



آزمون‌های تمرینی

Question Bank

سطر به سطر میکرو طبقه بندی شده

اطفال ۳

۱۰۹۵ سؤال شناسنامه دار با پاسخ تشریحی

سؤالات دستکاری، پرانترنی، ارتقاء و مورد اطفال تمام قطب‌های کشوری تا اسفند ۹۹

گردآورنده: دکتر کامران احمدی

فهرست

۱۷

بیماری‌های گوارش و کبد ۱

۱۸

بیماری‌های قلب و عروق ۶۱

۱۹

بیماری‌های خون ۹۷

۲۰

انکولوژی ۱۳۸

۲۱

بیماری‌های کلیه و ارولوژی ۱۶۲

۲۲

غدد و متابولیسم ۲۱۴

۲۳

نورولوژی ۲۰۲

۲۴

ارتوپدی کودکان ۲۴۵

۲۵

بیماری‌های پوست ۳۱۵

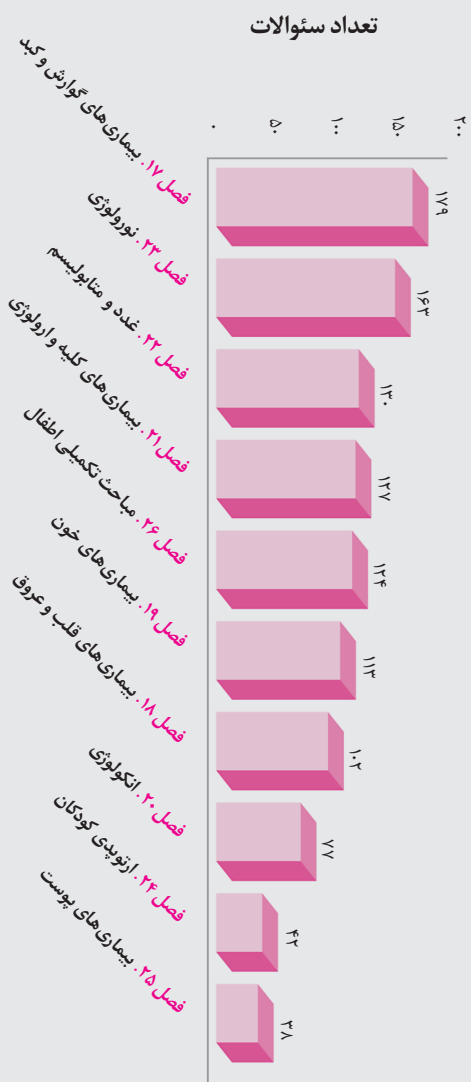
۲۶

مباحث تکمیلی اطفال ۳۳۱

Preview

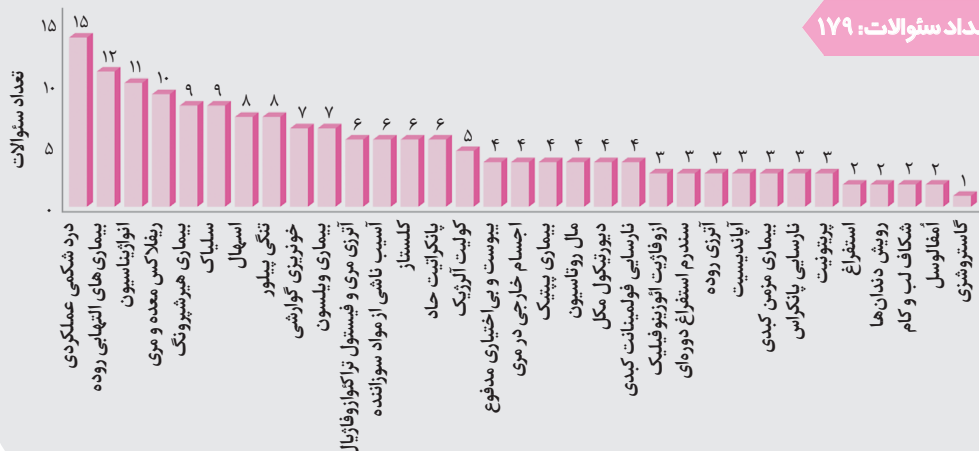
نمودار کلی سؤالات اطفال ۳ بر اساس اهمیت هر فصل

تعداد کل سؤالات: ۱۰۹۵



Preview

تعداد سئوالات: ۱۷۹



دارند، به همین دلیل در مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی، دچار استرس می‌شوند.

نکته‌ای بسیار مهم: درد بیماران غالباً در صبح‌ها بدتر شده و مانع از مدرسه رفتن کودکان و یا تأخیر آنها در رسیدن به مدرسه می‌گردد.

● معیارهای تشخیصی درد شکمی عملکردی کودکان

- ۱- درد شکمی دوره‌ای یا مداوم عملکردی
- ۲- معیارهای ناکافی برای سایر بیماری‌های گوارشی

۳- عدم وجود شواهدی از فرآیندهای التهابی، آناتومیک، متابولیک یا نئوپلاستیک که علایم بیمار را توجیه نمایند.

توجه: این معیارها باید حداقل یکبار در هفته برای حداقل ۲ ماه قبل از تشخیص وجود داشته باشند.

● **معیارهای تشخیصی سندرم درد شکمی عملکردی کودکان:** شامل درد شکمی عملکردی در حداقل ۲۵٪ زمان و یک یا چند مورد از موارد زیر باشد:

درد شکمی عملکردی

۱- کودک ۷ ساله‌ای از ۳ ماه قبل هر هفته یک تا دو بار دچار **درد شکم** می‌شود. این درد همراه با **درد اندام‌ها** می‌باشد. محل درد **اطراف ناف** بوده و هر بار **نیم ساعت** طول می‌کشد. درد سبب **بیداری نمی‌شود**. معاینه بالینی و آزمایشات، **نرمال** است. کدام تشخیص مطرح می‌باشد؟

(پرانترنی اسفند ۹۷ - قطب ۳ کشوری [دانشگاه همدان و کرمانشاه])

(الف) سندرم روده تحریک‌پذیر

(ب) میگرن شکمی

(ج) سندرم درد شکمی عملکردی کودکان

(د) اختلالات سایکوسوماتیک

□ **درد شکمی عملکردی:** تقریباً هر روز رخ داده و ارتباطی با غذا خوردن و اجابت مزاج ندارد. از نظر سایکولوژیک این کودکان تمایل به اضطراب و کمال‌طلبی

نوسان می‌باشد. درد این بیماران با اجابت مزاج رفع می‌گردد.

● معیارهای تشخیصی سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS)

۱- ناراحتی شکمی (احساس ناخوشی که به صورت درد تعریف نمی‌شود) یا درد به همراه ۲ یا چند مورد از موارد زیر، حداقل در ۲۵٪ مواقع

الف) بهبود با اجابت مزاج

ب) تغییر در تعداد دفعات دفع مدفوع

ج) تغییر در قوام و شکل (ظاهر) مدفوع

۲- عدم وجود شواهدی از فرآیندهای التهابی، آناتومیک، متابولیک یا نئوپلاستیک که علایم بیمار را توجیه نمایند.

❗ **توجه:** این معیارها باید حداقل یکبار در هفته برای حداقل ۲ ماه قبل از تشخیص وجود داشته باشند.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۱ و ۲)

الف ب ج د

۴- دختر ۷ ساله‌ای با وزن ۱۴ کیلوگرم به دلیل درد ۳ ماهه شکم مراجعه کرده است. درد در ناحیه پهلوها بوده و ایشان را از خواب بیدار نمی‌کند و ارتباطی با غذا ندارد. کدامیک از یافته‌های زیر احتمال **درد شکم آرگانیک** را مطرح می‌کند؟

(پراترنی اسفند ۹۳ - قطب ۱ کشوری [دانشگاه گیلان و مازندران])

الف) طولانی بودن درد شکم

ب) درد ناحیه پهلوها

ج) عدم ارتباط با غذا

د) اختلال رشد و کم وزنی

❑ **علائم هشداردهنده:** وجود علائم هشداردهنده در مبتلایان به درد شکمی، مستلزم بررسی و مطالعات بیشتر است، این علائم هشداردهنده عبارتند از (۱۰۰٪ امتحانی):

۱- استفراغ

۲- استفراغ صفراوی

۳- اختلال رشد (نکته اصلی سؤال)

۴- تب

۵- کاهش وزن

۶- دردی که کودک را از خواب بیدار می‌کند

۷- خون در مدفوع یا استفراغ

۸- بلوغ دیررس

۱- کاهش مختصر عملکرد روزانه
۲- وجود علایم سوماتیک مثل سردرد، درد اندام یا اختلال خواب

❗ **توجه:** این معیارها باید حداقل یکبار در هفته برای حداقل ۲ ماه قبل از تشخیص وجود داشته باشند.

❗ **نکته‌ای بسیار مهم:** درد عملکردی شکم معمولاً دور ناف بوده و بیمار را از خواب بیدار نمی‌کند.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۱)

الف ب ج د

۲- دختر ۵ ساله‌ای را به دلیل درد شکم در **اطراف ناف** ۲ ماه قبل به درمانگاه آورده‌اند. سابقه درد شکم را **حداقل یک بار در هفته** ذکر می‌کند که با غذا ارتباط نداشته اما با دفع بهبود می‌یابد و شب‌ها او را از خواب بیدار نمی‌کند. در معاینه، وزن روی صدک ۲۵ و قد روی صدک ۵۰ دارد. کدامیک از تشخیص‌های زیر **محتمل‌تر است؟**

(پراترنی شهریور ۹۴ - قطب ۱۰ کشوری [دانشگاه تهران])

الف) عدم تحمل لاکتوز ب) بیماری پپتیک

ج) درد شکمی عملکردی د) بیماری سلیاک

به پاسخ سؤال ۱ مراجعه شود.

الف ب ج د

۳- پسر ۱۰ ساله‌ای با **درد شکم و اسهال گاهگاهی** که از حدود **۶ ماه** پیش شروع شده است به درمانگاه مراجعه کرده است. درد شکم، **اپیزودیک** و بیشتر در **اطراف ناف و نواحی پائین شکم** بوده و با **دفع مدفوع** بهبود می‌یابد. وزن کودک ۳۴ کیلوگرم و قد وی ۱۵۰ سانتی‌متر می‌باشد. معاینات فیزیکی و آزمایش مدفوع **طبیعی** است. کدامیک از تشخیص‌های زیر **محتمل‌تر است؟**

(پراترنی میان‌دوره - آذر ۹۸)

الف) کولیت آلزیک ب) کولیت اولسرو

ج) بیماری سلیاک د) سندرم روده تحریک‌پذیر

❑ **سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS):** سندرم روده تحریک‌پذیر، زیرگروهی از درد عملکردی شکم بوده که شروع درد این بیماران با تغییر اجابت مزاج و قوام مدفوع همراه است. قوام مدفوع بین اسهال و یبوست، در

۷- در کودک مبتلا به **درد مزمن شکمی** کدامیک از موارد زیر **ریسک فاکتور** محسوب می‌شود؟

- (پراترینی اسفند ۹۵ - قطب ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])
- (الف) درد صبحگاهی (ب) درد اطراف ناف
(ج) بی‌اشتهایی (د) تأخیر بلوغ
- به پاسخ سؤال ۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

۸- دختر ۷ ساله با سابقه درد شکم از ۳ ماه اخیر مراجعه نموده است. وجود کدامیک از یافته‌های زیر بیشتر به نفع درد مزمن شکم از نوع **فونکسیون** است؟

- (پراترینی اسفند ۹۴ - قطب ۱ کشوری [دانشگاه گیلان و مازندران])
- (الف) استفراغ مکرر
(ب) سابقه مثبت سلیاک در خانواده
(ج) اختلال رشد
(د) درد دور ناف

درد دور ناف به نفع درد شکمی عملکردی بوده هر چقدر درد از دور ناف، فاصله داشته باشد به نفع یک وضعیت هشدار دهنده است. همچنین به پاسخ سؤال ۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

۹- کودک ۷ ساله‌ای از ۶ ماه قبل دچار حملات دردهای شدید شکمی در ناحیه **ای‌گاستر** 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 **علائم هشداردهنده** تلقی می‌شوند، بجز؟

- (ارتقاء اطفال دانشگاه تهران - تیر ۹۳)
- (الف) تمرکز درد در ناحیه ایپیگاستر
(ب) بازداشتن از فعالیت‌های روزمره
(ج) بیدار کردن از خواب
(د) کاهش وزن بیمار

دردهای عملکردی شکمی موجب کاهش فعالیت‌های روزمره می‌شوند به طوری که کودک تمایلی به رفتن مدرسه ندارد.

الف ب ج د

۹- دور بودن درد از ناحیه دور نافی (Periumbilical)

- ۱۰- اسهال شبانه
۱۱- دیسفاژی
۱۲- آرتريت
۱۳- بیماری‌های پری‌آنال
۱۴- سابقه فامیلی بیماری‌های التهابی روده، سلیاک یا زخم پپتیک
۱۵- نتایج غیرطبیعی آزمایشات غربالگری (آنتی، هیپوآلبومینمی و مارک‌های التهابی [CRP و ESR])
توجه: دردهای ارجاعی و انتشار یابنده نیز به نفع وجود یک علت ارگانیک است.
توجه: همکاران گرمی علائم هشداردهنده از موارد ۱۰۰٪ امتحانی است. (گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۲)

الف ب ج د

۵- پسر ۱۰ ساله با سابقه ۳ ماهه درد شکم به درمانگاه اورژانس آمده است. وجود کدام یافته به نفع علت **ارگانیک** برای بیمار است؟

- (ارتقاء اطفال دانشگاه گیلان و مازندران - تیر ۹۶)
- (الف) تهوع گهگاهی
(ب) کوتاهی قد
(ج) احساس درد در ناحیه پری‌امبلیکال
(د) اختلال در شروع خواب

به پاسخ سؤال ۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

۶- مادری دختر ۶ ساله خود را با شکایت دل درد آورده است. مادر ذکر می‌کند دل درد گاهگاهی است و کلاً کودک وی فردی استرسی می‌باشد. کدامیک از علائم زیر نیاز به **بررسی** بیشتر دارد؟

- (پراترینی شهریور ۹۶ - قطب ۹ کشوری [دانشگاه مشهد])
- (الف) تب
(ب) درد اطراف ناف
(ج) نداشتن استفراغ
(د) اسهال و یبوست متناوب

به پاسخ سؤال ۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

۱۲- کدام عبارت در مورد **دردهای شکمی کودکان** صادق نیست؟

- (پراترینی شهرپور ۹۴ - قطب ۹ کشوری [دانشگاه مشهد])
- (الف) در دردهای حاد، مالروتاسیون، فتق انسداد یافته و انواژیناسیون باید رد شوند.
- (ب) در صورت تسکین درد با مصرف آنتی‌اسید، بررسی بیشتری مورد نیاز نیست.
- (ج) درد راجعه در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله شایع بوده و اغلب عامل زمینه‌ای جدی وجود ندارد.
- (د) در سندرم روده تحریک‌پذیر، اسهال و یبوست متناوب و تسکین درد با دفع مدفوع وجود دارد.

۱- آپاندیسیت حاد و انسداد روده (انواژیناسیون، مالروتاسیون و ایلئوس) از علل شایع درد حاد شکمی در کودکان هستند (گزینه الف).

۲- اگر درد شکم با مصرف آنتی‌اسید، تخفیف یابد به نفع زخم پپتیک بوده که به بررسی بیشتر نیاز دارد (گزینه ب).

۳- درد شکمی راجعه یک مشکل شایع بوده که بیش از ۱۰٪ کودکان را گرفتار می‌کند، با این حال اغلب این کودکان بیماری خطرناکی ندارند. پیک شیوع این اختلال در ۷ تا ۱۲ سالگی است (گزینه ج).

۴- درد در سندرم روده تحریک‌پذیر دارای ویژگی‌های زیر است:

- (الف) با تغییر اجابت مزاج و قوام مدفوع همراه است.
- (ب) درد این بیماران با اجابت مزاج رفع می‌شود (گزینه د).

۱۳- در کودک مبتلا به **Recurrent abdominal pain**، تمام موارد زیر جزء بررسی‌های اولیه است، بجز؟

- (امتحان پایان ترم دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران)
- (الف) سونوگرافی شکم
- (ب) سطح آمیلاز و لیپاز سرم
- (ج) آنالیز ادرار
- (د) باریوم میل

- ۱۰- دختر ۹ ساله‌ای از چند ماه قبل دچار حملات **درد شکم، نفخ و استفراغ** شده است. طی این مدت **۳ کیلوگرم وزن کم کرده** و اکنون وزن ۲۲ کیلوگرم دارد. درد بعضی شب‌ها وی را از **خواب بیدار می‌کند**. کدام تشخیص **کمتر** از بقیه مطرح است؟ (پراترینی - اسفند ۹۱)
- (الف) سندرم روده تحریک‌پذیر
- (ب) بیماری سلیاک
- (ج) بیماری کرون
- (د) پانکراتیت مزمن

بیمار دارای علائم هشداردهنده بوده (کاهش وزن و بیدار شدن از خواب)، لذا سندرم روده تحریک‌پذیر علت آن نیست، چرا که این سندرم زیرگروهی از دردهای عملکردی شکم است.

الف ب ج د

۱۱- کدامیک از موارد زیر در **درد مزمن شکمی فونکسیونل** کودکان دیده می‌شود؟

- (امتحان پایان ترم دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران)
- (الف) دردی که به پشت انتشار دارد.
- (ب) دردی که با استفراغ همراه است.
- (ج) دردی که با مدفوع کردن بهبود یابد.
- (د) دردی که در فعالیت کودک محدودیت ایجاد می‌کند.

۱- دردهای ارجاعی معمولاً یک علت ارگانیکی دارند به طوری که درد معده به اپیگاستر و رترواسترنال، درد پانکراس و کبد به اپیگاستر، درد کیسه صفرا به زیر اسکاپولای راست، درد روده کوچک به ناحیه پری‌امبلیکال و درد کولون به ناحیه اینفرا‌امبلیکال انتشار می‌یابد.

- ۲- استفراغ از علائم هشداردهنده است.
- ۳- دردی که با مدفوع کردن بهبود می‌یابد، بیشتر به نفع IBS است.
- ۴- دردهای عملکردی شکم موجب محدودیت فعالیت کودک می‌شوند.
- توضیح ضروری:** طرح این سؤال خالی از اشکال نیست، چرا که IBS نیز زیرگروهی از دردهای عملکردی شکم است. (گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۲)

الف ب ج د

روزیه‌روز به اضطراب‌شان افزوده می‌شود و سیر بیماری آن‌ها طولانی می‌شود؛ لذا این کودکان را سریعاً باید به مدرسه فرستاد (نکته اصلی سؤال).

۲- کودک مبتلا به درد مزمن شکمی را نباید از مدرسه به خانه برگرداند. فقط می‌توان به کودک مدت کوتاهی اجازه داد تا از کلاس خارج شود ولی نباید به او گفت برو خانه.
۳- باید به کودک و والدین او گفت که ممکن است درد در روز بازگشت به مدرسه به علت اضطراب شدت پیدا کند.
۴- در مبتلایان به IBS، فیبر، پروبیوتیک‌ها و روغن نعناع مفید بوده ولی در موارد مشکل و پایدار ممکن است درمان رفتاری - شناختی، آمی‌تریپتیلین یا یک SSRI کمک‌کننده باشد.

۵- در صورت وجود اضطراب شدید یا اختلال عملکرد پایدار، مشاوره با روانپزشک لازم است.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۲)

الف ب ج د

۱۵- تمام مطالب زیر در مورد پسر ۸ ساله مبتلا به **درد شکمی فانکشنال** صحیح است، بجز؟

(امتحان پایان ترم دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران)

- الف) اختلال قابل توجه در فعالیت‌های روزمره
- ب) وجود درد در تمام روزهای هفته
- ج) نداشتن ارتباط با غذا خوردن و دفع مدفوع
- د) در هنگام درد باید کودک به خانه فرستاده شوند.

به پاسخ سئوالات ۱ و ۱۴ مراجعه شود.

الف ب ج د

استفراغ

۱۶- شیرخوار ۴۵ روزه با شکایت مادر از **استفراغ شیرخوار** تقریباً از هفته اول تولد مراجعه نموده است. مادر ذکر می‌کند پس از هر بار شیر خوردن مقداری از شیر را برمی‌گرداند. اجابت مزاج نوزاد روزانه ۴-۳ بار و قوام شل دارد. وزن موقع تولد ۳ کیلو و وزن حال حاضر شیرخوار ۵/۴ کیلو می‌باشد. سایر معاینات طبیعی است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

(پراترزی اسفند ۹۴ - دانشگاه آزاد اسلامی)

بررسی‌های لازم جهت درد شکمی راجعه (بسیار مهم)

ارزیابی اولیه

- شرح حال و معاینه فیزیکی کامل
- پرسش در مورد علائم هشداردهنده
- تعیین درجه اختلال عملکرد (به عنوان مثال غیبت از مدرسه)
- CBC
- ESR
- آمیلاز و لیپاز (گزینه ب)
- U/A (گزینه ج)
- سونوگرافی شکم جهت بررسی کبد، کیسه صفرا، مجاری صفراوی، پانکراس، کلیه‌ها، حالب‌ها (گزینه الف)
- تجویز آزمایش رژیم بدون لاکتوز به مدت ۳ روز

ارزیابی‌های تکمیلی*

- CT-Scan شکم و لگن با کنتراست خوراکی، رکتال و وریدی
- بررسی بیماری سلیاک از طریق آزمایش سرولوژی آنتی‌بادی اندومیزیل یا آنتی‌بادی ترانس‌گلوتامیناز بافتی
- Upper GI Series با باریوم همراه با Small bowel follow-through
- آندوسکوپی مری، معده و دئودنوم
- کولونوسکوپی

* یک یا بیشتر از یک مورد از این ارزیابی‌ها را جهت بررسی علائم هشداردهنده، نتایج آزمایشگاهی غیرطبیعی یا اختصاصی یا وجود علائم پایدار باید در نظر داشت.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۲)

الف ب ج د

۱۴- دختری ۷ ساله با **درد دور ناف** آورده شده است. در شرح حال، کاهش وزن ندارد. در آزمایشات، نکته خاصی ندارد. معاینه فیزیکی، طبیعی است. کدام درمان جهت وی توصیه نمی‌شود؟

(پراترزی شهریور ۹۶ - قطب ۴ کشوری [دانشگاه اهواز])

- الف) مرخصی طولانی مدت از مدرسه
- ب) مکمل فیبر
- ج) روغن نعناع
- د) پروبیوتیک

درمان درد شکمی عملکردی

۱- باید سریعاً کودک را به فعالیت‌های طبیعی بازگرداند. کودکانی که به علت درد شکمی، به مدرسه نمی‌روند،

۴- **رفلاکس گاستروازوفازیال (GER)** دوره شیرخواری در اغلب شیرخواران رخ می‌دهد و ممکن است حجم زیادی داشته باشد و شبیه به استفراغ به نظر برسد ولی فرق آن با استفراغ این است که GER بدون فشار بوده و این شیرخواران ill به نظر نمی‌رسند.

۵- **استنوز پیلور** در ماه اول زندگی رخ می‌دهد و با الگوی تشدید شونده و استفراغ پرفشار که بلافاصله بعد از تغذیه ایجاد می‌گردد، مشخص می‌شود. قبل از استفراغ، دیستانسیون معده غالباً همراه با امواج پرستانالیک قابل مشاهده دیده می‌شود. استنوز پیلور در پسرها، شایع‌تر بوده و ممکن است سابقه فامیلیال مثبت وجود داشته باشد.

۶- در استفراغ کودکان باید سایر ضایعات انسدادی روده نظیر کیست‌های دویلکاسیون، آترزی، پرده‌ها (Webs) و مالروتاسیون میدگات را در نظر داشت.

۷- اختلالات متابولیک (ارگانیک اسیدمی، گالاکتوزمی، اختلالات سیکل اوره و سندرم‌های آدرنوئیتال) نیز می‌توانند در شیرخواران استفراغ ایجاد کنند.

۸- در کودکان بزرگتر مبتلا به استفراغ حاد، بیماری‌های ویروسی و مسمومیت غذایی شایع هستند. سایر عفونت‌ها به ویژه فارنژیت استرپتوکوکی، UTI و اوتیت میانی نیز به طور شایع استفراغ ایجاد می‌کنند.

۹- در استفراغ مزمن، باید اختلالات CNS از جمله افزایش فشار داخل جمجمه و میگرن نیز مدنظر باشند.

۱۰- ممکن است سندرم استفراغ دوره‌ای یا میگرن عامل استفراغ راجعه باشند.

۱۱- اگر درد شکمی یا استفراغ صفراوی همراه با استفراغ وجود داشته باشند، باید ارزیابی از نظر انسداد روده، اختلالات پتپیک و آپاندیسیت فوراً آغاز گردد.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحات ۳ و ۴)

الف ب ج د

الف) استنوز هیپرتروفیک پیلور
ب) بیماری گاستروازوفازیال ریفلاکس
ج) گاستریت
د) رگورژیتاسیون

به برگشتن محتویات معده با فشار، استفراغ گفته می‌شود در صورتی که رگورژیتاسیون به برگشت بدون فشار اطلاق می‌گردد. قبل از استفراغ غالباً حالت تهوع و آغ زدن با فشار وجود داشته ولی رگورژیتاسیون بدون فشار است و قبل از آن تهوع وجود ندارد.

❗ **توجه:** بسیاری از افراد ممکن است سؤال کنند که چرا گزینه "ب" جواب نیست. پاسخ این است که اگر جواب بود "ریفلاکس معده به مری" پاسخ "ب" هم صحیح بود چرا که به بازگشت بدون فشار محتویات معده به داخل مری یا اورفارنکس، ریفلاکس یا GER گفته می‌شود که معادل رگورژیتاسیون است. ولی پاسخ "ب" گفته است بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) هنگامی به ریفلاکس، بیماری ریفلاکس گفته می‌شود که GER منجر به علائم شدید یا عوارضی مثل اختلال رشد، درد یا مشکلات تنفسی شده باشد.

الف ب ج د

۱۷- شیرخوار پسر یک ماهه‌ای را با علائم استفراغ پرفشار همراه با حالت تهوع از ۲ هفته قبل که حاوی شیر خورده شده می‌باشد به اورژانس آورده‌اند. در معاینه کودک بی‌حال و دهیدراته به نظر می‌رسد. کدام تشخیص کمتر مطرح می‌باشد؟

(پراگماتیسم شهریور ۹۷ - سؤال مشترک تمام قطب‌ها)

الف) ریفلاکس معده به مری
ب) استنوز هیپرتروفیک پیلور
ج) اختلالات متابولیک
د) آلرژی گوارشی

■ اتیولوژی استفراغ

۱- در نوزادان با استفراغ حقیقی باید ضایعات انسدادی، Rule out شوند.

۲- واکنش‌های آلرژیک به شیرخشک، در ۲ ماه اول زندگی ممکن است با استفراغ تظاهر کنند.

۳- گاستروآتریت‌های ویروسی از علل شایع استفراغ هستند.

یادداشت:

□ اسهال ویروسی: اسهال‌های ویروسی، Selflimited

بوده و به هیچ تست تشخیصی یا درمانی نیاز ندارند.

□ **اسهال باکتریایی:** اسهال‌های باکتریال بیماری شدیدتری ایجاد می‌کنند. در صورت وجود دیسانتری (اسهال خونی همراه با تب) و یا علائم شدید باید به آنتریت باکتریایی مشکوک شد.

❗ **توجه:** در آزمایش مدفوع اسهال ویروسی، WBC و RBC دیده نمی‌شود. (گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۴)

الف ب ج د

۱۹- کودک ۸ ساله‌ای به دنبال هر بار شیر خوردن دچار اسهال می‌شود. این کودک دچار کدامیک از اسهال‌های زیر است؟

(پرانتزی اسفند ۹۳ - قطب ۲ کشوری [دانشگاه تبریز])
الف Functional (ب Secretory
ج Toxigenic (د Osmotic

□ **مکانیسم‌های اسهال:** اسهال به دو نوع ترشحي یا اسموتیک دیده می‌شود.

● **اسهال ترشحي:** به علت التهاب یا یک محرک شیمیایی به وجود می‌آید. اسهال ترشحي ممکن است ناشی از التهاب باشد مثلاً در بیماری‌های التهابی روده یا در اثر محرک‌های شیمیایی

۱- **انتریتوکسین و بیرو کلرا** با افزایش سطح cAMP یک محرک برای اسهال ترشحي است. اسهال ترشحي هنگامی ایجاد می‌شود که مخاط روده مایع و الکترولیت را به داخل مدفوع ترشح کند.

۲- **مدياتورهای التهابی و هورمون‌های مختلف** مثل پپتید وازواکتیو روده‌ای (VIP) که از تومورهای نورواندوکراین ترشح می‌شوند، می‌توانند موجب اسهال ترشحي شوند.

● **اسهال اسمزی:** در اثر سوء جذب ایجاد می‌شود. علل اسهال اسمزی عبارتند از:

- ۱- عدم تحمل لاکتوز (نکته اصلی سؤال)
- ۲- نارسایی پانکراس یا سوء جذب
- ۳- مصرف مسهل‌های غیرقابل جذب مثل پلی اتیلن گلیکول یا شیر منیزی
- ۴- اسهال عملکردی نوپایان (Toddler's diarrhea)

Follow up

۱ درد شکمی عملکردی (فانکشنال) اغلب در ۷ تا ۱۲ سالگی رخ می‌دهد. درد بیماران غالباً در صبح‌ها بدتر می‌شود و مانع از مدرسه رفتن کودکان یا تأخیر آنها در رسیدن به مدرسه می‌گردد. این کودکان را سریعاً باید به مدرسه فرستاد. کودک مبتلا به درد مزمن شکمی را نباید از مدرسه به خانه برگرداند.

۲ علائم هشدار دهنده در دردهای شکمی کودکان عبارتند از: ۱- استفراغ، ۲- استفراغ صفراوی، ۳- اختلال رشد، ۴- تب، ۵- کاهش وزن، ۶- دردی که کودک را از خواب بیدار می‌کند، ۷- خون در مدفوع یا استفراغ، ۸- بلوغ دیررس، ۹- وجود درد در منطقه‌ای از شکم که از ناحیه دور نافی (Periumbilical) دور باشد، ۱۰- اسهال شبانه، ۱۱- دیسفاژی، ۱۲- آرتریت، ۱۳- بیماری پری آنال، ۱۴- سابقه فامیلی بیماری‌های التهابی روده، سلیاک یا زخم پپتیک، ۱۵- نتایج غیرطبیعی آزمایشات غربالگری (آنمی، هیپوآلبومینمی، مارکرهای التهابی [CRP و ESR])

۳ دردهای عملکرد شکم به جایی انتشار نمی‌یابند.
۴ افتراق بین استفراغ واقعی از رگورژیتاسیون به قرار زیر است:

الف استفراغ: با فشار بوده و اغلب قبل از آن تهوع وجود دارد.

ب) رگورژیتاسیون: بدون فشار و بدون حالت تهوع قبل از استفراغ

۵ اگر استفراغ با اسیدوز، هیپوگلیسمی یا هیپرآمونمی همراه باشد به نفع یک بیماری متابولیک است.

اسهال

۱۸- کودکی ۳ ساله با اسهال خونی ارجاع شده است. در آزمایش مدفوع $WBC = 8-10$ ، $RBC = 20-30$ دارد، کدامیک از تشخیص‌های زیر کمتر مطرح است؟

(پرانتزی - اسفند ۷۷)

الف یرسینیا
ج) سالمونلا
ب) شیگلا
د) روتاویروس

است، **دیپیراش** دارد، شکم **نفاخ** می‌باشد. کدام تشخیص **محمّل تراست**؟
(پراترنی - اسفند ۸۹)
الف) کمبود ثانویه لاکتاز (ب) اسهال نوپایان
ج) نقص ایمنی هومورال (د) بیماری سلیاک

کمبود لاکتاز ثانویه به عفونت در شیرخواران و کودکان شایع است. در Case مورد نظر سؤال، کودک متعاقب یک **گاستروآنتریت حاد**، اسهال او به مدت ۲ هفته ادامه یافته است. در اسهال ناشی از کمبود لاکتاز درد کرامپی شکم، دیستانسیون و نفخ از علائم همراه هستند.

الف ب ج د

۲۲- کودک ۲ ساله با مدفوع آبکی ۶-۴ بار در روز مراجعه کرده است. در معاینه، سرحال بوده و معیارهای رشدی و سایر معاینات، طبیعی هستند. آزمایش مدفوع نرمال است. در شرح حال سابقه مصرف زیاد آب میوه‌های صنعتی را ذکر می‌کند. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

(پراترنی / اسفند ۹۴ - قطب ۲ کشوری / دانشگاه تبریز)

الف) Toddler's Diarrhea

ب) Lactase Deficiency

ج) اسهال ویروسی

د) آلرژی غذایی

اسهال عملکردی نوپایان (Toddler's diarrhea)

● **اتیولوژی:** یک علت شایع دفع مدفوع شل در کودکان خردسال، اسهال عملکردی است که به عنوان اسهال نوپایان (Toddler's Diarrhea) شناخته می‌شود. علت آن استفاده از حجم زیادی از مایعات شیرین حاوی دی‌ساکارید است که از ظرفیت جذب دی‌ساکارید روده بیشتر بوده و موجب اسهال اسمزی می‌گردد.

● **علائم بالینی:** در این اختلال، کودک در روز چندین بار دفع مدفوع آبکی دارد ولی رشد، وزن‌گیری و سایر معاینات طبیعی است.

● **درمان:** درمان شامل کاهش مصرف یا عوض کردن نوشیدنی‌های خوراکی می‌باشد (۱۰۰٪ امتحانی).

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۵)

الف ب ج د

■ **افتراق اسهال اسمزی از ترشچی:** به کمک روش‌های زیر می‌توان اسهال اسمزی را از ترشچی افتراق داد:

● **اسموتیک گپ مدفوع:** مدفوع، ایزواسموتیک است. برای تعیین این که آیا اسهال اسمزی است یا ترشچی، باید اسموتیک گپ مدفوع محاسبه شود:
(مدفوع [K] + مدفوع [Na]) - ۲ - ۲۹۰ = اسموتیک گپ مدفوع
اگر اسموتیک گپ کمتر از ۵۰ باشد، اسهال ترشچی و اگر اسموتیک گپ بیشتر از ۵۰ باشد، اسهال اسمزی است.

● **NPO کردن کودک:** روش دیگر برای افتراق اسهال اسمزی از ترشچی، قطع تغذیه خوراکی کودک و نظارت دقیق براو می‌باشد تا اسهال قطع شود. این کار فقط در بیمارستان انجام می‌شود و برای جلوگیری از دهیدراتاسیون، کودک از راه وریدی مایعات دریافت می‌کند. اگر با NPO بودن کودک، اسهال کاملاً متوقف شود، اسهال بیمار اسمزی است. در اسهال ترشچی خالص، اسهال ادامه می‌یابد.

! **توجه:** در کودکی که آنتریت ویروسی دارد، در صورت NPO بودن ممکن است حجم مدفوع کاهش یابد اما جزء ترشچی اسهال تا زمان برطرف شدن التهاب همچنان باقی می‌ماند.
(گایدلاین اطفال ۳ - صفحات ۴ و ۵)

الف ب ج د

۲۰- کدامیک از موارد زیر موجب ایجاد اسهال اسموتیک نمی‌شود؟

(پراترنی شهریور ۹۷ - دانشگاه آزاد اسلامی)

الف) عدم تحمل لاکتوز

ب) نارسایی پانکراس

ج) بیماری کرون

د) اسهال فانکشنال در نوپایان (Toddler's diarrhea)

به پاسخ سؤال ۱۹ مراجعه شود.

الف ب ج د

۲۱- شیرخوار ۱۵ ماهه‌ای را که از شیرخشک تغذیه می‌کند به علت اسهال به درمانگاه آورده‌اند. مادر اظهار می‌کند اسهال وی متعاقب یک **گاستروآنتریت حاد** از حدود ۲ ماه قبل، ادامه یافته. در معاینه، وزن ۸/۵ کیلوگرم با وزن تولد ۳ کیلوگرم، کودک بی‌قرار

یبوست و بی‌اختیاری مدفوع

۲۶- کودک ۳/۵ ساله به علت دفع مدفوع سفت به درمانگاه مراجعه کرده است. در شرح حال از ۳ ماه قبل دچار دفع مدفوع **باریک** و **تکه تکه** شده است. معاینه شکم و توشه رکتال، طبیعی و رکتوم خالی بوده است. به گفته مادر روزانه **لباس زیر کودک کثیف** می‌باشد. در بدو تولد کودک مشکلی نداشته است. وزن کنونی کودک ۱۴ کیلوگرم است؛ کدام تشخیص مطرح است؟ (پراترنی اسفند ۹۶ - قطب ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])

الف) هیرشپرونک (ب) دیستروفی عضلانی
ج) تترد کورد (د) یبوست عملکردی

■ **یبوست عملکردی:** یک نوع شایع یبوست، یبوست عملکردی بوده که با موارد زیر مشخص می‌شود:

- ۱- دفع مدفوع ۲ مرتبه یا کمتر در هفته
- ۲- اجتناب ارادی از دفع مدفوع
- ۳- دفع مدفوع با قطر زیاد و غالباً دردناک به دفعات کم

● **شرح حال**

- ۱- در یبوست عملکردی، سابقه‌ای از یبوست در دوره نوزادی وجود ندارد.
- ۲- یبوست عملکردی به طور شایع در طی آموزش توالت رفتن، شروع می‌شود.
- ۳- قطر مدفوع بزرگ بوده و ممکن است بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis) وجود داشته باشد. یکی از یافته‌های مهم و کاراکتریستیک در یبوست عملکردی این است که والدین کودک عنوان می‌کنند که کودک لباس زیر خود را کثیف می‌کند (Soiling).
- ۴- این کودکان وضعیت احتباسی (Retentive Posturing) به خود می‌گیرند (ایستاده یا نشسته با پاهای سفت شده و چسبیده به هم).

● معاینه بالینی

- ۱- تون اسفنکتر آنال، طبیعی یا پائین
- ۲- رکتوم، متسع
- ۳- مدفوع سفت
- ۴- توده قابل لمس در ربع تحتانی و چپ شکم

● **یافته‌های آزمایشگاهی:** در این بیماران هیچ تستی به اندازه معاینه فیزیکی ارزش ندارد. یافته‌های آزمایشگاهی طبیعی هستند. باریم انما ممکن است، دیلاتاسیون بخش دیستال روده را نشان دهد.

۲۳- شیرخوار ۹ ماهه‌ای را به علت اسهال آبکی از حدود ۱۸ روز پیش به درمانگاه آورده‌اند. در معاینه حال عمومی شیرخوار خوب است و علائمی از دهیدراتاسیون ندارد. طی این مدت کاهش وزن نداشته و وزن فعلی کودک ۹/۵ کیلوگرم است. کدامیک از تشخیص‌های زیر برای بیمار مطرح است؟ (پراترنی میان دوره - تیر ۹۷)

الف) آلرژی به پروتئین شیر گاو
ب) بیماری التهابی روده
ج) اسهال نوپایان
د) سلیاک

به پاسخ سؤال ۲۲ مراجعه شود.

الف ب ج د

۲۴- کودک ۲ ساله‌ای با اسهال طول کشیده از یک ماه قبل مراجعه کرده است که اسهال وی در طول روز تشدید می‌یابد. وزن ۱۲ کیلوگرم و قد ۸۷ سانتی‌متر دارد و سایر معاینات، طبیعی هستند. کدام اقدام توصیه می‌شود؟ (پراترنی اسفند ۹۵ - قطب ۸ کشوری [دانشگاه کرمان])

الف) محدودیت دریافت مایعات شیرین و آب میوه
ب) تست عرق جهت بررسی فیبروز کیستیک
ج) اندازه‌گیری چربی مدفوع ۷۲ ساعته
د) تجویز آنتی‌بیوتیک سفکسیم خوراکی

به پاسخ سؤال ۲۲ مراجعه شود.

الف ب ج د

۲۵- پسر ۲/۵ ساله‌ای را به علت اسهال طولانی به درمانگاه آورده‌اند. او چندین بار دفع آبکی در طی روز دارد. وزن‌گیری وی متناسب و رشد و تکامل وی طبیعی است. مناسب‌ترین اقدام برای کودک کدام است؟ (دستاری - فروردین ۹۱)

الف) تست عرق از نظر میزان سدیم و کلر
ب) اسمیر و کشت مدفوع
ج) محدود کردن مایعات و نوشیدنی‌های شیرین
د) آندوسکوپی و بیوپسی معده

به پاسخ سؤال ۲۲ مراجعه شود.

الف ب ج د

افتراق یبوست عملکردی از بیماری هیرشپرون

■ یبوست عملکردی

- سابقه منفی یبوست نوزادی
- تجمع مدفوع و دفعات کم دفع
- قطر بزرگ مدفوع
- کثیف کردن لباس زیر
- بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis)
- وضعیت احتیاسی
- تون اسفنکتر آنال طبیعی یا پائین

■ بیماری هیرشپرون

- عدم دفع مکنونیم در ۲۴ ساعت اول بعد از تولد
- دیستانسیون شکم و استفرغ صفراوی
- علائم انتروکولیت (تب، اسهال بدبو و مگا کولون)
- قطر مدفوع زیاد نبوده و بی‌اختیاری مدفوع وجود ندارد.
- رکتوم خالی و منقبض
- با خارج نمودن انگشت پزشک از مقعد، ممکن است مدفوع به شکل انفجاری خارج شود.

الف) مانومتري

ب) بیوپسی رکتوم

ج) معاینه فیزیکی کافی است.

د) MRI دورسولومبار

به پاسخ سؤال ۲۶ مراجعه شود.

الف) ب) ج) د)

۲۹- کودکی ۶ ساله با دفع مدفوع سفت هر ۴ روز یکبار مراجعه کرده است. مشکل بیمار از ۲ ماه پیش شروع شده است. کودک از دل درد شاکی است. مادر ذکر می‌کند کودکش چند نوبت در روز خود را به **صندلی** یا **مبل** می‌چسباند. **توش رکتوم حاوی مدفوع است.** اقدام مناسب چیست؟

(پرانترنی شهرپور ۹۸- قطب ۷- کشوری [دانشگاه اصفهان])

الف) انجام باریوم انما

ب) انجام گرافی ساده شکم

ج) تجویز پلی اتیلن گلیکول

د) ارجاع به درمانگاه گوارش کودکان

بیمار مبتلا به یبوست عملکردی است. پلی اتیلن گلیکول (PEG) و شیرمنیزی، شایع‌ترین داروهایی هستند که

یادآوری: مواردی که به نفع یبوست عملکردی هستند، عبارتند از:

۱- سابقه منفی یبوست نوزادی

۲- تجمع مدفوع و دفعات کم دفع

۳- قطر بزرگ مدفوع

۴- کثیف کردن لباس زیر

● درمان

۱- استفاده از شل‌کننده‌های مدفوع به مدت طولانی برای این کودکان مفید است. این شل‌کننده‌ها باید موجب ایجاد عادت نشوند، بی‌خطر بوده و خوش مزه باشند. پلی اتیلن گلیکول (PEG) و شیرمنیزی شایع‌ترین داروهایی هستند که مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۲- از کودک باید خواسته شود تا صبح‌ها چند دقیقه بعد از بیدار شدن از خواب و بعد از غذا خوردن بر روی **توالت** بنشیند. چون در این زمان‌ها کولون بیشترین فعالیت را دارد.

۳- استفاده از تشویق و تقویت مثبت نیز مفید است.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۵)

الف) ب) ج) د)

۲۷- کدامیک از معیارهای تشخیصی **یبوست فانکشنال**

می‌باشد؟ (پرانترنی شهرپور ۹۸- قطب ۵- کشوری [دانشگاه شیراز])

الف) شرح حال از تأخیر دفع مکنونیم در اولین روز تولد

ب) رکتوم خالی از مدفوع در معاینه رکتوم

ج) برآمدگی شکم

د) انکوپرزیس (Encopresis)

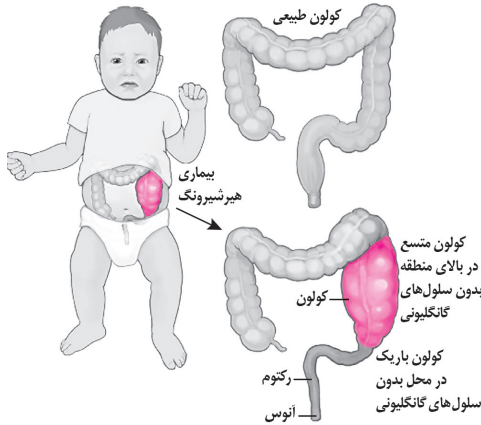
به جدول ستون بعد مراجعه شود.

(گایدلاین اطفال ۳ - صفحه ۴۴)

الف) ب) ج) د)

۲۸- کودک ۳ ساله‌ای به دلیل **یبوست** که از یک هفته قبل آغاز گردیده، آورده شده است. در شرح حال هفته‌ای دو نوبت دفع **مدفوع سفت** و **دردناک** دارد و گاهی لباس زیر بیمار با مدفوع شل **کثیف** می‌شود. در معاینه، رشد **نرمال** است. تون اسفنکتر مقعد، **طبیعی** است. چه اقدام تشخیصی دیگری لازم است؟

(پرانترنی اسفند ۹۷- قطب ۹- کشوری [دانشگاه مشهد])



بیماری هیرشپرونک

۳- با خارج نمودن انگشت پزشک از مقعد، ممکن است مدفوع به شکل انفجاری خارج شود (بسیار مهم)

● یافته‌های آزمایشگاهی

۱- تشخیص این بیماری با ساکشن بیوپسی از رکتوم تأیید می‌گردد. در بیوپسی رکتوم، فقدان سلول‌های گانگلیونی گزارش می‌شود.

۲- در بارییم انما، قسمت دیستال روده که گانگلیونی ندارد به صورت باریک و قسمت پروگزیمال روده به شکل متسع مشاهده می‌گردد.

۳- عدم شل شدن اسفنکتر داخلی آنال (گایدلاین اطفال ۳ - صفحات ۵ و ۶)

الف ب ج د

۳۱- کودک ۵ ساله با سابقه عدم دفع مدفوع تا ۲ روز پس از تولد، یبوست مزمن، اتساع شکم و وزن ۱۰ کیلوگرم مراجعه نموده است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

- (پراترنی شهرپور ۹۸ - قطب ۸ کشوری [دانشگاه کرمان])
- الف) مالفورماسیون‌های آنورکتال
ب) یبوست فانکشنال
ج) بیماری هیرشپرونک
د) هیپوتیروئیدی

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین به پاسخ سؤال ۲۶ مراجعه شود.

الف ب ج د

بیماری هیرشپرونک

۳۰- پسر ۱/۵ ساله‌ای را به دلیل یبوست مزمن و دیستانسیون مکرر شکمی به درمانگاه آورده‌اند. در شرح حال، در ۴۸ ساعت اول تولد دفع مکنونوم نداشته است. وزن زمان تولد ۳ کیلوگرم و وزن فعلی وی ۸ کیلوگرم است. مانومتري آنورکتال، غیرطبیعی است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(پراترنی اسفند ۹۷ - قطب ۶ کشوری [دانشگاه زنجان])

- الف) یبوست فانکشنال (ب) هیپوتیروئیدی
ج) هیرشپرونک (د) فیروز کیستیک

□ بیماری هیرشپرونک: مهمترین تشخیص افتراقی یبوست عملکردی، بیماری هیرشپرونک بوده که همواره افتراق این دو بیماری مورد توجه ویژه طراحان سؤال اطفال است.

● اتیولوژی: عدم مهاجرت سلول‌های گانگلیونی به مناطق دیستال روده

● علائم بالینی: مشخصه بیماری هیرشپرونک، یبوستی است که از زمان نوزادی آغاز شده و با تأخیر دفع مکنونوم نوزادی، دیستانسیون شکم، استفراغ و گاهی تب و مدفوع بدبو مشخص می‌گردد. فقط ۶٪ از نوزادان مبتلا به هیرشپرونک، در ۲۴ ساعت اول، مکنونوم دفع می‌کنند، در صورتی که در ۹۵٪ نوزادان سالم، دفع مکنونوم در ۲۴ ساعت اول بعد از تولد رخ می‌دهد. علائم بیماری هیرشپرونک به قرار زیر هستند:

- ۱- عدم دفع مکنونوم در ۲۴ ساعت اول پس از تولد
- ۲- دیستانسیون شکم و استفراغ صفاوی
- ۳- مدفوع بسیار بدبو
- ۴- علائم انتروکولیت (تب، اسهال بدبو و مگا کولون)
- ۵- قطر مدفوع زیاد نبوده و بی‌اختیاری مدفوع وجود ندارد.

● معاینه بالینی

- ۱- اسفنکتر آنال اندکی تنگ است.
- ۲- رکتوم خالی و منقبض

۳۵- پسر یک ساله‌ای را با وزن ۶ کیلوگرم و وزن تولد ۳ کیلوگرم به دلیل **یبوست** و **اتساع شکم** به درمانگاه آورده‌اند. بیماری قرار و رنگ پریده است. در معاینه رکتال، توده مدفوع به دست نخورد و بعد از خروج انگشت دفع **انفجاری** مدفوع روی داد. کدامیک از اقدامات تشخیصی زیر برای وی مناسب‌تر است؟

(پراترنی شهرپور ۹۳ - قطب ۱۰ کشوری [دانشگاه تهران])

الف) مانومتري آنورکتال (ب) ساکشن بیوپسی رکتوم

ج) باریوم انما (د) باریوم Follow-through

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

۳۶- کودک یک ساله با **یبوست** مراجعه کرده است، در شرح حال **عدم دفع مدفوع در ۲۴ ساعت اول** تولد را داشته است. استفراغ و تب‌های گاهگاهی نیز دارد. در معاینه، **اتساع شکمی** دارد. در توشه رکتال، رکتوم **خالی** است و پس از خروج انگشت از رکتوم، دفع مدفوع با **فشار** انجام می‌شود. کدامیک از اقدامات تشخیصی زیر مورد نیاز است؟

(پراترنی شهرپور ۹۶ - قطب ۹ کشوری [دانشگاه مشهد])

الف) تست عرق (ب) مانومتري رکتال

ج) MRI لومبوساکرال (د) سونوگرافی لگن

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

۳۷- شیرخوار ۱۱ ماهه‌ای با شرح حال **یبوست** از **روز اول تولد** مراجعه کرده است. دفع مکنونیوم در روز چهارم پس از تولد اتفاق افتاده است. در حال حاضر، **اتساع شکم** و **استفراغ** دارد. در معاینه، رکتوم **خالی** است و مدفوع با **فشار** خارج می‌شود. کدامیک از موارد زیر در تشخیص بیماری کودک جایگاهی ندارد؟

(پراترنی اسفند ۹۵ - قطب ۲ کشوری [دانشگاه تبریز])

الف) باریوم انما

ب) رکتوسیگموئیدوسکوپی

ج) بیوپسی تمام ضخامت رکتوم

د) مانومتري آنورکتال

۳۲- پسر بچه ۱/۵ ساله‌ای را به دلیل **یبوست مزمن** از **بدو تولد و اختلال رشد** به درمانگاه آورده‌اند. در دوران نوزادی **تاخیر در دفع مکنونیوم** داشته است. مانومتري آنورکتال، **غیرطبیعی** است. وجود کدام یافته زیر به نفع تشخیص بیماری است؟

(پراترنی شهرپور ۹۳ - قطب کشوری ۷ کشوری [دانشگاه اصفهان])

الف) Large Stools (ب) Fear of Defecation

ج) Fecal Soiling (د) Abdominal Distension

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

۳۳- کودک ۲ ساله‌ای را با **یبوست** به درمانگاه آورده‌اند. در معاینه شکم، توده‌های مدفوعی متعدد همراه با پرگازی شکم به دست می‌خورد. وجود تمام موارد زیر به نفع علل ارگانیک برای وی می‌باشد. بجز؟

(پراترنی اسفند ۹۶ - قطب ۱۰ کشوری [دانشگاه تهران])

الف) فشار بالای اسفنکتر آنوس

ب) رکتوم خالی

ج) وجود فیشر

د) استفراغ

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

۳۴- شیرخوار ۳ ماهه شیر مادرخوار با شکایت عدم دفع مدفوع که از **بدو تولد** شروع شده است، آورده شده است. در سابقه، **۲۴ ساعت اول** بعد از تولد دفع نداشته است. در معاینه، شکم **متسع** و در توشه رکتال، آمپول رکتوم، **خالی** است و با خروج انگشت، مدفوع و گاز با **فشار** بیرون می‌باشد. در بررسی‌های انجام شده کدام مورد صحیح است؟

(پراترنی اسفند ۹۵ - قطب ۳ کشوری [دانشگاه همدان و کرمانشاه])

الف) کاهش سلول‌های گانگلیونیک در نمونه برداری رکتوم

ب) عدم مشاهده گاز در کولون در گرافی ساده شکم

ج) عدم شل شدن اسفنکتر داخلی در مانومتري

د) در باریوم انما قطعه دیستال متسع و قطعه پروگزیمال باریک

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه کنید.

الف ب ج د

۴ یک علت بسیار شایع اسهال در کودکان خردسال، اسهال عملکردی است که به آن **اسهال نوپایان** یا **Toddler's Diarrhea** گفته می‌شود. علت آن استفاده از حجم زیادی از مایعات شیرین حاوی دی‌ساکارید است. در این بیماری دفع مدفوع آبکی به دفعات متعدد در کودکی که رشد و وزن‌گیری‌اش مناسب بوده است، دیده می‌شود.

۵ افتراق اسهال اسمزی از ترشچی:

الف) اگر با قطع تغذیه (NPO کردن کودک) اسهال کاملاً قطع شود، اسهال بیمار اسمزی است. در اسهال ترشچی خالص، اسهال علی‌رغم NPO کردن کودک، ادامه پیدا می‌کند.

ب) اگر اسموتیک گپ مدفوع کمتر از ۵۰ باشد، اسهال ترشچی است، اگر اسموتیک گپ مدفوع بیشتر از ۵۰ باشد. اسهال اسمزی می‌باشد.

۶ یافته‌های تشخیصی در **یبوست عملکردی** به قرار زیر است:

- دفع طبیعی مکنونیم در نوزادی
- قطر زیاد مدفوع
- بی‌اختیاری مدفوع (Encopresis)
- کثیف شدن لباس زیر (Soiling)
- وضعیت احتباسی
- تون اسفنکتر آنال طبیعی یا پائین
- رکتوم متسع

۷ یافته‌های تشخیصی در **بیماری هیرشپرونک** عبارتند از:

- عدم دفع مکنونیم در ۲۴ ساعت اول تولد
- قطر مدفوع زیاد نبوده و بی‌اختیاری مدفوع وجود ندارد.
- اسفنکتر آنال محکم
- رکتوم خالی و منقبض
- خروج انفجاری مدفوع به دنبال TR
- دیستانسیون شکم و استفراغ صفاوی
- ۸ تشخیص یبوست عملکردی بالینی بوده، در حالی که تشخیص قطعی بیماری هیرشپرونک با ساکشن بیوپسی عمقی رکتوم است.

به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

۳۸- شیرخوار ۸ ماهه با سابقه **یبوست** از ابتدای شیرخوارگی ارجاع شده است. در این مدت PEG با دوز مناسب دریافت کرده که پاسخ قابل ملاحظه‌ای نداشته است. در معاینه، شکم **متسع و تمپان** است، توده مدفوعی در ربع تحتانی چپ لمس می‌شود و رکتوم **خالی** است؛ مانومتري آنورکتال غیرطبیعی و انمای کنتراست طبیعی و بیوپسی رکتوم **فاقد سلول‌های گانگلیون‌دار** بوده است. بهترین اقدام درمانی کدام است؟

الف) تزریق بوتاکس

ب) عمل جراحی اصلاحی

ج) اضافه کردن شیفای بیزاکودیل

د) قطع PEG و شروع هیدروکسیدمنیزیم

درمان بیماری هیرشپرونک، جراحی به روش Transanal Pull-through است. همچنین به پاسخ سؤال ۳۰ مراجعه شود.

الف ب ج د

Follow up

۱ اسهال حاد معمولاً به علت **گاستروآنتریت ویروسی** (روتاویروس و نوروویروس) روی می‌دهد.

۲ اسهال ترشچی اغلب به دلیل التهاب یا یک محرک شیمیایی ایجاد شده و علل آن به قرار زیر است:
الف) بیماری‌های التهابی روده
ب) انتروتوکسین و بیبریکلرا
ج) تومور ویپوما

۳ اسهال اسمزی اغلب به دلیل **سوء جذب** ایجاد شده و علل آن به قرار زیر است:

- الف) عدم تحمل لاکتوز
- ب) نارسایی پانکراس یا سوء جذب
- ج) مصرف مسهل‌های غیرقابل جذب مثل پلی‌اتیلن‌گلیکول یا شیر منیزی
- د) اسهال عملکردی نوپایان