



سرشناسه	وفایی، ایمان، ۱۳۶۵- پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۲ فاطمه زمانی
عنوان و نام پدیدآور	چشم، گوش و حلق و بینی در کودکان: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص Nelson textbook of pediatrics 2020/ ترجمه و تلخیص ایمان وفایی.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۲۰۶ص: مصور(رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار(بخشی رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۹۹-۷
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب " Nelson textbook of pediatrics, 21st. ed, 2020 اثر رابرت کلیگمن... او دیگران است.
موضوع	چشم‌پزشکی کودکان Pediatric Ophthalmology پزشکی کودکان - گوش و حلق و بینی Pediatric otolaryngology پزشکی کودکان Pediatrics چشم‌پزشکی کودکان - آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatric Ophthalmology -- Examinations, questions, etc. پزشکی کودکان - گوش و حلق و بینی - آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatric otolaryngology -- Examinations, questions, etc. پزشکی کودکان - آزمون‌ها و تمرین‌ها Pediatrics -- Examinations, questions, etc. کلیگمن، رابرت، ۱۹۵۵ - م. Kliegman, Robert نلسون، والدو امرسون، ۱۸۹۸-۱۹۹۷ م. اصول طب کودکان ۲/RE۴۸ ۹۲۰۹۷۷/۶۱۸ ۹۱۶۲۸۹۳ فیبا ۲۸/۱۲/۱۴۰۱ ۹۱۶۱۹۰۱
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	
تاریخ درخواست	
تاریخ پاسخگویی	
کد پیگیری	

درسنامه: چشم، گوش و حلق و بینی در کودکان برگرفته از کتاب "Nelson Text Book Of Pediatrics 2020 (edition 21)" است.

ترجمه و تلخیص: دکتر ایمان وفایی

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار - منیره امیری مقدم

طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی

چشم، گوش و حلق و بینی در کودکان

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۳ و فوق تخصص
Nelson Text Book Of Pediatrics/Behrman/kingman
/W.B.Sunders/ 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر ایمان وفایی

بورده تخصصی کودکان، نوجوانان و تکامل
رتبه برتر آزمون فوق تخصص اطفال

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر فاطمه زمانی

۵ درصد بورده تخصصی ۱۴۰۱ کشور
دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

۱۱	بخش ۲۸: اختلالات چشم
۱۱	فصل ۶۳۶ - رشد و نمو چشم
۱۳	فصل ۶۳۷ - معاینه چشم
۱۵	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۳۷
۱۷	فصل ۶۳۸ - اختلال رفراکشن
۲۳	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۳۸
۲۵	فصل ۶۳۹ - اختلالات دید
۳۱	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۳۹
۳۵	فصل ۶۴۰ - اختلالات مردمک و عنبیه
۴۱	فصل ۶۴۱ - اختلالات حرکات و همترازی چشم
۵۱	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۴۱
۵۳	فصل ۶۴۲ - اختلالات پلک
۵۷	فصل ۶۴۳ - اختلال سیستم اشکی
۵۹	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۴۳
۶۱	فصل ۶۴۴ - کنژکتیویت
۶۹	فصل ۶۴۵ - ناهنجاری‌های قرنیه
۷۵	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۴۵
۷۷	فصل ۶۴۶ - اختلالات لنز
۸۳	فصل ۶۴۷ - یووآ (مشیمیه)
۸۷	فصل ۶۴۸ - اختلالات رتین و پتره
۹۵	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۴۸

فصل ۶۴۹ - اختلالات عصب اپتیک	۹۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۴۹	۱۰۳
فصل ۶۵۰ - گلوکوم دوران کودکی	۱۰۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۵۰	۱۰۹
فصل ۶۵۱ - اختلالات اربیت	۱۱۱
فصل ۶۵۲ - عفونت‌های اربیت	۱۱۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۵۲	۱۱۷
فصل ۶۵۳ - آسیب‌های وارده به چشم	۱۱۹
بخش ۲۹: اختلالات گوش	۱۲۳
فصل ۶۵۴ - ملاحظات کلی و ارزیابی گوش	۱۲۳
فصل ۶۵۵ - کاهش شنوایی	۱۲۷
فصل ۶۵۶ - مالفورماسیون‌های مادرزادی گوش	۱۳۷
فصل ۶۵۷ - اوتیت اکسترنال	۱۴۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۵۷	۱۴۷
فصل ۶۵۸ - اوتیت مدیا	۱۴۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۵۸	۱۶۳
فصل ۶۵۹ - ماستوئیدیت حاد	۱۶۵
فصل ۶۶۰ - بیماری‌های گوش داخلی	۱۷۱
فصل ۶۶۱ - تروما به گوش	۱۷۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۶۶۱	۱۷۷
فصل ۶۶۲ - تومورهای گوش و استخوان تمپورال	۱۷۹
اطلس آموزشی و مرور	۱۸۱

بخش ۲۸: اختلالات چشم

همکاران گرامی این فصل از چشم‌پزشکی بسیار کم اهمیت است و به ذکر نکات مهم می‌پردازیم:

- (۱) حداکثر رشد چشم بعد از تولد در طول سال اول زندگی رخ می‌دهد و سپس با سرعت زیاد ولی در حالت کاهش تا ۳ سالگی ادامه می‌یابد و سپس با سرعت کمتر تا بلوغ ادامه می‌یابد.
- (۲) قرنیه در نوزاد تازه متولد شده نسبتاً بزرگ و در حد ۱۰ mm است و تا سن ۲ سالگی به حدود ۱۲ mm می‌رسد.
- (۳) در نوزادان نارس قرنیه کدورت شیری رنگ گذرا دارد.
- (۴) لنز نوزاد تازه متولد شده نسبت به فرد بالغ کروی تر بوده و قدرت انکساری بالاتری دارد.
- (۵) فوندوس چشم یک نوزاد تازه متولد شده نسبت به فرد بالغ کمتر پیگمانته است.
در طی ۴-۶ ماه فوندوس چشم تقریباً شبیه چشم بالغ می‌شود.
- (۶) **نکته:** خونریزی‌های رتین در نوزادان تازه متولد شده دیده می‌شود و در عرض ۲ هفته جذب می‌شود و در هفته ۴-۶ تولد به طور کامل برطرف می‌شود.
- (۷) خونریزی ملتحمه نیز به طور خودبه‌خود برطرف می‌شود.
- (۸) چشم نوزاد به طور نرمال تا حدی دوربین (هیپروپ) است و تا ۷ سالگی افزایش می‌یابد و بعد از آن تا ۱۴ سالگی کاهش می‌یابد.
- (۹) حدت بینایی در نوزاد تقریباً $\frac{20}{300}$ است و تا سن ۳-۲ سالگی به $\frac{20}{30}$ می‌رسد.
- (۱۰) تکامل رتین در اولین سال زندگی به تکامل می‌رسد.



(۱) **نکته:** اشک در گریه کردن تا ۳-۱ ماه اغلب وجود ندارد و نوزادان نارس ترشح اشک کاهش یافته دارند که باعث خشکی قرنیه می‌شود.
هماهنگی بین چشم‌ها باید تا ۶-۳ ماه حاصل شود. انحراف دائمی یک چشم در ۶ ماهگی نیاز به ارزیابی دارد.

(۱) آنیریدیا:

یک اصطلاح اشتباه می‌باشد چون بافت عنبیه به طور معمول وجود دارد.



FIG. 640.1 Partial aniridia in a member of an autosomal dominant pedigree.

۲ موارد به صورت غالب و ۱ به صورت اسپورادیک منتقل می‌شوند.
آنیریدیا یک اختلال کل کره چشم است و نباید فقط به عنوان اختلال عنبیه تصور شود.
هیپوپلازی ماکولار و عصب بینایی به طور شایع وجود دارد و باعث کاهش بینایی و نیستاگموس می‌شود.

حدت بینایی اغلب در حد $\frac{20}{40}$ است.

در این اختلال قرنیه ممکن است کوچک باشد از لحاظ کلینیکی، یک کدورت خاکستری رنگ وجود دارد.

اختلالات لنز به صورت کاتاراکت و جابه‌جایی ناکامل یا کامل لنز است.

گلوکوم در ۷۵٪ موارد دیده می‌شود.



۱/۵ از بیماران مبتلا به نوع اسپورادیک دچار تومور ویلمز می‌شوند که به صورت آنیتریدیا، آنومالی‌های ادراری - تناسلی - ناتوانی ذهنی و حذف کروموزوم ۱۱ صورت می‌گیرد. تومور ویلمز قبل از ۵ سالگی بروز می‌کند. **نکته مهم:** اگر یک حذف در 11p13 وجود داشته باشد کودک در ریسک تومور ویلمز قرار دارد و سونوی کلیه‌ها هر ۳-۶ ماه تا ۵ سالگی باید انجام شود.

۲) کلوبوم عنبیه:

نقص در عدم بسته شدن کامل شکاف جنینی می‌باشد که به صورت سوراخ در بستر عنبیه یا در حاشیه مردمک بروز می‌کند.

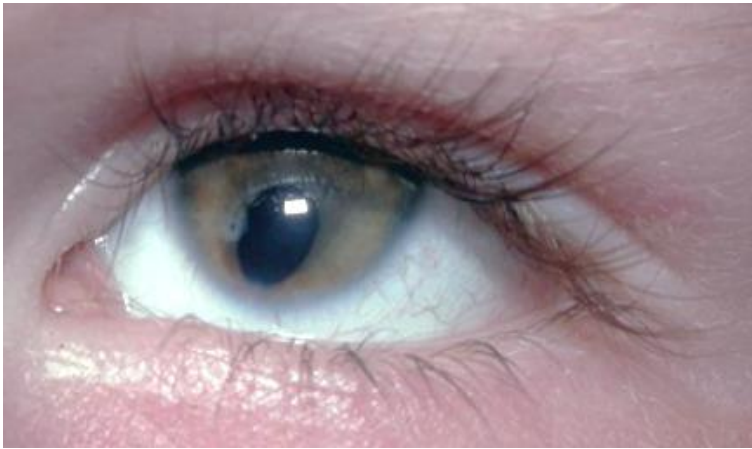


FIG. 640.2 Coloboma (“keyhole pupil”).

کلوبوم‌های ساده اکثراً به صورت اتوزومال غالب به تنهایی یا همراه با آنومالی‌های دیگر مثل CHARGE، Walker Warburg، تریزومی ۱۳ و ۱۸ می‌تواند باشد. تمام کودکان با کلوبوم عنبیه باید تحت معاینه کامل چشم‌پزشکی قرار گیرند.

۳) آنیزوکوریا:

- نامتقارن بودن مردمک‌ها می‌باشد.
- اگر در حضور روشنایی صورت بگیرد نقص در انقباض مردمک وجود دارد و مردمک بزرگتر غیرطبیعی است.

هیپرتلوریسم:

فاصله زیاد بین دو چشم است.
می‌تواند یک حالت نرمال باشد و یا در اثر یکی از موارد ذیل رخ دهد:
مننژیوسل، انسفالوسل فرونتال، باقی ماندن شکاف صورت

هیپوتلوریسم:

کاهش فاصله بین اربیت‌ها است که می‌تواند نرمال یا همراه با آنومالی‌های دیگر از جمله اپی‌کانتوس یا هولوپروز انسفالوپاتی یا ثانویه به دیستروفی کرانیال مثل اسکافوسفالی باشد.

اگزوفتالموس:

تعریف: بیرون زدگی چشم به نام اگزوفتالموس یا پروپتوز می‌باشد.

علل:

- ✓ کاهش عمق اربیت‌ها: در اثر مالغور ماسیون کرانیوفاسیال
- ✓ افزایش توده‌های بافتی درون اربیت مثل نئوپلاسم‌ها، التهاب عوارض چشمی به صورت کراتوپاتی، اختلال حرکت چشمی و آتروفی اپتیک با کاهش دید همراه است.
- جابه‌جایی خلفی یا فرورفتگی چشم به داخل اربیت انوفتالموس می‌باشد.
- التهاب اربیت: می‌تواند اولیه و یا ثانویه به بیماری‌های سیستمیک باشد.
- به التهاب ایدیوپاتیک اربیت سودوتومور اربیت گویند.

علائم: درد، تورم پلک، پروپتوز، قرمزی چشم، تب

درمان: کورتون سیستمیک با دوز بالا

در موارد مقاوم یا راجعه ایمونوتراپی یا رادیوتراپی انجام دهیم.



افتالموپاتی مرتبط با تیروئید:

در اثر سیستم ایمنی می باشد که باعث التهاب و رسوب کلاژن در عضلات خارج چشمی و چربی orbit می باشد. درگیری عضلات خارج چشمی باعث استرابیسم محدود کننده می گردد. انقباض پلک و اکزوفتالموس باعث تماس قرنیه با محیط اطراف و ایجاد عفونت و سوراخ شدن می گردد. درگیری اربیت خلفی، عصب optic را تحت فشار قرار می دهد.

درمان: کورتون، رادیوتراپی اربیت، جراحی پلک، جراحی استرابیسم، دکمپرسیون اربیت

تومورهای اربیت:

شایع ترین تومور خوش خیم، همانژیومها و درموئیدها هستند.

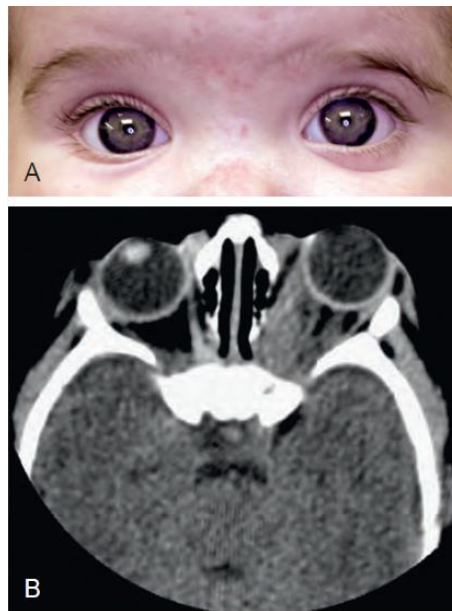


Fig. 651.1 Orbital hemangioma. A, Note the proptosis. B, CT scan.

در موارد بدخیم، رابدومیوسارکوم، لنفوسارکوم و نوروبلاستوم بدخیم شایع تر است. گلیومهای عصب اپتیک در NF دیده می شود که با کاهش دید، پروپتوز تظاهر می کند. ارزیابی تومورهای اربیت با سونوگرافی، MRI و CT است.

علل:

اوتیت خارجی به طور شایع توسط سودوموناس آئروژینوزا ایجاد می‌شود.

سایر علل:

استاف اورئوس
انتروباکتر
پروتئوس
کاندیدا
آسپرژیلوس

علائم بالینی:

- ۱) علامت اصلی درد گوش است که اکثراً شدید بوده و با دستکاری لاله گوش یا فشار روی تراگوس و حرکت فک تشدید می‌شود.
شدت درد با درجه التهاب متناسب نمی‌باشد.
- ۲) خارش که به عنوان پیش‌زمینه درد است.
- ۳) کاهش شنوایی CHL که به خاطر ادم پوست و پرده تمپان است.

معاینه فیزیکی:

- ✓ در بیماری حاد، ادم مجرای گوش، اریتم و اتوره غلیظ وجود دارد.
- ✓ سرومن به حالت سفید با قوام نرم می‌باشد.



- ✓ مجرای گوش دردناک و متورم است. به طوری که تمام مجرای گوش و TM قابل مشاهده نیست و نمی توان با اتوسکوپ مجرای گوش را بررسی کرد.
- ✓ گره های لنفاوی قابل لمس و دردناک اطراف گوش
- ✓ تورم لاله گوش

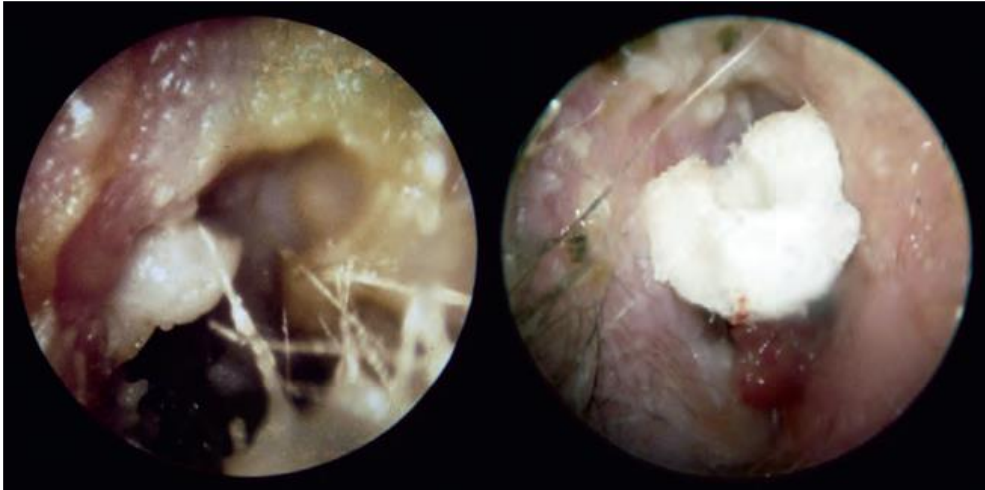


Fig. 657.1 Acute otitis externa. Erythema, edema, and copious purulent debris are seen in the left image. In some cases, an edematous canal with granulation tissue (right image) necessitates the placement of an ear wick to assist topical drug delivery in the acute setting.

علائم: درد حاد گوش که با دستکاری گوش (لاله گوش) یا فشار روی تراگوس و حرکت فک تشدید می شود. به طور شایع توسط سودوموناس ایجاد می گردد.

- اوتیت خارجی نکروز دهنده (بدخیم):

همراهی با فلج عصب ۷ / سرگیجه / ↓ شنوایی حسی - عصبی دارند.

Rx: AB وریدی + دبریدمان

علت شایع ← سودوموناس

در بزرگسالان همراهی با DM / ضعف ایمنی دارد.

- (۱) شایع‌ترین علت ↓ شنوایی CMV است.
- (۲) مدت ۶ هفته استفاده از آسیکلوویر منجر به بهبودی شنوایی می‌شود.
- (۳) توکسوپلاسموز نیز یکی از علل اصلی SNHL است.
- (۴) دگزامتازون برای پروفیلاکسی کاهش شنوایی در مننژیت H. inf می‌باشد.
- البته در مننژیت ناشی از پنوموکوک از کاهش شنوایی شدید جلوگیری می‌کند.
- (۵) لابیرنتیت باعث سرگیجه / عدم تعادل / گیجی می‌شود.
- کلید:** ↓ شنوایی ندارند.
- درمان شامل پردنیزولون و تمرینات توان‌بخشی است.
- (۶) لابیرنتیت ویروسی باعث ↓ شنوایی می‌شود.
- (۷) لابیرنتیت حاد چرکی ← ثانویه به OM است و نیاز به AB و دیمن هیدرینات دارد.
- (۸) لابیرنتیت سرروز حاد ← AB و استروئید می‌دهیم.
- (۹) BPV ← سرگیجه حمله‌ای خوش‌خیم است.
- درمان:** مانور جابه‌جایی کانالیت

- fix شدن استخوانچه رکابی به دریچه بیضی
- (۱۰) اتواسکلروز
- ابتدا ↓ شنوایی هدایتی ← سپس ↓ شنوایی عصبی
- (۱۱) استئوئنز ایمپرفکتا ← ↓ تراکم معدنی استخوانی و ↓ شنوایی هدایتی
 - (۱۲) استئوپتروزیس ← رسوب بیش از حد استخوانی

- ۱) هماتوم لاله گوش باید تخلیه شده و پانسمان فشاری به کار برد و از ایجاد پری کندریت پیشگیری کرد.
- ۲) سرمازدگی اوریکل ← با گرم کردن لاله گوش با کمپرس گرم اصلاح می‌شود.
- ۳) در مواردی که TM دست نخورده باشد از آب گرم هم دمای بدن برای خروج جسم خارجی استفاده شود.
- ۴) باطری دیسکی حتماً باید خارج شود (به صورت اورژانسی) (زنجان ۹۶).
- ۵) حشرات با روغن معدنی یا لیدوکائین کشته شده و سپس توسط اتومیکروسکوپ خارج شود.
- ۶) در تروما به TM اگر TM در عرض چند ماه بهبودی حاصل نشود، می‌بایست گرافت جراحی تحت نظر گرفت.
- ۷) در موارد ذیل باید جراحی فوری صورت گیرد:
 - سرگیجه (اصفهان ۹۴)
 - نیستاگموس
 - وزوز گوش
 - ↓ شنوایی متوسط تا شدید
 - اتوره CSF
- ۸) فیستول پری لنفاتیک: در اثر باروترومای ناشی از شیرجه زدن / بلند شدن هواپیما ایجاد می‌شود. اغلب خودبه‌خود بسته می‌شود. جراحی فوری برای ترمیم فیستول از نظر سرگیجه و جلوگیری از پیشرفت SNHL توصیه می‌شود.



۹) شکستگی طولی و عرضی استخوان تمپورال:

عرضی	طولی	
TM پارگی ندارد.	پارگی TM ⊕ اکیموز پشت گوش (Battle sign)	TM
فلج عصب فاسیال فوری می دهد.	-	عصب فاسیال
اتوره ⊖ گوش داخلی را درگیر کرد.	اتوره ⊕ راه: <u>اطوله</u> طولی گوش خارجی را درگیر می کند.	اتوره

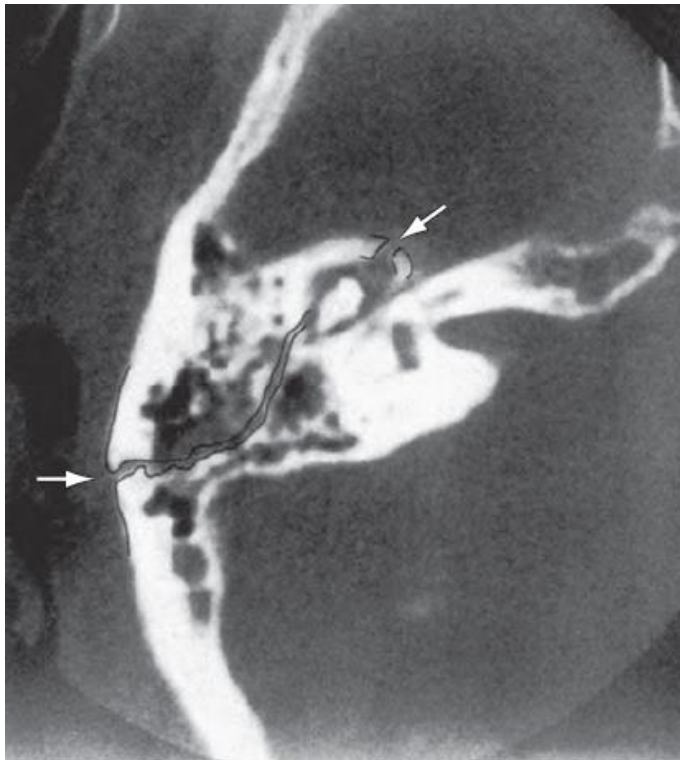


Fig. 661.2 High-resolution axial CT of uncomplicated longitudinal fracture (arrows). A hematoma is present. The course of the fracture has been touched.

استئوما:

- ✓ یک طرفه می‌باشد.
 - ✓ در قسمت داخل کانال گوش قرار دارد.
 - ✓ در صورت وجود اختلال شنوایی یا اوتیت اکسترن می‌توان برداشت.
- DDx:** اگزوستوز یا هیپرپلازی لوکالیزه استخوان به صورت دوطرفه است.

گرانولومای ائوزینوفیلیک:

علائم:

درد گوش، اتوره خونی، کاهش شنوایی، بافت غیرنرمال در گوش میانی یا کانال گوش و ضایعات تخریبی استخوان تمپورال
تشخیص قطعی با بیوپسی است.

درمان:

خارج کردن جراحی، کورتاژ + رادیاسیون موضعی
در موارد هیستوسیتوز سلول‌های لانگرهانس، کموتراپی با درمان لوکال (جراحی با یا بدون رادیوتراپی)
توصیه می‌شود.

رابدومیوسارکوما:

شایع‌ترین بدخیمی استخوان تمپورال در کودکان است.
توده یا پولیپ در گوش میانی یا کانال گوش، خونریزی گوش، اتوره، اتالژی، فلج فاسیال و کاهش شنوایی رخ می‌دهد.



تشخیص: MRI، CT استخوان تمپورال و صورت و جمجمه و مغز
درمان: کموتراپی، رادیوتراپی و جراحی