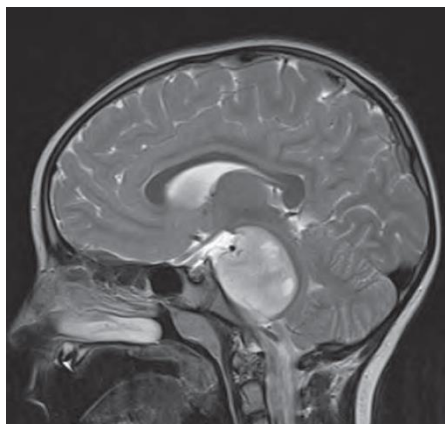


Fig. 523.2 A, Anterior mediastinal mass in a patient with Hodgkin disease before therapy. B, After 2 mo of chemotherapy, the mediastinal mass has disappeared.

شکل A نشانه توده مدیاستینال در بیماری هوجکین قبل از درمان را نشان می دهد.
در شکل B بعد از ۲ ماه کموتراپی، توده کاملاً از بین می رود.



گلیوم در یک دختر ۵ ساله

Fig. 524.13 T2-weighted sagittal MR image of a diffuse infiltrating pontine glioma in a 5 yr old girl presenting with headaches, left facial droop, and lethargy.

خلاصه در خلاصه نکات مهم:

Undefined Bright Object

- در UBO ← فشار وجود ندارد و جابه‌جایی بطن نداریم ولی در تومور ← جابه‌جایی بطن را داریم.
MRI ← فقط باید براساس علائم تکرار شود.
۱- در MRI تومور مغزی شایع است.
۲- UBO داریم.

NF1

- باید $2 \leq$ مورد از هفت مورد خصوصیات ذیل را داشته باشد.
- ۱- وجود $6 \leq$ عدد ماکول شیرقهوه با قطر $5\text{mm} <$ قبل از بلوغ- قطر $15\text{mm} <$ بعد از بلوغ- کله شیرقهوه‌ای در 10% بیماران وجود دارد.
 - ۲- کک و مک ناحیه آگزیلا یا اینگوئینال به صورت نواحی هیپرپیگمانته با قطر $2-3\text{mm}$ باشد.
 - ۳- ندول لیش: $2 \leq$ روی عنبریه ← بررسی توسط اسلیت لامپ
 - ۴- نوروفیبروما: $2 \leq$ مورد.
 - ۵- دیسپلازی اسفنوئید ← که باعث اگزوفتالمی می‌شود.
 - ۶- گلیوم اپتیک ← معاینه سالانه چشم
 - ۷- وجود یک نفر در خانواده
- علائم:
- ۱- تشنج در 8% بیماران
 - ۲- اختلالات یادگیری در 30% موارد.
 - ۳- در عروق مغز آنوریسم یا تنگی وجود دارد.
 - ۴- حملات گذرای ایسکمیک عروق مغز: همی‌پارزی
 - ۵- وجود بدخیمی از جامعه عمومی بیشتر است.

ارزیابی NF1

- راه: N ← نورولوژی F ← فشارخون 1 ← اسکولیوز
- ۱- ارزیابی‌های مرتب سالانه

۲- معاینه چشم پزشکی سالانه

۳- ارزیابی نورولوژیک

۴- مونیتورینگ فشارخون

۵- بررسی از نظر اسکولیوز

راه: یک نفر اسکُل

NF-1 اسکولیوز

۶- MRI فقط در افراد علامت دار انجام شود.

بنابراین به صورت روتین نیاز به تکرار MRI روتین (مثلاً سالانه) نداریم.

فقط زمانی که علائمی مثل افزایش ICP، اختلال بینایی پروپتوز و ... رخ بدهد MRI می گیریم.

TS: خصوصیات ماژور

۱- ضایعات چشمی: هامارتوم متعدد شبکیه

۲- رابدومیوم قلبی (در ۵۰٪ موارد)

۳- آنژیومیولیوم کلیه (در ۷۵-۸۰٪ موارد و بالای ۱۰ سال)

۴- لنفانژیولیوماتوز ریوی

۵- توپرکورتیکال

۶- ندول ساب اپاندیمال

۷- آستروسیتوم با سلول ژانت ساب اپاندیمال

۸- فیبروم ناخن یا اطراف ناخن

۹- هامارتوم متعدد شبکیه

۱۰- پاچ شاگرین

۱۱- ماکول هیپوملانوتیک (< ۳ تا)

خصوصیات مینور

۱- حفرات دندانی متعدد

۲- فیبروم لثه

۳- کیست استخوانی

شماره case: ۲

تعداد سؤال case: ۳

دختر ۴ ساله‌ای با میکروسفالی از یکی از شهرستان‌ها به شما به عنوان متخصص اطفال ارجاع شده است.

۱ - کدامیک از موارد ذیل را در برخورد اولیه با میکروسفالی بیمار انجام می‌دهید؟

۱.	اندازه‌گیری دور سر بیمار
۲.	اندازه‌گیری دور سر والدین
۳.	اندازه‌گیری دور سر خواهر و برادر
۴.	مشاهده دقیق رفتار و حرکات بیمار
۵.	Brain CT
۶.	Brain MRI
۷.	بررسی آمینواسیدهای سرم
۸.	بررسی شکل ظاهری سر کودک

پاسخنامه سؤال ۵:

۱- EEG فوق چگونه تفسیر می‌شود؟ (یک مورد)				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
در هر ثانیه ۴-۶ موج Spike and wave دارد.	+۱۰۰			
در هر ثانیه ۴-۵ موج Spike Slow دارد.				*
در هر ثانیه ۱-۲ Hz/s Spike and Slow دارد.				*
در هر ثانیه ۳ Hz/s Spike and Slow دارد.				*
EEG فوق به صورت irregular fmultiform high voltage spike and wave است.				*

۲- براساس علائم بالینی و EEG انجام شده، نوع تشنج کدام مورد است؟ (یک مورد)				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
لنوکس				*
صرع میوکلونیک جوانان	+۱۰۰			
صرع اسپانسی جوانان				*
سندرم لاندو کلفت				*
West syndrome				*

۳- مهم‌ترین درمان صرع فوق چه موردی است؟ (یک مورد)				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
لاموتریزین			*	
والپروات	+۱۰۰			
کاربامازپین			*	
فنی توئین			*	

✓ در ابتدای دوران بزرگسالی رخ می‌دهد.

✓ میوکلونیک Jerk در صبح رخ می‌دهد.

✓ باعث افتادن اجسام از دست می‌گردد.

درمان: والپروات برای تمام عمر

توضیح شکل‌های کتاب:



traction response ← همانند شکل B است.

vertical suspension ← اسپاسیتی اندام تحتانی باعث حالت قیچی در اندام‌های تحتانی می‌گردد.



شکل مربوط به اپیستوتونوس است.
به صورت رژی‌دیتی و اسپاستیسیتی است که
در GERD و سندرم سندیف‌ر دیده می‌شود.



این شکل Gower sign را نشان می‌دهد.

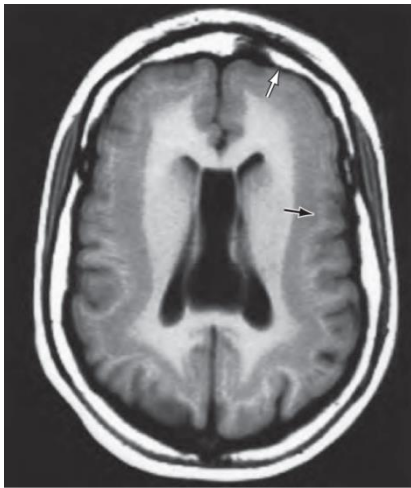
که بیمار وقتی نشسته است برای بلند شدن از خودش بالا می‌رود.



مننگوسل

برخورد با مننگوسل:

- ۱- اگر پوست کاملاً مننگوسل را بپوشاند نیاز به جراحی نیست.
- ۲- اگر نشت CSF داشته باشیم ← جراحی فوری صورت گیرد.
- ۳- اگر این حالت (نشت CSF) وجود نداشته باشد جراحی اورژانس نمی‌کنیم.



شکل مربوط به لیسنسفال است.



در لیسنسفال چین‌ها و شکنج‌های مغز تشکیل نشده است.

علائم: میکروسفال، تأخیر رشد، تأخیر تکامل، اختلالات تشنجی

آنومالی اپشتاین:

- ۱- رگورژیتاسیون دریچه تریکوسپید (TR)
- ۲- لت قدامی و بزرگ و بادبانی
- ۳- عملکرد بطن راست ضعیف و کوچک
- ۴- برون ده سمت راست کم است.

علائم:

- ۱- سوفل هولوسیستولیک در اثر TR
- ۲- شانت راست به چپ
- ۳- Multiple click
- ۴- سوفل دیاستولیک احتمالاً به علت ASD

EKG:

- RBBB
- همراهی با WPW
- کاردیومگالی به علت بزرگی دهلیز راست (قلب جعبه‌ای شکل)

RX: PGE1 جهت باز ماندن PDA آترزی عملکردی پولمونز

هیپرتانسیون ریوی:

- ۱- بیماری انسدادی عروق ریوی و نارسایی سمت راست
 - ۲- سیانوز و شانت راست به چپ ایجاد می‌گردد.
 - ۳- فشار ورید ژوگولار ↑ است ← بزرگی کبد و ادم وجود دارد.
 - ۴- صداهای قلبی:
- S1 با کلیک جهشی می‌باشد که از شریان متسع شونده ریوی منشأ گرفته
 - ۲ نیم شدن صدای دوم قلب ↓ یافته و S2 بلند می‌شود.
 - سوفل دیاستولی وزش کاهنده به دلیل PI شنیده می‌شود.
 - سوفل هولوسیستولیک (TR) در قست تحتانی کناره چپ استرنوم قابل سمع است.