





کتاب جامع بورد شفاهی در کودکان

به سبک KFP بر اساس نلسون ۲۰۲۰

(جلد ۲)

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:	۲ ج.: مصور (رنگی)، جدول، نمودار.
وضعیت فهرست نویسی:	۹-۱۱-۵۹۶۵-۶۲۲-۹۷۸: دوره؛ ۳-۱۳-۵۹۶۵-۶۲۲-۹۷۸: ج. ۲.
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 ۲)
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:	۳-۱۳-۵۹۶۵-۶۲۲-۹۷۸
تیراژ:	۱۰۰ نسخه
قیمت:	۴۲۵۰۰۰ 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

فصل ششم: کلیه، آب الکترولیت و اریولوژی

هیپوناترمی

اولین کار تعیین اسمولاریته سرم است.

۱- در هیپوناترمی حقیقی باید $\downarrow$ باشد.

۲- اگر اسمولاریته سرم نرمال باشد سودوهایپوناترمی مطرح است.

مثال: چربی بالا، Pr بالا

۳- اگر اسمولاریته بالا باشد: هیپرگلیسمی، مانیتول، اتیلن گلیکول مصرف کرده است.

هیپوناترمی حقیقی قدم بعدی پیگیری وضعیت دهیدراتاسیون است.

۱- هیپوولمیک $\leftarrow$ بررسی از نظر سدیم ادرار و SG ادراری جهت افتراق اینکه آیا loss رنال است یا extra renal:

الف- $\leftarrow$ Extra renal مثل GE و CF. $\leftarrow \begin{cases} \text{UNa} < 20 \\ \text{FENa} < 1-2\% \end{cases}$ UN low $\rightarrow$ U low

UNa > 20

ب- $\text{FENa} > 1-2\%$

✓ Cerebral salt wasting (UNa > 150)

✓ یا علل کلیوی: RTA، پلی کیستیک فاز پلی اوریک پس از ATN / رفع انسداد منجر به

دیورز می شود.

۲- نرمال یا یوولمیک: SIADH، نارسایی آدرنال، هیپوتیروئیدیسم

نکته: هورمون های تیروئیدی و کورتون ها آنتاگونیست ADH هستند.

۳- هیپرولمی

✓ UNa > ۲۰، ۲-۱٪ : ARF و CRF

✓ UNa < ۲۰، ۲-۱٪ : CHF، سیروز، سندرم نفروتیک بنابراین UNa < ۱۰ $\leftarrow$

گلومرول درگیر است و توبول درگیر نیست.

هیپرnatremی

- DI : more hypotonic [30mEq (Na)] pare water loss

هیپرناترمی

۱- دهیدراتاسیون: $1/5 - 1/2$ برابر نرمال از سرم half salin می‌دهیم. اگر نیاز باشد اول N.S را می‌دهیم.

۲- DI: pare water loss ← more hypotonic [30mEq (Na)]

۳- NDI:

- جایگزینی مایعات (مایعات کافی)- رژیم اسمولاریته پایین / سدیم پایین / کاهش‌دهنده حجم ادرار
- دیورتیک تیازیدی ← با دفع نمک و بازجذب آب باعث کاهش هیپرناترمی و کاهش ادرار می‌شود.
- آمیلوراید ← به‌عنوان K^+ sparing است و تیازید که هیپوکالمی می‌دهد و اصلاح می‌کند.

- محدود کردن نمک ← رژیم هیپواسمولار
- ایندومتاسین ← کاهش دفع آب
- راه: NDI ← آمیلوراید
- راه: NDI ← ایندومتاسین

۴- CDI:

- جایگزینی مایعات

DDAVP

۵- Salt wast:

- اگر قادر به خوردن است آب می‌دهیم.
- اگر قادر به خوردن نیست 5% DW است.
- اگر هیپرگلیسمی رخ دهد نباید Ins داد.

SIADH

حاد:

- ✓ محدودیت مایعات (هایپوناترمی خفیف)
- ✓ فروسماید + سالین هیپرتونیک (در موارد هیپوناترمی شدید)
- ↓ ↓
- برای کاهش ازدیاد آب برای جلوگیری از هیپوناترمی شدید فروسماید
- ✓ آنتاگونیست‌های وازوپرسین مثل Tolvaptan، ... (عملکرد ADH را بلوک می‌کند)

مزمّن:

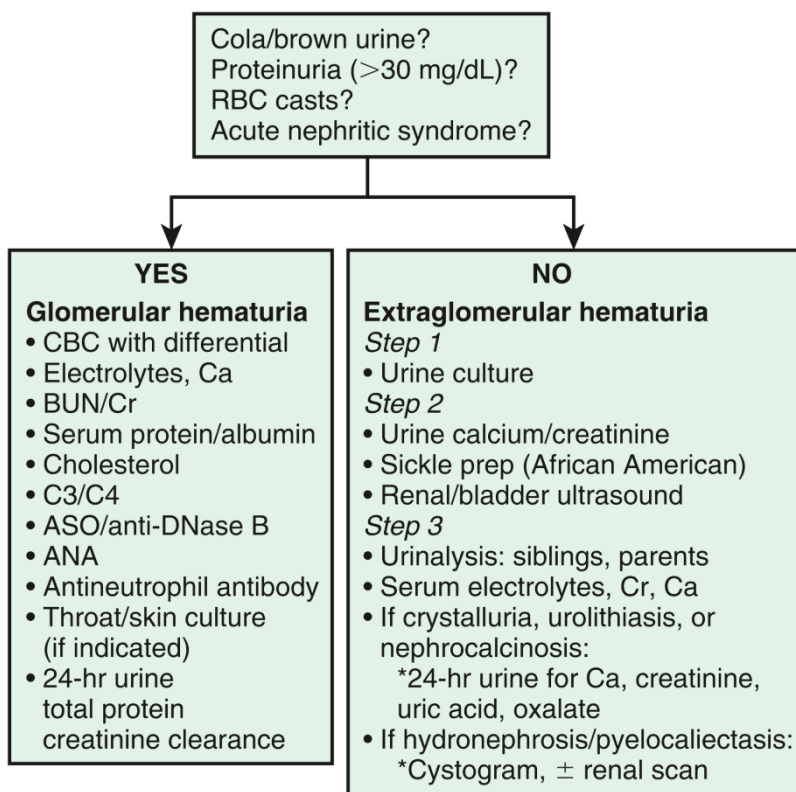
✓ فروسماید + مکمل سدیم

✓ آنتاگونیست خوراکی وازوپرسین

:CSW

✓ اگر قادر به خوردن است ← آب می‌دهیم.

✓ اگر قادر نباشد ← DW5% اسیداوریک بالای سرم



نوع تصویر VCUG ← ریفلاکس دوطرفه دارد.



Fig. 553.10 This VCUG shows contraction of the pelvic floor and external sphincter during voiding, leading to a dilated posterior urethra and bilateral reflux.

در VCUG: مثانه دیده می شود.
ریفلاکس درجه ۴ را نشان می دهد.

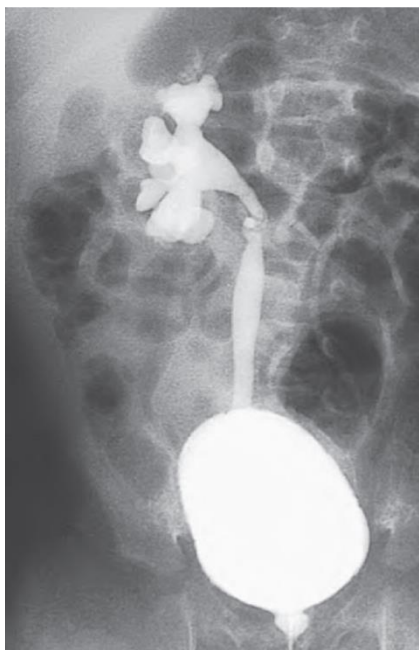


Fig. 554.3 VCUG showing grade IV right VUR.

۴- U/A طی ۲ هفته ۳ نوبت انجام گردید و هماچوری تأیید گردید اقدام بعدی شما چیست؟ (فقط یک مورد)				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
آنالیز ادرار ۲۴ ساعته				*
سونوگرافی کلیه‌ها و مجاری ادرار		-۲۰		
بررسی مجدد U/A ۲ هفته بعد				*
بررسی U/A صبحگاهی				*
بررسی U/C				*
بررسی Ca/Cr ادراری				*
چک Pr ادرار	+۱۰۰			
CT اسکن کلیه‌ها			*	

۵- در بررسی ادرار Pr ادرار ۴۵mg/dL گزارش گردید چه اقداماتی برای رسیدن به تشخیص انجام می‌دهید؟				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
چک CBC و diff	+۲۰			
چک Cr و BUN و K و Na	+۱۰			
U/C				*
چک Ca/Cr				*
چک Pr و آلبومین سرم	+۱۰			
چک کلسترول	+۱۰			
چک Ca و Cr سرم	+۱۰			
بررسی ANA	+۱۰			
چک ASO	+۱۰			
چک کمپلمان‌های سرم C ₃ و C ₄	+۲۰			

شماره case: ۱

تعداد سؤال case: ۴

نوزاد ۴ روزه‌ای را که در بخش NICU بستری است تحت CBC قرار می‌گیرد. در آزمایشات Hb: ۱ gr/dl گزارش گردید.

۱- اقدام بعدی چیست؟ (فقط یک مورد)

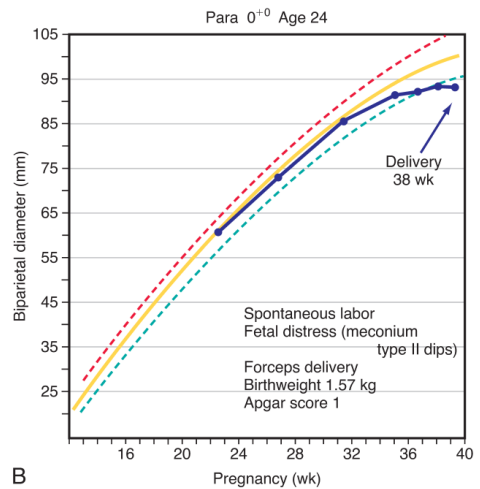
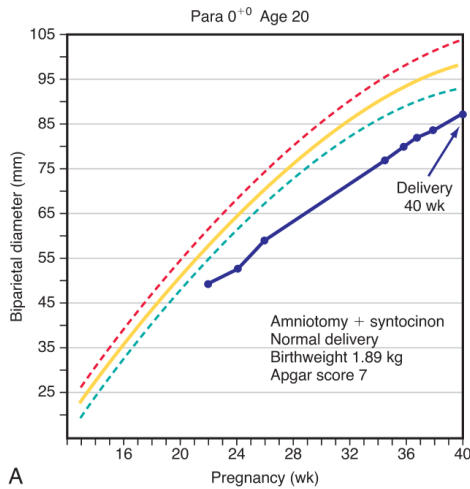
	۱. چک کومبس
	۲. چک Retic
	۳. چک MCV
	۴. چک مجدد CBC
	۵. چک FT4 و TSH
	۶. چک HCT
	۷. چک PBS

توضیحات شکل‌های کتاب:



نوزاد IUGR:

لاغر - پوست خشک - پوسته‌ریزی وجود
مکونیوم روی پوست.

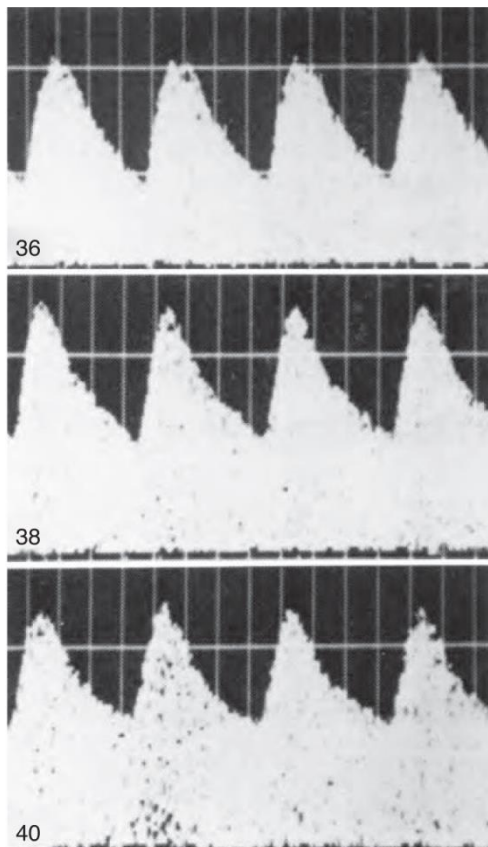


A: IUGR می‌باشد که نمودار یک الگوی تنزل یافته روبه بالا دارد.

B: نمودار ابتدا نرمال بوده و یک الگوی تأخیر یافته رشد دارد که ناشی از زجر جنین هنگام زایمان است.

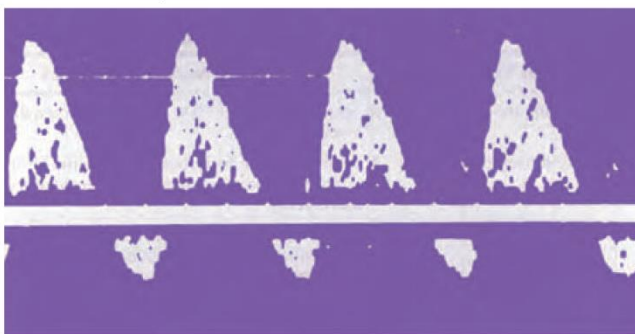
مثال: دفع مکونیوم

سونو داپلر طبیعی که موج‌های سیستولیک نرمال دارد.



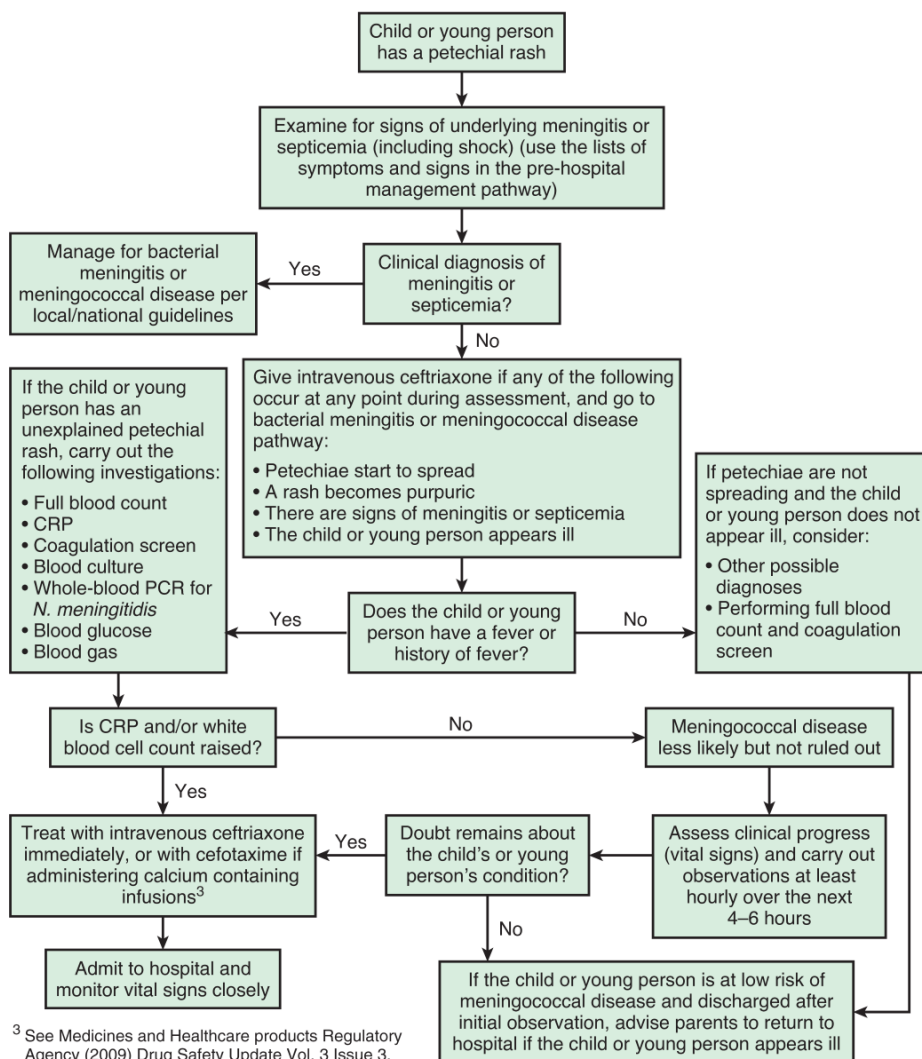
Umbilical artery

$A/B > 6$



سونو داپلر غیرطبیعی است. در این قسمت موج دیامتریکی معکوس مشاهده می‌شود.

Management of Petechial Rash



طبق این نمودار ESR جزء موارد بررسی نیست.

۳- اولین اقدامات درمانی کدام یک از موارد ذیل است؟				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
تجویز کورتون		-۲۰		
پالس متیل پردنیزولون			*	
سرم ترابی	+۵۰			
O ₂ ترابی	+۵۰			
تجویز سفتریاکسون وریدی				*
تجویز سفیکسیم خوراکی				*

۴- اقدامات تشخیصی در این مرحله کدام هستند؟				
متن گزینه	صحیح	منفی	killer	خنثی
LP	+۱۰			
B/C	+۱۰			
CBC,diff	+۱۰			
U/A				*
U/C				*
ESR	+۵			
CRP	+۵			
Brain CT			*	
کشت ضایعات پوستی	+۲۰			
کشت حلق و نازوفارنکس	+۵			
PCR خون	+۵			
CSF PCR	+۱۰			
S/E				*
S/C				*
چک PT و PTT	+۲۰			

لوزه در دیفتری



دیفتری (به گردن گاوی توجه فرمایید)



آکتینومايست (فیستول درناژشونده در گردن
توجه کنید)



شماره case: ۲

تعداد سؤال case: ۳

کودک ۴/۵ ساله‌ای که در بررسی‌های خانم بهداشت مدرسه، شپش سر دیده شده است.

۱- چه نکات مهم در شرح حال بیمار قابل مشاهده است؟

۱.	خارش شدید
۲.	ریختن موها
۳.	وجود nitها
۴.	وجود ترومای ناشی از خارش
۵.	تماس سر کودکان با هم
۶.	وجود درماتیت و پلاک در نواحی تنه