



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	شجاع صفت، فاطمه، ۱۳۶۶- اطفال ۲ در گوش و حلق و بینی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۴ Cummings otolaryngology - head and neck surgery, seventh edition, 2020/
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک	ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع صفت تهران: کاردیا، ۱۴۰۴. ۲۶۲ ص. مصور، جدول. ۷۱۵۰۰۰ ریال 8-170-404-622-978
وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیبا کتاب حاضر ترجمه و تلخیص کتاب " Cummings otolaryngology : head and neck surgery, 7th. ed, c2020 " به ویراستاری پل دلبیو فلینت ... [و دیگران] است. پزشکی کودکان -- گوش و حلق و بینی Pediatric otolaryngology پزشکی کودکان -- گوش و حلق و بینی -- آزمون ها و تمرین ها Pediatric otolaryngology -- Examinations, questions, etc. فلینت، پل دلبیو. Flint, Paul W. کامپنگز، چارلز ویلیام، ۱۹۳۵ - م. Cummings, Charles W. (Charles William)
موضوع	۴۷RF ۹۲۰۹۷۵۱/۶۱۸ ۹۱۶۳۴۲۴ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: اطفال ۲ در گوش و حلق و بینی:	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن با پاسخ تشریحی بر اساس	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴ تیراژ: ۱۰۰ جلد شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۱۷۰-۸ بهاء: ۷۱۵۰۰۰ تومان
" Cummings Otolaryngology - Head And Neck Surgery, 7th. Ed, C2020"	
ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شجاع صفت	
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: منیره امیری مقدم - رزیدنت یار	
طراح و گرافیک: رزیدنت یار	

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

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اطفال ۲

در گوش و حلق و بینی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه

آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Cummings otolaryngology

Head and neck surgery, seventh edition , 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شجاع صفت

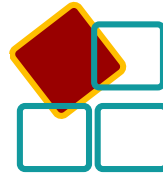
دارای بورد تخصصی

گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن

از دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب



۱۱.....	فصل ۲۰۳ – Vascular Anomalies of the Head and Neck
۲۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۳
۳۹.....	فصل ۲۰۴ – Pediatric Head and Neck Neoplasms
۵۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۴
۶۷.....	فصل ۲۰۵ – Salivary Gland Disease in Children
۹۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۵
۱۰۵.....	فصل ۲۰۶ – Evaluation and Management of the Pediatric Airway
۱۲۵.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۶
۱۳۳.....	فصل ۲۰۷ – Ankyloglossia and Tight Maxillary Frenula
۱۴۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۷
۱۴۳.....	فصل ۲۰۸ – Recurrent Respiratory Papillomatosis
۱۵۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۸
۱۵۷.....	فصل ۲۰۹ – Glottic and Subglottic Stenosis and Related Voice Disorders
۱۷۳.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰۹
۱۸۱.....	فصل ۲۱۰ – Diagnosis and Management of Tracheal Anomalies and Tracheal Stenosis
۱۹۹.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱۰
۲۰۵.....	فصل ۲۱۱ – Aerodigestive Foreign Bodies and Caustic Ingestions
۲۲۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱۱
Pediatric Swallowing, Laryngopharyngeal and Gastroesophageal Reflux Disease, Eosinophilic Esophagitis, and Aspiration	فصل ۲۱۲ –
۲۳۷.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱۲
۲۴۳.....	فصل ۲۱۳ – Pediatric Tracheotomy and Decannulation
۲۴۵.....	فصل ۲۱۴ – Laryngotracheal Clefts
۲۵۱.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱۴

Vascular Anomalies of the Head and Neck

مالفورماسیون‌های عروقی:

• Single vessel type:

- Capillary
- وریدی
- لنفاتیک
- شریانی وریدی

• Complex:

- لنفاتیکوونوس
- کاپیلاری ونوس
- کاپیلاری لنفاتیکوونوس
- کاپیلاری آتریوونوس

• تومورهای عروقی:

- همانژیوم:
 - همانژیوم نوزادی (HOI)
 - همانژیوم مادرزادی
 - همانژیوم لوبولار (پیوژنیک گرانولوما)
- نئوپلاسم‌های عروقی:
 - همانژیواندوتلیومی کاپوزی فرم
 - آنژیوسارکوم
 - همانژیوپریسیستوما
 - نامشخص
 - آنژیوم tufted
- سندرم PHACES: مرتبط با تومورهای عروقی
- مالفورماسیون‌ها بر خلاف تومورها، اغلب در بدو تولد وجود دارند و متناسب با رشد فرد، بزرگ می‌شوند.
- مالفورماسیون‌های عروقی در ۸۰-۷۰٪ موارد، در سر و گردن دیده می‌شوند.



HOI

- در بدو تولد وجود ندارد، در نوزادی شروع می‌شوند.
- در سال اول (۹-۶ ماهگی) رشد سریع دارد.
- در IHC: GLUT1 +
- MRI برای افتراق همانژیوم نوزادی از سایر اختلالات واسکولار کمک می‌کند، اما CT نقشی ندارد و فقط بیمار را در معرض رادیاسیون قرار می‌دهد.
- در بدو تولد: یا وجود ندارد، یا فقط قرمزی یا Pallor مختصر دیده می‌شود.
- در دختران شایع‌تر است.
- با پره‌مچوریتی، سن بالای مادر و انجام CVS ارتباط دارد.
- در سندرم PHACES:

- علائم:

- تأخیر رشد و نمو
- تشنج
- Stroke مادرزادی

- اجزاء:

- P: مالفورماسیون‌های اینتراکرانیاال حفره خلفی (PCF)
- H: HOI (در راه هوایی زیاد دیده می‌شود)
- A: ناهنجاری‌های شریانی
- C: بیماری مادرزادی قلبی، کوآراکتاسیون آئورت (COA، CHD)
- E: ناهنجاری‌های چشمی
- S: sternal clefting, ventral clefting

- اقدامات لازم:

- تصویربرداری مغز
- معاینه چشم
- ارزیابی قلبی
- اگر ناهنجاری عروقی مغز دارد: داروی ضد پلاکت جهت جلوگیری از stroke

همانژیوم مادرزادی:

- هیستولوژی مشابه HOI
- GLUT1 منفی
- تومور واسکولار high flow

Salivary Gland Disease in Children

آناتومی و فیزیولوژی:

- غدد بزاقی فرعی، اغلب در کام هستند.
- همه غدد بزاقی، از اکتودرم ساخته شده‌اند.
- هر غده بزاقی از واحدهای ترشحی متعددی ساخته شده، که آن هم حاوی آسینی و داکت است.
- بزاق با سلول‌های ترشحی آسینی‌ها ساخته شده و از مجاری اینترکالاند، اینترالوبولار و ترشحی خارج شده و توسط مجرای جمع کننده از غده خارج می‌شوند.
- پاروتید بیشتر آسینی‌های سروزی دارد، که مایع سروزی آبکی ترشح می‌کنند.
- غده ساب‌مکس، ترکیبی از آسینی سروزی و موسینی است.
- ساب‌لینگوال و مینورها، بیشتر آسینی موسینی دارند که مایع غلیظ موکوسی ترشح می‌کنند.
- بزاق اولیه، در حال عبور از داکت‌ها تغییراتی می‌کند.
- پاروتید بزرگ‌ترین غده بزاقی ماژور است و اولین غده بزاقی تکامل یافته در جنینی است.
- ندرتا آژنری پاروتید، با یا بدون ساب‌مکس دیده می‌شود.
- پاروتید بعد از تکامل سیستم لنفاتیک کپسول دار شده و تنها غده بزاقی حاوی لنف نود است.
- محل پاروتید بین کانال گوش، راموس مندیبل و تیپ ماستوئید است و توسط عصب فاسیال به دو لوب سطحی و عمقی تقسیم می‌شود.
- پاروتید توسط لیگامان استیلومندیبولار از غده ساب‌مکس جدا می‌شود و هر دو این غدد با لایه سطحی فاسیای عمقی گردن پوشیده شده‌اند.
- مجرای انتهایی پاروتید مجرای استنسن است، که از حد قدامی پاروتید خارج شده و در سطح عضله ماستر، موازی و اینفریور نسبت به زایگوما عبور کرده، سپس وارد عضله بوکسیناتور شده و از مقابل مولار دوم فوقانی وارد حفره دهان می‌شود.
- پاروتید فرعی هم گزارش شده است، که فاصله آن از پاروتید اصلی متغیر است و اغلب در طول مجرای استنسن قرار دارد.
- مجرای استنسن ۴-۷ سانتی‌متر طول دارد و در طول مسیر قطر آن متغیر است. متوسط قطر آن ۱/۴-۰/۵ میلی‌متر است و در قسمت میانی باریک می‌شود، اما باریک‌ترین قسمت آن استیوم با قطر ۰/۵ میلی‌متر است.
- در نوزادان و بچه‌های کوچک، عصب فاسیال در جراحی پاروتید بیشتر در معرض خطر است، چون:
 - لندمارک‌ها به خوبی مشخص نیستند.



- قبل از تکمیل شدن پنوماتیزاسیون ماستوئید، عصب فاسیال لترال تر و ناگهانی‌تر از فورامن استیلوماستوئید خارج می‌شود و ممکنه درست در عمق بافت زیرجلدی قبل از وارد شدن به پاروتید باشد.
- چون پاروتید هم کامل تکامل یافته نیست، ممکنه قسمت بزرگی از عصب اکسپوز باشد.
- همینطور شاخه مارژینال هم بالاتر است و قسمتی را روی سطح مندیبل قرار می‌گیرد.
- بعد از تکامل تیپ ماستوئید و رینگ تمپانیک، عصب فاسیال عمقی‌تر می‌شود و در خطر کمتری است.
- غدد ساب‌مکس و ساب‌لینگوال، در نوزادان بسیار کوچک هستند، اما طی ۲ سال اول زندگی رشد سریعی دارند.
- غده ساب‌مکس در کف دهان است و یک بخش سطحی بزرگ و یک بخش عمقی کوچک دارد، که فاصله آن‌ها لبه آزاد خلفی عضله میلوئیوئید است.
- بخش سطحی بین تاندون قدامی و خلفی دیگاستر، درست زیر تنه مندیبل است و از سوپرومندیال با عضله میلوئیوئید و از قسمت تحتانی با پلاتیسم و لایه investing فاسیای عمقی گردن پوشیده شده است.
- قسمت عمقی، بین میلوئیوئید و هیوگلس است.
- واحدهای آسینار و سیستم داکتال، به مجرای وارتون تخلیه می‌شوند.
- مجرای ساب‌مکس، از مندیال بخش عمقی خارج شده و به قدام بالای میلوئیوئید رفته و روی سطح لترال هیوگلس و ژنیوگلس حرکت می‌کند. ۵ سانتی‌متر طول دارد و قطر متوسط آن ۱/۵-۰/۵ میلی‌متر است و در کف دهان از یک پاپیلا لترال به فرنلوم باز می‌شود. کمترین قطر آن در استیوم و ۰/۵ میلی‌متر است.
- داکت در مجاورت عصب لینگوال است.
- در خلف، عصب لینگوال درست بالای داکت است، اما با نزول عصب از روی قسمت لترال داکت عبور کرده و به زیر داکت می‌رود.
- عصب ۱۲ هم در قدام، عمق و مندیال به غده ساب‌مکس است و در عمق مجرای وارتون و تاندون دیگاستر حرکت می‌کند.
- **غده ساب‌لینگوال:**
- کپسول ندارد.
- در کف دهان، بالای میلوئیوئید، در فضایی بین مندیبل و ژنیوگلس دقیقاً زیر مخاط بوکال قرار دارد.
- درناژ آن مستقیماً به داکت‌های متعدد کوچکی به نام rivinus به کف دهان است، بعضی از داکت‌ها با هم یکی شده و مجرای بارتولین را می‌سازند، که به مجرای وارتون تخلیه می‌شود.
- غدد ساب‌لینگوال منشا رانولا هستند، که تورم کیستیک پر از موکوس در کف دهان است.
- **غدد بزاقی مینور:**
- هزاران غده بزاقی مینور در مخاط مسیر تنفسی گوارشی فوقانی هستند، که در عمق مخاط قرار دارند.
- بیشترین تراکم غده بزاقی مینور در مخاط بوکال، لینگوال، لبیال و کام است.
- هر غده بزاقی مینور یک مجرا دارد، که مستقیماً به مخاط باز می‌شود. انسداد هر کدام از این مجراها باعث ایجاد موکوسل می‌شود، که به طور شایع در لب تحتانی بچه‌های کوچک دیده می‌شود.
- **کنترل ترشح بزاق با سیستم اتونوم است:**
- عصب پاراسمپاتیک پاروتید: از هسته بزاقی تحتانی مدولا، همراه با عصب ۹ می‌آید.

Glottic and Subglottic Stenosis and Related Voice Disorders

تنگی لارنکس:

- اغلب در ساب گلوت است.
- می تواند مادرزادی یا اکتسابی باشد.
- نوع مادرزادی به طور شایع با سایر آنومالی ها و سندرم ها همراهی دارد.
- نوع اکتسابی اغلب یا تروژنیک یا در اثر تروما است.

اتیولوژی:

- سندرم انسداد مادرزادی راه هوایی فوقانی (CHAOS):
 - انسداد اغلب در سطح لارنکس است (آترزی لارنکس) اما در ساب گلوت و تراشه هم دیده می شود.
 - با ریه های بزرگ اکوژن، دیافراگم صاف یا برعکس، دیلاتاسیون دیستال راه هوایی، آسیت جنینی یا هیدروپس همراه است.
 - علائم در نوزاد: آفونی، دیسترس تنفسی شدید و سیانوز
 - اغلب انتوباسیون امکان پذیر نیست.
 - با انجام سونو و MRI جنینی، امکان تشخیص در دوران جنینی و درمان زودرس وجود دارد.

تنگی گلو تیک مادرزادی:

- وب حنجره:
 - ۷۵٪ موارد وب در سطح گلوت است.
 - وب حنجره اغلب قدامی است.
 - اغلب در هنگام تولد یا ماه های اول علامت دار می شوند.
- طبقه بندی:
 - تایپ ۱: وب نازک قدامی، با کمتر از ۳۵٪ درگیری که می تواند بی علامت باشد یا کمی هورس نس داشته باشد.
 - تایپ ۲: درگیری ۳۵-۵۰٪ با علائم خفیف راه هوایی و گریه ضعیف
 - تایپ ۳: درگیری ۵۰-۷۵٪ که به طور شایع با درگیری ساب گلوت همراه است. دیس پنه و هورس نس می دهد.
 - تایپ ۴: درگیری ۷۵-۹۹٪ همراه با تنگی ساب گلوت و علائم شدید راه هوایی و آفونی در بدو تولد.
- Web قدامی حنجره، با حذف 22q11 و سندرم VCF ارتباط دارد.



- همه بیماران با web قدامی حنجره، باید بررسی از نظر حذف 22q11 شوند. (FISH)

• بی حرکتی TVC دوطرفه (BTvFI):

- ۶۰-۳۰٪ آنومالی های حنجره در کودکان است.
- علائم: استریدور بی فازیک، دیسترس تنفسی، دیسفاژی، تغییرات صدا
- می تواند با تنگی ساب گلو ت اشتباه شود.
- اتیولوژی: ترومای زایمان، نورولوژیک، ایدیوپاتیک
- در ۶۵-۵۲٪ موارد بهبود خود به خودی دارد.
- بهترین مداخله انتوباسیون است که برای رفع حاد دیسترس لازم است.

تنگی ساب گلو ت مادرزادی:

• قطر نرمال ساب گلو ت:

- در نوزاد فول ترم: 4/5-5/5 mm
- در نوزاد پره مچور: 3/5 mm
- قطر ≤ 4 mm در نوزاد فول ترم: تنگی ساب گلو ت
- با کاهش ۴-۳ میلی متر در شعاع راه هوایی، لومن تا ۴۰٪ تنگ می شود.
- تنگی ساب گلو ت بدون سابقه انتوباسیون، جراحی، تروما یا هر اتیولوژی احتمالی، را مادرزادی می گوئیم.

• ناهنجاری های شایع مادرزادی لارنکس:

- لارنگومالاسی
- فلج RLN
- تنگی ساب گلو ت

• انواع تنگی ساب گلو ت مادرزادی:

- غشایی:

- در اثر هیپرپلازی غدد موکوسی یا افزایش بافت همبند
- اغلب حلقوی
- باریک ترین ناحیه: 2-3 mm زیر سطح TVC (ممکن است تا سطح TVC برسد).

- غضروفی:

- شایع ترین نوع آن دفورمیتی یا افزایش ضخامت غضروف کریکوئید است، که باعث ایجاد یک طاقچه (shelf like) در روی سطح داخلی مقعر رینگ کریکوئید می شود و فقط یک opening کوچک خلفی باقی می گذارد.
- نوع دیگر، کریکوئید بیضوی که در بیماران تریزومی ۲۱ دیده می شود.
- در موارد شدید: استریدور و دیسترس در بدو تولد

Aerodigestive Foreign Bodies and Caustic Ingestions

جسم خارجی:

- ساین استاندارد اسباب بازی اطفال:

- قطر بزرگتر از 3/17 cm

- طول بزرگتر از 5/71 cm

- پیشگیری:

- خوردن در حال نشسته
- خوردن در حضور والدین
- جویدن کامل
- صحبت نکردن و نخندیدن موقع غذا خوردن
- در پسر بچه‌ها شایع‌تر است.
- اغلب در سن زیر ۳ سالگی رخ می‌دهد.

Box 211.2

Most Common Foods Choked on by Children Younger Than 4 Years

- Hot dogs
- Nuts and seeds
- Chunks of meat or cheese
- Whole grapes
- Hard, gooey, or sticky candy
- Popcorn
- Chunks of peanut butter
- Raw vegetables
- Fruit chunks, such as apple chunks
- Chewing gum

- جسم خارجی برونش: اغلب مغزها، دانه‌ها، سبزیجات و میوه خشک است.
- برونش راست پهن‌تر و عمودی‌تر است، بنابراین احتمال ورود جسم خارجی به آن بیشتر است.
- جسم خارجی مری، دو برابر جسم خارجی برونش شایع است.
- احتمال وجود جسم خارجی بلع شده، به ترتیب:



- معده

- مری

- اوروفارنکس و روده

• جسم خارجی مری: اغلب سکه و میخ، باطری، اسباب بازی، استخوان و جواهرات است.

• مواردی که احتمال دارد بیمار دچار food impaction شود:

- ازوفازیت ائوزینوفیلی

- سابقه جراحی آترزی مری (تنگی مری)

- سابقه جراحی nissen

• بلع یک آهن ربا به تنهایی علامتی نمی‌دهد و عبور می‌کند اما بلع آهن‌ربا همراه با فلز یا آهن‌ربای دیگر، می‌تواند باعث پرفوراسیون روده، ولولوس، فیستول و سپسیس شود.

• باطری‌های استوانه‌ای آلکالن، اغلب بدون آسیب به مری از معده عبور می‌کنند.

• اغلب آسیب‌های ناشی از بلع باتری، مربوط به باتری‌های لیتیوم ۳ ولتی، ۲۰ میلی‌متری است.

• اخیراً مطرح شده که بلع فوری سوکرافیت و عسل، می‌تواند آسیب مخاط را به تاخیر بیندازد، تا باتری را خارج کنیم.

• باتری تمام شده هم همان خطرات باتری سالم را دارد.

• بلع مواد سوزاننده اغلب در کودکان زیر ۵ سال است.

تشخیص:

• سه مرحله دارد:

- حمله choking، سرفه یا gag

- بی‌علامت (ساعت‌ها تا هفته‌ها): جسم در محلی گیر می‌افتد و رفلکس‌ها سرکوب می‌شوند.

- عوارض انسداد، عفونت و پرفوراسیون

• نکات مهم در شرح حال:

- زمان وقوع

- سابقه اختلال عملکرد مری

- مدت و شدت اختلال عملکرد بلع یا تنفس

• علائم استنشاق جسم خارجی:

- سرفه

- دیس پنه

- ویز

- سیانوز

- استریدور

Pediatric Swallowing, Laryngopharyngeal and Gastroesophageal Reflux Disease, Eosinophilic Esophagitis, and Aspiration

فیزیولوژی نرمال بلع:

- شروع بلع، نیازمند دستور قطع تنفس از CNS است.
- شروع بلع فارنژیال ارادی، اما تکمیل آن تحت تاثیر سیستم عصبی غیر ارادی است.
- **حفظ راه هوایی حین بلع:**
 - ادداکشن TVC و FVCها
 - انقباض عضلات فارنکس
 - بالارفتن و رتراکشن کام نرم
 - رتروفلکشن اپی گلوت
- در افراد سالم هم ممکن است ورود مواد غذایی به حنجره تا بالای سطح TVCها رخ دهد.
- آسپیراسیون به معنی ورود مواد غذایی به زیر سطح TVCها است.

ارزیابی بالینی:

- **ویدئوفلوروسکوپی بلع (VFSS):**
 - اطلاعات دینامیک می دهد.
 - اطلاعاتی از آناتومی و فیزیولوژی فاز اورال، فارنژیال و سرویکال ازوفاژیال بلع می دهد.
 - اما نتایج آن قطعی نیست و باید همه جنبه های تغذیه بیمار در تصمیم گیری لحاظ شود.
- **اندوسکوپی عملکردی بلع (FEES):**
 - فاز فارنژیال بلع را بررسی می کند و نمی تواند اطلاعاتی از حفره دهان یا زیر سطح TVCها بدهد.
 - به محض برگشتن اپیگلوت به فاز استراحت، باید در والکول، سینوس پریفورم، دیواره خلفی فارنکس و وستیبول لارنکس به دنبال باقیمانده بگردیم.
- **فواید:**
 - رادیاسیون ندارد.
 - پوزیشن خاصی نمی خواهد.
 - می توان چندین بار آن را تکرار کرد.



▪ در هر شرایط حتی در NICU برای شیرخوار و نوزاد قابل انجام است.

- هر دو این بررسی‌ها در کشف آسپیراسیون گذرا ناتوان هستند.
- آسپیراسیون گذرا یا آسپیراسیون بدون سرفه، در کودکان با دیسفاژی به علت نورولوژیک شایع است.

Management کودک یا نوزاد با اختلال تغذیه یا بلع:

• تغییر پوزیشن:

- نوزاد باید در پوزیشن neutral خط وسط باشد، چه در وضعیت نیمه نشسته و چه خوابیده به پهلو.
- از بعد از ۵-۶ ماهگی، باید با حمایت کافی در وضعیت نشسته باشد.

• غلظت مایعات خوراکی:

- در هر سنی اگر احتمال آسپیراسیون می‌دهیم، باید غلظت مواد غذایی را بیشتر کنیم.
- برای ریفلاکس هم همین کار را می‌کنیم.
- غلیظ کننده‌های تجاری خصوصا در نوزادان پره‌ترم خطرناک هستند و احتمال انتروکولیت نکروزان دارند.
- انتخاب بین سینه مادر یا شیشه شیر: قانون کلی ندارد و در هر نوزاد باید جداگانه تصمیم گرفت.
- مداخله سنسوری موتور: برای بهبود مهارت جویدن در کودکان کوچک کاربرد دارد، اما هنوز مطالعات کامل نیست.
- مداخلات حسی: به نوعی بازی و لمس و مزه کردن غذا توسط کودک است.

GERD و ازوفازیت ائوزینوفیلیک:

- GERD و GER در اطفال شایع است.

• ازوفازیت ائوزینوفیلی:

- التهاب با واسطه ایمنی در مخاط مری (نه فارنکس)
- باعث اختلال تغذیه، تهوع، درد شکم، دیسفاژی و food impaction مکرر می‌شود.
- با آلرژی همراهی دارد.
- همراهی با GERD هم دارد.
- می‌تواند باعث تنگی ساب‌گلوت شود.

ارزیابی:

• مانومتري مری:

- اندازه‌گیری فشار داخلی مری
- در GERD می‌تواند غیر طبیعی باشد، اما خیلی حساس و اختصاصی نیست.
- PH متری مری: در ریفلاکس غیر اسیدی کمکی نمی‌کند.

• مونیتورینگ امپدانس:

- بررسی حرکت bolus در لومن مری

Laryngotracheal Clefts

- در پسرها شایع تر است.
- لارنژیال کلفت‌ها با سندرم‌هایی مثل opitz frias، پلیسترهال و VACTERL مرتبط هستند.
- علت ژنتیکی برای لارنژیال کلفت غیرسندرمیک پیدا نشده است.
- لارنژیال کلفت‌ها با سایر آنومالی‌های آئرودايجستيو مثل تراکئوبرونکومالاسی، TEF و آترزی مری همراهی دارند.
- با آنومالی قلبی، ریوی و نورولوژیک هم همراهی دارند.
- در هفته ۵-۷ جنینی دو نیمه کریکوئید به هم متصل شده و راه هوایی هم از مری جدا می‌شود.

• طبقه بندی:

- تایپ ۱: کلفت اینترآریتنوئید که به سطح TVCها برسد.
- تایپ ۲: از سطح TVCها گذشته و به قسمت فوقانی لامینای کریکوئید می‌رسد.
- تایپ ۳: از کل کریکوئید گذشته و می‌تواند تراشه گردنی را هم درگیر کند.
 - 3a: درگیری کل کریکوئید بدون درگیری تراشه گردنی
 - 3b: به تراشه رسیده اما از استرنال ناچ عبور نمی‌کند.
- تایپ ۴: گسترش به تراشه توراسیک
 - 4a: گسترش به تراشه توراسیک تا کارینا
 - 4b: گسترش به برونش اصلی

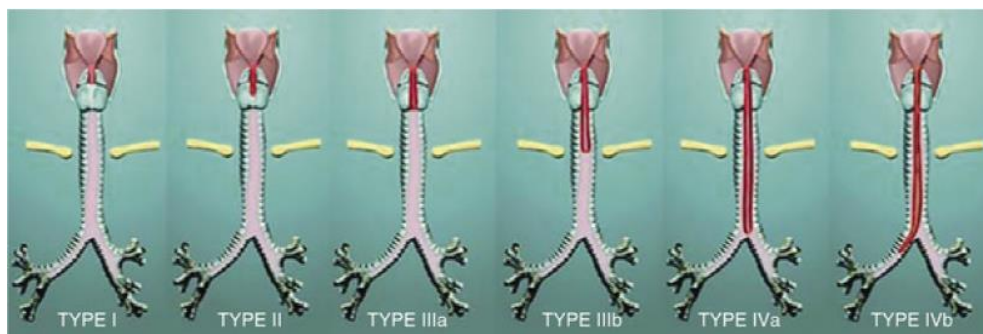


FIG. 214.2 Modification of the Benjamin-Inglis classification of laryngeal cleft using subclassification for types 3 and 4.



تظاهرات بالینی:

- اغلب در نوزادی تشخیص داده می‌شود اما می‌تواند حتی تا ۱۷ سالگی یا بزرگسالی هم تشخیص داده نشده بماند.
- **شایع‌ترین علائم:**
 - سرفه خصوصاً هنگام نوشیدن مایعات
 - Choking
 - ویز
- علائم کمتر شایع: استریدور و سیانوز
- **تشخیص افتراقی:**
 - لارنگوما لاسی
 - GER
 - بیماری ری اکتیو راه هوایی
 - اختلالات نورولوژیک بلع
 - فلج TVC
 - TEF
 - تنگی مری

تشخیص و ارزیابی:

- در برخورد اولیه لارنگوسکوپی فلکسیبل باید انجام شود.
- ارزیابی آسپیراسیون با MBS یا FEES انجام می‌شود، هرچند که نتایج منفی این مطالعات آسپیراسیون را رد نمی‌کند.
- MBS می‌تواند اختلال در تمام مراحل بلع را بررسی کند.
- لارنگوسکوپی دایرکت برحسب علائم بیمار ممکن است نیاز شود.
- CXR یا CT قفسه سینه برای ارزیابی گسترش بیماری ریوی ممکن است لازم شود.
- ازوفاگوسکوپی و برونکوسکوپی برحسب علائم بیمار گاهی نیاز می‌شود.
- در بعضی موارد ارزیابی نورولوژیک، برای بررسی پروگنوز بیمار لازم است.
- **کرایتریای ارجاع به نورولوژیست:**
 - درجه آسپیراسیون شدیدتر از حدی باشد که بر اساس آناتومی مورد انتظار است.
 - در مطالعات بلع، دیسفاژی شدید اورال یا اوروفارنژیال دیده شود.
 - با تغییر رژیم غذایی بهبود واضحی نداشته باشد.
 - علائم نگران کننده نورولوژیک داشته باشد.