

فصل چهاردهم: ناف؛ ۴۵ نکته، ۶۱ تست

نکات طلایی فصل ۱۴

- ۱- بندناف حاوی دو شریان، یک ورید و ماده ای ژلاتینی به نام ژله وار تون است که همگی توسط غشایی از آمینون پوشانده می شوند.
- ۲- خون موجود در بندناف ۲۰ میلی لیتر بر کیلوگرم است و توصیه می شود کلامپ کردن بندناف در هنگام زایمان ۶۰-۳۰ ثانیه به تاخیر انداخته شود.
- ۳- طول بندناف طبیعی در هنگام ترم ۵۵ سانتی متر است.
- ۴- بندناف کوتاه با اختلالاتی که سبب کاهش حرکات جنین می شوند همراه است، مانند: هیپوتونی جنین، اولیگوهدرآمینوس و محدودیت فضای رحمی.
- ۵- در بندناف بلند (بلندتر از ۷۰ سانتی متر) خطر ایجاد گره های واقعی، پیچیدن بندناف به دور جنین و پرولاپس وجود دارد.
- ۶- بندناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی با ناهنجاری ها، دیسترس جنینی و مرگ داخل رحمی جنین ارتباط دارد.
- ۷- هنگامی که بندناف پس از تولد بریده شود عروق خونی از نظر عملکردی بسته می شوند اما از نظر آناتومیک به مدت ۲۰-۱۰ روز باز باقی می ماند.
- ۸- شریان های نافی به رباط های نافی جانبی، ورید نافی به رباط گرد و مجرای وریدی به رباط وریدی تبدیل می شوند.
- ۹- استامپ بندناف معمولاً در طی دو هفته جدا می شود.
- ۱۰- تاخیر در جدایی بندناف به مدت بیش از یک ماه با نقایص کموتاکسی نوتروفیل ها و عفونت های پرخطر باکتریایی ارتباط دارد.
- ۱۱- شریان نافی منفرد در ۱۰-۵ مورد از ۱۰۰۰ تولد رخ می دهد و در نوزادان دوقلو بیشتر است. ۳۰٪ نوزادان دارای شریان نافی منفرد دچار سایر اختلالات ساختمانی مادرزادی (و اغلب بیش از یک ناهنجاری) هستند که وجود کاربوتیپ های غیرطبیعی مانند تریزومی را مطرح می کنند.
- ۱۲- در نوزادان دارای شریان نافی منفرد ایزوله خطر ناهنجاری های کروموزومی افزایش نمی یابد و این نوزادان به غیر از معاینه ی فیزیکی کامل به هیچ بررسی اختصاصی دیگری نیاز ندارند.
- ۱۳- مجرای اومفالومزانتریک (OMD) ارتباط رویانی بین میان روده ی در حال تکامل و کیسه زرده ی اولیه است. این ارتباط در هفته ۸-۹ حاملگی پسرفت می کند، اما نقص در این روند سبب ایجاد نوعی ارتباط غیرطبیعی بندناف و دستگاه گوارش می شود که شامل موارد زیر هستند:
دیورتیکول مکل: شایعترین باقیمانده OMD است.
سینوس یا فیستول: موکوس یا محتوای گوارشی را از ناف تخلیه می کند. ممکن است در دوره ی نوزادی علامتدار شود.
پولیپ نافی: به معنی وجود مخاط دستگاه گوارش در محل استامپ بندناف است. بافت پولیپ، قرمز روشن، سفت و دارای ترشح موکوسی است.
درمان تمام بقایای OMD اکسیژون ناهنجاری از طریق جراحی است.
- ۱۴- اوراکوس پایدار (کیست اوراکوسی، سینوس اوراکوسی، اوراکوس باز یا دیورتیکول اوراکوسی) از بسته نشدن مجرای آلانتوئیک ناشی می شود و ممکن است با انسداد خروجی مثانه همراه باشد. اگر ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از ناف دیده شود، باید احتمال باز بودن اوراکوس مطرح شود. علایم اوراکوس پایدار شامل ترشح، وجود توده یا کیست، درد شکم، اریتم موضعی و عفونت است.
- ۱۵- تشخیص اوراکوس پایدار با سونوگرافی و سیستوگرافی است و درمان شامل اکسیژون ناهنجاری از طریق جراحی و اصلاح انسداد مثانه (در صورت وجود) است.
- ۱۶- خونریزی از بند ناف به علت تروما، بستن نامناسب بندناف، ناتوانی در تشکیل ترومبوس طبیعی، بیماری هموراژیک نوزادان، سایر اختلالات انعقادی به ویژه کمبود فاکتور ۱۳، سپتی سمی و عفونت موضعی می باشد.
- ۱۷- زمان خشک شدن و جدا شدن استامپ بندناف معمولاً در عرض ۲-۱ هفته پس از تولد می باشد. لایه ی نازکی از پوست، سطح باز ایجاد شده را می پوشاند، بافت اسکار تشکیل می شود و زخم معمولاً در عرض ۱۵-۱۲ روز ترمیم می شود.
- ۱۸- در صورت وجود ارگاناسم های ساپروفیت، در جدا شدن بندناف تاخیر ایجاد می شود و احتمال تهاجم توسط ارگاناسم های مهاجم نیز افزایش می یابد.
- ۱۹- عفونت خفیف یا اپی تلیالیزه شدن ناقص ممکن است منجر به ایجاد ناحیه ی گرانوله ی مرطوب در قاعده ی بندناف همراه با ترشح موکوئید یا موکوسی- چرکی خفیف شود که برای رفع آن تمیز کردن بندناف با الکل چند بار در روز توصیه می شود.
- ۲۰- پابرجا ماندن بافت گرانولاسیون در قاعده ی بندناف شایع است. اندازه این بافت نرم ۱۰-۳ میلی متر است، عروقی و گرانولر و رنگ آن قرمز تیره یا صورتی است و ممکن است ترشح سرزوی- چرکی داشته باشد. درمان بافت گرانولاسیون کمتر کردن با نیترات نقره است که تا هنگام خشک شدن قاعده ضایعه، هر چند روز یکبار تکرار می شود.
- ۲۱- اومفالیته به معنی عفونت استامپ بندناف، خود ناف یا دیواره ی شکمی اطراف است.
- ۲۲- در صورت وجود سلولیت میزان بروز باکتری می بالا است و اومفالیته عارضه دار به صفاق، عروق نافی یا پورت و یا کبد انتشار می یابد.
- ۲۳- فاشیته نکروزان (که اغلب چندمیکروبی است)، با میزان بالای مرگ و میر همراه است.
- ۲۴- درمان اومفالیته تجویز فوری آنتی بیوتیک (با عوامل مؤثر بر استافیلوکوک طلایی و اشیشیاکولی مانند داروهای ضد استافیلوکوکی پنی سیلین یا وانکومایسین در ترکیب با یک آمینوگلیکوزید) است. در صورت تشکیل آبسه ممکن است برش و تخلیه ی جراحی ضرورت پیدا کند.
- ۲۵- در کشورهای در حال توسعه استعمال موضعی کلرگزیدین با کاهش اومفالیته و مرگ و میر نوزادی همراه است.
- ۲۶- در کشورهای توسعه یافته شواهدی در مورد برتری کاربرد عوامل آنتی سپتیک در مقایسه با خشک نگه داشتن بندناف برای کاهش خطر اومفالیته وجود ندارد.
- ۲۷- فتق نافی اغلب با دیاستاز عضلات رکتوس همراه است و علت آن بسته شدن ناقص و یا ضعف حلقه ی عضلانی نافی است.
- ۲۸- عوامل مستعدکننده فتق نافی نژاد سیاه و وزن کم هنگام تولد هستند.
- ۲۹- فتق به صورت تورم نرم پوشیده شده با پوست دیده می شود که در جریان گریه کردن، سرفه یا زور زدن بیرون می آید و می توان از طریق حلقه ی بیرون زده ی موجود در سطح ناف به آسانی آن را جا انداخت. فتق حاوی چادرینه (اومتوم) یا بخش هایی از روده ی کوچک است.

۳۹. اگر اومفالوسل به حدی بزرگ باشد که امکان ترمیم فوری وجود نداشته باشد پانسمان مداوم زمان کافی ایجاد می‌کند تا اپی‌تلیالیزه شدن ساک پیشرفت کند.

۴۰. اگر ساک پاره شده باشد و یا اگر برای پوشاندن توده و ساک آزادسازی بیش از حد بافت‌ها لازم باشد می‌توان از مش یا مواد سنتتیک مشابه برای پوشاندن احشا استفاده کرد.

۴۱. در ۷۰-۵۰٪ نوزادان مبتلا به اومفالوسل سایر ناهنجاری‌ها و در ۳۰٪ آنان اختلالات کروموزومی وجود دارد.

۴۲. احتمال کاربوتیپ غیرطبیعی در مواردی که کبد در داخل شکم قرار دارد (و نه داخل ساک) بیشتر است.

۴۳. اومفالوسل ممکن است بخشی از سندرم بک‌ویت-یدمن باشد که با اومفالوسل، ماکروزومی و هیپوگلیسمی تظاهر می‌یابد.

۴۴. در نوزادان مبتلا به اومفالوسل ایزوله، میزان بقا بیش از ۹۰٪ است.

۴۵. تومورهای ناف نادر هستند و شامل آنژیوم، انتروترانوم، کیست درموئید، میکسوسارکوم و کیست‌های بقایای مجرای اوراکوسی یا اومفالومزانتریک (OMD) هستند.

۳۰. اندازه ی فتق نافی از کمتر از ۱ سانتی متر تا ۵ سانتی متر متغیر است.

۳۱. بیشتر فتق‌های نافی که قبل از ۶ ماهگی ایجاد می‌شوند، خود به خود تا ۱ سالگی از بین می‌روند.

۳۲. گاهی فتق‌های بزرگ (با قطر ۶-۵ سانتی متر) نیز به طور خود به خود تا ۶-۵ سالگی از بین می‌روند.

۳۳. احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

۳۴. اندیکاسیون‌های جراحی فتق نافی: فتق تا ۵-۴ سالگی پابرجا بماند، بعد از ۱-۲ سالگی به طور پیشرونده بزرگتر شود، سبب بروز علائم شود، دچار اختناق شود (اختناق محتویات روده بسیار نادر است).

۳۵. اومفالوسل فتق یا بیرون زدگی محتویات شکم به درون قاعده ی بندناف است. حفره ی شکم کوچک است که علت آن فقدان احشای فضاگیر است.

۳۶. برخلاف فتق نافی (که شیوع بیشتری دارد)، ساک اومفالوسل فقط با صفاق پوشیده می‌شود و در روی آن پوست وجود ندارد.

۳۷. در اومفالوسل اتصال قسمت دیستال بندناف به داخل خود ساک، سبب تمایز این اختلال از سایر نقایص دیواره شکمی مانند گاستروشیزی می‌شود.

۳۸. درمان اومفالوسل پوشاندن ساک با پانسمان مرطوب استریل است، سپس در صورتی که جای کافی برای جا دادن احشای شکمی وجود داشته باشد، ترمیم با جراحی انجام می‌شود.

تست‌های طلایی فصل ۱۴

۶. کدام گزینه از گزینه‌های زیر در مورد شریان نافی منفرد صحیح نیست؟
 الف) در ۱۰-۵ مورد از هر ۱۰۰۰ تولد دیده می‌شود.
 ب) در نوزادان دوقلو بیشتر است.
 ج) در نوزادان مبتلا، تریزومی شایع است.
 د) نوزادان دارای شریان نافی منفرد ایزوله در معرض افزایش خطر ناهنجاری کروموزومی هستند.

د: شریان نافی منفرد در ۱۰-۵ مورد از هر ۱۰۰۰ تولد دیده می‌شود؛ این میزان در نوزادان دوقلو بیشتر است. ۳۰ درصد نوزادان دارای شریان نافی منفرد، دچار دیگر اختلالات ساختمانی مادرزادی (و اغلب بیش از یک ناهنجاری) هستند. وجود ناهنجاری‌های متعدد، مطرح کننده کاربوتیپ‌های غیرطبیعی (مانند انواع تریزومی‌ها) است. نوزادان دارای شریان نافی منفرد ایزوله در معرض افزایش خطر ناهنجاری کروموزومی نیستند و در این نوزادان غیر از معاینه فیزیکی کامل انجام هیچگونه بررسی اختصاصی دیگر اندیکاسیون ندارد.

۷. مجرای اومفالومزانتریک در کدام هفته‌های حاملگی پسرفت می‌کند و شایعترین بقایای این مجرا کدام است؟
 الف) هفته‌های ۱۰-۹، دیورتیکول مکل
 ب) هفته‌های ۹-۸، دیورتیکول مکل
 ج) هفته‌های ۱۰-۹، سینوس
 د) هفته‌های ۹-۸، سینوس

ب: مجرای اومفالومزانتریک (OMD): نوعی ارتباط رویانی بین میان روده ی در حال تکامل و کیسه ی زرده ی اولیه است. این ارتباط به طور تئوپیک در هفته ی ۸-۹ حاملگی پسرفت می‌کند، اما نقص در این روند می‌تواند سبب ایجاد نوعی ارتباط غیرطبیعی بندناف و دستگاه گوارش شود. دیورتیکول مکل شایعترین باقیمانده ی OMD است. سینوس یا فیستول موکوس یا محتوای گوارشی را از ناف تخلیه می‌کند. ممکن است در دوره ی نوزادی علامتدار شود.

۸. کدام گزینه در مورد پولیپ نافی صحیح نیست؟
 الف) از کم شیوعترین بقایای مجرای اومفالومزانتریک است.
 ب) به معنی بارز شدن مخاط دستگاه گوارش در محل استامپ ناف است.

۱. بند ناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی با تمام موارد زیر همراه است به جز:
 الف) ناهنجاری جنین
 ب) هیپوتونی جنین
 ج) دیسترس جنینی
 د) مرگ داخل رحمی جنین

ب: بندناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی با ناهنجاری‌ها، دیسترس جنینی و مرگ داخل رحمی جنین ارتباط دارد.

۲. ورید نافی بعد از تولد به کدام عضو تبدیل می‌شود؟
 الف) رباط‌های نافی جانبی
 ب) رباط گرد
 ج) رباط پهن
 د) رباط وریدی

ب: شریان‌های نافی به رباط‌های نافی جانبی، ورید نافی به رباط گرد و مجرای وریدی به رباط وریدی تبدیل می‌شوند.

۳. رباط نافی جانبی از کدام عضو جنینی منشا می‌گیرد؟
 الف) شریان نافی
 ب) مجرای اومفالومزانتریک
 ج) ورید نافی
 د) مجرای وریدی

الف: شریان‌های نافی به رباط‌های نافی جانبی، ورید نافی به رباط گرد و مجرای وریدی به رباط وریدی تبدیل می‌شوند.

۴. پس از تولد عروق نافی به صورت آناتومیک چه مدت باز می‌مانند؟
 الف) ۵ تا ۱۰ روز
 ب) ۱۰ تا ۱۵ روز
 ج) ۱۰ تا ۲۰ روز
 د) ۲۰ تا ۳۰ روز

ج: هنگامی که بندناف پس از تولد بریده شود عروق خونی از نظر عملکردی بسته می‌شوند اما از نظر آناتومیک به مدت ۲۰-۱۰ روز باز باقی می‌مانند.

۵. تاخیر در جدایی بند ناف، با نقایص کدام سلول‌ها در ارتباط است؟
 الف) ائوزینوفیل‌ها
 ب) نوتروفیل‌ها
 ج) لنفوسیت‌ها
 د) ماکروفاژها

ب: استامپ بند ناف معمولاً در طی ۲ هفته کنده می‌شود. تاخیر در جدایی بند ناف به مدت بیش از یک ماه با نقایص کموناسی نوتروفیل‌ها و عفونت‌های مخاطره آمیز باکتریایی در ارتباط بوده است.

ج) قرمز روشن و نرم است.

همراه است.

د) دارای ترشح موکوسی است.

ج: پولیپ نافی یکی از کم شیوع ترین بقایای OMD بوده و به معنی بارز شدن مخاط GI در محل استامپ نافی است. بافت پولیپ قرمز روشن، سفت و دارای ترشح موکوسی است. درمان تمام بقایای OMD، اکسیژن ناهنجاری از طریق جراحی است.

۹. در نوزادی که دچار ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از نافی است کدام یک از موارد زیر را مطرح می‌کنید؟

الف) بسته نشدن مجرای آلتوتویک (ب) بسته نشدن مجرای اومفالومزانتریک

ج) اومفالیته (د) دیورتیکول مکل

الف: اوراکوس پایدار (کیست اوراکوسی، سینوس اوراکوسی، اوراکوس باز یا دیورتیکول اوراکوسی)، از بسته نشدن مجرای آلتوتویک ناشی می‌شود و ممکن است با انسداد خروجی مثانه همراه باشد. اگر ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از نافی دیده شود، باید احتمال باز بودن اوراکوس مطرح شود. علائم شامل ترشح، وجود توده یا کیست، درد شکم، اریتم موضعی و عفونت هستند.

۱۰. کدام گزینه جزو علائم اوراکوس پایدار نیست؟

الف) ترشح خونی (ب) درد شکم

ج) اریتم موضعی (د) عفونت

الف: اگر ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از نافی دیده شود، باید احتمال باز بودن اوراکوس مطرح شود. علائم شامل ترشح، وجود توده یا کیست، درد شکم، اریتم موضعی و عفونت هستند.

۱۱. در موارد خونریزی از بند نافی احتمال کمبود کدام فاکتور انعقادی بیشتر مطرح می‌شود؟

الف) فاکتور ۸ (ب) فاکتور ۱۰ (ج) فاکتور ۱۲ (د) فاکتور ۱۳

د: خونریزی از بند نافی ممکن است از تروما، بستن نامناسب بند نافی و یا ناتوانی در تشکیل ترومبوس طبیعی باشد. همچنین خونریزی ممکن است بر بیماری هموراژیک نوزادان یا سایر اختلالات انعقادی (به ویژه کمبود فاکتور ۸)، سپتی سمی یا عفونت موضعی دلالت داشته باشد.

۱۲. زخم ناشی از جدا شدن استامپ بند نافی معمولاً در عرض چه مدت بهبود می‌یابد و کدام ارگانیزم‌ها سبب تاخیر در جدا شدن بند نافی می‌شوند؟

الف) در عرض ۱۲-۷ روز، استافیلوکوک‌ها

ب) در عرض ۱۲-۷ روز، ارگانیزم‌های ساپروفیت

ج) در عرض ۱۵-۱۲ روز، استافیلوکوک‌ها

د) در عرض ۱۵-۱۲ روز، ارگانیزم‌های ساپروفیت

د: استامپ بند نافی معمولاً در عرض ۲-۱ هفته پس از تولد خشک و جدا می‌شود. لایه‌ی نازکی از پوست، سطح باز حاصل را می‌پوشاند، بافت اسکار تشکیل می‌شود و زخم معمولاً در عرض ۱۵-۱۲ روز ترمیم می‌یابد. وجود ارگانیزم‌های ساپروفیت سبب تاخیر در جدا شدن بند نافی و افزایش احتمالی تهاجم توسط ارگانیزم‌های مهاجم می‌شود.

۱۳. کدام گزینه در مورد بافت گرانولاسیون نافی صحیح نیست؟

الف) ۱۰-۳ میلی متر اندازه دارد.

ب) شایع است.

ج) سفت و به رنگ قرمز تیره است.

د) درمان آن کوتر کردن یا نیترات نقره است.

ج: پاپیرا ماندن بافت گرانولاسیون در قاعده‌ی بند نافی شایع است. اندازه این بافت نرم ۱۰-۳ میلی متر است، عروقی و گرانولر و به رنگ قرمز تیره یا صورتی است و ممکن است ترشح سروز-چرکی داشته باشد. درمان بافت گرانولاسیون کوتر کردن یا نیترات نقره که تا هنگام خشک شدن قاعده ضایعه، با فواصل چند روز یکبار تکرار می‌شود.

۱۴. کدام گزینه در مورد عفونت نافی نوزادان صحیح نیست؟

الف) اشریشیاکولی می‌تواند سبب اومفالیته شود.

ب) وجود سلولیت با بروز باکتری ارتباط ندارد.

ج) اومفالیته عارضه دار به کبد گسترش پیدا می‌کند.

د) استعمال موضعی کلر هگزیدین در کشورهای در حال توسعه با کاهش اومفالیته همراه است.

ب: اومفالیته به معنی عفونت استامپ بند نافی، خود نافی یا دیواره‌ی شکمی اطراف است. وجود سلولیت، با میزان بروز بالای باکتری همراه است و اومفالیته عارضه دار ممکن است به صفاق، عروق نافی یا پورت و یا کبد گسترش پیدا کند. فاشنیت نکرزان (که اغلب چند میکروبی است)، با میزان بالای مرگ و میر همراه است. درمان اومفالیته تجویز فوری آنتی بیوتیک است (با عوامل مؤثر بر استافیلوکوک طلائی و اشریشیاکولی مانند داروهای ضد استافیلوکوک پنی سیلین یا وانکومایسین در ترکیب با یک آمینوگلیکوزید). در صورت تشکیل آبسه ممکن است برش و تخلیه‌ی جراحی ضرورت پیدا کند. در کشورهای در حال توسعه استعمال موضعی کلر هگزیدین با کاهش اومفالیته و مرگ و میر نوزادی همراه است. در کشورهای توسعه یافته شواهدی در مورد برتر بودن کاربرد عوامل آنتی سبتیک در مقایسه با خشک نگه داشتن بند نافی برای به حداقل رساندن خطر اومفالیته وجود ندارد.

۱۵. کدام گزینه در مورد فتق نافی صحیح نیست؟

الف) عوامل مستعد کننده، نژاد سیاه و وزن کم هنگام تولد هستند.

ب) در صورتی که فتق تا ۲-۱ سالگی پابرجا بماند باید جراحی شود.

ج) اکثر فتق‌هایی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر شوند خود به خود تا ۱ سالگی از بین می‌روند.

د) احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

ب: فتق نافی که اغلب با دیاستاز عضلات رکتوس همراه است، از بسته شدن ناقص و یا ضعف حلقه عضلانی نافی ناشی می‌شود. عوامل مستعد کننده شامل نژاد سیاه و وزن کم هنگام تولد هستند. فتق به صورت تورم نرم پوشیده شده با پوست دیده می‌شود که در جریان گریه کردن، سرفه یا زور زدن بیرون می‌آید (برآمده می‌شود) و می‌توان از طریق حلقه فیروزه موجود در سطح نافی، به آسانی آن را جا انداخت. اکثر فتق‌های نافی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر می‌شوند، خود به خود تا یک سالگی از بین می‌روند. احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است. اندیکاسیون‌های جراحی فتق نافی شامل موارد زیر است: فتق تا ۵-۴ سالگی پابرجا بماند، بعد از ۱-۲ سالگی به طور پیشرونده بزرگتر شود، سبب بروز علائم شود، دچار اختناق گردد (اختناق محتویات روده بسیار نادر است).

۱۶. کدام یک از گزینه‌های زیر در مورد اومفالوسل مادرزادی نادرست است؟

الف) قسمت دیستال بند نافی به داخل خود ساک متصل است.

ب) در ۷۰-۵۰ درصد نوزادان دارای اومفالوسل، ناهنجاری‌های دیگر وجود دارد.

ج) در ۶۰ درصد آنان اختلالات کروموزومی وجود دارد.

د) احتمال کاربوتیب غیرطبیعی در مواردی که کبد در داخل شکم قرار دارد بیشتر است.

ج: اومفالوسل به معنی فتق یا بیرون زدگی محتویات شکم به داخل قاعده بند نافی است. برخلاف فتق نافی که شیوع بیشتری دارد، ساک اومفالوسل فقط با صفاق پوشیده می‌شود و در روی آن پوست وجود ندارد و اتصال قسمت دیستال بند نافی به داخل خود ساک، متمایز کننده این اختلال از سایر نقایص دیواره شکمی مانند گاستروشیزی است. حفره شکم به طور متناسب کوچک است که از فقدان احشای فضاگیر ناشی می‌شود. در بسیاری از نوزادان مبتلا به اومفالوسل (۷۰-۵۰ درصد) ناهنجاری‌های توام وجود دارند و تقریباً در ۳۰ درصد آنان اختلالات کروموزومی دیده می‌شوند. احتمال کاربوتیب غیرطبیعی در مواردی که کبد در داخل شکم قرار دارد (و نه داخل ساک) بیشتر است.

۱۷. در مورد بند نافی کدام گزینه صحیح است؟ (ارشد ۸۴-۸۳ با تعدیل)

الف) در بند نافی‌های دارای گره کاذب، دیسترس جنینی و ناهنجاری‌ها شایع هستند.

ب) بند نافی کوتاه با افزایش خطر عوارض لیبر و زایمان همراه است.

ج) عروق خونی از نظر ساختاری، یک هفته پابرجا می‌مانند.

د) بند نافی کوتاهتر از حد معمول، با هیپرتونی نوزاد همراه است.

ب: بند نافی‌هایی که به طور غیر طبیعی کوتاه هستند، با اختلالاتی که منجر به کاهش حرکات جنینی می‌شوند (مانند هیپوتونی جنین، اولیگو هیدر آمنیوس و محدودیت فضای رحمی) همراه هستند و منجر به افزایش خطر عوارض در طی

لیبر و زایمان هم برای مادر و هم برای نوزاد می‌شوند. بند نافهای مستقیم و بدون پیچ خوردگی، با ناهنجاری ها، دیسترس جنینی و مرگ داخل رحمی جنین در ارتباط هستند. عروق خونی از نظر عملکردی بسته می‌شوند، اما از نظر آناتومیک به مدت ۲۰-۱۰ روز باز باقی می‌مانند.

۱۸. کدام یک از گزینه‌های زیر جزو علل خونریزی از بند ناف نیست؟ (ارشد ۸۶-۸۵)

الف) سپتی سمی (ب) عفونت موضعی

ج) ناتوانی در تشکیل ترومبوس (د) گرانولوم نافی

د: پابرجا ماندن بافت گرانولاسیون در قاعده ی بندناف شایع است. اندازه این بافت نرم ۱۰-۳ میلی متر است، عروقی و گرانولر و به رنگ قرمز تیره یا صورتی است و ممکن است ترشح سرزوی- چرکی داشته باشد. درمان بافت گرانولاسیون کوتر کردن با نیترات نقره که تا هنگام خشک شدن قاعده ضایعه، با فواصل چند روز یکبار تکرار می‌شود.

۱۹. ارگانیزم‌های بسیار شایع مسئول عفونت های شدید نافی کدام هستند؟ (ارشد ۸۵-۸۴)

الف) استافیلوکوک طلائی، اشریشیاکولی

ب) کلوستریدوم بوتولینوم، استافیلوکوک طلائی

ج) تریکوموناس، نایسریاگنوره، اشریشیاکولی

د) کلامیدیا تراکوماتیس، کاندیدیاز، استرپتوکوک گروه B

الف: درمان اومفالیت شامل تجویز فوری آنتی بیوتیک است (با عوامل موثر بر استافیلوکوک طلائی و اشریشیاکولی مانند داروهای ضد استافیلوکوکی پنی سیلین یا ونکومایسین در ترکیب با یک آمینوگلیکوزید).

۲۰. در چه صورتی برای درمان فتق نافی کودک جراحی توصیه می‌شود؟ (ارشد ۹۰-۸۹)

الف) قبل از ۱۵ ماهگی ظاهر شده باشد.

ب) قطر بیش از ۱ سانتی متر داشته باشد.

ج) تا یک سالگی خود به خود برطرف نشود.

د) بعد از ۲-۱ سالگی بزرگتر شود.

د: جراحی فقط در صورتی توصیه می‌شود که فتق نافی تا ۵-۴ سالگی پابرجا بماند، سبب بروز علائم شود، دچار اختناق گردد و یا بعد از ۲-۱ سالگی به طور پیشرونده بزرگتر شود.

۲۱. در نوزاد مبتلا به اومفالوسل چه اقدامی ضروری است؟ (ارشد ۹۴-۹۳)

الف) پوشاندن ناحیه با گاز چرب و استریل

ب) پوشاندن ناحیه با گاز مرطوب و استریل

ج) تغذیه از طریق لوله گاستروستومی

د) قرار دادن در وضعیت خوابیده به پهلو

ب: درمان اومفالوسل شامل پوشاندن ساک با پانسمان مرطوب استریل است و سپس در صورتی که جای کافی در شکم برای جا دادن اعضای بیرون زده وجود داشته باشد، ترمیم با جراحی صورت گیرد.

۲۲. کدام گزینه در مورد مراقبت از پوست و بند ناف نوزاد صحیح است؟ (ارشد ۹۶-۹۵ با تعدیل)

الف) استعمال موضعی کلرهگزیدین در بند ناف در شرایط جامعه در کشورهای در حال توسعه اومفالیت را کاهش می‌دهد.

ب) استفاده مداوم از کلر هگزیدین در نوزاد کم وزن توصیه می‌شود.

ج) استفاده از پمادهای موضعی در نوزادان پره ترم، خطر سپسیس باکتریایی را کاهش می‌دهد.

د) کاربرد عوامل آنتی سبتیک (مانند تریپل دای، الکل یا کلرهگزیدین) در مقایسه با خشک نگه داشتن بند ناف خطر اومفالیت را کاهش می‌دهد.

الف: استعمال موضعی کلرهگزیدین در بند ناف در شرایط جامعه و در مراکز مراقبت‌های اولیه، در کشورهای در حال توسعه با کاهش اومفالیت و مرگ و میر نوزادی همراه بوده است. با وجود این، رویکرد مطلوب برای مراقبت از بند ناف در دوره بعد از زایمان در محیط‌های بیمارستانی در کشورهای توسعه یافته، هنوز هم مورد اختلاف نظر است. هیچگونه شواهد متقاعد کننده ای در مورد برتر بودن

کاربرد عوامل آنتی سبتیک (مانند تریپل دای، الکل یا کلرهگزیدین) در مقایسه با خشک نگه داشتن بند ناف برای به حداقل رساندن خطر اومفالیت در نوزادان در این شرایط وجود ندارد، اما این درمان ها میزان کولونیزاسیون باکتریایی را کاهش می‌دهند.

۲۳. فتق نافی نوزاد اغلب به طور خودبه‌خودی تا چه مدت پس از تولد از بین می‌رود؟ (ارشد ۹۸-۹۷)

الف) ۶ ماه (ب) ۹ ماه (ج) ۱ سال (د) ۲ سال

ج: اکثر فتق‌های نافی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر می‌شوند، خود به خود تا یک سالگی از بین می‌روند. احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

۲۴. در مقایسه‌ی گرانولوم بند ناف با پولیپ بند ناف کدام گزینه صحیح است؟ (ارشد ۹۹-۹۸)

الف) گرانولوم به دنبال عفونت شدید و منتشر پایه‌ی بند ناف رخ می‌دهد.

ب) پولیپ از باقی ماندن مجرای اومفالومزانتریک شکل می‌گیرد.

ج) پولیپ با سوزاندن مکرر با قلم نیترات نقره قابل درمان است.

د) درمان گرانولوم ابتدا با آنتی بیوتیک تزریقی و سپس جراحی است.

ب: عفونت خفیف یا اپی تیلیاز به شدن ناقص، ممکن است منجر به ایجاد ناحیه گرانوله مرطوب در قاعده بند ناف همراه با ترشح موکوئید یا موکوسی- چرکی خفیف شود. درمان بافت گرانولاسیون شامل کوتر کردن با نیترات نقره است که تا هنگام خشک شدن قاعده ضایعه، با فواصل چند روز یک بار تکرار می‌شود. پولیپ نافی یکی از کم شیوع‌ترین بقایای OMD (مجرای اومفالومزانتریک) بوده و به معنی بارز شدن مخاط GI در محل استامپ ناف است. بافت پولیپ قرمز روشن، سفت و دارای ترشح موکوسی است. درمان تمام بقایای OMD، اکسیژن ناهنجاری از طریق جراحی است.

۲۵. فتق نافی نوزاد اغلب به طور خود به خودی تا چه مدت پس از تولد از بین می‌رود؟ (ارشد ۹۹-۹۸)

الف) ۶ ماه (ب) ۹ ماه (ج) ۱ سال (د) ۲ سال

ج: اکثر فتق‌های نافی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر می‌شوند، خود به خود تا یک سالگی از بین می‌روند. احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

۲۶. در معاینه شیرخوار ۴ ماهه، فتق نافی با قطر ۲/۵ سانتی متر در هنگام گریه و سرفه مشاهده شده که اومنتوم و بخش کوچکی از روده کوچک در آن قابل رویت است، مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (ارشد ۱۴۰۲-۱۴۰۳)

الف) انجام جراحی اورژانس (ب) بستن محل ناف با پارچه محکم

ج) گذاشتن پانسمان مرطوب (د) اقدام خاصی لازم نیست

د: فتق نافی به صورت تورم نرم پوشیده شده با پوست است که هنگام گریه کردن، سرفه یا زور زدن مشاهده می‌شود و می‌توان از طریق حلقه بیرون زده موجود در سطح ناف به راحتی آن را جا انداخت. فتق نافی حاوی چادرینه (اومنتوم) یا بخش‌هایی از روده کوچک است. اندازه فتق از کمتر از ۱ سانتی متر تا ۵ سانتی متر متغیر است.

زمان از بین رفتن فتق: اکثر فتق‌های نافی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر می‌شوند، خود به خود تا یک سالگی از بین می‌روند. گاهی فتق‌های بزرگ (با قطر ۶-۵ سانتی متر) نیز به طور خود به خود تا ۶-۵ سالگی از بین می‌روند. احتمال بسته شدن خود به خود در فتق‌های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

اندیکاسیون‌های جراحی فتق نافی:

فتق تا ۵-۴ سالگی پابرجا بماند.

بعد از ۲-۱ سالگی به طور پیشرونده بزرگتر شود.

سبب بروز علائم شود.

دچار اختناق گردد (اختناق محتویات روده بسیار نادر است).

۲۷. کدام یک از موارد زیر در جنین‌های دارای بند ناف کمتر پیچ خورده دیده نمی‌شود؟ (دکتری ۹۰-۸۹ با تعدیل)

الف) ناهنجاری ها (ب) دیسترس جنینی

ج) زایمان پست ترم (د) مرگ داخل رحمی جنین

ج: بندناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی با ناهنجاری ها، دیسترس جنینی و مرگ داخل رحمی جنین ارتباط دارد.

۲۸- کدام گزینه از عوارض کوتاه بودن بند ناف نمی باشد؟

- الف) ناهنجاریها (ب) هیپوتونی
- ج) الیگو هیدرامنیوس (د) محدودیت فضای داخل رحمی
- الف: عوارض کوتاه بودن بند ناف- هیپوتونی- الیگو هیدرامنیوس- محدودیت فضای رحمی
- ۲۹- کدام گزینه درباره بند ناف صحیح نیست؟
- الف) استامپ ناف طی ۲ هفته کنده میشود
- ب) عروق خونی از لحاظ عملکردی ۱۰-۱۲ روز باز باقی میمانند
- ج) در هنگام ترم بندناف حدود ۵۵ سانتی متر است.
- د) بند ناف بدون پیچ خوردگی با دیسترس جنینی در ارتباط است.
- ب: نکات بندناف:
عروق خونی از نظر عملکردی بسته میشوند و از نظر آناتومیکی ۱۰-۲۰ روز باقی میمانند.
- استامپ بند ناف معمولاً طی ۲ هفته کنده میشود
بندناف دارای ۲۰ میلی لیتر برگیلوگرم خون است
در هنگام ترم طول بندناف طبیعی حدود ۵۵ سانتی متر است.
- ۳۰- کدام گزینه نادرست است؟
- الف) شایعترین باقیمانده مجرای اومفالو مزانتریک، دیورتیکول مکل است.
- ب) یکی از ناهنجاریهای که ممکن است در دوره نوزادی علامتدار شود، سینوس یا فیستول است که موکوس یا محتوای گوارشی را از ناف تخلیه می کند.
- ج) پولیپ نافی یکی از کم شیوع ترین بقایای مجرای اومفالو مزانتریک بوده و به معنی بارز شدن دستگاه ادراری در محل استامپ ناف است.
- د) بافت پولیپ قرمز روشن، سفت و دارای ترشح موکوسی است که درمان آن جراحی است.
- ج: پولیپ نافی یکی از کم شیوع ترین بقایای مجرای اومفالو مزانتریک بوده و به معنی بارز شدن دستگاه گوارشی در محل استامپ ناف است. بافت پولیپ قرمز روشن، سفت و دارای ترشح موکوسی است. درمان تمام بقایای مجرای اومفالو مزانتریک، اکسزیون ناهنجاری از طریق جراحی است.
- ۳۱- ورید نافی پس از تولد به کدام یک از موارد زیر تبدیل میشود؟
- الف) رباط نافی (ب) رباط وریدی
- ج) رباط گرد (د) مجرای اومفالو مزانتریک
- ج: شریانهای نافی به رباطهای نافی جانبی، ورید به رباط گرد و مجرای وریدی به رباط وریدی تبدیل میشوند.
- ۳۲- شریان نافی پس از تولد به کدام یک از موارد زیر تبدیل میشود؟
- الف) رباط نافی (ب) رباط وریدی
- ج) رباط گرد (د) مجرای اومفالو مزانتریک
- الف: شریانهای نافی به رباطهای نافی جانبی، ورید به رباط گرد و مجرای وریدی به رباط وریدی تبدیل میشوند.
- ۳۳- کدام گزینه درباره مجرای اومفالو مزانتریک صحیح است؟
- الف) شایعترین بقای آن پولیپ نافی است
- ب) درمان همه ی بقایای مجرای اومفالو مزانتریک جراحی است.
- ج) ارتباط رویانی بین میان روده در حال تکامل و جفت ایجاد میکند
- د) این مجرا در هفته ۵-۶ بارداری پسرقت میکند.
- ب: مجرای اومفالو مزانتریک: ارتباط رویانی بین میان روده در حال تکامل و کیسه زرده اولیه ایجاد میکند. به طور معمول در هفته ی ۸-۹ بارداری پسرقت میکند. شایعترین بقای آن دیورتیکول مکل است. درمان همه ی بقایای مجرای اومفالو مزانتریک جراحی است.
- ۳۴- کدام گزینه از عوارض بندناف بلند نمی باشد؟
- الف) گره های حقیقی (ب) پیچ خوردن بندناف دور جنین
- ج) هیپوتونی جنین (د) پرولاپس
- ج: بند ناف بلند (بیشتر از ۷۰ سانتی متر) سبب افزایش خطر موارد زیر میشود: گره های حقیقی- پیچ خوردن بندناف دور جنین- پرولاپس
- ۳۵- نوزادی با بند نافی بدون پیچ بدنیا آمده است کدام میتواند از عوارض آن باشد؟
- الف) ناهنجاریها (ب) الیگو هیدرامنیوس
- ج) پیچ خوردن بند ناف دور جنین (د) گره های کاذب
- الف: عوارض بندناف صاف و بدون پیچ: ناهنجاریها- دیسترس جنینی- مرگ داخل رحمی جنین
- ۳۶- از ناف نوزادی مایع شفاف زرد رنگ و شبیه ادرار خارج میشود کدام گزینه درباره آن صحیح نیست؟
- الف) ناشی از بسته نشدن مجرای آلتوتویک است
- ب) تشخیص احتمالی اوراکوس پایدار است.
- ج) این ناهنجاری باید با سونوگرافی بررسی شوند.
- د) برای درمان آن میتوان از کوتر با نیترات نقره استفاده کرد.
- د: اوراکوس پایدار: از بسته نشدن مجرای آلتوتویک ناشی میشود و ممکن است با انسداد خروجی مثانه همراه باشد. اگر ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از ناف ناهنجاریهای اوراکوس باید با یونوگرافی و سیستوگرام بررسی شوند. درمان آن: جراحی
- ۳۷- در نوزادی خونریزی از بند ناف دیده میشود کدام گزینه از علل آن نمی باشد؟
- الف) سپتی سمی (ب) عفونت موضعی
- ج) کمبود فاکتور X (د) تروما
- ج: علل خونریزی از بندناف: تروما- بستن نامناسب بندناف- ناتوانی در تشکیل ترومبوس- بیماریهای هموراژیک نوزادی- کواگولوپاتی ها مانند کمبود فاکتور XIII - سپتی سمی- عفونت موضعی
- ۳۸- کدام گزینه در ارتباط با ناف نوزاد نادرست است؟
- الف) استامپ بند ناف معمولاً در عرض ۱-۲ هفته پس از تولد خشک و جدا می شود.
- ب) لایه نازکی از پوست، سطح باز حاصل را می پوشاند، بافت اسکار تشکیل می شود و زخم معمولاً در عرض ۱۲-۱۵ روز ترمیم می یابد.
- ج) وجود ارگانایسم های ساپروفیت، سبب تاخیر در جدا شدن بند ناف و افزایش احتمالی تهاجم توسط ارگانایسم های پاتوژن می شود.
- د) عفونت خفیف یا اپی تلیالیزه شدن ناقص، ممکن است منجر به ایجاد ناحیه گرانوله سفت در قاعده بندناف بدون ترشح شود.
- د: عفونت خفیف یا اپی تلیالیزه شدن ناقص، ممکن است منجر به ایجاد ناحیه گرانوله مرطوب در قاعده بندناف بدون همراه با ترشح موکونید یا موکوسی- چرکی خفیف شود.
- ۳۹- کدام گزینه نادرست است؟
- الف) یابرجا ماندن بافت گرانولاسیون در قاعده بندناف شایع است.
- ب) گرانولوم بافت سفت، عروقی و به رنگ قرمز تیره است که ممکن است ترشح چرکی داشته باشد.
- ج) درمان بافت گرانولاسیون شامل کوتر کردن با نیترات نقره است .
- د) هیچ کدام
- ب: گرانولوم بافت نرم ۳-۱۰ میلی متر اندازه دارد، عروقی و گرانولرو به رنگ قرمز تیره یا صورتی است که ممکن است ترشح سروزی- چرکی داشته باشد.
- ۴۰- کدام گزینه درباره فتق نافی نادرست است؟
- الف) فتق نافی که اغلب با دیاستاز عضلات رکتوس همراه است، از بسته شدن ناقص و یا ضعف حلقه عضلانی نافی ناشی می شود.
- ب) فتق به صورت تورم نرم پوشیده شده با پوست دیده می شود که در جریان سرفه بیرون می آید .
- ج) فتق حاوی چادرینه یا بخش های از روده کوچک است.
- د) اکثر فتق های نافی که قبل از ۲ ماهگی ظاهر می شوند، خودبه خود تا دو سالگی از بین می روند.

د: اکثر فتق های نافی که قبل از ۶ ماهگی ظاهر می شوند، خودبه خود تا یک سالگی از بین می روند.

۴۱- در نوزادی بافتی نرم ۵ میلی متر در قاعده بند ناف دیده می شود و دارای ترشح سروزی-چرکی می باشد که ناشی از گرانولوم بندناف است کدام گزینه از موارد زیر درباره درمان آن صحیح است؟

(الف) جراحی

(ب) آنتی بیوتیک تراپی

(ج) کوتر کردن با نیترا نقره

(د) پانسمان استریل و درمان انتظاری

ج: گرانولوم بند ناف: بافت نرم ۳-۱۰ میلیمتری در قاعده بند ناف. رنگ قرمز تیره یا صورتی. ممکن است ترشح سروزی یا چرکی داشته باشد. درمان کوتر با نیترا نقره با فاصله چند روز یکبار تا هنگام خشک شدن بند ناف

۴۲- درباره پیشگیری و درمان امفالیس کدام گزینه صحیح است؟

(الف) درمان آن پنی سیلیمین به تنهایی است.

(ب) در کشورهای توسعه یافته برای پیشگیری از آن میتوان از الکل استفاده کرد.

(ج) استفاده از الکل نتایج بهتری نسبت به خشک نگه داشتن آن داشته است

(د) در کشورهای در حال توسعه استفاده موضعی از کلرهگزیدین سبب کاهش آن میشود.

د: امفالیس: درمان: درمان سریع آنتی بیوتیکی با پنی سیلین، ونکومايسين همراه با یک آمینوگلیکوزید. در صورت وجود آبسه: جراحی و تخلیه. در کشورهای در حال توسعه: استفاده موضعی از کلرهگزیدین. کشورهای توسعه یافته: اختلاف نظر وجود دارد. مدرکی بر بهتر بودن آنتی سپتیک در مقایسه با خشک نگه داشتن بندناف وجود ندارد.

۴۳- در نوزادی ۲ ماهه جدا شدن بندناف اتفاق نیفتاده است کدام گزینه از علل آن می باشد؟

(الف) سپتی سمی

(ب) نقائص کموتاکسی آئوزینوفیل

(ج) عفونت مخاطره آمیز باکتریایی (د) تروما

ج: تاخیر در جدا شدن بندناف به مدت بیشتر از یکماه: نقائص کموتاکسی

نوتروفیلها- عفونت مخاطره آمیز باکتریایی

۴۴- نوزادی دچار فتق نافی شده است در صورت وجود کدام زیر جراحی آن توصیه میشود؟

(الف) فتق تا ۲ سالگی پایدار بماند

(ب) فتق زیر ۶ ماهگی ایجاد شود

(ج) پس از ۱-۲ سالگی به صورت پیش رونده بزرگتر شوند

(د) نوزاد LBW باشد.

ج: فقط در موارد زیر جراحی توصیه میشود: فتق تا ۴-۵ سالگی پایدار باشد- سبب بروز علائم شود- دچار اختناق شود- پس از ۱-۲ سالگی به صورت پیش رونده بزرگتر شود.

۴۵- کدام گزینه درباره فتق ناف صحیح نیست؟

(الف) عوامل خطر آن نژاد سیاه است

(ب) اکثراً بدو تولد وجود دارند.

(ج) در صورتی که دچار اختناق شود جراحی توصیه میشود.

(د) احتمال بسته شدن خود به خود در فتق بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

ب: فتق نافی: عوامل مستعد کننده: نژاد سیاه- LBW. تورم نرم پوشیده با پوست. اکثر فتق ها قبل از ۶ ماهگی ظاهر میشود تا ۱ سالگی از بین میروند. اختناق بسیار نادر است. احتمال بسته شدن خود به خود در فتق های بزرگتر از ۲ سانتی متر کمتر است.

۴۶- کدام گزینه درباره امفالوسل مادرزادی صحیح است؟

(الف) ساک امفالوسل فقط با صفاق پوشیده میشود.

(ب) در صورتی کبد در داخل شکم نباشد احتمال کاربوتایپ غیرطبیعی افزایش میابد.

(ج) حفره شکم در این نوزادان بزرگ است

(د) ۳۰-۴۰ درصد این نوزادان با ناهنجاری های دیگری نیز همراه هستند.

الف: امفالوسل: برخلاف فتق نافی فقط با صفاق پوشیده شده است. اندازه ساک به محتویات شکم بستگی دارد. حفره شکم به دلیل عدم وجود احشا شکمی کوچک است. ۵۰-۷۰ درصد آنها با ناهنجاری های دیگری همراه است. حدود ۳۰ درصد آنها اختلالات کروموزومی دارند. کبد در داخل شکم: افزایش احتمال کاربوتایپ غیرطبیعی

۴۷- کدام گزینه از عوارض همراه با سندرم بکویت من نیست؟

(الف) امفالوسل

(ب) هیپوگلیسمی

(ج) ماکرووزومی

(د) فتق نافی

د: سندرم بکویت من: هیپوگلیسمی- امفالوسل- ماکرووزومی

۴۸- نوزادی با بند ناف دارای شریان نافی منفرد به دنیا آمده است؛ کدام گزینه در باره این نوزاد صحیح است؟

(الف) نیمی نوزادان مبتلا دچار اختلالات ساختمانی اند

(ب) وجود ناهنجاری های متعدد میتواند نشانه ای از اختلالات قلبی همراه باشد

(ج) در نوزادان مبتلا به شریان نافی ایزوله کاربوتایپ اندیکاسیون دارد

(د) نوزادان مبتلا به شریان نافی منفرد ایزوله در معرض افزایش خطر ناهنجاری های کروموزومی نمی باشند.

د: شریان نافی منفرد: تقریباً ۳۰ درصد نوزادان مبتلا دچار اختلالات مادرزادی ساختمانی اند. وجود ناهنجاری متعدد حاکی از وجود کاربوتایپ غیر طبیعی مانند تریزومی است. به نظر نمی رسد که نوزادان با شریان نافی منفرد ایزوله در معرض افزایش خطر ناهنجاری کروموزومی باشند بجز معاینه فیزیکی ارزیابی خاصی اندیکاسیون ندارد.

۴۹- کدام گزینه در ارتباط با ناف نوزاد نادرست است؟

(الف) شریان نافی خون اکسیژن دار از جفت به جنین منتقل میکند (این خون از طریق مجرای وریدی به داخل ورید اجوف تحتانی در جریان می باشد.

(ب) اومفالیس عفونت استامپ بند ناف، خود ناف یا دیواره شکمی اطراف است و ممکن است به صفاق، عروق نافی یا پورت و کبد گسترش یابد.

(ج) فاستیت نکروزان که اغلب چند میکروبی است، با میزان بالای مرگ و میر همراه است.

(د) درمان اومفالوسل شامل پوشاندن ساک با پانسمان مرطوب استریل است.

الف: شریان بند ناف: خون بدون اکسیژن را از جنین به جفت منتقل می کند و در مجاورت شریانهای داخلی جنین قرار دارد.

ورید نافی: خون اکسیژن دار از جفت به جنین منتقل میکند (این خون از طریق مجرای وریدی به داخل ورید اجوف تحتانی در جریان می باشد)

۵۰- کدام مورد جزو تومورهای ناف نوزاد می باشد؟

(الف) آنژیوم

(ب) آنتروتراتوم

(ج) کیست درمیوید

(د) همه موارد

د: تومورهای ناف نادر و شامل آنژیوم، آنتروتراتوم، کیست درمیوید، میکوسارکوم و کیست های بقایای مجرای اوراکوسی یا اومفالومزانتریک هستند.

۵۱- کدام گزینه درباره بند ناف صحیح است؟

(الف) بلند بودن بند ناف باعث ایجاد اولیگوهایدرامنیوس می شود.

(ب) استامپ بند ناف معمولاً طی ۲ هفته کنده می شود.

(ج) مجرای وریدی به رباط کرد تبدیل می شود.

(د) عروق بند ناف از لحاظ عملکردی ۱۰-۲۰ روز پس از تولد بسته می شوند.

ب: بند ناف بلند (بیشتر از ۷۰ سانتی متر) سبب افزایش خطر موارد زیر میشود: گره های حقیقی- پیچ خوردن بندناف دور جنین- پرولاپس شریان های نافی: رباط های نافی جانبی

ورید نافی: رباط گرد

مجرای وریدی: رباط وریدی

عروق خونی از نظر عملکردی بسته میشوند و از نظر آناتومیکی ۱۰-۲۰ روز باقی میمانند.

۵۲- نوزادی ۲ ماهه با شکایت عدم جدا شدن بند ناف به شما مراجعه کرده است کدام گزینه از علل آن می باشد؟

(الف) نقایص کموتاکسی نوتروفیل

(ب) پلی سیمی

ج) اختلال بافت همبند
د) عفونت های ویروسی
الف: تاخیر در جدا شدن بندناف به مدت بیشتر از یکماه: نقائص کموتاکسی
نوتروفیلیا- عفونت مخاطره آمیز باکتریایی

۵۳- کدام گزینه به درستی بیان نشده است؟

الف) درمان همه بقایای مجرای اومفالومزانتریک اکسیزیون ناهنجاری از طریق جراحی است.

ب) اوراکوس پایدار از بسته نشدن مجرای اومفالومزانتریک به وجود می آید.

ج) شایعترین بقایای مجرای اومفالومزانتریک دیورتیکول مکل نام دارد.

د) عروق خونی بند ناف از نظر آناتومیکی ۱۰-۲۰ روز باز باقی می ماند.

ب: اوراکوس پایدار: از بسته نشدن مجرای آلانتویک ناشی میشود و ممکن است با انسداد خروجی مثانه همراه باشد. ترشح مایع شفاف، زرد روشن و شبیه ادرار از ناف، ناهنجاری های اوراکوس باید با سونوگرافی و سیستوگرام بررسی شوند. درمان آن: جراحی

۵۴- مشاهده کلیه موارد زیر در بند ناف نوزاد ناهنجاری مادرزادی را مطرح می کند به جز : (ارشد ۹۱-۹۲)

الف) بند ناف صاف و بدون پیچ

ب) شریان منفرد ناف

ج) گرانولوم ناف

د) پولیپ ناف

ج: بند ناف صاف و بدون پیچ خوردگی با دیسترس جنینی، انومالی جنینی و مرگ داخل رحمی جنین همراه است. شریان منفرد ناف با افزایش میزان مرگ و میر جنینی و نوزادی و ناهنجاری کروموزومی (مثلاً تریزومی ۱۸) همراه است. پولیپ ناف: از باقی ماندن تمام یا قسمتی از مجرای اومفالومزانتریک یا اوراکوس ناشی می شود و بسیار نادر است. نسج پولیپ سخت و مقاوم به رنگ قرمز روشن و همراه با ترشح موکونیدی یا موکوسی چرکی است. اگر پولیپ با مثانه یا ایلئوم ارتباط داشته باشد، ممکن است گاهی ادرار یا مدفوع از آن خارج شود. گرانولوم: عفونت خفیف و یا اپی تلیالیزه شدن ناقص ممکن است باعث ایجاد ناحیه ی گرانوله ی مرطوب در قاعده بند ناف همراه با ترشحات موکونیدی یا موکوسی چرکی خفیف شود و با ناهنجاری همراه نیست. باقی ماندن بافت گرانوله در قاعده ی بند ناف به اندازه ۳-۱۰ میلی متر شایع است. بافت نرم، عروقی، گرانول و قرمز کم رنگ یا صورتی است و ممکن است ترشح موکوسی چرکی داشته باشد. بنابراین این های الف، ب د با ناهنجاری ها همراه هستند.

۵۵- امکان بروز همه عوارض زیر برای نوزادی که در اثر عدم مراقبت مناسب و کافی بندناف، دچار امفالیته شده است وجود دارد، به جز : (ارشد ۹۲-۹۳)

الف) فاشیته نکروزان

ب) آمبولی ریه

ج) سپسیس

د) عفونت عروق پورت

ب: بافت نکروتیک بند ناف محیط بسیار خوبی برای رشد باکتری هاست. امفالیته ممکن است موضعی باقی بماند و یا به دیواره شکم، صفاق، وریدهای ناف یا پورت یا کبد گسترش پیدا کند و منجر به سلولیت دیواره شکم فاشیته نکروزان، فلبیته ورید پورت و در نهایت هایپر تانسسیون خارج کبدی پورت در مراحل بعد می شود. میزان بروز باکتری همزمان و سپتی سمی در نوزادان مبتلا به سلولیت دیواره شکم زیاد است.

۵۶- وجود یک شریان ناف منفرد با احتمال وجود کدام یک از موارد زیر همراه است؟ (ارشد ۹۲-۹۳)

الف) مقعد بدون سوراخ

ب) تریزومی ۱۸

ج) آنومالی نهفته کلیوی

د) متنگومیولوس

ب و ج: شریان منفرد ناف تقریباً در ۵-۱۰ مورد از ۱۰۰۰ تولد دیده می شود. در نوزادان دو قلو به ۳۵-۷۰ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد می رسد و تقریباً ۳۰ درصد نوزادان دارای شریان منفرد ناف دچار اختلالات مادرزادی هستند. تریزومی ۱۸ از اختلالات بسیار شایع است. شریان منفرد ناف در دیابت، صرع، پره اکلمپسی، خون ریزی قبل از زایمان الیگو هیدرآمیوس و اختلالات کروموزومی افزایش می یابد. در این سوال ب و ج هر دو صحیح هستند و وزارت بهداشت در کلید نهایی هر دو را صحیح اعلام کرد.

۵۷- در نوزاد مبتلا به امفالوسل چه اقدامی ضروری است؟ (ارشد ۹۳-۹۴)

الف) پوشاندن ناحیه با گاز چرب و استریل

ب) پوشاندن ناحیه با گاز مرطوب و استریل

ج) تغذیه از طریق لوله گاستروستومی

د) قرار دادن در وضعیت خوابیده به پهلو

ب: در نوزاد مبتلا به امفالوسل از آنجایی که غشایی روی محتویات شکم می پوشاند باید مراقبت های لازم برای جلوگیری از پارگی آن به عمل آید

۵۸- براساس مطالعات انجام شده، بند ناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی ممکن است با کلیه موارد زیر همراه باشد، به جز : (ارشد ۹۴-۹۵)

الف) دیسترس جنینی

ب) مرگ داخل رحمی

ج) ناهنجاری های مادرزادی

د) ماکروزومی نوزادی

د: بند ناف مستقیم و بدون پیچ خوردگی با دیسترس جنینی، ناهنجاری ها، و مرگ داخل رحمی جنین همراه است.

۵۹- فتق ناف نوزاد اغلب به طور خود به خود تا چه مدت پس از تولد از بین می رود؟ (ارشد ۹۷-۹۸)

الف) ۶ ماه

ب) ۹ ماه

ج) ۱ سال

د) ۲ سال

الف: بیش تر فتق های ناف که قبل از سن ۶ ماهگی ظاهر می شوند خودبه خود تا یک سالگی ناپدید می شوند.

۶۰- در مقایسه گرانولوم بندناف با پولیپ بند ناف، کدام گزینه صحیح است؟ (ارشد ۹۸-۹۹)

الف) گرانولوم به دنبال عفونت شدید و منتشر پایه بند ناف رخ می دهد.

ب) پولیپ از باقی ماندن مجرای امفالومزانتریک شکل می گیرد.

ج) پولیپ با سوراندن مکرر با قلم نیترا نقره قابل درمان است.

د) درمان گرانولوم ابتدا با آنتی بیوتیک تزریقی و سپس جراحی است.

ب: پولیپ ناف یک ناهنجاری نادر است که از باقی ماندن تمام یا قسمتی از مجرای امفالومزانتریک یا اوراک ناشی می شود. بافت پولیپ سفت و مقاوم است. رنگ آن قرمز روشن و ترشح موکونیدی دارد.

۶۱- در معاینه شیرخوار ۴ ماهه، فتق ناف با قطر ۲/۵ سانتی متر در هنگام گریه و سرفه مشاهده شده که اومنتوم و بخش کوچکی از روده کوچک در آن قابل رویت است، مناسب ترین اقدام کدام است؟ (ارشد ۱۴۰۳-۱۴۰۲)

الف) انجام جراحی اورژانس

ب) بستن محل ناف با پارچه محکم

ج) گذاشتن پانسمان مرطوب

د) اقدام خاصی لازم نیست

د: بیش تر فتق های ناف که قبل از سن ۶ ماهگی ظاهر می شوند خودبه خود تا یک سالگی ناپدید می شوند.

