



کتابخانه تخصصی جراحی

Common Surgical Cases

Under the supervision of respected teacher
Dr. Mohsen Najmuddini



کتابخانه تخصصی جراحی

کیس های شایع جراحی

تحت نظر استاد محترم دکتر محسن نجم الدینی

تهیه شده توسط اینترن‌ها و استاژرهای خرداد ۱۴۰۱

Prepared by the interns and staggers of Khordad 1401



کیس‌های شایع جراحی

تحت نظر استاد محترم دکتر محسن نجم‌الدینی

مولفین اصلی: محمد خالوئی، امیرحسین مقدم، سجاد سعادت فر، فاطمه موهبتی

تهیه شده توسط اینترن‌ها و استاژرهای خرداد ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کیس های شایع جراحی

تهیه شده توسط استاژرها
و اینترن های جراحی



سرشناسه : خالوئی، محمد - ۱۳۷۷،
 عنوان قراردادی : کیس های شایع جراحی
 عنوان و نام پدیدآور : کیس های شایع جراحی/تهیه و تنظیم: جمعی از دانشجویان پزشکی
 مشخصات نشر : بیرجند بیمارستان امام رضا (ع)
 مشخصات ظاهری : ۱۴۷ ص، مصور، بدون نمودار، بیمارستان امام رضا (ع): ۱۴
 شابک : ۹۶۱ - ۵۸۷ - ۸۴۳- ۹۸۷ - ۹
 وضعیت فهرست نویسی : فیپا
 موضوع : بررسی بالینی بیماری های شایع
 موضوع : بررسی بالینی بیماری های شایع -- جراحی
 شناسه افزوده : مقدم، امیرحسین - ۱۳۷۹،
 رده بندی کنگره : ۱۴۰۱ ط ۲ م ۲ / RC۶۵۸
 رده بندی دیویی : ۴/۶/۱۶
 شماره کتابشناسی ملی : ۴۰۵۴۵۲۳

شناسنامه کتاب

نام کتاب: کیس های شایع جراحی
 نویسنده: جمعی از دانشجویان پزشکی (لیست کامل در انتهای کتاب)
 ترجمه: ندارد
 ناشر: بیمارستان امام رضا (ع)
 نوبت و سال چاپ: تابستان ۱۴۰۱
 چاپ: آرمان مدیا
 شمارگان: ۵۰
 شابک: ۹۶۱ - ۵۸۷ - ۸۴۳- ۹۸۷ - ۹

آدرس: خراسان جنوبی، بیرجند، خیابان طالقانی، بیمارستان امام رضا بیرجند
 شماره تماس: ۰۵۶۳۲۲۲۳۰۰

این اثر، مشمول قانون حمایت مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کس تمام یا قسمتی از اثر را بدون اجازه مولف (ناشر) نشر یا پخش کند، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.



شماره ی صفحه

عنوان

فهرست مطالب

۱	علائم معاینه شکم
۲	زخم
۱۱	تروما
۲۲	سوختگی
۲۵	جدار شکم
۲۸	مری، معده و دئونوم
۳۴	روده باریک و کولون

۴۹ آنال

۵۷ پانکراس و دستگاه صفراوی

۶۳ پستان

۶۸ غدد

۷۱ پوست

۸۲ جراحی اعصاب

۸۸ اورولوژی

۹۳ زنان

۱۰۰ سایر کیس های بالینی

۱۰۹ استدلال بالینی



مقدمه

کتابی که در دست دارید حاصل تلاش و هم فکری جمعی از دانشجویان رشته ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، تحت نظر استاد بزرگوار دکتر محسن نجم الدینی است. این کتاب مانند نمونه های مشابه خود دارای مجموعه ای از کیس های بالینی به همراه تصاویری از شروع تا پایان دوره ی درمان است؛ با این حال هنگام مطالعه ی آن متوجه برخی ویژگی ها و نکاتی خواهید شد که آن را از سایر نمونه های مشابه متمایز می کند. - علاوه بر تصاویر موجود در کتاب شرح حال، معاینه و نکاتی که در قسمت درمان هر کیس آورده شده است؛ همگی منطبق بر سیر بیماری و روند بهبودی بیمار در همان بستری است و سعی بر آن بوده است که در عین بهره گیری از منابع معتبر جراحی، تفاوت های بیماران مختلف در سیر بیماری و بهبودی آنها را در نظر گرفته و در واقع تلفیقی از اطلاعات تئوریک و تجارب پزشکی جراح باشد.

- جزئیات هر کیس توسط دانشجویان پزشکی، کارآموزان و کارورزان، گردآوری شده است. این موضوع از دو جهت حائز اهمیت است :

۱. در نوشتن این کتاب تلاش بر آن بوده است که ضمن شیوایی و رسایی کلام، مفهوم و نکات مهم بیماری های شایع بخش جراحی نگارش شود و دانشجویان مقاطع مختلف رشته پزشکی و رشته های مرتبط، با صرف حداقل

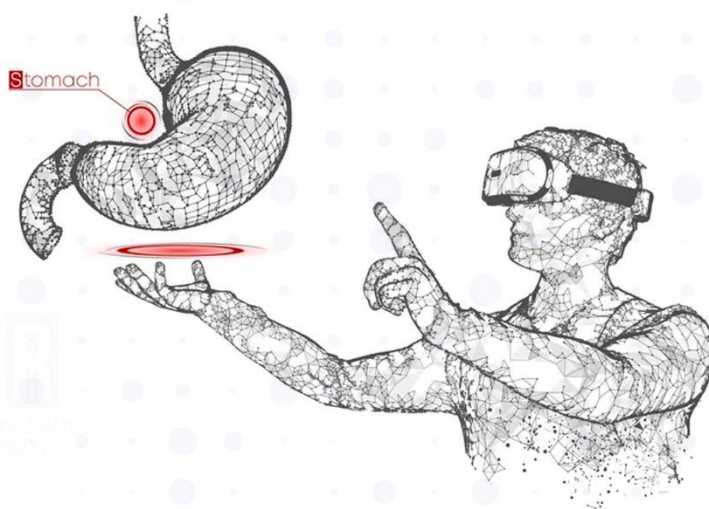
زمان به نکات مهم و کلیدی هر بیماری دست یابند.

۲. مطالب نگاشته شده از دیدگاه کارآموزان و کارورزان رشته ی پزشکی است و این موضوع علاوه بر تبیین میزان درک این عزیزان برای اساتید مربوطه، فرصتی جهت ساده سازی تدریس مباحث پیچیده ی پزشکی برای اساتید محترم فراهم می سازد.

با تمام تلاش و کوششی که در تهیه و آماده سازی این کتاب ورزیده ایم، این کتاب نیز از نقصان و عیب پوشیده نبوده و ضمن عذرخواهی از شما، بابت توجه ای که به آن داشته اید سپاس گزاریم. در پایان باید اشاره کرد که رشته ی پزشکی و نوآوری ها و نوآموزی های آن هیچگاه به سکون نخواهد رسید؛ با این حال تلاش برای کشف این دریای متلاطم و بی انتها هرگز بی نتیجه نخواهد بود. بسیار خرسندیم اگر سهم کوچکی در این مهم داشته باشیم.

جمعی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

تیر-مرداد ۱۴۰۱



در شرح حال

Danforth sign	Shoulder pain on inspiration	Hemoperitoneum
----------------------	------------------------------	----------------

در مشاهده

Cruveilhier sign	Varicose veins at umbilicus	Portal hypertension
Cullen sign	Periumbilical bruising	Hemoperitoneum
Grey Turner sign	Local areas of discoloration near umbilicus and flanks	Acute pancreatitis
Ransohoff sign	Yellow discoloration of umbilical region	Ruptured common bile duct

در لمس

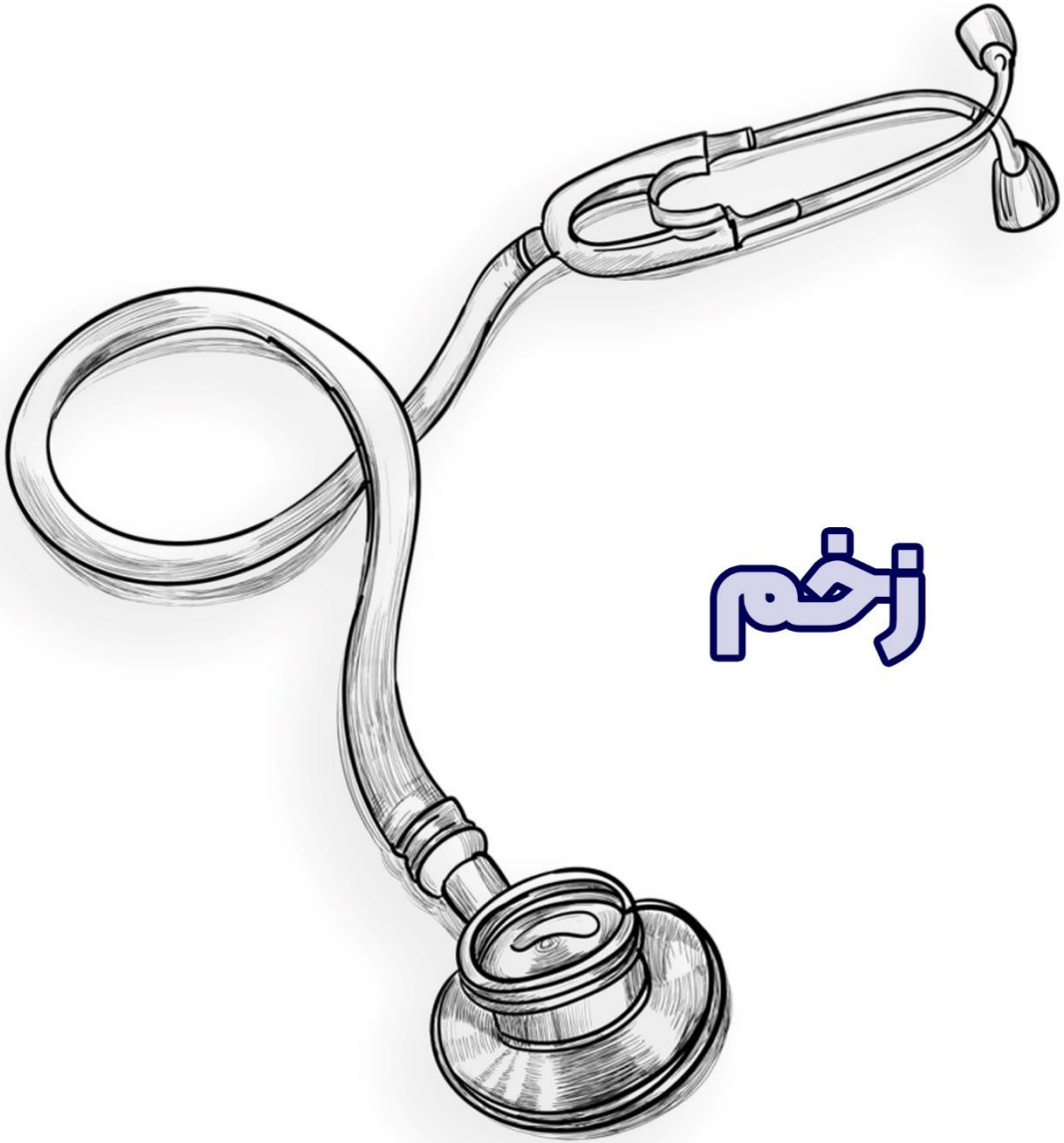
Aaron sign	Pain or pressure in epigastrium or anterior chest with persistent firm pressure applied to McBurney point	Acute appendicitis
Bassler sign	Sharp pain created by compressing appendix between abdominal wall and iliacus	Chronic appendicitis
Blumberg sign	Transient abdominal wall rebound tenderness	Peritoneal inflammation
Carnett sign	Loss of abdominal tenderness when abdominal wall muscles contracted	Intraabdominal source of abdominal pain
Chandelier sign	Extreme pelvic pain with movement of the cervix	Pelvic inflammatory disease
Courvoisier sign	Palpable gallbladder when jaundice is present	Periampullary mass
Fothergill sign	Abdominal wall mass that does not cross midline and is palpable when rectus is contracted	Rectus muscle hematoma
Iliopsoas sign	Elevation of extended leg against resistance is painful	Retrocecal acute appendicitis
Murphy sign	Pain caused by inspiration while applying pressure to right upper abdomen	Acute cholecystitis
Obturator sign	Flexion and external rotation of right thigh creates hypogastric pain	Pelvic abscess or inflammatory mass (appendicitis)
Rovsing sign	Pain at McBurney point when palpating the left lower quadrant	Acute appendicitis
ten Horn sign	Pain caused by gentle traction of right testicle	Acute appendicitis

برای دریافت فیلم آموزشی علائم

معاینه شکم اینجا را اسکن کنید.



فصل اول



زخم

زخم بستر

شرح حال

بیمار آقای ۵۱ سال مورد مولتیپل تروما از حدود یکسال قبل که بدنبال آن دچار آسیب نخاعی و عدم توانایی راه رفتن شده است و پس از آن توسط خانواده اش به مراکز توانبخشی منتقل شده و در آنجا ساکن است. بیمار اکنون با شکایت زخم حدود ۷*۷ سانتی متری در ناحیه ساکروم به بیمارستان مراجعه کرده است.

تشخیص افتراقی

زخم بستر - پیودرما گانگروونوزوم - زخم ناشی از استاز وریدی - بیماری های عروق محیطی

ارزیابی



WBC: ۱۱/۶ (Neu: ۷۸ %)

HB: ۱۱

plt: ۱۸۵

درمان

زمانی که یک زخم فشاری ایجاد شد می بایست از تشک های مخصوص کاهنده فشار شامل تشک های موج برای کاهش فشار استفاده نماییم. ممکن است برای کنترل عفونت نیاز به دبریدمان جراحی تهاجمی و درناژ باشد. شایع ترین درمان موضعی که برای زخم های فشاری لگن صورت میگیرد پانسمان با گاز استریل آغشته به سالین است که روزی دوبار تعویض می گردد. یک روش قابل استفاده جدید هم بهره گیری از دستگاه مکش زخم با فشار منفی است که همزمان باعث درناژ زخم و ایجاد محیط مرطوب برای رشد بافت گرانولاسیون می شود.

بحث

زخم های فشاری در افرادی دیده می شود که اختلالات نورولوژیک دارند یا دچار بیماری های جدی هستند که نمی توانند از پوست خود با رفلکس های مناسب و حرکات خودبخودی محافظت نمایند. بیماران با آسیب مزمن نخاعی ، بدلیل از دست دادن هردو عملکرد حسی و حرکتی در زیر سطح آسیب نخاعی در ریسک ویژه زخم فشاری هستند. مکان های شایع زخم فشاری شامل پاشنه، ساکروم و ایسکیال توبروزیته است. زخم های فشاری با توجه به عمق و بافت های درگیر به ۴ گرید تقسیم میشوند :
گرید ۱ : بوجود آمدن ناحیه اریتما روی پوست
گرید ۲ : درگیری ضخامت پارشیال پوست که شامل اپیدرم و یا درم باشد، درگیری این مرحله معمولاً سطحی است و شامل تاول و خراشیدگی است.
گرید ۳ : درگیری تمام ضخامت پوست به همراه نکروز بافت زیر جلدی که به فاسیا گسترش می یابد.
گرید ۴ : درگیری تمام ضخامت پوست به همراه نکروز که می تواند شامل تخریب عضلات، استخوان و تاندون باشد.

مرجع

جراحی لارنس ۲۰۱۹- فصل ۷ زخم و ترمیم آن



زخم پای دیابتی

شرح حال

بیمار خانم ۴۹ ساله با سابقه دیابت کنترل نشده از ۱۴ سال قبل تحت درمان با انسولین که به دنبال گانگرن انگشت شست پای چپ جهت آمپوتاسیون به بخش جراحی مراجعه کرده است. بند دیستال انگشت شست پا، سیانوزه بوده و ترشح نیز داشته است. بیمار از تاخیر در ترمیم زخم ها شاکی است. پلی دیپسی+ پلی اوری+

تشخیص افتراقی

ایسکمی شریانی اندام تحتانی

ارزیابی



WBC: ۹,۴ (Neu: ۶۸ %)

HB: ۱۴

plt: ۲۳۱

BS: ۱۹۷

درمان

مدیریت زخم با کنترل عفونت آغاز می شود؛ زخم هایی که به استخوان یا مفصل نفوذ می کنند، معمولاً نیاز به دبریدمان جراحی به دنبال بهبودی ثانویه یا بستن اولیه زخم بعد از آمپوتاسیون دارند.

بحث

تقریباً ۴۰٪ زخم های نوروپاتیکی دیابتی دارای جزئی از ایسکمی شریانی می باشد. زخم دیابتی معمولاً در محل هایی دیده می شود که فشار وزن را تحمل می کنند، نظیر سطح پلانتار سراسرخوان متاتارسال نیمه دررفته، پاشنه پا یا سطح دورسال شست پا. زخم ها معمولاً دارای بستر فیبروتیک و گرانوله می باشند که توسط پوست هایپرتروفیک (کالوس) احاطه می شود. زخم دیابتی بیشتر ادماتو بوده و ترشح دارد در حالی که ایسکمی شریانی زخم خشک و بدون ادم می باشد.

جراحی لارنس ۲ (۲۰۱۹) - فصل ۷

www.uptodate.com

مرجع



برای دریافت فیلم توضیحات زخم پای
دیابتی اینجا را اسکن کنید.



برای دریافت بنر پیشگیری از زخم پای
دیابتی اینجا را اسکن کنید.



خروج سروما از محل آپاندکتومی

شرح حال

بیمار آقای ۳۵ ساله با شکایت عدم بهبودی کامل زخم و ترشحات نیمه شفاف (بدون چرک) از محل آپاندکتومی از روز گذشته مراجعه کرده است. بیمار یک هفته ی قبل آپاندکتومی شده است. تب و لرز - تهوع و استفراغ - در معاینه ی شکم، ترمیم ناکامل زخم مشاهده می شود. بالجینگ لمس نمی شود. ترشحات فعال و نیمه شفاف از محل اسکار جراحی دارد. تندرns در اطراف اسکار ندارد.

تشخیص افتراقی

سروما - عفونت - هماتوم

ارزیابی

WBC: ۶,۴ (۴۳,۷٪)

Hb: ۱۴,۷

PLT: ۳۲۳

درمان

تعویض پانسمان و ترمیم زخم



بحث

ناکامی در بهبود زخم به دلیل اختلال در فرآیند ترمیم زخم به دنبال ضربه مکانیکی، عفونت و یا اختلال پاسخ بافت آسیب دیده به جراحی است. عدم بهبودی زخم جراحی مزمن سبب بسته نشدن فاسیا می شود که همان ناکارآمدگی مکانیکی مزمن در بسته شدن زخم جراحی است. خروج خودبخودی یک مایع سروزی از زخم نشانه ای از عدم ترمیم مزمن فاشیا است. این بیماران باید به سرعت جهت ترمیم زخم و بسته شدن مجدد آن به اتاق جراحی منتقل شوند.

Peter F.Lawrence - Essentials of General Surgery and Surgical Specialties ۲۰۱۹, sixth edition.

مرجع



گاز گرفتگی



بیمار کودک دختر ۴ ساله با جراحات متعدد به دنبال گاز گرفتگی سگ مراجعه کرده است. در مشاهده، یک عدد لسراسیون در فرونتال چپ به صورت عمودی به طول ۲cm، خلف بازوی راست به طول ۴cm، لسراسیون های متعدد در خلف توراکس و اسکاپولای راست به طول میانگین ۳cm و لسراسیون های متعدد در قدام و خلف ران چپ به طول میانگین ۲cm مشاهده شد. بیمار خونریزی فعال ندارد. لسراسیون ژنیتال و شکم و صورت ندارد.

شرح حال

Animal Bite

تشخیص افتراقی



سابقه واکسیناسیون کامل تا ۲ سالگی را دارد. گرافی اندام ها از بیمار اخذ شد که شواهد وجود جسم خارجی یا آسیب استخوانی روئیت نشد. برای بیمار Brain CT scan به دلیل احتمال وجود آسیب به جمجمه انجام شد که نرمال بود.

ارزیابی

بیمار احیا گردید. شست و شو با آب گرم فراوان و صابون انجام شد. بررسی از نظر آسیب به تاندون و استخوان و وجود جسم خارجی انجام شد. دبریدمان زخم ها انجام شد و زخم ها سوچور شدند. آنتی بیوتیک تراپی برای بیمار انجام شد.

درمان

بعد از گاز گرفتگی توسط حیوان یا انسان سریعاً جراحی باید با آب فراوان و صابون شسته شود. در صورتی که خونریزی ادامه داشت باید با یک گاز تمیز روی زخم را فشار داد تا خونریزی متوقف شود یا کاهش پیدا کند. شایع ترین عارضه حیوان گزیدگی عفونت محل زخم است که درمان آنتی بیوتیکی برای افرادی که جراحی **high risk** دارند مانند **puncture wound** و جراحی استخوان و مفصل و کسانی که بیماری زمینه ای مانند دیابت و نقص ایمنی دارند، لازم است. در بیماران دچار حیوان گزیدگی ایمن سازی علیه تنانوس و هاری لازم است. زخم هایی که احتمال عفونت دارند نباید بلافاصله سوچور شده و زخم باید به صورت ثانویه ترمیم شود.

بحث

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill, ۲۰۱۹

مرجع



زخم استاز وریدی

<p>شرح حال</p> <p>بیمار خانم ۴۹ ساله کیس هپاتیت B که به دنبال ایجاد زخم عفونی در قسمت دیستال و مدیال ساق پای راست مراجعه کرده است.</p> <p>بیمار سابقه تروما به دنبال تصادف در ۴۰ روز قبل را ذکر میکند که ۱ ماه قبل به دنبال کبودی شدید پا زخم ایجاد شده است.</p> <p>زخم دارای ترشحات زرد رنگ بوده و قطر حدوداً ۴ سانتی متری دارد. هایپرپیگمنتاسیون و اریتم در اطراف زخم مشاهده می شود و تندرنس مختصر دارد. در ساق پا ادم مشاهده می شود.</p>	
<p>تشخیص افتراقی</p> <p>زخم استاز وریدی - عفونت زخم به دنبال تروما</p>	
<p>ارزیابی</p>  <p>Wbc: ۷,۷ RBC: ۴,۶۸ HB: ۱۲,۵ Neut: ۶۳,۳</p>	
<p>درمان</p> <p>دبرید زخم - تجویز آنتی بیوتیک سیستمیک</p>	
<p>بحث</p> <p>زخم های استاز وریدی شایع ترین زخم های مزمن در بزرگسالان هستند.</p> <p>نارسایی وریدی در ۱۵ درصد از بزرگسالان روی می دهد و احساس ناراحتی و سنگینی و ادم در اندام تحتانی علائم تیپیک آن می باشند.</p> <p>نارسایی وریدی مزمن موجب هایپرپیگمانتاسیون و ادم میشود. زخم های وریدی معمولاً سطحی هستند، در سطح قدامی داخل ساق پا روی می دهند و پا (foot) را دیگر نمی کنند.</p>	
<p>مرجع</p> <p>Peter F.Lawrence ,Essentials of general Surgery and Surgical Specialties ۲۰۱۹ , sixth edition</p>	



عفونت زخم و ایسکمی عروقی

شرح حال

بیمار آقای ۶۳ ساله بدون PMH خاصی با شکایت گانگرن سطح دورسال و پلانتر پای راست مراجعه کرده است. بیمار حدود ۳ ماه قبل دچار ترومای نامشخص به اندام تحتانی راست (مچ به پایین) گردیده که ابتدا آن محل ملتهب، قرمز، بدون ترشح و خونریزی بوده و به مرور کبود شده است. محل اتصال پوست گانگرنه از بافت سالم جدا شده و ترشحات زرد رنگ دارد. بیمار توانایی تکان دادن انگشتان پای راست را نداشته و force انگشتان ۰/۵ است. بیمار smoker است.

تشخیص افتراقی

زخم پای دیابتی - ایسکمی شریانی - فاشییت نکروزان

ارزیابی



WBC: ۱۴ (Neu: ۸۴ %)

HB: ۱۶,۴

plt: ۲۶۵

درمان

کشت از بافت درگیر همراه با آنتی بیوتیک وسیع الطیف، دبریدمان و درناژ باید انجام شود. بدلیل شیوع سودوموناس در این بیماران (زخم پای دیابتی) در درمان اولیه باید آن را پوشش داد. در این بیمار با توجه به خشک بودن پوست (در زخم پای دیابتی، پوست مرطوب است و ترشحات دارد) و گانگرن وسیع و عدم وجود نبض دورسال پدیس، آمپوتاسیون اندام از مچ به پایین صورت گرفت.

بحث

عفونت پا در نتیجه آسیب مستقیم و یا بطور شایع تر در نتیجه اختلالات متابولیک از جمله دیابت رخ می دهد. بهترین روش پیشگیری از عفونت، ضدعفونی کردن زخم در زمان آسیب است. عفونت پایدار توسعه یافته احتمال وجود جسم خارجی یا استئومیلیت زمینه ای را افزایش می دهد. گرافی ساده می تواند اکثر اجسام باقیمانده را نشان دهد اما برای تشخیص اجسام nonradiodense، سونو و CT لازم است. برای بهبودی باید مکان تمام اجسام خارجی آلوده تعیین و خارج گردد. در صورت مشخص شدن استئومیلیت توسط تخریب استخوانی در گرافی یا اسکن استخوان، دبریدمان جراحی لازم است. عفونت پا در مبتلایان به دیابت، بدلیل مشکلات نوروپاتی تغییرات استخوانی ناشی از آن و اختلال عروقی که منجر به زخم های ایسکمیک می شود و زخم های مرتبط با فشار شایع است. زخم های پلانتر جلو پا و زیر سر متاتارس اول، یک زخم تیپیکال مرتبط با فشار است. معاینه کامل پای آلوده باید جهت ارزیابی آسیب عروقی و عصبی انجام شود. عفونت فضای پلانتر می تواند بصورت عفونت دورسال ظاهر شود و در این صورت همه سلولیت های دورسال باید با احتمال وجود عفونت پلانتر بررسی شوند. استئومیلیت یک حالت شایع در عفونت پای دیابتی است.

مرجع

جراحی لارنس ۲۰۱۹- فصل ۹ (تروما).



کلوئید

شرح حال

بیمار آقای ۵۳ ساله با سابقه ی جراحی قلب باز، با شکایت بافت اضافه در محل اسکار جراحی به صورت پلاک سفت صورتی رنگ که ۴ هفته بعد از جراحی ایجاد شده و تا چند هفته به رشد خود ادامه داده است، بیمار در محل ضایعه خارش داشته و ضایعه ی برجسته و اریتماتو است.

کلوئید

تشخیص افتراقی



Wbc: ۷/۵

Hb: ۱۳

ارزیابی

درمان

در این کیس: تزریق کورتون داخل ضایعه (تریامسینولون)
سایر روش ها: ژل سیلیکون، لباس فشاری و compression تراپی، کرایوتراپی و رادیاسیون

بحث

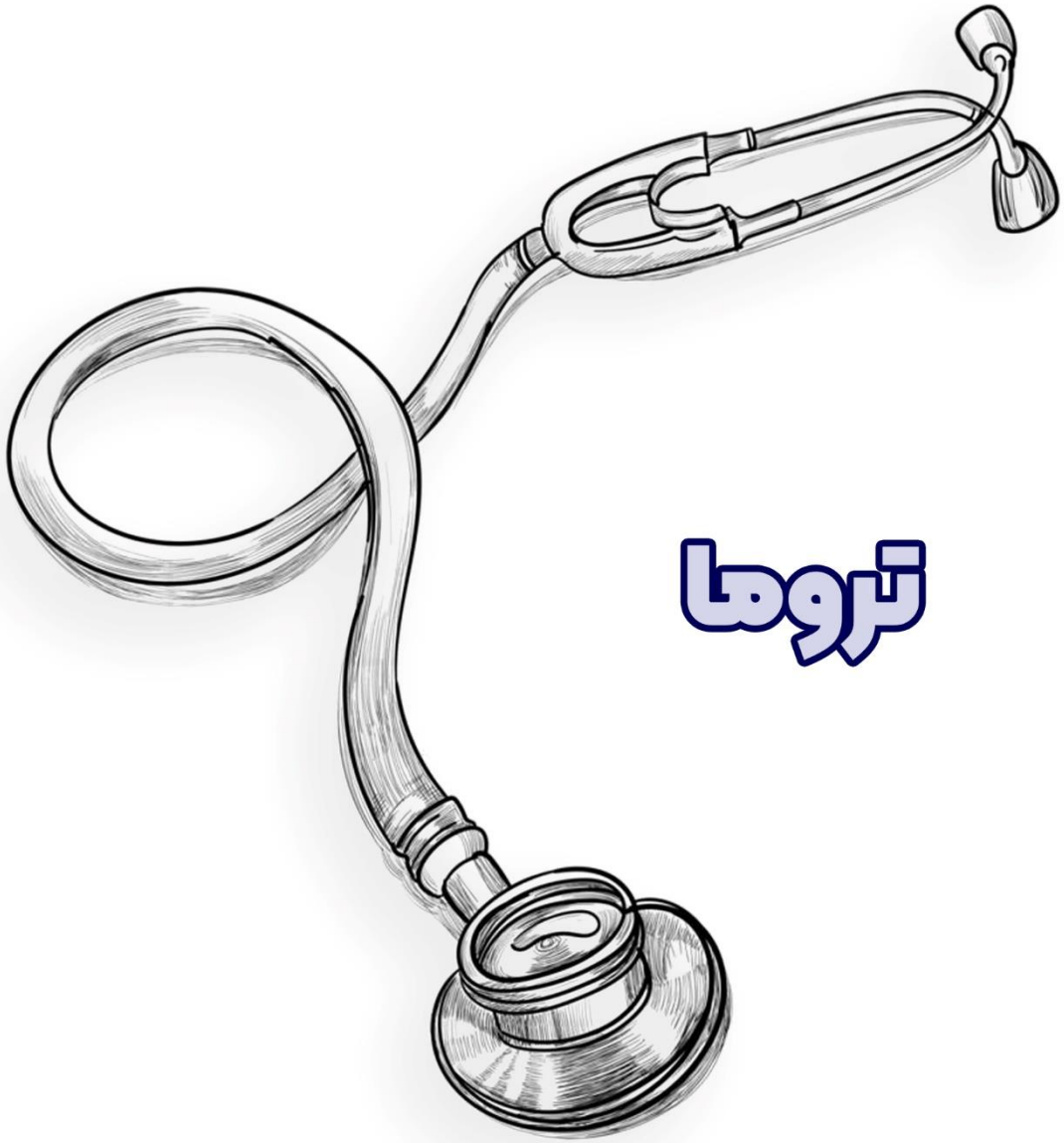
کلوئید به رشد اضافی خوش خیم و با حدود مشخص بافت فیبروز اطلاق می شود که از حد ضایعه ی اولیه می گذرد. اگرچه هراسکاری میتواند به صورت کلوئید و اسکار هایپرتروفیه در آبد ولی مناطق خاص مثل قسمت فوقانی تنه، قسمت تحتانی ساق پا، لاله ی گوش و چانه و گردن مستعد تر هستند. در واقع می توان گفت زخم برای بهبود در آخر مرحله ی پرولیفراسیون، باید سنتز و تخریب کلاژن به تعادل برسد و اگر پروسه ی سنتز کلاژن متوقف نشود و کلاژن بیش از حد ساخته شود، به آن ترمیم تشدید یافته گفته می شود که می تواند به صورت کلوئید بروز پیدا کند.

Schwartz's principles of surgery / Robbins Stanley L,

مرجع



فصل دوم



تروما

تروما

شرح حال

بیمار آقای ۲۸ ساله راکب موتور بدنبال تصادف با خودرو دچار ترومای نافذ و شکستگی باز فمورال چپ شده است.
A: کلار گردنی ندارد. راه هوایی باز است.
B: دیسترس تنفسی ندارد. chest expansion دو طرفه و قرینه دارد.
C: خونریزی اکسترنال ماسیو در محل تروما داشته که در حال حاضر کنترل شده. PR : ۸۸
D: Gcs: ۱۵/۱۵ دارد. مردمک ها میدسایز و ری اکتیو به نور می باشد.
E: در معاینه، ابریشن در سمت راست صورت دارد که خونریزی ندارد. مهره های گردنی در لمس تندرست ندارند. قفسه سینه، فاقد لیسراسیون و ابریشن است. شکم، نرم و فاقد تندرست و فاقد گاردینگ است. اندام تحتانی چپ دچار ترومای نافذ و شکستگی باز فمور شده است. نبض های دیستال آن لمس نمی شود.

آزمایشات

WBC: ۸,۵ (Neu: ۵۸ %) HB: ۱۴,۵ plt: ۲۱۰

تصویر



درمان

بیماران با شکستگی دو طرفه ران ممکن است با علائمی مثل از دست دادن مقدار قابل توجهی خون به داخل بافتهای نرم ران و شوک مراجعه کنند و باید اقدامات احیای مناسب از جمله انتقال خون و هیدریشن مورد توجه قرار گیرد. خونریزی شدید از آسیب عروقی عمده باید در ابتدا بجای تورنیکه با فشار مستقیم درمان شود. بررسی بعدی شامل معاینه عصبی عروقی دقیق هر یک از اندام ها با بررسی دقیق پالس های محیطی، زمان پر شدن مجدد مویرگی، درجه حرارت پوست، حس، عملکرد حرکتی و دامنه حرکت است.
شکستگی های باز یا مرکب، باید توسط ارتوپد ماهر درمان شوند. درمان این وضعیت شامل دبریدمان سریع بافت نکروزه، شستشوی با آب فراوان، جا انداختن شکستگی و تجویز داخل وریدی آنتی بیوتیک وسیع الطیف است.

بحث

آسیب های عروقی می توانند آشکار یا مخفی باشند. علائم سخت یا آشکار شامل خونریزی ضرباندار، یک هماتوم در حال گسترش، سمع بروئی و اندام رنگ پریده، سرد و بدون نبض با پارستزی یا فلج می باشد که این علائم نشانه ای برای جراحی و ترمیم عروق طی ۶ ساعت است.
در صورتیکه ABI کمتر از ۰.۹ باشد بیانگر آسیب عروقی شریانی یا انسداد بوده و بررسی بیشتر با آرتیوگرافی یا سی تی آنژیوگرافی توصیه می شود.
شکستگی های باز زمینه عفونت باکتریایی را فراهم کرده و خطر بروز عوارضی مثل عفونت زخم، استئومیلیت، ترمیم ضعیف استخوان را فراهم می کنند.

مرجع

جراحی لارنس ۲۰۱۹- فصل ۹ (تروما).



تنشن پنوموتوراکس

شرح حال

بیمار آقای ۳۱ ساله راکب موتور سیکلت که به دنبال تصادف و برخورد با اتومبیل به این مرکز اعزام شده است. بیمار دیس پنه و دیسترس تنفسی شدید دارد. راه هوایی باز است. تاکی پنه دارد. در سمع ریه کاهش صدای سمت راست وجود دارد. سیانوز داشته و JVP برجسته است. آثار کبودی در همی توراکس راست مشهود بوده و در لمس قفسه سینه کریپتاسیون وجود دارد.

BP:۷۰/۵۰ PR:۱۲۰ RR:۲۸ SPO₂:۸۰٪ GCS:۱۴

تشخیص افتراقی

پنوموتوراکس، تامپوناد پریکارد، آسیب قلبی بلانت، انفارکتوس میوکارد، آمبولی هوا

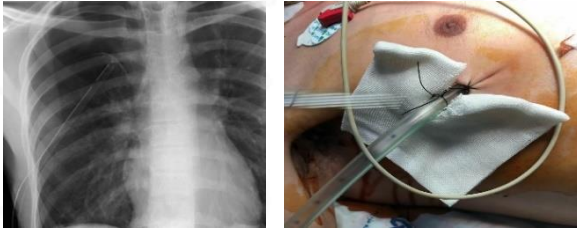
ارزیابی

در CXR مرز جانبی ریه در سمت راست، در مجاورت دیوار قفسه سینه قرار نگرفته است و مدیاستن به سمت مخالف شیفت پیدا کرده است



درمان

درمان شامل تخلیه فشار بالای داخل پلور به وسیله تعبیه نیدل در فضای بین دنده ای دوم در خط میدکلاویکلار و یا تعبیه Chest Tube در فضاهای بین دنده ای پنجم یا ششم می باشد.



بحث

پنوموتوراکس فشارنده، یکی از آسیب هایی است که باید در مراحل بررسی اولیه تنفسی شناسایی و درمان بشود. این حالت معمولاً زمانی اتفاق می افتد که یک دنده شکسته باعث سوراخ شدن ریه شود. دم باعث ایجاد فشارمنفی داخل قفسه سینه می شود و هوا را از سوراخ ایجاد شده در ریه به داخل فضای پلور می کشد. زمانی که این فشار از حدی بالاتر رود، ساختار قلب و مدیاستن را به سمت مخالف جا به جا می کند و مانع بازگشت وریدی به قلب می شود. نکته ی مهم: تفاوت تنشن نوموتوراکس با نوموتوراکس عادی در افت فشاری است که در تنشن نوموتوراکس بر خلاف نوموتوراکس عادی دیده می شود.

جراحی لارنس ۲۰۱۹ - فصل ۹ (تروما)

مرجع



نوموتوراکس

شرح حال

بیمار آقای جوان به دنبال نزاع خیابانی دچار ترومای نافذ قفسه سینه با جسم برنده شده است. بیمار درد ژنرالیزه قفسه سینه و دیسترس تنفسی دارد. از بدو ورود به اورژانس سرفه های خشک و گهگاهی دارد.

تشخیص افتراقی

تنشن نوموتوراکس - تامپوناد

تصاویر



درمان

بسته به اندازه نوموتوراکس، ممکن است خودبه خود بهبود یابد یا نیاز به تعبیه chest tube باشد.

بحث

پنوموتوراکس : به کلاپس پارشیل یا کامل ریه به دلیل تجمع هوا در داخل فضای پلورال، پنوموتوراکس گفته می شود.

انواع پنوموتوراکس: ۱- پنوموتوراکس خودبه خودی ناشی از پارگی حباب های زیر پلور، ۲- نوع اولیه (بدون علت مشخص)، ۳- نوع ثانویه (به دنبال یک پاتولوژی ریه).

تابلوی بالینی و تشخیص پنوموتوراکس : بیمار با درد یا فشار قفسه ی سینه به همراه کاهش صداهای تنفسی در سمت مبتلا مراجعه می کند. برای رسیدن به تشخیص قطعی، CXR می گیریم : خط پلورال بدون مارکرهای عروقی در محیط ریه می بینیم.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties 2019, sixth edition

مرجع



آسیب کلیه در تروما

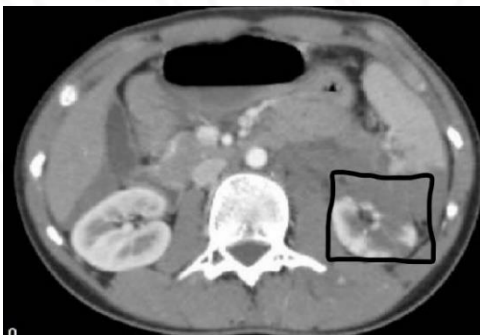
شرح حال

بیمار پسر ۱۷ ساله کیس MT به دنبال واژگونی موتورسیکلت که ترومای بلانت شکم شده است. بیمار دیسترس تنفسی داشته و تاکی پنه می باشد. در معاینه، اکیموز و تندرns فلانک چپ مشهود است. شکستگی در همی توراکس چپ در گرافی بیمار دیده می شود. لگن بیمار stable می باشد. همچوری دارد. در FAST مایع مختصر در اینترلوپ و ریم مایه در اطراف کلیه چپ دیده می شود. هماتوم کلیه و طحال نیز قابل روئیت است.

تشخیص افتراقی

هماتوم طحال – هماتوم کبد

ارزیابی



فشار بیمار ۹۰/۶۰ و ریت نبض ۱۲۰، ریت تنفسی ۳۰ و دمای بدن بیمار ۳۶ درجه و از نظر همودینامیکی ناپایدار می باشد. در CT با کنتراست وریدی لسراسیون کلیه چپ با تصاویر هیپودنس در پل فوقانی و تحتانی کلیه چپ که مطرح کننده هماتوم می باشد. (داخل مربع)

درمان

بیش از ۹۰ درصد جراحات غیرنافذ کلیوی به صورت غیرجراحی درمان میشوند. همچوری طی چند روز با استراحت درمان میشود. همچوری گروس ممکن است نیاز به امبولیزاسیون پیدا کند. مداخله ی جراحی پس از ترومای غیرنافذ به آسیب های رنوسکولار و آسیب های پارانشیمال تخریبی که منجر به هایپوتانسیون میشود محدود شده است. آسیب حالب یا کنده شدن لگنچه کلیه نیز نیاز به مداخله جراحی دارد. نفرکتومی ممکن است در صورت تخریب وسیع پارانشیم (درجه ۴ یا بالاتر) یا آسیب ناف کلیه ضرورت یابد. درناژ با کاتتر فولی برای ۷ تا ۱۰ روز یا تا زمان از بین رفتن همچوری باید انجام شود.

بحث

ترومای کلیه می تواند باعث آسیب به پارانشیم و عروق کلیه شود. در نتیجه ی آن می توان خونریزی و نشت ادرار از سیتم جمع کننده ی کلیه را شاهد باشیم. کلیه ها شایع ترین مکان تروما در سیستم ادراری تناسلی می باشد. به طور کلی یک چهارم تروماهای اندام توپر را ترومای کلیه تشکیل می دهد. این حادثه در مردان جوان با میانگین سنی ۳۰ سال بیشتر اتفاق می افتد. مدیریت ترومای کلیه با گذشت زمان تغییر می کند و می تواند از مداخله غیرجراحی تا جراحی تغییر کند. این تغییر به علت نیاز به لاپاروسکوپی تخصصی ترومای کلیه که به نفرکتومی و امبولیزاسیون خونریزی منجر می شود اتفاق می افتد، در حالی که مداخله غیرجراحی در گرید های پایین ترومای بلانت کلیه انجام می شود. جراحات کلیه به ۵ گرید تقسیم می شوند که می تواند از یک کانتیوژن ساده تا لسراسیون وسیع تغییر کند.

Lawrence, Peter F. ۲۰۱۹. *Essentials of general surgery and surgical specialties*.
UPTODATE: Management of blunt and penetrating renal injuries

مرجع

پارگی اسکروتوم

شرح حال

بیمار آقای ۲۳ ساله کیس دیابت راکب موتور سوار بوده که بدنبال واژگونی موتور دچار مالتیپل تروما شده است. بیمار دچار زخم خونریزی دهنده، پارگی در ناحیه ی اسکروتوم و شکستگی لگن و شفت فمور راست شده است.
در معاینه تنفس خودبخودی داشته و راه هوایی باز است. شکم نرم و فاقد تندرns می باشد. GCS بیمار ۱۵ است. در TR، تون اسفنکتر نرمال و مدفوع فکالوئید است.

آزمایشات

آزمایشات: BS:۷۴۱ Hc:۴۲ hgb:۱۳,۹ wbc:۸ RBC:۵,۲

تصویربرداری



در سونوگرافی تستیس دو طرفه تستیس چپ دارای لسریشن با عمق ۲.۵ م م و Disrupt تونیکا آلبوژینه می باشد.
در گرافی لگن شکستگی راموس فوقانی و شکستگی شفت فمور راست مشهود است.

درمان



ترمیم اسکروتوم و تعبیه سیستومی

بحث

طیف گسترده ای از مکانیسم ها می تواند منجر به ترومای اسکروتال شوند از ترومای بلانت گرفته تا نافذ. در تمام موارد به جز avulsion، این ضربه به عنوان تورم اسکروتال با هماتوم داخل وریدی و اسکروتال و درجات مختلف اکیموز دیواره اسکروتال آشکار می شود. زخم های نافذ اسکروتوم باید فوراً بررسی شوند اما ضربه بلانت اغلب بصورت تاخیری بررسی می شود مگر اینکه بیضه ها جابه جا شده باشند و یا آسیب مولتی سیستم داشته باشیم.

medscape : Scrotal Trauma: Practice Essentials, Relevant Anatomy, Etiology
(medscape.com)

مرجع



کانتوزن ریه

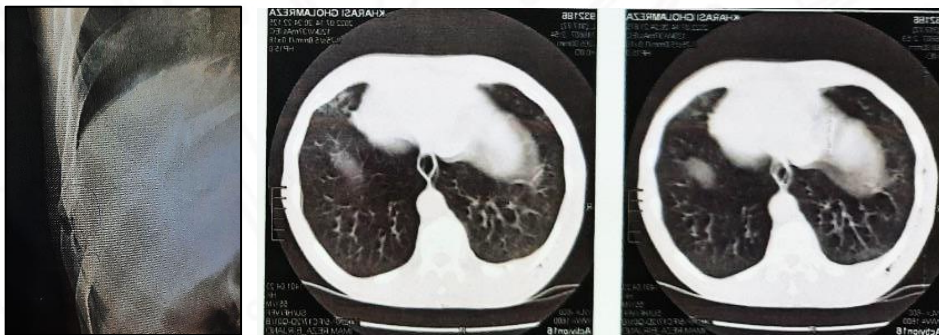
شرح حال

بیمار آقای ۵۵ ساله به دنبال falling از ارتفاع حدود ۲ متر دچار ترومای قفسه سینه شده و با شکایت درد همی توراکس و فلانک راست مراجعه نموده است. بیمار سرفه های پروداکتیو دارد. تاکی پنه دارد. دیس پنه+ تندرنس قسمت تحتانی همی توراکس راست+ کریپیتاسیون لمس نشد. سمع ریه دوطرفه clear و فاقد کاهش صدا. افت سچوریشن دارد. (SPO₂ = ۸۰٪)

تشخیص افتراقی

کانتوزن ریه - covid

تصویر برداری (گرافی و سی تی اسکن)



درمان

استراحت و محافظت از محل آسیب
اکسیژن تراپی و در صورت عدم بهبود: ونتیلیسیون مکانیکی
مسکن جهت کاهش درد

بحث

کانتیوژن ریوی به آسیب عروق آئوئولی، بدون پارگی در بافت ریوی اطلاق می گردد. آسیب قفسه صدی و عوارض ناشی از آن، مسئول بیش از ۲۵ درصد مرگ و میر در بیماران با ترومای غیر نافذ می باشد. کانتیوژن های ریوی اغلب از MVC های (Motor Vehicle Crash) پرانرژی ناشی می شوند. تعیین میزان مرگ و میر دشوار است زیرا کوفتگی های ریوی اغلب همراه با سایر آسیب های شدید رخ می دهد. آسیب منجر به v/q mismatch و کاهش کمپلیانس ریه می شود. محققان چندین مکانیسم احتمالی را برای کانتیوژن ریه فرض می کنند، از جمله نظریه انفجار، که در آن انبساط هوا باعث پارگی آئوئول می شود. «اثر اینرسی» که زمانی رخ می دهد که آئوئول های سبک تر از برونش های سنگین تر جدا شوند. و "اثر Spalling" که شامل برش در فصل مشترک گاز و مایع است.

Uptodate: https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-chest-wall-trauma-in-adults?search=pulmonary%۲۰contusion&source=search_result&selectedTitle=۵~۶۱&usage_type=default&display_rank=۵

مرجع



Raccoon eyes

شرح حال

بیمار آقای ۲۷ ساله کیس multiple trauma به دنبال واژگونی موتور سیکلت (راکب موتورسیکلت) توسط اورژانس به این مرکز منتقل شده است. بیمار head trauma داشته و کاهش هوشیاری در صحنه تصادف را ذکر می کند. در بدو ورود به اورژانس، رینوراژی و اتوره داشته است. در مشاهده سر و گردن، abrasion های متعدد و کبودی اطراف چشم دارد.

تشخیص افتراقی

شکستگی استخوان های قاعده جمجمه - شکستگی های صورت

تصویر برداری



درمان

نشانه ی raccoon eyes نیاز به درمان ندارد و باید علت زمینه ای را درمان کرد. درمورد شکستگی های قاعده جمجمه یا کرانیوتومی، ممکن است درمان جراحی نیاز باشد. شکستگی های صورت نیز ممکن است با جراحی protective plates ، برای ترمیم آسیب و جلوگیری از آسیب بیشتر، درمان شوند.

بحث

Raccoon eyes : کبودی و اکیموز اطراف چشم.
خون جمع شده در بافت های نرم اطراف چشم باعث کبودی میشود که رنگ آن از قرمز تا بنفش تیره متغیر است و اندازه کبودی نیز بسته به علت و نوع آسیب متفاوت است.
علل : بیشتر در اثر حوادث تروماتیک و شکستگی ها ایجاد می شود. مثلا basal skull fracture و facial fracture – سایر علل : amyloidosis، craniotomy و ...
تشخیص : تست های تصویربرداری مهم ترین بخش تشخیص هستند. اغلب از CT-Scan برای تشخیص علت زمینه ای ایجاد راکون آیز استفاده می شود.

medicalnewstoday : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/۳۱۹۰۳۹>

مرجع



شکستگی مهره L4

شرح حال

بیمار آقای ۲۲ ساله بدنبال تصادف با اتومبیل به این مرکز آورده شده است. بیمار از درد کمر شاکی است بدین صورت که با راه رفتن و ایستادن تشدید شده و با دراز کشیدن بهبود می یابد. کاهش قد + بی اختیاری ادرار -

تشخیص افتراقی

Spinal malignancy - Hemangioma of vertebral body - Renal failure

ارزیابی



با توجه به شواهد بالینی و نتایج MRI، برای بیمار تشخیص شکستگی مهره ی L4 گذاشته شد.

درمان

شکستگی‌های پایدار احتمالاً فقط با بريس بهبود می‌یابند. فیوژن و ابزار دقیق عمل‌هایی هستند که برای درمان شکستگی‌های ناپایدار به کار برده می‌شوند. در فیوژن دو مهره به کمک سخت‌افزاری مثل پلیت‌ها، میله‌ها، قلاب‌ها، پایه‌های پیچی یا کیج به یکدیگر متصل شده و پیوند می‌خورند. ورتبروپلاستی و کیفوپلاستی عمل‌های برای درمان شکستگی‌های فشرده سازی که معمولاً به دلیل پوکی استخوان و تومورهای ستون فقرات اتفاق می‌افتند به‌کار برده می‌شود.

بحث

مهره ۵ و ۴ کمری دو تا از مهم‌ترین مهره‌های بدن هستند. زیرا مهره پنجم با یک لیگامان به لگن متصل است. بنابراین مهره ۴ بیشترین تحرک را در کمر دارد و علاوه بر این بعد از مهره چهارم قوس کمر کم می‌شود. یعنی ۷۰ درصد قوس کمر بین مهره لگن و مهره چهارم است. شایع‌ترین دیسک دژنره شده نیز بین مهره ۵ و ۴ اتفاق می‌افتد.

UpToDate.com

مرجع



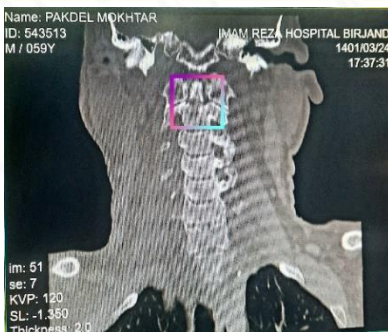
شکستگی تایپ ۲ زائده ادونتوئید استخوان

شرح حال

بیمار آقای ۵۹ ساله به دنبال واژگونی خودرو توسط اورژانس به بیمارستان آورده شده است. تهوع استفراغ ندارد. تندرست مهره های گردنی دارد. Force اندام ها نرمال است.

تشخیص افتراقی

Fx of odontoid process of C2 - شکستگی های مهره های گردنی - آسیب بافت نرم



شکستگی تایپ ۲ زائده ادونتوئید استخوان C2

VS: BP: 140/100 PR: ۸۰ RR: ۱۶ T: ۳۶.۳

Wbc: ۷.۲ Hb: ۱۴.۱ plt: ۱۸۰

ارزیابی



فیکسیشن زائده ادونتوئید استخوان C2 از قدام و فیوز کردن مهره های C2, C3 و C4 از خلف

درمان

زائده ادونتوئید(دنس) یک زائده کوچک استخوانی است که از تنه مهره C2 بیرون زده و با تنه مهره C1(اطلس) مفصل می شود. شکستگی این زائده، ۳ تایپ دارد که در تایپ ۲ ما شکستگی قاعده ادونتوئید را داریم که به علت نیروهای جانبی وارده است. در ۲ حالت این شکستگی را می توان فیکس کرد:

بحث

(۱) فیکس کردن به وسیله یک پیچ که در این حالت حرکات چرخشی گردن محدود نمی شود.

(۲) فیوز کردن چند مهره گردنی که این روش حرکات چرخشی گردن را محدود می کند.

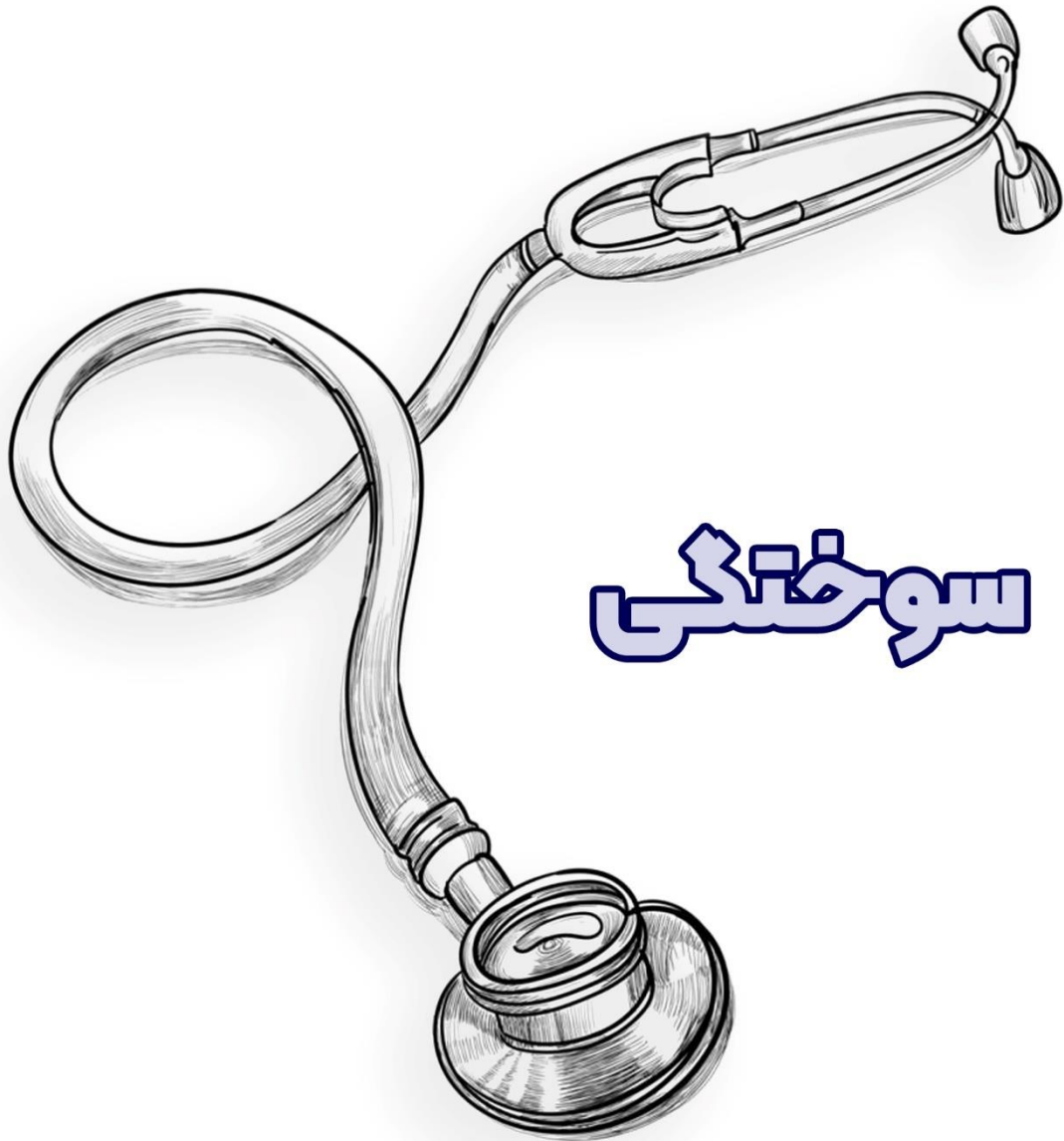
در این کیس ابتدا از قدام فیکسیشن انجام شد اما به علت موفق نبودن درمان، بیمار نیاز به فیوز کردن مهره های C2, C3 و C4 از خلف پیدا کرده است.

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill, 2019

مرجع



فصل سوم



سوختگی

سوختگی با قیر



بیمار آقای ۳۲ ساله با شکایت ریختن قیر داغ روی صورت و قسمت فوقانی تنه مراجعه کرده است. در معاینه دارای سوختگی صورت، قسمت فوقانی قدام قفسه سینه و سطح ولار ساعد راست می باشد. بیمار دچار سوختگی درجه ۳ و ۲ و دارای سطح حدود ۲۵ درصد می باشد. شواهد سوختگی تنفسی مانند خشونت صدا نداشته و معاینه حلق و حنجره نرمال است. سمع ریه های بیمار clear است و دیسترس تنفسی ندارد.

شرح حال

سوختگی با قیر - سوختگی های گرمایی - سوختگی شیمیایی

تشخیص افتراقی

برای بیمار CXR درخواست شد که نرمال بود

WBC=۱۱,۲ Neut=۷۵% Hgb=۱۵ plt=۳۲۵

Na=۱۴۳ K=۳,۸ urea=۴۶ Cr=۱,۲

ABG : PH=۷,۳۷ PCO₂=۴۸ HCO₃⁻=۲۱

ارزیابی

پس از رعایت ABC و احیای بیمار با مقدار کافی مایع و O₂ therapy، آنتی بیوتیک تزریقی و موضعی برای بیمار تجویز شد.

درمان

بیمار سوختگی در ابتدا باید از نظر راه هوایی و تنفس ارزیابی و اپروچ شود. در اولین قدم باید بیمار از نظر سوختگی تنفسی و قلبی عروقی بررسی شود و عمق و گسترش سوختگی را مشخص کرد. لباس های بیمار باید خارج شود. اکسیژن تراپی باید برای بیمار انجام شود. و بیمار باید ۲ عدد IV line large bore داشته باشد. باید از سرد کردن بیمار سوختگی خصوصا بیماران با سوختگی بیش از ۲۵٪ اجتناب شده و بیمار باید با یک ملحفه جابجا شود. مسکن حتما باید تجویز شود که معمولا از اپیوئید ها می باشد. ارزیابی در بیمارانی که احتمال سقوط یا تروما دارند باید انجام شود مانند CXR ولی گرافی اندام ها پس از انتقال به ICU و استیبل شدن بیمار انجام می شود تا از هایپوترمی و دهیدره شدن جلوگیری شود.

بحث

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill,

۲۰۱۹.

مرجع



کنترکچر سوختگی

شرح حال

بیمار کودک ۷ ساله با شکایت کنترکچر (جمع شدگی) محل سوختگی در ساعد جهت ترمیم و انجام گرفت مراجعه کرده است. بیمار در ۵ ماهگی دچار سوختگی درجه ۲ ساعد با آبجوش شده است. پس از دبریدمان و شست و شو و پانسمان با سیلورسولفادیازین و احیای مایعات مرخص شده است.

آزمایشات

WBC : ۸/۵ HB: ۱۲/۱ PLT: ۲۱۰ PT : ۱۲ PTT: ۲۸ INR: ۱

درمان

گرفتن محل کنترکچر

تصویر حین عمل



بحث

اسکار کنترکچر در مفاصل، به خصوص در حالت فلکسیون شدید که سبب محدودیت حرکتی می شود؛ شایع ترین عارضه سوختگی مفاصل خصوصا در اندام فوقانی است. این عارضه با تکنیک های متعددی در جراحی پلاستیک تحت ترمیم قرار می گیرد که شایع ترین روش ها مبتنی بر استفاده از گرافت، فلپ های نزدیک، دوردست و آزاد است.

توصیه می شود که حتی المقدور پس از آزادسازی اسکار در محل سطح مفصلی از گرافت پوست به تنهایی استفاده نگردد و تکنیک های مختلف بسته به میزان گرفتاری نسج نرم در مفصل به کار گرفته شود. یکی از روش های مطلوب در این زمینه استفاده از روش پیشنهادی **Y-V Advancement flap** در سطح مفصلی همراه با انسزیون های آزاد کننده در پروگزیمال و دیستال مفصل و انجام گرافت پوستی تمام ضخامت در این مناطق است که در این روش، مطلوب ترین نتیجه در میزان گرفتاری ۳۰-۶۰ درصد مفصل به دست می آید.

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill, 2019

مرجع



فصل چہارم



جدار شکم

هرنی اینگوئینال

شرح حال

بیمار پسر ۲ ساله با شکایت بیرون زدگی کشاله ران راست و بیرون زدگی ناف از چند ماه قبل، مراجعه کرده است. کودک پریشان است و با گریه کردن برجستگی بیشتر می شود.
تب - تاکی کاردی -

تشخیص افتراقی

هیدروسل

ارزیابی

در صورتی که معاینه فیزیکی تأیید کننده نباشد، می توان از سونوگرافی کمک گرفت.



درمان

فتق های بدون علامت معمولاً قابل جاندازی بوده و نیاز به ترمیم جراحی ندارد. اما در مورد فتق های علامت دار و فتق های فمورال، در صورتی که مزایای ترمیم بیشتر از زیان آن باشد باید ترمیم شود. ترمیم به دو صورت ترمیم اولیه و ترمیم با مش صورت می گیرد. روش اولیه تنها شامل بستن نقص جداره ی شکم با سوچور می باشد. این روش برای افراد با ریسک عود کم و نقص بسیار کوچک می باشد. طی ترمیم با مش (لیختن اشتاین)، به منظور کاهش عود و افزایش استحکام ترمیم، از مش های قابل جذب و غیرقابل جذب استفاده می شود.

بحث

فضای کانال اینگوئینال توسط عروق اپی گاستریک تحتانی به دو قسمت تقسیم می شود. هنگامی که فتق از سمت لترال عروق اپی گاستریک تحتانی رخ دهد، فتق غیرمستقیم ایجاد می شود. کیسه ی فتق غیرمستقیم از طریق حلقه ی داخلی برآمده شده و مسیر طناب اسپرماتیک را دنبال می کند. در فتق مستقیم، فتق در سمت مدیال عروق اپی گاستریک تحتانی ایجاد می شود. در این نوع فتق، کیسه ی فتق مستقیماً به داخل کانال اینگوئینال وارد شده و در جهت پائین مماس با طناب اسپرماتیک قرار می گیرد؛ اما از حلقه داخلی اینگوئینال عبور نمی کند.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



هرنی امبلیکال

شرح حال

بیمار خانم ۴۰ ساله با شکایت بیرون زدگی پری امبلیکال از حدود ۳-۴ سال قبل که تا به امروز بدون درد بوده است و بیرون زدگی با فعالیت و کار سنگین بدون تغییر بوده، مراجعه کرده است. از امروز صبح شکایت از درد، تهوع و یک نوبت استفراغ (زرد رنگ) دارد اما تب و لرز نداشته است. Def + و Gas pass + نیز دارد.

تشخیص افتراقی

هرنی اپیگاستر - هرنی اشیگیان

ارزیابی

گزارش سونوگرافی:

تصویر دیفکت به دیامتر ۱۳ میلیمتر در ناحیه امبلیکال رویت شد. ساک هرنی به ابعاد ۱۷*۴۲ میلیمتر حاوی لوپ روده و مختصر مایع حاوی ذرات اکوژن رویت شد که non reducible می باشد. در حال حاضر لوپ مذکور دارای واسکولاریته رویت شد.



درمان

جراحی هرنیورافی



بحث

هرنی نافی که با اختلاف، شایع ترین هم هست، کمترین اهمیت و تهدید را برای بیمار به همراه دارد. یک نقص کوچک بر روی دیواره شکمی است (معمولا کمتر از ۱ سانتی متر) منجر به عدم بسته شدن کامل ناف می شود. ممکن است یک بخش کوچک از چادرینه، روده، یا ارگان های داخل شکمی از این حفره فاسیایی بیرون بزنند. حتی در بزرگسالان هم که ناف بسته شده است، می تواند توسط یک کشش از هم بگسلد و بزرگ شود و هرنی را ایجاد کند. برخلاف ذات نجیبشان در دوران کودکی، در بزرگسالان یک هرنی نافی ممکن است تهدید کننده باشد و بهتر است عمل شود.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties

۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



فصل پنجم



مری، معده و دئودنوم

SCC مری

بیمار خانم ۶۱ ساله که با شکایت ریفلاکس و اختلال بلع پیشرونده از حدود ۴ ماه قبل، مراجعه کرده است. شکایت بیمار از اذینوفازی و اختلال بلع ابتدا به جامدات و از یک ماه قبل نسبت با مایعات نیز می باشد که اذینوفازی گاهی منجر به استفراغ هم شده است. بیمار سابقه ای از نوشیدن چای و مایعات داغ از چندین سال قبل را ذکر می کند.

Social history :-

شرح حال

GERD - مری بارت - آشالازی

تشخیص افتراقی



باریم سوالو اورژانسی: تصویر یک ناحیه رجیدیتی در حد فاصل ثلث میانی و تحتانی مری دیده شد که در کلیشه های متوالی well expand نگردیده است و می تواند به نفع ضایعه‌ی نئوپلاستیک باشد. آندوسکوپی: ضایعه‌ای در ۲۸ cm از incisura روئیت شد که نتیجه بیوپسی گرفته شده از آن مطرح کننده SCC مری بود.

ارزیابی



از فوژکتومی ، تعبیه Chest tube دوطرفه

درمان

سرطان مری دو نوع هیستولوژیک، SCC و آدنوکارسینوم، دارد. تا همین اواخر نوع SCC در آمریکا و اروپا شایعتر بوده اما امروزه آدنوکارسینوم شایع تر می باشد. SCC مری آمریکایی های آفریقایی تبار و مردان ۴ برابر شایعتر بوده و عمدتاً در قسمت پروگزیمال و میانی مری دیده می شود. شیوع آدنوکارسینوم در سفیدپوستان بیشتر است و عمدتاً دیستال مری را درگیر می کند. الکل و تنباکو، دو ریسک فاکتور اصلی SCC می باشند و در مقابل مری بارت، ریسک فاکتور اصلی آدنوکارسینوم مری می باشد. در هر دو نوع سرطان، معمولاً دیسفاژی نسبت به جامدات و کاهش وزن روئیت می شود.

بحث

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties 2019, sixth edition

مرجع



SCC مری (فیستول مری به پوست)

شرح حال

بیمار خانم ۶۴ ساله کیس کنسر مری از حدود ۲ سال قبل که در حال حاضر دچار فیستول مری به پوست در محل قدام گردن بالای کلاویکل شده است. بیمار شدیداً کاشکتیک و ill است و محل فیستول ، زخم نکروزه با ترشح و بوی بد دارد. قبل از تشخیص کنسر بیمار کاهش وزن شدید همراه با دیسفاژی پیشرونده نسبت به مایعات و جامدات داشته است. آنمی شدید نیز دارد.

تشخیص افتراقی

آدنوکارسینوم مری ، SCC مری

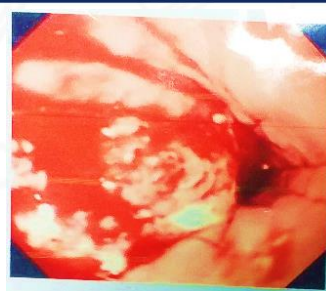
تصویر



گرافی باریوم سوالو



فیستول مری به پوست



اندوسکوپی : مری فوقانی

درمان

درمان حمایتی
تعبیه ژژنوستومی تغذیه ای
آنتی بیوتیک تراپی

بحث

SCC مری : شیوع در مردان ۴ برابر زنان است. عمدتاً قسمت های پروگزیمال و میانی مری را درگیر میکند. (گاهاً ممکن است دیستال را بگیرد). ارتباط قوی با مصرف الکل و تنباکو دارد. ریسک فاکتورهای دیگر نظیر : نیتروزآمین بالا در رژیم غذایی ، کمبود ویتامین ها و مواد معدنی (شامل سندروم پلامر وینسون که با فقر آهن همراهی دارد) ، استعداد ژنتیکی ، آسلازی و سابقه آسیب سوزاننده مری نیز مطرح هستند.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
2019, sixth edition

مرجع



پپتیک اولسر پرفوره

شرح حال
بیمار خانم ۸۱ ساله با درد حاد شکم از نیمه شب، به صورت ژنرالیزه با ارجحیت اپی گاستر و به صورت مداوم و بدون انتشار به محلی، مراجعه کرده است. ۴ نوبت استفراغ غیرجهنده و غیرخونی و حاوی مواد غذایی داشته و شرح حالی از بیوست مزمن را می دهد که از ۳ روز قبل defecation نداشته اما gas passing داشته است. بیمار جهت کاهش دردهای مفصلی مصرف ناپروکسن را ذکر می نماید.

تشخیص افتراقی
پرفوریشن احشای شکمی (PPUD – پرفوراسیون روده ی باریک و ...) – کرون- پانکراتیت



ارزیابی
Na: ۱۳۰ = K: ۳,۶
WBC: ۸,۴ (۹۳,۲%) Hb: ۱۴,۵ PLT: ۳۳۹
Urea: ۴۶ Cr: ۰,۹۹
Amylase : ۲۵۸

CXR : هوای آزاد زیر دیافراگم



درمان
جراحی لاپاراتومی (گاسترورافی + آمناتال پاچ)

بحث
پرفوریشن دومین عارضه ی شایع زخم پپتیک می باشد و مصرف NSAID و یا آسپرین با PPUD به خصوص در افراد مسن ارتباط دارد . PPUD یک اورژانس جراحی است و بیمار بعد از احیا با مایعات و تعبیه ی NG tube باید برای اتاق عمل آماده شود.

مرجع
Schwartz principle of surgery, ۲۰۱۹, ۱۱th edition



کنسر معده

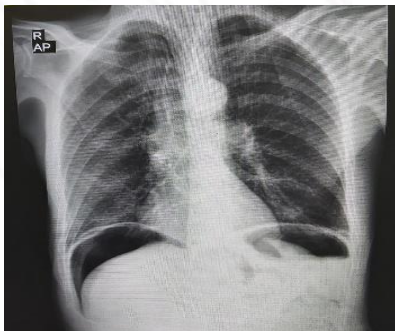
شرح حال

بیمار آقای ۶۵ ساله با شکایت درد شکم ژنرالیزه که از دو هفته پیش آغاز شده، مراجعه کرده است. ماهیت درد بیمار، ON/OFF بوده و با صرف غذا تشدید می شود. درد بیمار در هر نوبت حدود چند ساعت بطول می انجامد. درد بیمار پوزیشنال نبوده و به محل دیگری انتشار نداشته است. بیمار سابقه درد های مزمن اپیگاستر از حدود ۲۰ سال قبل را می دهد. کاهش وزن حدود ۶ کیلوگرم طی یک ماه اخیر ، + def - Anorexia - Nausia/vomiting در معاینه، شکم نرم و فاقد دیستانسیون است. تندرns ژنرالیزه + گاردینگ و ریباند تندرns - TR فکالوئید بوده و خون مشاهده نمی شود.

تشخیص افتراقی

پرفوراسیون معده - پرفوراسیون دئودنوم - ایسکمی مزانتر

ارزیابی



در CXR اخذ شده هوای آزاد زیر دیافراگم مشهود است. با توجه به دهیدراسیون بیمار CV line تعبیه شد و سرم تجویز شد. بیمار منتقل OR گردید.

درمان

گاسترکتومی ساب توتال و گاستروژنوستومی (بدلیل کنسر معده)

بحث

جراحی استاندارد برای کنسر معده، گاسترکتومی رادیکال ساب توتال است. برداشتن ساب توتال معده معمولاً مستلزم بستن شریان های گاستریک چپ و راست و شریان های گاسترو اپی پلوئیک و همچنین حذف کامل ۲/۳ دیستال معده، از جمله پیلور و ۲ سانتی متر پروگزیمال دئودنوم، گریتر و لسر امنوم و تمام بافت لنفاوی مرتبط می باشد. بازسازی معمولاً با گاستروژنوستومی Billroth II (زمان عمل کوتاه تر است و از استاز اندام روکس جلوگیری می کند) و یا Gastrojejunostomy Roux-en-Y (رفلاکس صفر را کاهش می دهد و بنابراین ممکن است در طولانی مدت با کیفیت زندگی بهتر همراه باشد) انجام می شود. گاستروژنوستومی Billroth-I از یک آناستوموز (که معمولاً ساده است و دوازدهه را در جریان غذا نگه می دارد) تشکیل شده است. گاسترکتومی توتال با ازفاگوژنوستومی Roux-en-Y اغلب برای بیماران مبتلا به آدنوکارسینوم معده پروگزیمال عمل بهینه است.

Schwartzs Principles of Surgery ۲۰۱۹ - ۱۱th edition

مرجع



زخم پپتیک پرفوره

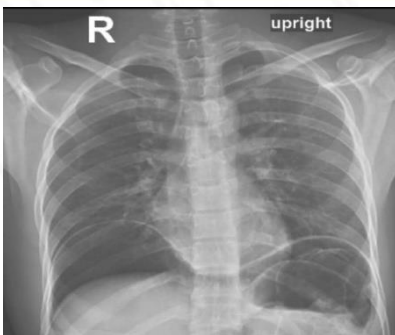
شرح حال

بیمار آقای ۴۰ ساله با سابقه ی زخم معده مزمن با شکایت درد ناگهانی و شدید سوزشی از پنج ساعت پیش از ناحیه اپی گاستر شروع شده و جنرالیزه شده است مراجعه کرده است. حالت تهوع و استفراغ دارد. درد با خوردن غذا و تغییر پوزیشن بدتر می شود و با مصرف قرص ضد اسید معده بهتر نشده است. در معاینه ی شکم تندرns منتشر و ریباند و گاردینگ دارد.

تشخیص افتراقی

زخم معده پرفوره، آنوریسم ائورت شکمی، ایسکمی مزانتر

ارزیابی



WBC=۱۵۰۰۰ Neut=۸۱,۳%
Hb= ۱۳,۲ Plt=۴۰۰

هوای آزاد زیر دیافراگم در چست ایستاده نشاندهنده ی زخم پپتیک پرفوره است

درمان



جراحی لاپاراتومی
(گاسترورافی + آمنتال پاچ)

بحث

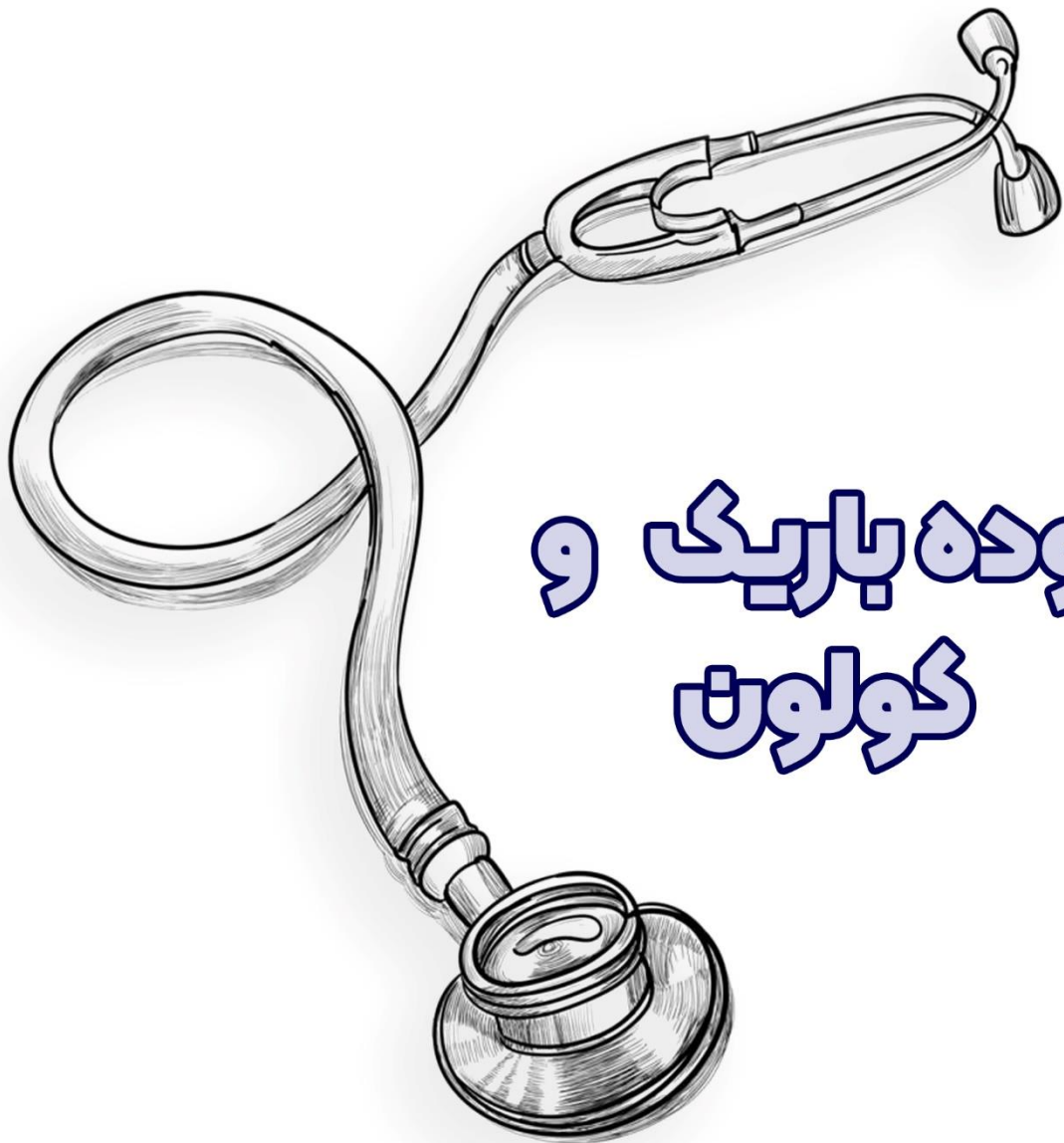
زخم پپتیک نقصی در دیواره معده یا دوازدهه است که از طریق مخاط عضلانی به لایه های عمیق تر دیوار امتداد می یابد. عوارض بیماری زخم پپتیک شامل سوراخ شدن، خونریزی و انسداد است. اگر چه سوراخ شدگی از نظر فراوانی بعد از خونریزی در رتبه دوم قرار دارند، اما شایع ترین نشانه برای جراحی اورژانسی برای PUD هستند. عوامل ایجاد زخم شامل عفونت (*H. pylori*)، آسیب به سد مخاطی (مانند استفاده از داروهای آسپرین با دوز کم و NSAID) و افزایش تولید اسید است.

Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. *Lancet*.

۲۰۱۵;۳۸۶(۱۰۰۰۰):۱۲۸۸-۱۲۹۸.

مرجع





روده باریک و کولون

استامپ آپاندیسیت

شرح حال

بیمار آقای ۲۳ ساله با سابقه آپاندکتومی ۵ سال قبل، در حال حاضر به علت دردشکم RLQ که از دو روز گذشته آغاز شده و به تدریج افزایش یافته، مراجعه کرده است. ماهیت درد مداوم است و به جایی انتشار ندارد. درد پوزیشنال نبوده و با غذا خوردن ارتباط ندارد.
تهوع - استفراغ - دفع گاز + دفع مدفوع + یبوست -

تشخیص افتراقی

کرون - اینفارکت انتوم

ارزیابی

WBC: ۱۰/۵ Neut: ۷۳/۳% Hb: ۱۵/۱ Plt: ۱۸۸
Ct report:
تصویر fat stranding و تغییرات التهابی پری امبلیکال و افزایش ضخامت سکوم مشاهده گردید. هایپر دانسیته کوچک به دیامتر ۳/۵ م م در مجاورت مدیال سکوم مشاهده می شود. شواهد در درجه اول مطرح کننده stump appendicitis است.

درمان

درناژ آبه پری آپاندیکولر



بحث

یک عارضه غیرمعمول بعد از جراحی آپاندکتومی، ایجاد التهاب در استامپ آپاندیس ناقص بریده شده (بیشتر از ۰.۵ سانتی متر طول استامپ) است. این عارضه اخیراً بدنبال رواج آپاندکتومی به روش لاپاراسکوپیک شیوع بیشتری پیدا کرده است ولی بدنبال عمل جراحی آپاندکتومی باز بسیار نادر اتفاق می افتد.

Schwartzs Principles of Surgery ۲۰۱۹ - ۱۱th edition

مرجع



انفارکت امنتوم

شرح حال

بیمار آقای ۳۰ ساله با شکایت درد شکم مداوم RLQ از ۲ روز قبل مراجعه کرده است. درد ارتباطی با تغذیه و تغییر پوزیشن ندارد ولی با فعالیت تشدید می شود. تهوع و استفراغ و آنورکسی را ذکر نمی کند. دفع مدفوع و گاز داشته است. در معاینه تندرns شدید در RLQ در لمس سطحی دارد.

تشخیص افتراقی

آپاندیسیت - دیورتیکولیت سکوم - هرنی اینگوینال راست



ارزیابی

سونوگرافی بیمار نرمال بود و شواهد آپاندیسیت روئیت نشد. در سیتی اسکن اخذ شده از بیمار شواهد fat stranding در RLQ مشهود است.
WBC=۸,۵ (neut=۶۲٪) Hgb=۱۴,۵ Plt=۲۶۰



درمان

جراحی امنتکتومی و آپاندکتومی

بحث

انفارکت امنتوم با دواتیولوژی اولیه و ثانویه بروز می کند. نوع اولیه به دنبال حرکات سریع و ناگهانی، ترومبوز یا واسکولیت عروق یا انسداد ورید های امنتوم اتفاق می افتد. نوع ثانویه معمولاً به دنبال یک پاتولوژی دیگر شامل هرنی و تومور یا چسبندگی ها رخ می دهد. انفارکت امنتوم می تواند به صورت کانسرواتیو نیز درمان شود ولی به دلیل عوارض زیاد آن معمولاً انجام نمی شود. درمان انتخابی اکسپلور و رزکت ناحیه انفارکت شده با لاپاروسکوپی است.

مرجع

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill,

۲۰۱۹



انواژیناسیون

شرح حال

بیمار پسر بچه ۲ ساله با شکایت حملات درد کولیکی شکم که از حدود ۴ ساعت قبل شروع شده، مراجعه کرده است. درد شکم بیمار در ناحیه پری امبلیکال با انتشار به RUQ بوده و به صورت ناگهانی و شدید می باشد که حین درد کودک به شدت بی قرار شده و پاها را به سمت شکم جمع می کند. درد به فعالیت و تغذیه ارتباطی نداشته و ۱۵ دقیقه بطول می انجامد.

تهوع + استفراغ + تب و لرز - ضعف و بی حالی - اسهال - یک نوبت دفع موکوس خونی

در معاینه شکم نرم، فاقد تندرns و دیستانسیون است. در لمس توده مبهمی در ناحیه اپی گاستر و RUQ به دست میخورد و ناحیه RLQ خالی حس شد (Dance's sign).

تشخیص افتراقی

گاستروانتریت - دیورتیکولیت مکل - ولولوس میدگات - آپاندیسیت - لنفادنیت مزانتر

ارزیابی

در سونوگرافی بیمار، در ناحیه RUQ و سمت راست نمای Doughnut sign و نمای double lumen sign مشاهده شد که به نفع Intussusception به ویژه نوع ایلئوکولیک می باشد. لنف نود های متعدد مزانتر در سمت راست شکم به صورت پرومیننت روئیت شد.



جاناندازی رادیوگرافیک : در مواردی که بیمار پایدار باشد و علائم پریتونیت داشته باشد Air enema هم تشخیصی و هم درمانی است.

درمان



بحث

انواژیناسیون به هجوم یا کشیده شدن (تلسکوپیی) بخشی از روده به درون قسمت پروگزیمال خود اشاره دارد که علت آن مشخص نیست. این پروسه بیشتر در ترمینال ایلئوم اتفاق می افتد. علت اصلی آن مشخص نیست ولی یک تئوری می گوید هایپرترروفیه شدن پلاک های peyer در عفونت های وایرال زمینه ساز آن است. انواژیناسیون ایدیوپاتیک در اطفال بین ۶ تا ۲۴ ماه ممکن است ایجاد شود. این بیماران باید از نظر وجود پریتونیت و شدت بیماری سیستمیک بررسی شوند و پس از احیا و آنتی بیوتیک تراپی براساس شرایط بیمار جا اندازی انواژیناسیون به روش رادیوگرافیک یا جراحی صورت می گیرد.

Schwartz's Principles of Surgery, ۲۰۱۹

Up To Date (intussusception in children)

مرجع



کامپلیکشن ژژنوستومی



بیمار آقای ۴۳ ساله کیس کنسر هایپوفارنکس (SCC توده لترال گردن) از حدود یک سال پیش که از سه ماه پیش بدلیل دیسفاژی و عدم تحمل مواد غذایی تحت عمل تعبیه ژژنوستومی قرار گرفته است. با شکایت نشت از اطراف محل لوله ژژنوستومی و همچنین تورم شکم (آسیت) مراجعه نموده است. بیمار حدود ۳۰ جلسه کموتراپی و ۴ نوبت رادیوتراپی داشته است. در معاینه شکم نرم و فاقد تندرns و گاردینگ است. اسکار میدلاین مشاهده می شود که شواهد عفونت ندارد.

شرح حال

Hb: ۱۲,۲ Wbc: ۱۰ Plt: ۲۳۹

آزمایشات

در سونوگرافی انجام شده مایع آزاد فراوان در شکم رویت شد که مطرح کننده آسیت می باشد.

درمان: جایگذاری مجدد تیوب و تخلیه ی مایع آسیت.

ارزیابی و درمان

تنها کنتر اندیکاسیون مطلق تغذیه ژژنوستومی انسداد دیستال روده است. موارد منع نسبی شامل ادم شدید دیواره روده، بیماری التهابی روده، آسیت، نقص ایمنی شدید و ایسکمی روده است.

دیستاسیون شکم و کرامپ عضلات از عوارض جانبی رایج تغذیه روده ای هستند که این عوارض عمدتاً با قطع موقت تغذیه و از سرگیری با سرعت تزریق کمتر، قابل اصلاح هستند. پنوماتوز روده ای و نکروز روده کوچک مشکلات نادر اما قابل توجه در بیمارانی هستند که از لوله ژژونال تغذیه می کنند. عوامل کمک کننده این عوارض شامل: هیپراسمولاریته محلول های روده ای، رشد بیش از

بحث

حد باکتری ها، تخمیر و تجمع محصولات تجزیه متابولیک است. اعتقاد بر این است که اتساع روده و در نتیجه کاهش پرفیوژن دیواره روده پاتوفیزیولوژی رایج آن میباشد. ریسک فاکتور های بروز این عوارض عبارتند از شوک کاردیوژنیک، استفاده از وازوپرسور، دیابت شیرین و COPD. بنابراین تغذیه روده ای در بیمار بدحال باید تا زمانی به تعویق بیفتد که احیای کافی به دست آمده باشد. به عنوان جایگزین میتوان از رقیق کردن فرمول استاندارد روده ای، یا استفاده از محلول های مونومر با اسمولالیتیه پایین که نیاز به هضم کمتر توسط دستگاه گوارش دارند استفاده کرد.

ادامه بحث

Schwartzs Principles of Surgery ۲۰۱۹ - ۱۱th edition

مرجع



فلگمون

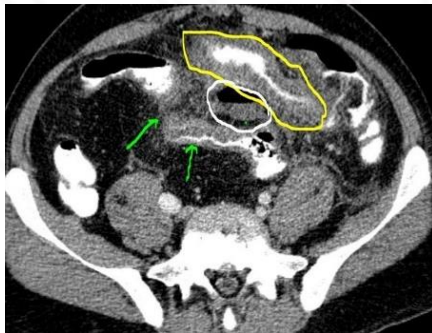
شرح حال

بیمار آقای ۳۴ ساله با شکایت درد پری امبیلیکال از ۴ روز قبل مراجعه کرده است. ماهیت درد بیمار، کولیگی بمدت ۱۰ دقیقه بوده و از امروز صبح به RLQ شیفت پیدا کرده است. درد بیمار پوزیشنال نبوده و بجایب انتشار نداشته است. تهوع و ۳ نوبت استفراغ غیرخونی غیر صفرای و غیر جهنده داشته است. آنورکسی+ دفع مدفوع و دفع گاز+ تب - در معاینه تندر نس RLQ، پری امبیلیکال و هایپوگاستر دارد ولی ریباند و گاردینگ منفی است.

تشخیص افتراقی

آسیت بدنال متاستاز - انسداد روده - عوارض عمل - عفونت داخل شکمی

ارزیابی



در CT شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی، تصویر لوپ blind و noncompressible و fixed با دیامتر عرضی ۱۰ م م همراه با شواهد fat stranding اطراف، مطرح کننده آپاندیسیت می باشد. تصویر ناحیه هایپودنس با ابعاد ۱۴*۱۵ م م همراه مختصر مایع در اطراف لوپ مذکور مشاهده شد که می تواند مطرح کننده عوارض از جمله فلگمون باشد.

درمان

بیمار مسکن و آنتی بیوتیک وریدی دریافت می کند و آپاندکتومی ۶ تا ۸ هفته بعد انجام می شود.

بحث

بیماران مراجعه کننده با فلگمون اپاندیس معمولاً دهیدره هستند و درمان آنها معمولاً به صورت دو مرحله ای انجام می شود. مرحله اول بیمار احیا شده و تحت درمان آنتی بیوتیکی تزریقی قرار می گیرد، و سپس تحت گاید سونوگرافی درناژ از جدار شک انجام می شود. در صورت عدم پاسخ به درمان فوق که حدود ۲۰٪ اتفاق می افتد آپاندکتومی اینتروال جهت بیمار انجام می شود

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill, ۲۰۱۹.

مرجع



کیست مزانتر

شرح حال

بیمار خانم ۳۵ ساله بدون بیماری خاصی، با درد مداوم پری امبلیکال که از دیروز آغاز شده است، مراجعه کرده است. درد بیمار مبهم بوده و با گذشت زمان تشدید شده است. درد بیمار به RLQ شیفت داشته و با فعالیت و سرفه کردن تشدید می شود. در معاینه، در ناحیه ی RLQ تندرns مشهود است. فاقد گاردینگ و ریباند تندرns می باشد. تب + آنورکسی + تهوع + استفراغ + (غیرصفاوی) + defffication+ Gas pass+

تشخیص افتراقی

کنسر تخمدان - کیست تخمدان - کیست هیداتید مزانتر

ارزیابی



در CTscan اخذ شده از بیمار تصویر یک ناحیه هایپودنس به دیامتر ۱۲۰*۵۰ م م در LLQ روئیت شد که می تواند مطرح کننده کیست یا malignancy باشد.

درمان

جراحی باز و خارج کردن کیست

بحث

کیست مزانتر یک بیماری نادر با شیوع ۱ در ۲۷ تا ۲۵۰ هزار نفر است. کیست ها به دنبال یک انسداد در مسیر لنفاوی مزانتر اتفاق می افتند که می تواند به دلیل تروما انسداد مکانیکی یا ملفورماسیون های مادرزادی باشد. معمولا علامت دار نیستند و به صورت اتفاقی در تصویر برداری ها یافت می شوند. درمان آن رزکشن کیست با جراحی باز یا لاپاروسکوپیک است. ۳٪ از کیست ها داری بدخیمی هستند و در مطالعات جدید این میزان تا ۱۹٪ نیز گزارش شده است.

مرجع

جراحی لارنس ۲۰۱۹- فصل ۷ زخم و ترمیم آن



آپاندیسیت

شرح حال

بیمار خانم ۵۴ ساله با شکایت درد شکم پری امبلیکال از ۳ روز قبل مراجعه کرده است. ماهیت درد بیمار مبهم بوده و بجایی انتشار ندارد. تهوع + آنورکسی + استفراغ -
در معاینه شکم نرم و فاقد تندرns، ریباند و گاردینگ است. در LLQ یک mass به قطر حدودی ۱۰cm فاقد تندرns و دارای قوام rubber به دست می خورد که mobile می باشد.

تشخیص افتراقی

تورشن تخمدان - گاستروانتریت - لنفادنوپاتی مزانتر - حاملگی خارج رحمی - سندرم والنیتینو

ارزیابی

WBC = ۱۲,۳ (NEUT = ۸۱,۳%) HB = ۱۳,۹ PLT = ۳۷۳

در ربع تحتانی سمت راست با بروز درد و به دنبال آن شروع علائم گوارشی و یک پاسخ التهابی سیستمیک همراه با لکوسیتوز و نوتروفیلی و تب به عنوان تشخیص آپاندیسیت در نظر گرفته می شود.

درمان

جراحی آپاندکتومی



بحث

آپاندیسیت حاد، یک بیماری عفونی با علل مختلف است. روند شایع آن، تهاجم باکتری به دیواره ی آپاندیس می باشد. راه های مختلف ایجاد آپاندیسیت: انسداد داخل لوله ای، تجمع مواد مدفوعی، هایپرپلازی لنفوئید، پارازیت ها و تومورها است. انسداد داخل لومن به دلیل پرولیفراسیون باکتری ها و افزایش ترشح موکوس، منجر به افزایش فشار داخل لوله ای شده و به دنبال افزایش فشار، احتقان لنفاوی و وریدی و ادم ایجاد می گردد. سپس اختلال پرفیوژن رگ ها سبب ایسکمی جدار آپاندیس و در نهایت نکروز آن می شود.

Editors. Brunicaardi F, & Andersen D.K., & Billiar T.R., & Dunn D.L., & Kao L.S., & Hunter J.G., & Matthews J.B., & Pollock R.E.(Eds.), (۲۰۱۹). *Schwartz's Principles of Surgery, 11e*. McGraw Hill.

مرجع



انسداد روده باریک

شرح حال

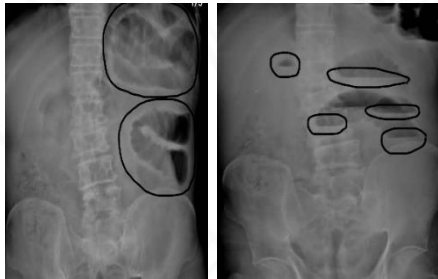
بیمار آقای ۶۴ ساله با شکایه درد شدید کولیکی در ناحیه ی اپی گاستر و پره امبلیکال از ۴ روز پیش با علائم تهوع و استفراغ که صفراوی می باشد و عدم دفع گاز و مدفوع، به بیمارستان مراجعه کرده است. در معاینات شکم دیستانسیون دارد، صداهای روده هایپرکتیو بوده و در دق dullness می باشد. تندرست شدید و منتشر شکم در لمس وجود دارد. در TR شواهدی از خون و فکالوئید نیست. بیمار بی قرار می باشد و ترگور پوستی افزایش یافته است.

تشخیص افتراقی

انسداد روده باریک – ایلئوس فلجی روده باریک – Pseudo-obstruction – ایسکمی مزانتر

ارزیابی

در CBC بیمار لکوسیتوز دارد. در گرافی ایستاده بیمار چندین سطح مایع هوا و اتساع روده باریک روئیت می شود. علائم دیگر که در گرافی دیده می شود شامل اتساع روده پروگزیمال به محل انسداد و کلاپس قسمت دیستال به انسداد می باشد. همچنین در اتساع روده باریک میتوان coin sign را نیز مشاهده کرد. در CT اسکن میتوان Whirlpool sign و transitional zone بین لوپ دیلاته و لوپ کلابه را دید.



درمان

درمان با احیا و اصلاح اختلالات الکترولیتی، دکمپرس کردن معده با tube NG شروع میشود. در مواردی که انسداد پارشیال یا خفیف باشد میتوان با اقدامات فوق بدون نیاز به جراحی مریض را درمان کرد. در شرایطی مانند ضایعات نئوپلاستیک یا هرنی داخلی یا چسبندگی ها نیاز به عمل جراحی می باشد. در تصویر روبه رو ایسکمی روده باریک به علت هرنی داخلی که باعث انسداد روده باریک شده است، را می بینید.



بحث

شایع ترین اندیکاسیون عمل جراحی روده باریک ، انسداد روده باریک میباشد. انسداد میتواند کامل باشد که در آن هیچ پس ماندی از محل انسداد عبور نمیکند و یا نسبی که در آن عبور مختصر محتویات روده باریک از محل انسداد اتفاق می افتد. علل انسداد میتواند عوامل خارجی یا extrinsic، عوامل داخلی یا intraluminal و عوامل دیواره ای روده باریک یا intramural باشند. عوامل خارجی شایع ترین علل میباشد که در جوامع صنعتی چسبندگی های بعد از جراحی یا تشکیل بافت اسکاری و در دیگر مناطق دنیا هرنی (معمولا اینگوئینال یا نافی) شایع ترین علل هستند. هرنی داخلی و سرطان با متاستاز به پریتون یا کارسینوماتوز ، وولولوس و سندرم SMA دلایل دیگر انسداد با منشأ خارجی می باشند. عوامل داخلی مانند فیتوزوارها ، سنگ کیسه صفرا و اینواژیناسیون و عوامل دیواره روده باریک مانند بیماری کرون، انتریت ناشی از رادیاسیون، زخم های ناشی از مصرف مزمن NSAIDs و تنگی آناستاموز به دنبال عمل جراحی می باشد. در این بیماران کمبود مایع و اختلالات الکترولیتی دیده میشود. جدی ترین عارضه این بیماری استرانگولاسیون روده می باشد. این حالت در انسداد کامل یا High grade یا انسداد با لوپ بسته شایع تر میباشد. در این حالت معمولا تب ، تاکی کاردی ، لکوسیتوز و تندنس لوکالیزه شکم دیده می شود.

MURTAGH, JOHN, JILL ROSENBLATT, CLARE MURTAGH. 2018. MURTAGH'S GENERAL PRACTICE MCGRAW- HILL EDUCATION

LAWRENCE, PETER F. 2019. ESSENTIALS OF GENERAL SURGERY AND SURGICAL SPECIALTIES.

BRUNICARDI, F. CHARLES. SCHWARTZ' S PRINCIPLES OF SURGERY. ELEVENTH EDITION. NEW YORK: MCGRAW-HILL, 2019

مرجع

ایسکمی مزانتر

شرح حال

بیمار آقای ۶۹ ساله کیس هایپرتنشن و دیس لیپیدی به علت دردهای مبهم پره امیلیکال و اپیگاستر از حدود ۷ روز پیش، مراجعه کرده است. درد انتشار به قفسه ی سینه داشته است. ماهیت درد off / on بوده است و پوزیشنال می باشد که با دراز کشیدن کاهش می یابد. کاهش وزن + (۴kg طی دوهفته) آنورکسی + تهوع + استفراغ+ (یک نوبت) -defecation در ۷ روز گذشته

تشخیص افتراقی

ایسکمی مزانتر - MI - کوله سیستیت

ارزیابی

WBC: ۱۱,۲ RBC: ۴,۹۸ Hb: ۱۳,۶ urea: ۲۸ creatinine; ۱ Na: ۱۴۲ K: ۳.۷
CT Scan: تنگی severe در پروگزیمال شریان سلیاک مشهود است که می تواند مطرح کننده ی آمبولی SMA باشد.
سونوی شکم و لگن : کبد و طحال با سایز و اکوی مناسب روئیت گردید. CBD متسع به قطر ۱۱ میلی متر و در قسمت پروگزیمال و میانی فاقد ضایعه ی اینترالومینال رویت شد portal vein: ۱۰mm
دیامتر و فلوی SMA نسبت به شریان سلیاک به طرز قابل توجهی کاهش یافته است .

درمان



درمان بر اساس علت : در موارد آمبولی لاپاراتومی کرده و بیمار را از لحاظ Stability بررسی می کنیم و سپس آرتریوتومی و آمبولکتومی انجام می دهیم.
در موارد ترومبوز شریان انجام بای پس یا تعبیه ی استنت صورت می پذیرد.

بحث

ایسکمی مزانتر از اورژانس های جراحی می باشد که به علت انسداد عروق میدگات ایجاد شده است و می تواند روده ی باریک و پروگزیمال کولون را دربرگیرد از علل اصلی آن می توان به آمبولی شریان سوپریور مزانتریک، ترومبوز SMA و ترومبوز SMV اشاره کرد و گاهی علل آن بدون ارتباط با ایسکمی است علائم آن شامل درد ناگهانی و شدید در ناحیه ی شکم می باشد در آزمایشات WBC افزایش یافته مشهود است و اسیدوز متابولیک دارند. شواهد تصویربرداری با علائم بالینی همخوانی ندارند. بیمار سابقه ای از مشکلات قلبی فشارخون یا چربی را ذکر می کند. برای این بیماران آرتیوگرافی مزانتریک و CT انجام می دهیم که در CT گاز در ورید پورت، پنوماتوز در جدار روده باریک و افزایش ضخامت جدار آن مشهود است.
برای این بیماران احیای سریع مایعات آنتی بیوتیک و اصلاح متابولیک اندیکاسیون دارد.

Peter F.Lawrence, Essential of General surgery and surgical specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



کنسر سیگموئید

شرح حال

بیمار آقای ۸۵ ساله با شکایت درد شکم در ناحیه LLQ و لمس توده مدتی بعد از شروع درد، به بیمارستان مراجعه کرده است. درد بیمار ماهیت مداوم داشته و پوزیشنال نبوده است. همچنین درد بیمار به جایی انتشار نداشته و با تغذیه تشدید می شود.
رکتوراژی + (دو نوبت با حجم متوسط)، ملنا +، آنورکسی +، کاهش وزن + (۱۵-۱۰ کیلوگرم طی ۲ ماه اخیر)

تشخیص افتراقی

دیورتیکولیت - آبسه ناشی از آپاندیسیت - IBS - کرون و کولیت اولسراتیو - تورشن تخمدان

ارزیابی



کولونوسکوپی : highly suspected to colon cancer
بیوپسی ضایعه تومورال سیگموئید with
- large intestine mucosa with ulceration & foci of moderate dysplastic cells-
CT scan شکم و لگن: تصویر ناحیه هتروژن mass-like به ابعاد ۸۵×۸۰ در ناحیه پروگزیمال کولون نزولی و سیگموئید. تصویر چند لطف نود اطراف ضایعه ی مذکور بزرگترین با SAD= ۶.
تصویر ناحیه هتروژن ایزواکو دارای اینهنسمنت سنتری پتال با ابعاد ۶۵×۶۲ دارای ناحیه هیپوژن داخلی در لوب راست کبد - همانژیوم کبدی - تطبیق با RBC Scan
تصویر ناحیه هیپوژن ۱۰×۷ دارای اینهنسمنت در لوب راست کبد

درمان



سیگموئیدکتومی + آزادسازی خم طحالی، تعبیه End کولستومی

بحث

۹۰٪ کنسرهای کولورکتال بعد از ۵۰ سالگی ایجاد می شوند. رژیم غذایی کم فیبر و پرچرب، FAP، HNPCC، کولیت اولسرو و سابقه ی پولیپ های آدنوماتوز از ریسک فاکتورهای کنسر کولورکتال به حساب می آیند.
تظاهرات بالینی کنسرهای کولورکتال عمدتاً برحسب محل آناتومیک تومور مشخص می شوند؛ بدین صورت که کنسرهای کولورکتال راست عمدتاً با خونریزی مخفی و آنمی فقر آهن تظاهر می یابند در صورتی که کنسرهای کولورکتال چپ معمولاً با خونریزی ماکروسکوپی از رکتوم، تغییر اجابت مزاج و علائم انسداد پارشیال کولون مشخص می شوند.

Peter F.Lawrence, Essential of General surgery and surgical specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع

ولولوس سیگموئید

شرح حال

بیمار خانم ۵۴ ساله با شکایت درد شکم LLQ و پری امبیلیکال از روز قبل آغاز شده است مراجعه کرده است. درد بیمار با ماهیت کولیکی بوده و انتشار به مکان خاصی نداشته است. درد بیمار پوزیشنال نبوده و با صرف غذا تشدید می شود.
در معاینه تندرns ژنرالیزه شکم با ارجحیت LLQ و LUQ مشهود است. تب ندارد.
۴ نوبت استفراغ غیرخونی و غیر صفراوی حاوی مواد غذایی داشته است.
Def - GP -

تشخیص افتراقی

مگاکولون توکسیک - انسداد کاذب روده یا سندرم Ogilvie - کانسر کولورکتال - دیورتیکولیت حاد کولون - ولولوس سکوم

ارزیابی



در گرافی شکم اخذ شده از بیمار نمای دانه قهوه مشاهده می شود که لوپ کولون متسع با تحدب به سمت شچپ دیده می شود.

درمان



جراحی باز رزکشن آناستوموز کولون سیگموئید

بحث

ولولوس زمانی رخ می دهد که یک لوپ کولون هوادار به دور مزو خودش بپیچد که در ۹۰٪ موارد کولون سیگموئید درگیر می شود. ولولوس ممکن است به طور خودبخود بهبود پیدا کند ولی اکثر مواقع به سمت انسداد پیش می رود. درمان اصلی بعد از احیا کردن بیمار دیتورشن کردن با پروکتوسکوپ ریژید است اگرچه که با کلونوسکوپ نیز می توان دیتورشن را انجام داد. درمان دیتورشن معمولاً برگشت پذیر است بنابراین کولکتومی سیگموئید نیز در اکثر مواقع انجام می شود.

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill, ۲۰۱۹.

مرجع



آدنوکارسینوم سیگموئید

<p>شرح حال</p> <p>بیمار خانم ۷۶ ساله که از دو روز قبل دچار درد شکم در ناحیه هیپوگاستر و تندرns در نواحی پری امبلیکال و LLQ شده است. درد منتشر و پوزیشنال نبوده و با غذا خوردن در مرتبط نیست. بیمار ۵ روز پیش یبوست مزمن و یک نوبت مدفوع خونی داشته است که به دنبال آن تحت کولونوسکوپی قرار گرفته است.</p> <p>N/V + (محتویات صفاوی و غیرخونی) defecation - gas passing - (آخرین نوبت ۴ روز قبل)</p> <p>رکتوراژی + آنورکسی +</p>	
<p>تشخیص افتراقی</p> <p>دیورتیکولیت - آبسه ناشی از آپاندیسیت - IBS - کرون و کولیت اولسراتیو - تورشن تخمدان</p>	
<p>ارزیابی</p> <p>در بیوپسی انجام شده از ناحیه سیگموئید، moderately differentiated sigmoid adenocarcinoma گزارش شده است.</p> <p>در CT ناحیه کلسیفیه به ابعاد ۲۰*۱۵ mm در مزانتز مجاور فوندوس معده مشاهده میشود.</p> <p>در HRCT، تصویری از توده و ندول در پارانشیم ریه ها به نفع متاستاز مشاهده نمیشود.</p> <p>CEA=4.3 Albumin Serum=3.4</p>	
<p>درمان</p> <p>سیگموئیدکتومی و آناستوموز</p> 	
<p>بحث</p> <p>پولیپ های آدنومایی شایع بوده و در ۲۵٪ از جمعیت بالای ۵۰ سال در امریکا اتفاق می افتد. طبق تعریف این ضایعات دیسپلاستیک هستند و خطر دژنراسیون بدخیم به اندازه و نوع پولیپ بستگی دارد. آدنوکارسینوم های با تمایز متوسط در طبقه بندی در استیج II قرار می گیرند. اکثرا بیماران در این استیج با رزکسیون جراحی درمان می شوند.</p>	
<p>مرجع</p> <p>اصول جراحی شوارتز(چارلز برونیکاردی)- ۲۰۱۹</p>	



دیورتیکول مکل

شرح حال

بیمار پسر ۱۰ ساله که با درد شکم در ناحیه ی RLQ که از بعد ظهر روز مراجعه، آغاز شده است. درد ماهیت کولیکی داشته و بجایی انتشار نداشته است. درد بدنبال صرف غذا و راه رفتن تشدید می شود. بیمار ۴ نوبت استفراغ صفاوی را ذکر می کند که یک نوبت حاوی مواد غذایی و ۳ نوبت صفاوی بوده است.

Defication + Gas Passing + آنورکسی +

در معاینه شکم نرم و فاقد گاردینگ است. تندرns در RLQ مشهود است.

تشخیص افتراقی

آپاندیسیت حاد - انسداد روده باریک

ارزیابی

WBC: ۱۲/۴ (۸۷/۳٪) HB: ۱۲,۹

CT Scan : تصویر ناحیه ی کیستیک در مجاورت سکوم به ابعاد تقریبی ۴۷*۱۹ م م روئیت شد.

درمان

رزکشن
دیورتیکول



بحث

دیورتیکول مکل، شایعترین ناهنجاری مادرزادی روده ی باریک است که بصورت باقی مانده ی مجرای ویتلین رویانی یا مجرای امفالومزانتریک دیده می شود. مجرای ویتلین که در بین هفته ۸ تا ۱۰ حاملگی بسته می شود، بصورت ناقص از بین می رود. بطور تقریبی در ۲ درصد از جمعیت وجود دارد. نسبت درگیری ۲ به ۱ است. ۲ نوع مخاط دارد و این دیورتیکول بطور معمول در ۲ فوتی دریچه ایلتوسکال قرار دارد. ممکن است در دیورتیکول مکل مخاط هتروتروپیک، معده است.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



پولیپ کولورکتال

شرح حال

بیمار آقای ۸۳ با شکایت از خون ریزی گوارشی مراجعه کرده است. بدون شکایت از مشکل خاص دیگری مراجعه کرده اند و علائم حیاتی ایشان پایدار است.

تشخیص افتراقی

دیورتیکول - پولیپ های کولورکتال - هموروئید ترومبوزه - کنسر کولون - کرون - کولیت ایسکمیک - کنسر رکتال

ارزیابی

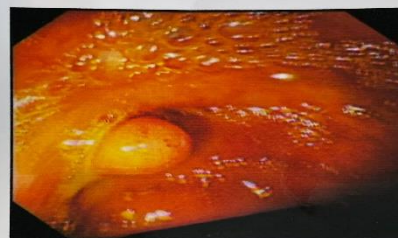
کولونوسکوپی
در کولونوسکوپی این بیمار دو تا پولیپ با سایز ۲*۲ در کولون صعودی و نزولی مشاهده شد که با forceps برداشته شد

درمان

پولیپکتومی در ضمن کولونوسکوپی



Descending Colon



Ascending Colon

بحث

نوع پولیپ	شیوع	محل	پتانسیل بدخیمی	درمان
آدنوم نوبولار	۲۵٪ بزرگسالان بالای ۵۰ سال	۲۰٪ در رکتوسیگموئید	کم	اکسیژون آندوسکوپیک
آدنوم ویلوس	دارای آدنوم هستند	۸۰٪ در رکتوسیگموئید	زیاد	اکسیژون آندوسکوپیک
هامارتوم	غیرشایع	روده کوچک	کم و غیرشایع	خارج سازی در صورت بروز خونریزی یا انسداد
التهای	غیرشایع، بجز در IBD	کولون و رکتوم	ندارد	تحت نظر گرفتن
هیپرپلاستیک	نسبتاً شایع	معده، کولون، رکتوم	ندارد	تحت نظر گرفتن

Editors. Brunicaardi F, & Andersen D.K., & Billiar T.R., & Dunn D.L., & Kao L.S., & Hunter J.G., & Matthews J.B., & Pollock R.E.(Eds.), (۲۰۱۹). *Schwartz's Principles of Surgery, 11e*. McGraw Hill.

مرجع

موکوسل آپاندیس

شرح حال

بیمار خانم ۶۰ ساله با شکایت درد RLQ از صبح روز مراجعه با ماهیت مداوم، غیر positional و بدون radiation به جایی دیگر به همراه یک نوبت استفراغ غیرصفاوی مراجعه کرده است. در معاینه شکم نرم و بدون گاردینگ به همراه تندرns و ریباند تندرns در RLQ می باشد.

تشخیص افتراقی

آپاندیسیت حاد - IBD - کانسر اپیتلیالی تخمدان

ارزیابی

WBC: ۸,۲ (۵۴٪) Hb: ۱۲ PLT: ۲۶۳

در بررسی سونوگرافی تصویر یک لوپ blind, fixed, noncompressible به دیامتر عرضی ۱۰ میلی متر مطرح کننده آپاندیسیت حاد یا توده های آپاندیس می باشد.

درمان



آپاندکتومی. تشخیص بعد از عمل: موکوسل آپاندیس

بحث

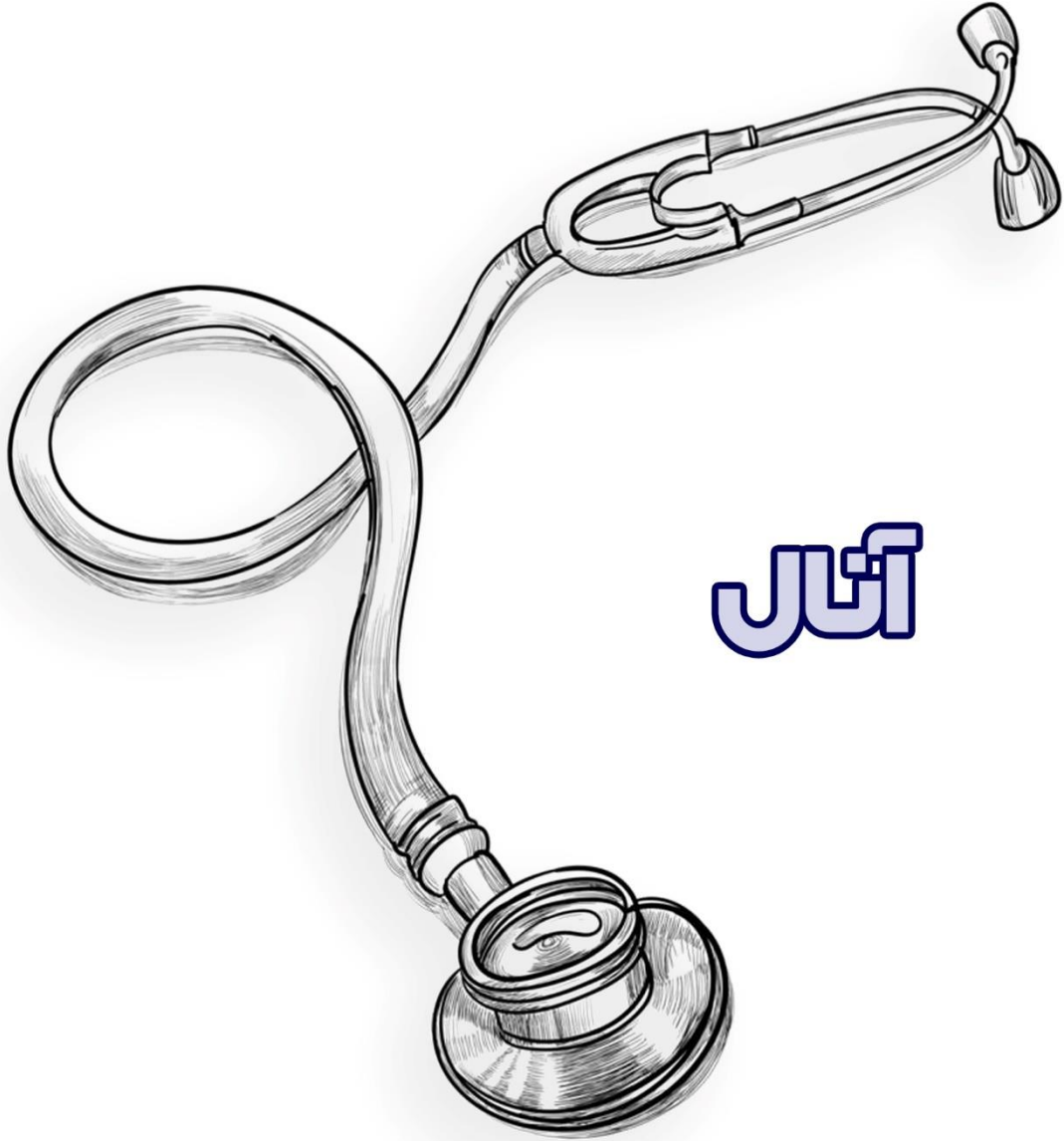
کمتر از ۱٪ بیماری های آپاندیس را تشکیل می دهد. یک کیست محتوی مواد موسینی اغلب به دلیل انسداد ناشی از کارسینومای آپاندیس است که معمولا با آپاندیسیت حاد بروز می کند. در صورتی که در حین جراحی شک به بدخیمی وجود دارد درمان ارجح همی کولکتومی راست می باشد.

مرجع

اصول جراحی شوارتز (چارلز برونیکاردی) - ۲۰۱۹ - ویرایش یازدهم



فصل هفتم



آنان

پرولاپس رکتوم

شرح حال

بیمار خانم ۳۲ ساله با سابقه یبوست مزمن از چندین سال قبل با شکایت درد و سوزش در ناحیه مقعد مراجعه کرده است. بیمار ذکر میکند که درد وی پس از آخرین نوبت دفع مدفوع تشدید شده است بطوری که تحمل نشستن بر زمین را ندارد. بیمار خونریزی و ترشح خفیف را اظهار میکند که در حد خیس کردن لباس زیر است.

تشخیص افتراقی

پرولاپس رکتوم - هموروئید، فیشر - آبسه پری آنال

ارزیابی



درمان

کنترل پرولاپس حقیقی رکتوم شامل یک جراحی شکمی شامل رزکشن سیگموئید (مقدار اضافی) با رکتوسکوپ (بخیه زدن دیواره روده به فاسیای پره ساکرال برای بی تحرکی آن) است. اگر پروسه بطور صحیح انجام شود، عود آن کمتر از ۵ درصد است. برای بیماران با ریسک بالا یک پروسه که شامل رزکشن کامل از پرینه است، میتواند انجام شود اما ریسک عود آن بسیار بیشتر است. درمان پرولاپس مخاطی یا هموروئیدی یک هموروئیدکتومی سه ستونی است.

بحث

پرولاپس رکتوم بیرون زدگی تمام ضخامت بخشی از رکتوم از سوراخ آنال است. این حالت بیشتر در زنان قدبلند کاشکتیک که اتصالات رکتوم ضعیفی دارند، مشاهده می شود و ممکن است شامل بیرون زدگی ۴ تا ۲۰ سانتی متر از رکتوم از سوراخ آنال باشد. این ماهیت باید از پرولاپس مخاطی که بیرون زدگی ۲ تا ۳ سانتی متر از مخاط رکتوم از سوراخ آنال بدون درگیری تمام ضخامت مخاط است افتراق داده شود. راه افتراق دیگر آنها چین موکوسی جنبی متحدالمرکز در پرولاپس واقعی در مقایسه با الگوی شعاعی چین ها که در پرولاپس مخاطی یا هموروئیدی دیده می شود، است. پرولاپس رکتوم می تواند باعث عوارضی مانند بی اختیاری مدفوع، ایسکمی و حتی خونریزی شدید بشود.

مرجع

جراحی لارنس ۲۰۱۹- فصل ۱۵ کولون، رکتوم، مقعد



فیستول آنال

شرح حال

بیمار آقای ۴۰ ساله با سابقه ی آبسه ی پری آنال از ۱ سال پیش که تحت جراحی درناژ آبسه قرار گرفته بود، با شکایت خارش و درد در ناحیه ی مقعد مراجعه کرده است. درد در هنگام فعالیت، نشستن و دفع افزایش تشدید شده و با خروج ترشحات چرکی از ناحیه ی آنال همراه است. بیمار احساس بی حالی و تب و لرز دارد. در معاینه، پوست ناحیه ی آنوس ملتهب می باشد. یک حفره که در لمس پوست آن ناحیه سفت شده است، دیده می شود که با فشار دادن آن ترشحات چرکی خارج می شود. در TR یک سفتی در زیر انگشتان لمس می شود، فکالوئید بوده و بدون خون می باشد.

تشخیص افتراقی

فیستول آنال-آبسه آنال – فیشر آنال

ارزیابی

WBC=۱۲۰۰۰
RBC= ۵,۲ ml/cumm
Hg=۱۳ g/dL
PLT= ۱۹۱*۱۰۰۰/cumm

درمان



- ۱- فیستولوتومی
- ۲- بستن مسیر اینتراسفنکتریک فیستول (LIFT)
- ۳- استفاده از ستون (Seton) قطع کننده (cutting) یا تخلیه کننده (draining)

بحث

فیستول آنال ارتباط غیرطبیعی بین آنوس در محدوده خط دندانه ای و پوست اطراف رکتوم در محل آبسه ی قبلی می باشد. این بیماری در بین سنین ۲۰ تا ۶۰ سالگی بیشتر رخ می دهد و در مردان ۲ برابر زنان می باشد. اتیولوژی شایع آن منشا کریپتوگلاندولار دارد. علل دیگر شامل تروما، بیماری کرون، بدخیمی، Radiation و عفونت هایی نظیر سل و اکتینومایکوزیس و کلامیدیا می باشد. فیستول ها بر اساس درگیری مکانیسم اسفنکتر نامگذاری می شوند. فیستول اینتراسفنکتریک در نتیجه آبسه پره آنال، فیستول ترنس اسفنکتریک در نتیجه آبسه ایسکیورکتال و فیستول سوپراسفنکتریک در نتیجه آبسه سوپرالواتور ایجاد می شود.

Lawrence, Peter F. ۲۰۱۹. *Essentials of general surgery and surgical specialties.*

مرجع



هموروئید ترومبوزه

شرح حال

بیمار آقای ۵۲ ساله، با شکایت درد شدید و احساس توده در ناحیه آنوس از روز گذشته مراجعه نموده است. درد بیمار حین نشستن و اجابت مزاج تشدید می شود. سابقه ی خونریزی از مقعد به صورت چند قطره خونریزی بدون درد بعد از دفع مدفوع را از حدود یک ماه قبل می دهد. در معاینه ی مقعد پاره ی هموروئید بیرون زده و ترومبوزه و دارای تندرns شدید مشاهده شد. امکان TR وجود ندارد.

تشخیص افتراقی

هموروئید داخلی گرید IV، فیشر، پرولاپس رکتوم

ارزیابی



Hb: ۱۳
WBC: ۸۰۰۰ (Neut= ۷۰٪)
PLT: ۱۸۵۰۰۰

درمان

اکسزیون هموروئید ترومبوزه می تواند به سه روش صورت پذیرد:

۱. Ferguson hemorrhoidectomy
۲. milligan-morgan hemorrhoidectomy
۳. Whitehead hemorrhoidectomy

بحث

هموروئید ها بالشتک هایی از جنس بافت زیرمخاطی می باشند که در کانال آنال واقع شده اند. سه بالشتک هموروئید در کانال آنال وجود دارند که به عنوان بخشی از مکانیسم دفع اختیاری مدفوع عمل می کنند. افزایش فشار شکمی، یبوست و .. می توانند باعث پرولاپس هموروئید ها شوند که می تواند خونریزی، ترومبوز و پرولاپس علامت دار هموروئید را به دنبال داشته باشد.

Schwartz's Principles Of Surgery eleventh edition (Chapter 29)

مرجع



آبسه پری آنال

شرح حال

بیمار شیرخوار ۱۱ ماهه با علائم تب و اسهال از یک هفته قبل، به پزشک عمومی مراجعه کرده و آنتی بیوتیک دریافت کرده است. در پی عدم بهبودی علائم و تشدید درد و بی‌قراری به این مرکز مراجعه کرده است.
تهوع - استفراغ - defecation +

تشخیص افتراقی

هیدرآدنیت چرکی - درماتوز پری آنال - کیست اپی‌درموئید و درموئید

ارزیابی



در معاینه، آبسه حدود ۲-۳ سانتی متری در ناحیه پری آنال مشاهده شد که اریتم و گرم بود و تندرns نداشت.

درمان

برای شیرخواران زیر یک سال، اگر آبسه کوچک باشد ممکن است درمان آنتی بیوتیکی به تنهایی کافی باشد اما در آبسه‌های بزرگتر و همچنین در کودکان بالای یک سال باید درناژ انجام شود و آنتی بیوتیک خوراکی تجویز شود. در کودکانی که علائم سیستمیک (تب، لتارژی و ضعف) دارند، آنتی بیوتیک وریدی تجویز می‌شود.

بحث

آبسه پری آنال، شایع‌ترین آبسه آنورکتال است و در کودکان نیز بطور شایعی ممکن است اتفاق بیفتد. بیشتر در شیرخواران پسر (زیر ۱ سال) دیده می‌شود. این آبسه به صورت تجمع چرک زیر پوست درست در سمت خارج آنوس دیده می‌شود و یک برآمدگی اریتماتو را شکل می‌دهد که ممکن است گسترش یافته و موجب درد شود. بیشتر این آبسه‌ها خود محدودشونده اند هرچند ممکن است در کودکان بزرگتر در همراهی با IBD یا شرایط نقص ایمنی باشد.
درمورد اتیولوژی آبسه پری آنال علت قطعی اثبات شده وجود ندارد اما به نظر می‌رسد این آبسه‌ها از عفونت کریپت‌ها منشا بگیرند.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



سینوس پیلونیدال

شرح حال



بیمار آقای ۲۹ ساله (راننده) با شکایت درد در ناحیه ی پری آنال(بالای خط اینترگلوتئال) که از ۳ روز پیش آغاز شده، مراجعه کرده است. درد حین دفع و با نشستن تشدید می شده است. (ملنا - رکتوراژی - تب-) در معاینه کیستی به ابعاد تقریبی ۲*۲ س.م که از ۳ روز پیش بصورت پیشرونده و روز دوم بستری کیست حاوی ترشحات چرکی-خونابه ای بدبو رویت شد. در موهای بیرون زده از آن مشاهده نمی شود. لمس اطراف ضایعه نرم است(فاقد سفتی است) اریتم +

تشخیص افتراقی

سینوس(کیست) پیلونیدال

ارزیابی



WBC: ۱۱/۷ (lymphocyte: ۲۳)

Hb: ۱۶

ESR: ۱۲mm/h (normal)

CRP:۷mg/L(normal)

اکسزبون سینوس پیلونیدال و بافت عفونی تا فاسیای پره ساکرال(در پوزیشن prone) و نهایت قرار دادن گاز بتادینه درون زخم



درمان

بحث

بیماری های پیلونیدال (کیست، عفونت) hair-containing هستند که در شکاف اینترگلوتئال (حدودا در ۶ سانتی متر بالاتر از آنوس) ایجاد میشوند.با اینکه علت ناشناخته است اما حدس میزنند که شکافی ایجاد میشود و سپس مکشی هنگام نشستن بیمار ایجاد میشود که موها را به داخل midline pits میکشد.(فلذا در کسانیکه زیاد روی صندلی مینشینند محتمل تر است)این موها رشد کرده است و ممکن است عفونی شوند و به صورت حاد، به شکل آبسه در ناحیه ی ساکروکوکسیژیال ظاهر شوند.عود در این بیماران شایع است.

Schwartz's principles of surgery (page: ۱۳۲۰) Murtagh , John, Jill Rosenblatt, Clare
Murtagh.۲۰۱۸. Murtagh's general practice : Mcgraw-Hill education

مرجع



هموروئید

شرح حال

بیمار خانم ۷۲ ساله با سابقه ی هموروئید کتومی ۱۵ سال پیش، درد خنجری پره آنال حین مدفوع که از دیروز تشدید شده است؛ مراجعه کرده است. دفع مدفوع همراه با دفع خون روشن و هماتوئیزی بوده است. خارش ناحیه پره آنال را ذکر میکند..
در معاینه ی پری آنال در پوزیشن knee chest یک پاکه هموروئید در ساعت ۶ و فیشر در ساعت ۳ دارد. Digital rectal exam به علت درد زیاد بیمار انجام نشد.

تشخیص افتراقی

هموروئید همراه فیشر- آبه پری آنال

ارزیابی



WBC= ۱۲,۱

Neut= ۸۱,۳%

Hb= ۱۳,۹

Plt=۳۷۳

درمان

جراحی هموروئید کتومی

بحث

هموروئیدها بالشتک هایی از بافت زیر مخاطی حاوی ونول ها، شریان ها و فیبرهای ماهیچه صاف هستند که در کانال مقعد قرار دارند (شکل را ببینید). سه بالشتک هموروئیدی در موقعیت های کناری چپ، قدامی راست و سمت راست پشتی وجود دارد. تصور می شود که هموروئید به عنوان بخشی از مکانیسم خودداری عمل می کند و به بسته شدن کامل کانال مقعد در حالت استراحت کمک می کند. از آنجایی که هموروئید بخشی طبیعی از آناتومی آنورکتال است، درمان تنها در صورتی انجام می شود که علامت دار شوند. زور زدن بیش از حد، افزایش فشار شکمی و مدفوع سفت باعث افزایش احتقان وریدی شبکه هموروئیدی شده و باعث افتادگی بافت هموروئیدی می شود. ممکن است خونریزی، ترومبوز و پرولاپس علامتی هموروئید ایجاد شود.

Editors. Brunicaardi F, & Andersen D.K., & Billiar T.R., & Dunn D.L., & Kao L.S., & Hunter J.G., & Matthews J.B., & Pollock R.E.(Eds.), (۲۰۱۹). *Schwartz's Principles of Surgery, 11e*. McGraw Hill.

مرجع





پانکراس و
دستگاه صفراوی

پانکراتیت حاد

شرح حال

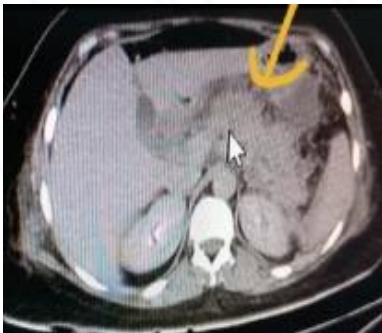
خانم ۳۲ ساله کیسه سنگ صفراوی از ۲ سال پیش با شکایت درد مداوم و خنجری ناحیه اپیگاستر که در ۴ روز اخیر تشدید یافته است، مراجعه کرده است. درد بیمار به پشت تیر می کشد و با خم شدن به جلو و جمع کردن پاها تسکین می یابد. بیمار سابقه ی مصرف الکل را می دهد.

در معاینه شکم تندر نس اپیگاستر دارد و فاقد گاردینگ و ریباند تندر نس می باشد. تب + تاکیکاردی +

تشخیص افتراقی

کله سیستیت حاد - انسداد حاد روده باریک - ایسکمی مزانتر - دایسکشن آئورت، MI

ارزیابی



WBC: ۲۰.۵ (neut ۹۵.۳٪) Hb: ۱۶.۵ Plt: ۳۵۱
Amylase: ۱۴۲۰

سونوگرافی: کیسه صفرا با دیامتر عرضی جداری ۳۵ میلی متر و ضخامت جداری ۲ میلی متر حاوی اکوژن سنگ ۲۱ میلی متر و همچنین کانون های متعدد سنگ ریزه ۶.۷ میلی متر روئیت شد. پانکراس با اکوی هتروژن و پرومیننت روئیت شد مایع آزاد در کوله دوک ساک خلفی مشهود است.

درمان



بدلیل سنگ کیسه صفرا پس از بهبود علائم، در همان بستری کوله سیستکتومی انجام می شود.

بحث

پانکراتیت حاد یک بیماری شایع است که از اختلال در ترشح اگزوکراین پانکراس ناشی می شود. این بیماری به علت آسیب سلول های آسینار رخ داده که موجب فعال شدن آنزیم های پانکراسی خارج از مجاری پانکراسی و سیستم گوارشی می شود. شایع ترین علل پانکراتیت حاد، الکل و سنگ های صفراوی می باشد.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



پانکراتیت نکروزان

شرح حال

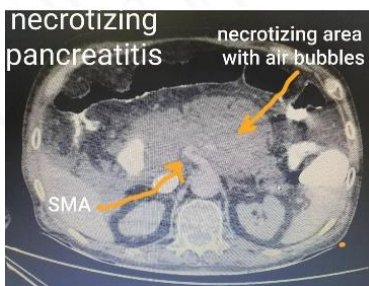
آقای ۳۸ ساله با درد خنجری اپی گاستر از ۴ روز قبل، همراه با تندرns شدید همان ناحیه و تب که درد بیمار با خم شدن به جلو بهبود می یافته و به پشت تیر کشنده بوده است. بیمار با تشخیص پانکراتیت صفاوی شدید در بخش ICU جراحی بستر شد. ولی بعد از گذشت ۳ روز از بستری، وضعیت عمومی بیمار بدتر شد.

تشخیص افتراقی

نکروز عفونی - نکروز غیر عفونی شدید - سودو کیست - فلگمون پانکراس - آبسه پانکراس

ارزیابی

با توجه به بدتر شدن حال عمومی بیمار تحت سی تی اسکن شکم و لگن قرار گرفت و با تشخیص پانکراتیت نکروزان، کاندید جراحی شد.



CRP= ۳۰۰ mg/L

گزارش CT اسکن شکم و لگن: پانکراتیت ادماتوز

بینابینی همراه منطقه نکروزه وسیع و کالکشن هوا

درمان



نکروز کتومی،

شستشو و درناژ

بحث

اندیکاسیون های انجام CT اسکن در پانکراتیت:

بدتر شدن قابل توجه حال بیمار و افزایش CRP، شک به عوارض موضعی پانکراتیت، شک به ایسکمی روده، خونریزی حاد (CTa)، سندرم کمپارتمان شکمی

درمان در بیماران با بدتر شدن وضعیت عمومی همراه شک به عوارض عفونی موضعی شامل درناژ اولیه تحت گاید CT اسکن (پرکوتانئوس یا اندوسکوپیک) سپس در صورت امکان سایر درمان ها را تا ۳-۴ هفته به تاخیر انداخته و در صورت عدم پاسخ یا بدتر شدن مجدد، تکرار CT و انتخاب روش کم تهاجمی با توجه به امکانات و در نهایت در صورت شکست لاپاراتومی اندیکاسیون خواهد داشت.

اصول جراحی شوارتز (چارلز برونیکاردی) - ۲۰۱۹

مرجع



کله سیستیت

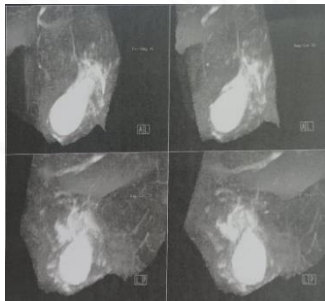
شرح حال

بیمار خانم ۳۰ ساله با درد اپی گاستر و RUQ از حدود چند ماه پیش مراجعه کرده است که ماهیت کولیکی داشته و درد بیمار از ۳ روز پیش تشدید شده و تبدیل به درد مداوم شده است. یک نوبت تهوع و استفراغ روز گذشته داشته است. درد بیمار تیر کشنده به پشت بوده و ماهیت سوزشی داشته است. Def و Gas pass نیز داشته است. شرح حالی از خون ریزی گوارشی فوقانی و تحتانی ذکر نمی کند.

تشخیص افتراقی

بیلیاری کولیک - پانکراتیت

ارزیابی



سونوگرافی: کیسه صفرا با ضخامت جدار ۳ میلیمتر و حاوی کانون های متعدد سنگ با دیامتر ۵ تا ۶ میلیمتر مشاهده میشود. مجرای کولدوک با دیامتر ۸ میلیمتر متسع میباشد. تصویر کانون اکوژن سنگ به طول ۹ و دیامتر عرضی ۵ میلیمتر در دیستال مجرای کولدوک مشاهده میشود. MRCP Report: تصویر کانون های متعدد اکوژن سنگ در داخل کیسه صفرا با دیامتر حداکثر ۱۸ میلیمتر مشاهده میشود. همچنین یک کانون اکوژن سنگ به دیامتر ۱۹ میلیمتر در محل مجرای سیستیک مشهود است.

درمان

جراحی کوله سیستکتومی



بحث

کوله سیستیت حاد التهاب و عفونت حاد کیسه صفرا است. بیماران مبتلا به این بیماری تندرست موضعی که ماهیت یکنواخت یا تشدید شونده دارد را در ربع فوقانی راست شکمی یا در اپی گاستر تجربه می کنند. این درد بیشتر از ۳ الی ۴ ساعت دوام دارد و ممکن است برای چند روز ادامه پیدا کند. از آنجایی که صفاق جداري معمولاً آسیب دیده است، این درد توسط شاخه های عصبی پیکری حس میشود. درد ممکن است با حالت تهوع، استفراغ، و تظاهرات سیستمیک پروسه التهاب شامل تب، تاکی کاردی و در موارد شدیدتر ناپایداری همودینامیکی همراه باشد. در بیماران با علامت زردی، وجود مدفوع به رنگ روشن و ادرار تیره به رنگ چای نشان دهنده انسداد صفراوی خارج کبدی است.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties 2019, sixth edition

مرجع



MRCP

بیمار آقای ۴۱ ساله با سابقه کوله لیتیاژیس که به دلیل درد شکم در ناحیه RUQ و با انتشار به پشت مراجعه کرده است. پنج دقیقه بعد از صرف غذا درد آغاز می شود. درد بیمار پوزیشنال است و با نشستن بهبود می یابد.

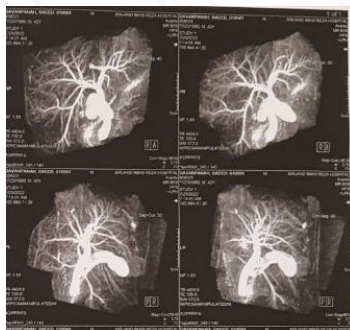
درد ابتدا ماهیت on/off داشته، سپس مداوم شده است. حالت تهوع و استفراغ را ذکر نمی کند.

- anorexi + gaspassing + Deffication + دیورز بیمار برقرار است.

شرح حال

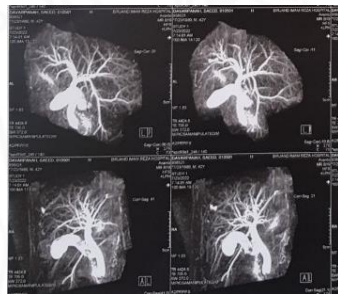
پانکراتیت - کله سیستیت حاد - بیلیری کولیک

تشخیص افتراقی



MRCP: کیسه صفرا با دیامتر عرضی ۱۶ م م و ضخامت جداری نرمال حاوی کانون Signal void سنگ به دیامتر ۱۰ م م رویت شد. CBD=۱۰ mm و متسع حاوی نواحی signal void مختصر، احتمالاً اسلاژ، در دیستال بدون ایجاد انسداد رویت گردید. مجرای صفراوی داخل کبدی نمای نرمال دارد. PD با دیامتر نرمال روئیت شد.

ارزیابی



ادامه تصاویر

MRI با کلانژیوپانکراتوگرافی رزونانس مغناطیسی (MRCP) روشی متمرکز و غیرتهاجمی برای تشخیص بیماری های مجاری صفراوی و پانکراس است. این روش حساسیت ۹۵٪ و ویژگی های ۸۹٪ در تشخیص سنگ های صفراوی دارد. در بسیاری از مراکز MRCP ابتدا برای تشخیص پاتولوژی مجرای پانکراتیک و صفراوی و کلانژیوگرافی رتروگرااد اندوسکوپییک (ERCP) فقط جهت مقاصد درمانی انجام می شود.

بحث

اصول جراحی شوارتز (چارلز برونیکاردی) - جلد چهارم، ۲۰۱۹

مرجع



ERCP

شرح حال

خانم ۶۱ ساله ای با شکایت درد کولیکی RUQ، تب خفیف، استفراغ و ایکتر مراجعه کرده است. در سونوگرافی انجام شده سنگ های متعدد درون کیسه ی صفرا و سنگ در دیستال CBD با اتساع ۱۰ میلی متر دیده شد.

تشخیص افتراقی

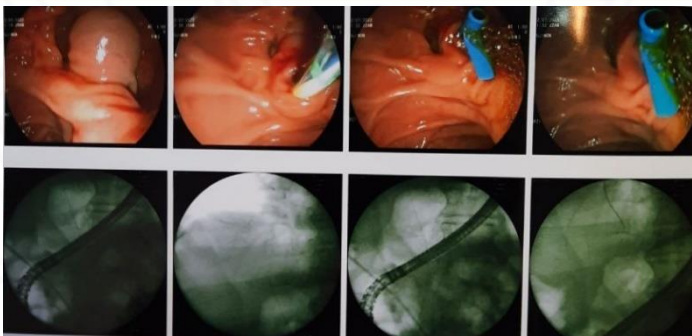
کلانژیت – کله سیستیت حاد

ارزیابی

WBC=۱۲,۳ AST=۱۱۰ ALT=۱۳۲ Total Bilirubin=۷ direct Bilirubin=۵,۲
ALP=۴۶۰

برای بیمار با تشخیص کله سیستیت و سنگ کلدوک ERCP و کوله سیستکتومی لاپاروسکوپیک انجام گرفت.

تصویر



بحث

اکثر سنگ های مجرای صفراوی مشترک توسط ERCP و اسفنکترتومی برداشته می شوند. اسفنکترتومی اسفنکتر اودی توسط سیم برنده مخصوصی که از میان دئودنوسکوپ به درون اسفنکتر عبور کرده، صورت می پذیرد. اگر نتوان سنگ را خارج کرد، می توان زردی را به کمک تعبیه یک استنت رفع کرد. ERCP به عوارض بعد از عمل می افزاید از جمله پانکراتیت، خونریزی گوارشی و پرفوراسیون دئودنوم با مجرای مشترک.

در شرایط زیر نباید از ERCP استفاده شود:

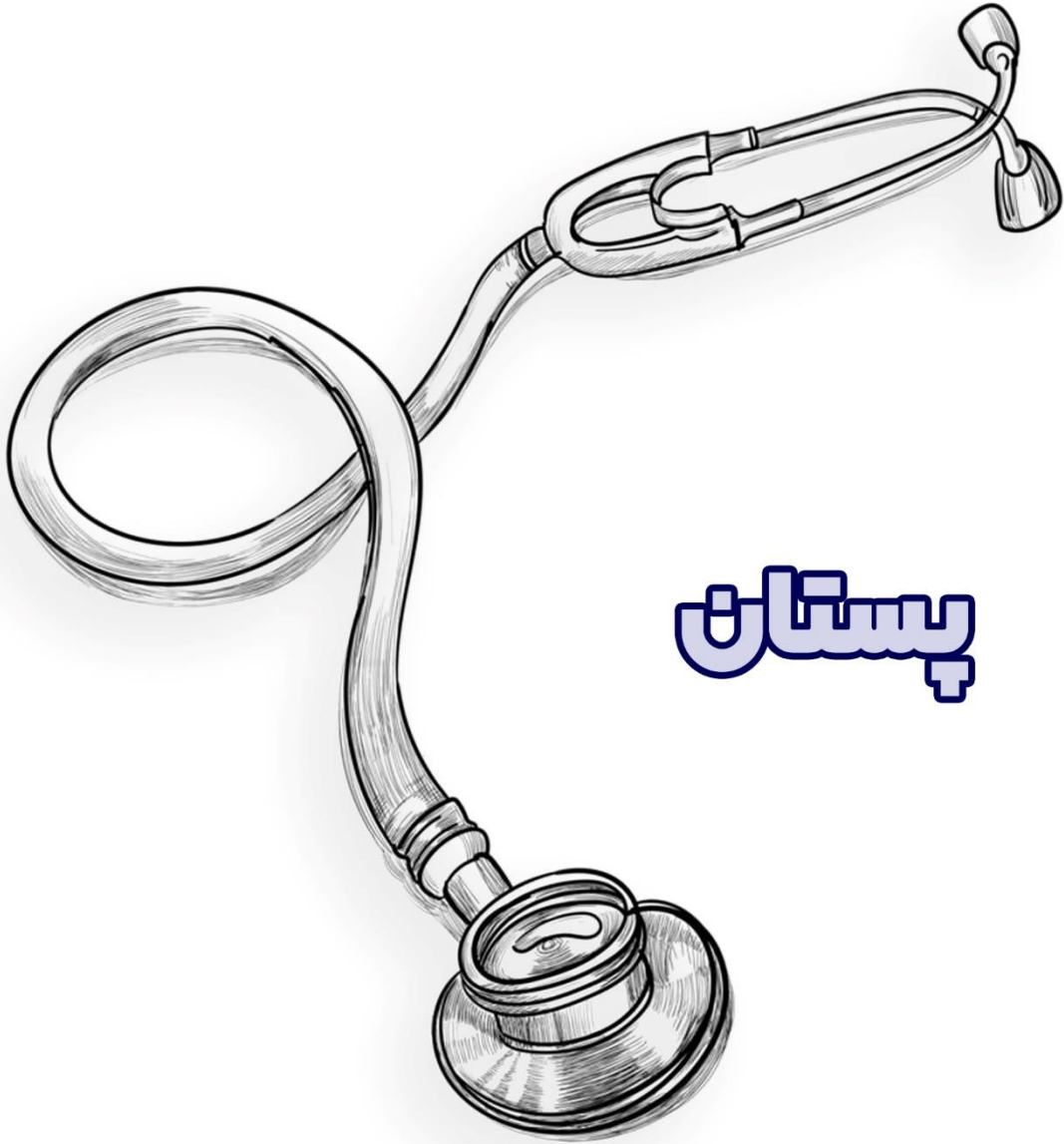
۱. اگر بیمار به تازگی یک انفارکتوس میوکارد داشته است.
۲. شرایط نامناسب بیمار برای جراحی
۳. بیماران دارای پس زمینه آنفیلکسی
۴. در بیماران با مشکلات حاد در دستگاه گردش خون

Peter F.Lawrence, Essential of General surgery and surgical specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



فصل نہم



پستان

داکتال کارسینوم اینفیلتراتیو

شرح حال

بیمار خانم ۶۱ ساله با ضایعه زخمی در پستان راست به همراه ترشح خونی و درد مراجعه کرده است. درد از چند ماه قبل آغاز شده و اخیراً نیپل پستان راست فرورفته است. منارک بیمار در ۱۲ سالگی بوده است و حاملگی نداشته و در سن ۶۰ سالگی یائسه شده است. بیمار تحت درمان HRT جهت کنترل علائم یائسگی است و مصرف OCP را در سن باروری ذکر می کند. در معاینه بالینی بیمار یک توده قابل لمس با حاشیه نامنظم و سفت در قسمت فوقانی خارجی پستان راست لمس شد. نیپل اندکی فرورفته است و اندکی اریتم اطراف زخم دارد. در آگزینا دو عدد لنف نود لمس شد.

تشخیص افتراقی

Invasive Ductal Carcinoma - Medullary Carcinoma - DCIS

ارزیابی

در ماموگرافی تصویر یک توده **irregular** با ابعاد حدودی ۱.۵ در ۲ سانتی متر در ناحیه فوقانی خارجی پستان راست به همراه بهم ریختگی بافتی و بدون میکروکلیفیکاسیون رویت شد.
در پاتولوژی:
Right breast, mass, ultrasound guided core needle biopsy: Invasive breast carcinoma, NST (invasive ductal carcinoma), grade ۲, measuring ۱,۵ cm
Estrogen receptor: positive (۹۵%, strong intensity) Progesterone receptor: negative (۰%) HER۲: negative (score ۱+)

درمان



ماستکتومی به همراه دایسکشن لنف نود های آگزینا

بحث

کارسینوم داکتال (مجرای) مهاجم:
آدنوکارسینوم با فیبروز پیشرونده (NST): این سرطان حدود ۸۰٪ موارد سرطان پستان را تشکیل میدهد. NST در ۶۰٪ موارد متاستازهای میکروسکوپی و ماکروسکوپی به غدد لنفاوی آگزینا می دهد.
تظاهرات بالینی: این سرطان معمولاً زنان سنین حوالی یائسگی یا بعد از یائسگی را دهه ۵ یا ۶ زندگی به صورت توده های منفرد، سفت و با حاشیه های غیر مشخصی گرفتار میکند. ۷۵٪ این کارسینوم ها دارای ریسپتور استروژن هستند.

Schwartz's principles of surgery (page: ۱۳۲۰) Murtagh, John, Jill Rosenblatt, Clare Murtagh. ۲۰۱۸. Murtagh's general practice : Mcgraw-Hill education

مرجع

ژنیکوماستی

شرح حال

بیمار آقای ۲۵ ساله بدون سابقه بیماری از ۱۰ سال قبل دچار ژنیکوماستی شده است. محل بزرگی و رشد بافت پستان فاقد درد، ترشح و تغییر رنگ بوده است. افزایش سایز به صورت دوطرفه است. بیمار علامت همراه دیگری را ذکر نمی کند.

تشخیص افتراقی

ژنیکوماستی ایدیوپاتیک (۵۸٪)، هیپوگنادیسم (۲۵٪)، هیپرپرولاکتینمی (۹٪)، بیماری مزمن کبدی (۴٪) و ژنیکوماستی ناشی از دارو (۴٪).

ارزیابی



در بررسی سونوگرافی انجام شده: هایپرتروفی نسج نرم منتشر در پستان ها دیده می شود و علائم دال بر ندول و کیست دیده نشد. بافت رتروآرئولار پستان ها نرمال است. در آگزیلاری دو طرف تصویری به نفع لنفادنوپاتی پاتولوژیک دیده نمی شود.

درمان

لیپوساکشن جدار قفسه سینه و ماستکتومی زیرجلدی دوطرفه

بحث

ژنیکوماستی به بزرگ شدن سینه در مردان اشاره دارد. ژنیکوماستی فیزیولوژیک معمولاً در سه مرحله از زندگی رخ می دهد: دوره نوزادی، نوجوانی و پیری. در تمام این فازها، افزایش استروژن در گردش نسبت به تستوسترون در گردش مشترک است. در ژنیکوماستی، همزمان با افزایش اپیتلیوم، ساختارهای مجرای سینه مردان بزرگ، کشیده و منشعب می شوند در دوران بلوغ، این بیماری اغلب یک طرفه است و معمولاً بین سنین ۱۲ تا ۱۵ سالگی رخ می دهد. در مقابل، ژنیکوماستی در سن بالا معمولاً دوطرفه است. در مردان غیر چاق، قبل از تشخیص ژنیکوماستی، بافت پستان با قطر حداقل ۲ سانتی متر باید وجود داشته باشد. برای افتراق بافت پستان از ماموگرافی و سونوگرافی استفاده می شود. ژنیکوماستی به طور کلی سینه مردان را مستعد ابتلا به سرطان نمی کند اما وجود توده ها یا نواحی سفتی، نامنظم بودن و عدم تقارن احتمال ابتلا به سرطان سینه را در مردان مسن نشان می دهد.

Schwartzs principles of surgery – Eleven edition-Volume ۱

مرجع



فیبروآدنوم

شرح حال

بیمار خانم ۲۰ ساله با شکایت درد برست چپ که از حدود ۲ ماه پیش آغاز شده است. بیمار هم‌چنین از درد در سمت لترال برست راست هم شکایت دارد. توده سوزش، خونریزی، پوسته‌ریزی و ترشح نداشته است.
سن شروع منارک: ۱۲ سالگی. دوره‌های منس منظم، طول دوره منوراژی: ۳-۴ روز. حجم خونریزی زیاد. در معاینه، برست‌ها قرینه و فاقد تغییرشکل بودند. در سمت لترال برست چپ توده متحرک لمس شد. برست راست در معاینه نرمال و فاقد توده و تندرنس بود. غدد لنفاوی سوپراکلاویکولار و آگزیلاری طبیعی بود.

تشخیص افتراقی

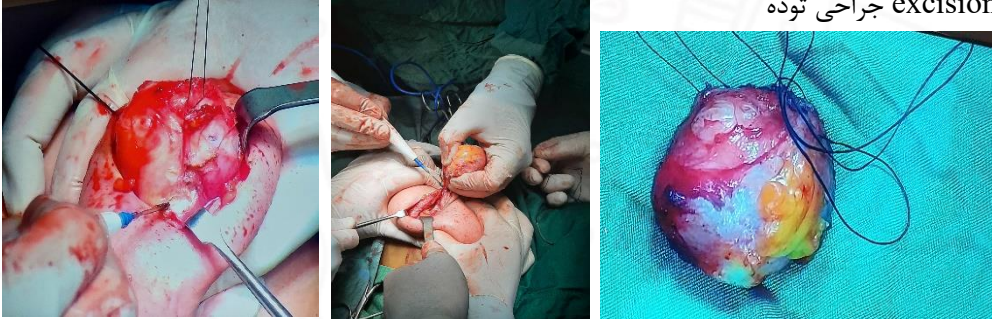
فیبروآدنوم - کیست پستان

ارزیابی

سونوگرافی: توده solid به ابعاد ۴۷mm*۳۲ به ساعت ۳ و ۴ با فاصله ۱cm از نیپل چپ.
لنف نود در آگزیلاری چپ، بزرگترین SAD=۱۰MM

درمان

excision جراحی توده



بحث

فیبروآدنوم‌ها یک تومور بسیار شایع خوش خیم برست بوده که اکثراً در زنان زیر ۳۰ سال ایجاد و علامت‌دار می‌شوند. به‌طور تیپیک ابعاد ۱-۳cm دارند و به‌صورت یک توده گرد متحرک منفرد با قوام سفت لمس می‌شود.

برای زنان جوان که توده زیر ۳cm دارند معمولاً excision انجام نمی‌شود و فالوآپ می‌شوند. تغییرات هورمونی طی حاملگی ممکن است باعث رشد سریع این توده شود و نیاز به excision پیدا کند.

Peter F. Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



ماستیت

بیمار خانم ۴۳ ساله با شکایت درد، سفتی، تورم و قرمزی منتشر در پستان راست مراجعه کرده است. درد از ۱۰ روز پیش از مراجعه به دنبال شیردهی آغاز شده بود. درد شدید و سوزشی بوده و بیمار تب، لرز و ضعف و بی حالی داشته است. بیمار از خروج ترشحات چرکی از نیپل پستان راست شکایت داشت.



شرح حال

ماستیت - آبه پستان - کارسینوم التهابی پستان - سلولیت

تشخیص افتراقی

WBC: ۱۱,۴۵ neut: ۷۸,۶٪ Hb: ۱۱,۸

Ultrasound report:

در سونوگرافی، ضخیم شدگی پوست برست سمت راست به همراه بافت پارانشیم اکوژن رویت شد. همچنین داکت‌ها دیلاته و non-compressible هستند.

ارزیابی

توده‌های دردناک و دارای تندرns در لمس پشت کمپلکس نیپل آرئولا اسپیره شده و برای کشت فرستاده می‌شوند. تا هنگام آماده شدن جواب کشت، آنتی بیوتیک وسیع‌الطیف تجویز می‌شود و پس از آن، با توجه به تست sensitivity آن‌ها ادامه پیدا می‌کنند. در خیلی از موارد بهبود حاصل می‌شود. اما در کیس‌هایی که شدیداً عفونی و چرکدار هستند، آسپیریشن‌های تحت گاید سونو، مکرراً انجام می‌شود و در بعضی کیس‌ها که نیاز به جراحی دارند، درناژ ساده انجام می‌شود.

درمان

بازه‌ی پس از زایمان، شایع‌ترین زمان برای عفونت پستان است. شایع‌ترین این عفونت‌ها ماستیت می‌باشد. در ماستیت، اغلب بر اثر شیردهی، شقاق‌هایی روی نیپل بیمار پدید می‌آیند و استاز شیر اتفاق می‌افتد که باعث عفونت رتروگرید باکتریال می‌شود. مهم‌ترین عامل ایجاد کننده باکتری استافیلوکوکوس اورئوس (Staphylococcus aureus) می‌باشد. در این بیماری گاهی خروج مایع چرکی از نیپل دیده می‌شود.

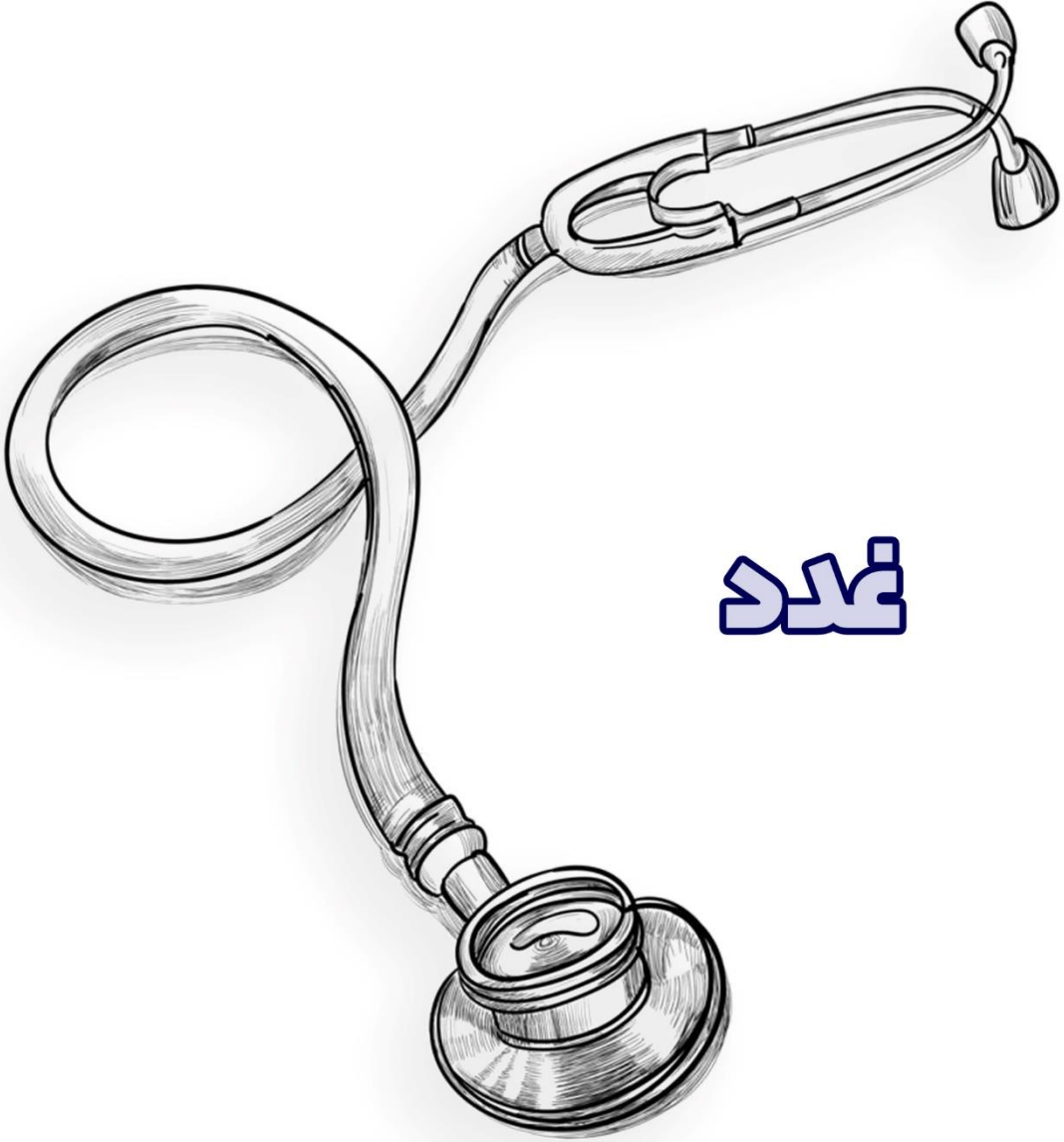
بحث

Charles. Schwartz's Principles of Surgery. Eleventh edition. New York: McGraw-Hill, ۲۰۱۹.

مرجع



فصل دهم



غداد

کنسر آناپلاستیک تیروئید

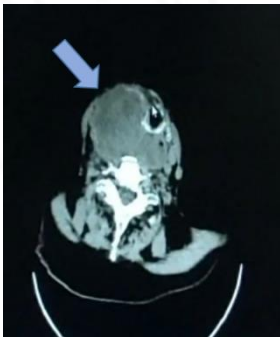
شرح حال

بیمار خانم ۶۸ ساله کیس HTN و IHD از حدود ۳ ماه قبل دچار احساس توده در قسمت قدامی گردن شده اند. توده ماهیت فشارنده و پیشرونده داشته است. از یک ماه قبل دچار تنگی نفس شده اند که به مرور زمان افزایش یافته است. بیمار ذکر می کند که از حدود ۳ روز پیش دچار دیسفاژی شده است. ادیونفاژی - تب - کاهش وزن ۵ کیلوگرم طی یک ماه + تهوع و استفراغ - آنورکسی - دیسترس تنفسی +

تشخیص افتراقی

کارسینوم آناپلاستیک - لنفوما - کارسینوم مدولاری تیروئید

ارزیابی



توده به ابعاد حدودی ۲۰ در ۳۰ سانتی متر در قدام گردن که بیشتر در سمت راست لمس می شود. solid و چسبنده است. تندرns و اریتم ندارد.
 WBS=۹,۶۶ NEUT=۹۳,۸% HB=۱۲,۲ PLT=۹۹ Urea= ۹۷ Cr=۲,۷
 CRP=۱۴۰,۷
 CT Scan : توده به ابعاد بیشترین ۵ * ۸ سانتی متر در قدام گردن که در تمام طول گردن مشاهده می شود.
 IHS : Anaplastic carcinoma of thyroid
 Thyroid mass FNA : Bethesda category VI
 Malignant lesion compatible with Anaplastic carcinoma

درمان



برای بیمار تراکتوستومی اورژانسی و لوبکتومی پارشیال سمت راست انجام شد.

بحث

کارسینوم آناپلاستیک غده تیروئید یک نئوپلاسم بسیار تهاجمی است. از سلول های فولیکولی منشأ می گیرد، اما تقریباً به طور کامل تمایز زدایی شده است. به نظر نمی رسد که برداشتن توده با جراحی نتیجه را بهبود بخشد، اما می تواند تسکین راه هوایی را فراهم کند. شیمی درمانی و پرتودرمانی خارجی تقریباً بی اثر هستند. معمولاً بیماران در زمان مراجعه به گرید IV بیماری مبتلا هستند و افراد کمی بیش از ۲ سال زنده می مانند.

یک تیروئیدکتومی کامل یا تقریباً کامل با برش درمانی غدد لنفاوی برای بیماران با توده تیروئید توصیه می شود. اگرچه لوبکتومی نیز ممکن است مناسب باشد؛ به ویژه اگر نگرانی از فلج تارهای صوتی وجود داشته باشد. تراکتوستومی باید تا زمانی که ممکن است اجتناب شود، مگر اینکه احتمال از بین رفتن و بسته شدن راه هوایی وجود داشته باشد.

Peter F. Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
 ۲۰۱۹, sixth edition.

مرجع

Schwartz's Principles of Surgery, ۱۱e Brunicaardi F, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE.

گریوز

شرح حال

بیمار خانم ۳۰ ساله با سابقه هایپر تیروئیدی که تحت درمان طبی قرار داشته است، با شکایت افتالموپاتی، کاهش وزن و گر گرفتگی صورت مراجعه کرده است.

خستگی + تشنگی + تعریق زیاد + تپش قلب +

در معاینه فیزیکی، بزرگی تیروئید بصورت منتشر و قرینه لمس و لوب هرمی مشخص می شود.

تشخیص افتراقی

گواتر توکسیک منتشر - گواتر توکسیک مولتی ندولار - آدنوما توکسیک - کنسر تیروئید

ارزیابی

TSH: Below normal

free T₄: high

T₃: high

TSH-R: high

درمان

تیروئیدکتومی



بحث

بیماری گریوز شایعترین علت هیپر تیروئیدی است که یک اختلال خود ایمن با استعداد خانوادگی می باشد که احتمال درگیری در زنان بیشتر بوده (۵:۱) و اوج بروز آن در سنین ۴۰ تا ۶۰ سالگی می باشد.

بیماری گریوز با تیروتوکسیکوز، گواتر منتشر و علائم خارج تیروئیدی شامل افتالموپاتی، درموپاتی (میگزوما پره تیسیال)، آکروپاتی تیروئید، ژنیکوماستی و سایر علائم مشخص میشود.

Schwartz's Principles of Surgery ۲۰۱۹ , ۱۱th Edition.

مرجع



فصل یازدهم



پوست

SCC

شرح حال

بیمار آقای ۶۸ ساله کشاورز با شکایت یک ضایعه پلاکی بر روی اسکالپ به دیامتر عرضی ۲ سانتی متر به رنگ قهوه ای، بدون درد و غیر متحرک با قوام سفت و border مشخص از یک سال پیش که طی این مدت افزایش سایز داشته و طی ۳ ماه گذشته اولسراتیو شده است، مراجعه کرده است.

تشخیص افتراقی

SCC - BCC

ارزیابی

WBC: ۶,۲(۵۵%) Hb:۱۳,۲ PLT:۲۶۷

در بررسی پاتولوژی بیوپسی تشخیص SCC اسکالپ گذاشته شد.

درمان



اکسیزیون با مارژین ۱ سانتی متری

بحث

دلیل ۲۵٪ از کنسرهای پوستی نان ملانوم SCC است. مهمترین ریسک فاکتور آن قرار گرفتن در معرض اشعه UV خورشید به صورت مزمن است. سایر ریسک فاکتورها شامل پارافین، قطران، سیگار، فتوکموتراپی و دوده است. در مردان شایع تر میباشد. ممکن است در محل یک زخم مزمن روی دهد که به آن اولسر marjolin گفته می شود.

مرجع

اصول جراحی شوارتز (چارلز برونیکاردی) - ۲۰۱۹ - ویرایش ۱۱ ام



BCC

شرح حال

بیمار آقای ۶۹ ساله کشاورز با شکایت ضایعه ای به ابعاد $1\text{cm} \times 2\text{cm}$ از حدود ۳ سال قبل در ناحیه ی تمپورال سمت راست سر با حاشیه منظم که از حدود یک ماه گذشته به تدریج افزایش رشد داشته و با شانه کردن موها دچار خونریزی در محل ضایعه می شده، مراجعه کرده است.

تشخیص افتراقی

SCC – Melanoma

ارزیابی



برای بیمار بیوپسی اکسیژنال با مارژین ۱-۰.۴ cm صورت گرفت و تشخیص BCC گذاشته شد.

درمان

درمان دارویی یا تخریبی و پرتو درمانی می توانند به عنوان درمان کمکی بعد از درمان جراحی یا به عنوان درمان اولیه در بیمارانی که جراحی برای آنها پر خطر است و ضایعات کم خطر دارند، استفاده گردد. بیماران BCC به پیگیری منظم و معاینات کامل پوستی هر ۶-۱۲ ماه نیاز دارند.

بحث

BCC شایع ترین تومور تشخیص داده شده در ایالات متحده است. این تومور ۷۵ درصد تومور های پوستی غیر ملانومی و ۲۵ درصد کنسر هایی که هر ساله تشخیص داده می شوند، را شامل می شود. BCC نسبتا در مردان و افراد بالای ۶۰ سال به طور شایع تر دیده می شود. عامل خطر اولیه برای ایجاد این بیماری مواجهه با آفتاب (UVB بیشتر از UVA) است. لذا در نواحی در معرض آفتاب پوست بیشتر دیده می شود. تظاهر آن می تواند طیفی از ماکول یا پاپول قرمز، براق یا سفید تا ندول ها و ضایعات زخمی باشد. الگو های رشد این ضایعات می تواند با حاشیه مشخص یا منتشر باشد و شایع ترین انواع BCC ندولار و میکرونودولار، گسترش سطحی و انفیلتراتیو است.

مرجع

اصول جراحی شوارتز(چارلز برونیکاردی)- ۲۰۱۹ - ویرایش ۱۱ ام



ملانوم



بیمار آقای ۵۸ ساله با رنگ پوست روشن، با ضایعه‌ای در ناحیه کتف به بیمارستان مراجعه کرده است. بیمار کشاورز است و به همین دلیل سابقه تماس طولانی با نور آفتاب را ذکر می‌کند. بیمار اظهار می‌دارد که در این ناحیه قبلاً خالی وجود داشته که اخیراً دچار تغییر در رنگ و ابعاد شده است. در معاینه خال غیر قرینه بوده، رنگ یکدست نداشته و دارای حاشیه‌های مژرس است و ابعادی در حدود ۲×۷ م.م دارد.

شرح حال

Seborrheic keratosis - SCC - Dysplastic nevus - Melanoma

تشخیص افتراقی

در بیوپسی انجام شده، عمق ضایعه حدود ۳ م.م گزارش شد.

VS: BP: 125/90 PR:76 RR:12 T:36.6

WBC:7.3 Neut: 53% Hb: 13.2

ارزیابی

درمان قطعی ملانوم اولیه، برداشت بافت (excision) وسیع به همراه پوست اطراف ضایعه و بافت زیرجلدی با حاشیه ۱ سانتی‌متری (برای ملانوم‌هایی با عمق زیر ۱ س.م) است. هدف این اکسیزیون وسیع، برداشتن تمامی سلول‌های ملانوم و کاهش موربیدیتی است.

درمان

ملانوم ضایعه بدخیم پوستی است و با وجود این که تنها ۴٪ ضایعات بدخیم پوستی را تشکیل می‌دهد اما علت ۸۰٪ مرگ و میرهای ناشی از سرطان‌های پوستی است. ملانوم پنجمین سرطان شایع در مردان و هفتمین سرطان شایع در خانم‌هاست. نور خورشید یکی از مهم‌ترین اتیولوژی‌های این بیماری است. در واقع علت اولیه ملانوم، اشعه UV است که در پدید آمدن این ضایعه، شدت و مقدار زمان تماس با اشعه UV حائز اهمیت هستند. شیوع ملانوم وابسته به رنگ پوست بوده و کمترین میزان بروز در نژاد تیره است. این بیماری چندین ساب‌تایپ مورفولوژیک دارد که ساب‌تایپ superficial spreading melanoma شایع‌ترین آنهاست. این ساب‌تایپ در خانم‌ها بیشتر روی پا و در آقایان بیشتر روی پشت دیده می‌شود. هم‌چنین در دهه پنجم زندگی بروز پیدا می‌کند.

بحث

Lawrence, P. F., Smeds, M., & O'Connell, J. B. (2019). Melanoma. In Essentials of general surgery and surgical specialties (6th ed., pp. 673-681). essay, Wolters Kluwer Health

مرجع



زگیل پوستی

شرح حال

بیمار پسر بچه ۱۰ ساله با سابقه درماتیت آتوپیک و مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی با ضایعات راجعه پوستی انگشت ۵ام پای راست مراجعه کرده است. ضایعات بصورت یک ندول به قطر ۵mm با حدود مشخص، زبر، با حدود نامنظم سفت و به رنگ قهوه ای روشن میباشد. ضایعه درد یا خارش ندارد. علائم سیستمیک مانند تب یا کاهش وزن نداشته است.

تشخیص افتراقی

میخچه - کراتوز سبورئیک - کالوس - بدخیمی ها مانند آملاونوتیک ملانوما

ارزیابی



تشخیص بر اساس ظاهر ضایعه مسجل شد. جداسازی بقایای هیپرکراتوز روی زگیل مویرگ های ترومبوز را نشان داد که به تایید تشخیص کمک کرد.

درمان

جراحی ضایعه (بعنوان مثال SHAVE REMOVAL یا کورتاژ با یا بدون الکتروسیکیشن) کرایوتراپی

بحث

زگیل پوستی یک عفونت پوستی شایع است که توسط ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) ایجاد می شود که اغلب در کودکان و بزرگسالان جوان ایجاد می شود. شرایط مدیکال مانند درماتیت آتوپیک و سرکوب سیستم ایمنی ممکن است خطر عفونت را افزایش دهد. زگیل معمولاً از طریق تماس پوست به پوست منتقل می شود. انواع عمده زگیل پوستی شامل زگیل معمولی (verruca vulgaris)، زگیل کف پا (verruca plantaris) و زگیل صاف (صفحه ای) (verruca plana) است.

UpToDate (www.uptodate.com)

اصول جراحی شوارتز(چارلز برونیکاردی)- ۲۰۱۹

مرجع



بیماری بوون

شرح حال

بیمار خانم ۸۵ ساله با پلاک پوسته ریزی دهنده با حدود مشخص و اریتماتو واقع در گردن، بدون درد و خارش از ۵ سال قبل که به تدریج رشد کرده، مراجعه کرده است. حدود حاشیه ها به خوبی مشخص است.

تشخیص افتراقی

پسوریازیس - اگزمای مزمن - کارسینوم سلول قاعده سطحی - کراتوز سبورئیک

ارزیابی



در بررسی درماسکوپیک، ضایعه ای با عروق منقوط، پوسته های سطحی سفید تا زرد و با پس زمینه قرمز مایل به زرد مشخص شد.

درمان

ضایعات کوچک را می توان با کمک electrodesiccation و کورتاژ، کرایوتراپی و جراحی اکسیژینال درمان کرد.

بحث

هموروئیدها بالشتک هایی از بافت زیر مخاطی حاوی ونول ها، شریان ها و فیبرهای ماهیچه صاف هستند که در کانال مقعد قرار دارند (شکل را ببینید). سه بالشتک هموروئیدی در موقعیت های کناری چپ، قدامی راست و سمت راست پشتی وجود دارد. تصور می شود که هموروئید به عنوان بخشی از مکانیسم خودداری عمل می کند و به بسته شدن کامل کانال مقعد در حالت استراحت کمک می کند. از آنجایی که هموروئید بخشی طبیعی از آناتومی آنورکتال است، درمان تنها در صورتی انجام می شود که علامت دار شوند. زور زدن بیش از حد، افزایش فشار شکمی و مدفوع سفت باعث افزایش احتقان وریدی شبکه هموروئیدی شده و باعث افتادگی بافت هموروئیدی می شود. ممکن است خونریزی، ترومبوز و پرولاپس علامتی هموروئید ایجاد شود.

UpToDate (www.uptodate.com)

اصول جراحی شوارتز(چارلز برونیکاردی)- ۲۰۱۹

مرجع



کیست اپیدرمال

شرح حال

بیمار خانم ۱۵ ساله با شکایت توده کیستیک در میدلاین قفسه سینه که از ۶ رو پیش شروع به تشکیل کرده بود، مراجعه نموده است. کیست در ابتدا کوچک بوده اما به طور پیشرونده بزرگ شده و ابعادی حدوداً ۱*۳ دارد. دارای درد، سوزش و خارش بوده و دو روز قبل از مراجعه به صورت خودبه‌خودی کیست پاره شده و محتویات زرد رنگ به همراه خونریزی، خارج شده است.

تشخیص افتراقی

کیست اپیدرمال - آبسه عفونی

ارزیابی



WBC: ۶,۸

neut: ۴۷٪

Hb: ۱۳,۲

HCT: ۴۰٪

درمان

کیست‌های کوچک با ایجاد یک اینسیزیون خطی کوچک بر روی سطح کیست و تخلیه محتویات آن و خارج سازی دیواره‌ی کیست درمان می‌شوند. برای جلوگیری از خونریزی زیاد، باید ناحیه را به مدت چند دقیقه فشار داد. برای کیست‌های بزرگتر، ممکن است از اکسیژون کیست و بخیه زدن آن استفاده کرد. درمان آنتی‌بیوتیکی در اکثر کیس‌ها نیازی نیست.

بحث

کیست اپیدرمال یا کیست سباسه شایع، معمولاً روی صورت، پشت یا گوش‌ها و قفسه سینه و هر سطحی از پوست تشکیل می‌شود. دیواره‌ی کیست از جنس سلول‌های سنگفرشی چندلایه کراتین‌ساز است. این توده گرد، بیرون‌زده و دارای سطح صاف است که با لمس جابه‌جا شده می‌شود. تشکیل آن ممکن است سال‌ها زمان ببرد و یا سریعاً ایجاد شود. پارگی خود به خودی دیواره‌ی این کیست باعث بیرون ریخته شدن کراتین نرم و زرد می‌شود.

Habif, T. P. (۲۰۰۴). *Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy*. Edinburgh: Mosby.

مرجع



کیست پیلار

شرح حال

بیمار خانم ۵۶ ساله، باشکایت توده صورتی رنگ، بدون درد و با سایز تقریبی ۲×۲cm، در ناحیه پوست سر مراجعه کرده است. توده از حدود ۲ سال قبل پدید آمده که اخیراً افزایش سایز پیدا کرده است. بیمار خارش و سوزش در توده را ذکر نمی کند. سابقه ای از توده های مشابه نداشته است و سابقه خانوادگی ضایعات مشابه را ذکر نمی کند. توده مدور و با حاشیه مشخص مشاهده می شود. شواهدی از ترشح چرک و یا خون وجود ندارد، مقداری پوسته ریزی در محل ضایعه مشهود است. توده در لمس قوام سفت و سختی داشته و با فشردن اندکی جابه جا می شود.

تشخیص افتراقی

کیست پیلار - کیست اپیدرموئید - لیپوم

تصویر کیست



درمان

جراحی



بحث

کیست های پیلار یا تری شیلمال، کیست های پوستی رایجی هستند. آنها در کمتر از ۱۰٪ از جمعیت رخ می دهند. افراد جوان بیشتر مستعد ابتلا به کیست های تری شیلمال هستند. کیست پیلار تمایل نژادی شناخته شده ای ندارد و در زنان بیشتر از مردان رخ می دهد. سابقه خانوادگی ممکن است وجود داشته باشد زیرا این بیماری در برخی موارد به دنبال توارث اتوزومال غالب است. در بین همه کیست های پوستی، کیست پیلار شایع ترین کیست است که بیشتر پوست سر را درگیر می کند. کیست های تری شیلمال هرگز باعث ایجاد ضایعات بدخیم نمی شوند. آنها معمولاً پراکنده هستند. کیست ها حاوی کراتین هستند و توسط اپیتلیوم سنگفرشی مطابق مشابه آنچه در غلاف ریشه خارجی فولیکول مو می بینیم، مشخص می شوند. کیست های تری شیلمال در حال تکثیر، شکل توموری کیست های پیلار هستند و در کمتر از ۳ درصد از تمام موارد کیست های پیلار ظاهر می شوند و ممکن است زخمی شوند و به صورت موضعی تهاجمی باشند.

DM Al About, SNS Yarrarapu, BC Patel - 2018 -
europepmc.org

مرجع



هیدرآدنیت چرکی

شرح حال

بیمار خانم ۳۴ ساله با شکایت توده در قسمت مدیال قفسه سینه مراجعه کرده است که از هفته ی پیش ایجاد شده است. بیمار درد در ضایعه را ذکر می کند همچنین بیمار عنوان می کند که ضایعه ای مشابه در مادر وی هم وجود داشته است؛ ضایعه ترشح ندارد. نواحی هایپرکراتوز در اطراف ضایعه دیده می شود.

تشخیص افتراقی

هیدرآدنیت چرکی - کیست اپیدرمال

ارزیابی



WBC: ۱۰.۰
RBC: ۵.۹
hemoglobin: ۱۳.۲

درمان



درمان شامل آنتی بیوتیک موضعی و برداشتن کامل ضایعه می باشد

بحث

هیدرآدنیت چرکی که به عنوان آکنه معکوس هم شناخته میشود یک بیماری دردناک پوستی است که معمولاً نواحی از بدن که حاوی غدد آپوکرین است را درگیر می کند؛ معمولاً زیربغل، پرینه، چین های زیر پستان را درگیر می کند؛ با ندول های دردناک و عمقی مشخص می شود که ممکن است باهم یکی شده و خود به خود تخلیه شوند که این مسئله باعث برجای گذاشتن اسکار قابل توجه و شاخی شدن بیش از حد (هایپرکراتوز) می شود. عمدتاً در خانم ها دیده میشود و شایع ترین زمان آن دهه سوم زندگی است؛ تشخیص آن بالینی است که به سه مرحله طبقه بندی میشوند: مرحله اول شامل ندول های منفرد یا چندگانه بدون مسیر سینوسی یا اسکار است. مرحله دوم مسیر سینوسی مشهود است و مرحله ی سوم با بیماری منتشر و مسیرهای سینوسی و ابرسه های متصل به هم است. درمان شامل آنتی بیوتیک موضعی و سیستمیک و برداشتن کامل ضایعه و درمان لیزری در مراحل پیشرفته است.

Schwartz's principles of surgery, ۱۱th. Ed, [۲۰, ۱۹]

مرجع



درماتوفیبروسارکوم پروتوبرانس

شرح حال

خانم ۵۶ ساله با ضایعه ای در ناحیه اینترگلوتئال به شکل ندول با حاشیه نامشخص صورتی تا قهوه ای رنگ که در لمس سفت است درد ندارد و به صورت کلی **asymptomatic** است به بافت زیری فیکس است و متحرک نیست. بیمار ذکر می کند که ضایعه از چندین سال پیش بزرگتر شده است.

تشخیص افتراقی

درمال فیبروز هیستوسیتوما - میکسوئید نرو شیت تومور - میکسوئید لیپوسارکوما - دسموپلاستیک ملانوما - فیبروسارکوما

ارزیابی



در بیوپسی انجام شده نمای **spindle cell** رویت شد.

درمان



بعد از انجام بیوپسی با تشخیص درماتوفیبروسارکوم پروتوپورنس تحت اکسیزیون وسیع و بازسازی با فلپ آدونس گلوتئال قرار گرفت.

بحث

DFSP یک سارکوم نادر و درجه پایین است که از درم منشا می گیرد، به ندرت متاستاز می دهد اما به طور موضعی تهاجمی است. بروز کلی سالانه در حدود ۴.۲ مورد در یک میلیون نفر تخمین زده شده است و در میان افراد سیاه پوست شیوع بیشتری دارد. تقریباً ۴۰٪ تومور ها از تنه و بقیه آن ها غالباً از سر و گردن و اندام ها منشا می گیرند. ضایعه به صورت یک توده ندولر پوستی است که رشد آهسته و دائمی دارد. ضایعات اقماری ممکن است در بیماران دارای تومور های بزرگ رویت شود.

Schwartz's principles of surgery, 11th. Ed, [۲۰, ۱۹]

مرجع



میخچه

شرح حال

بیمار آقای ۶۵ ساله با شکایت ضایعه ی دردناک و کمی برجسته در ناحیه کف پای راست مراجعه نموده است. ضایعه دارای ناحیه هایپرکراتوتیک مرکزی بوده و تندرns دارد. ضایعه فاقد قرمزی و اریتم بوده است.

تشخیص افتراقی

Poroma - Callus - Plantar Warts

تصویر ضایعه



درمان

دبریدمان با اسکالپل، استفاده از کراتولیتیک ها مانند سالیسیلیک اسید
اجتناب از پوشیدن کفش های تنگ و سربسته
کاهش فشار پا با استفاده از آتل های دور انگشتان
کاهش وزن اضافه، خشک کردن درست ناحیه بین انگشتان

بحث

میخچه به دنبال ضخیم شدگی خارجی ترین لایه پوست به دنبال اصطحکاک یا فشار تکرار شونده بر ناحیه ایجاد می شود. میخچه دارای یک هسته ی مرکزی هایپرکراتوتیک و عموماً دردناک می باشد. میخچه ها معمولاً به دنبال کفش نامناسب، خارپاشنه یا راه رفتن غیرطبیعی ایجاد می گردند.

UpToDate 2022

Schwartz's principles of surgery, 11th. Ed, [۲۰, ۱۹]

مرجع





جراحی اعصاب

IVH

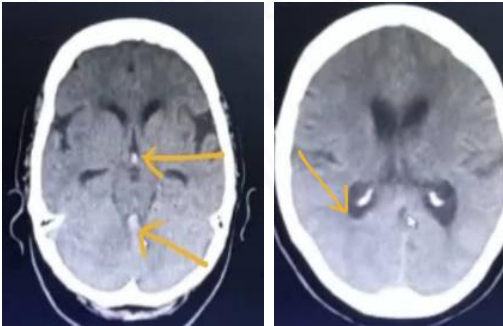
شرح حال

بیمار آقای ۷۰ ساله با سابقه هایپرتنشن Poor Control به علت سردرد شدید و ناگهانی به همراه تهوع و استفراغ مراجعه کرده است که به دنبال آن دچار تشنج و افت سطح هوشیاری شده است. $GCS: \frac{۷}{۱۵}$ دارد.

تشخیص افتراقی

ischemic stroke – SAH – TIA - acute hypertensive crisis - sinusitis - hypoglycemia - Cerebral venous thrombosis -spontaneous intracranial hypotension.

ارزیابی



در سی تی اسکن انجام شده هایپر دانسیته، مطرح کننده ICH در بازال گانگلیا و تالاموس سمت چپ می باشد.
شواهد IVH در بطن های جانبی و بطن ۳ و ۴ رویت گردید.
هایپر دانسیته در برخی سولسی ها مطرح کننده SAH است.

درمان

۱. تزریق خون
۲. جراحی برای قرار دادن یک لوله یا شانت در مغز برای تخلیه مایع.
۳. فیبرینولیز در ترکیب با درناژ داخل بطنی برای کاهش حجم لخته داخل بطنی.

بحث

خونریزی داخل بطنی (IVH) در بزرگسالان معمولاً در شرایط خونریزی زیر عنكبوتیه آنوریسمال یا خونریزی داخل مغزی مرتبط با فشار خون اتفاق می افتد. بنابراین، علت اصلی IVH از تاریخچه و یافته های رادیوگرافی آشکار است.

فوری ترین تهدیدی که توسط IVH برای زندگی ایجاد می شود، ایجاد هیدروسفالی انسدادی حاد است. تروما و فشار خون بالا میتواند از علل IVH باشد.

مرجع

- Acta Neurochir (Wien). ۱۹۹۴;۱۲۷(۱-۲):۷۹-۸۴ – PubMed
- Ann Neurol. ۱۹۹۱ Jun;۲۹(۶):۶۵۸-۶۳ - PubMed
- J Neurosurg. ۱۹۹۶ Sep;۸۵(۳):۴۱۹-۲۴ – PubMed
- J Neurol Neurosurg Psychiatry. ۱۹۹۵ Apr;۵۸(۴):۴۴۷-۴۵۰ - PubMed
- ۵۱ - PubMed
- J Neurosurg. ۱۹۹۱ May;۷۴(۵):۸۰۳-۷ - PubMed



هماتوم اپیدورال

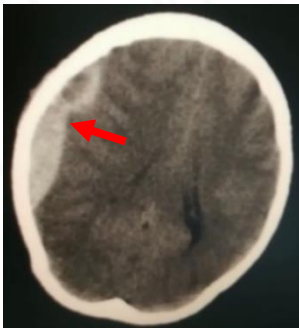
شرح حال

بیمار کودک ۱۲ ساله بدنبال سقوط از ارتفاع با $GCS = ۸$ مراجعه کرده است. بیمار آگاهی به موقعیت مکانی نداشته و حادثه را بخاطر نمی آورد. تهوع + استفراغ + تاری دید + اثر کوشینگ + مردمک ها میدریاز یک طرفه می باشد.

تشخیص افتراقی

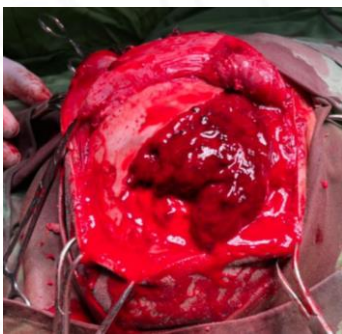
ضایعات توده‌ای داخل جمجمه‌ای - همتوم ساب‌دورال - همتوم داخل مغزی - کانتیوژن

ارزیابی



هماتوم‌های خارج دورا ممکن است در حفره ی خلفی دیده شوند و مطمئن ترین راه تشخیص آن ها انجام CT اسکن یا آنژیوگرافی است.

درمان



- پروفیلاکسی تشنج در همه بیماران (مانند فنی توئین)
- تخلیه جراحی با کنترل منشأ خونریزی
- مایع درمانی برای پیشگیری از هیپوتانسیون
- انتوباسیون برای هیپوکسی
- مانیتول یا لازیکس برای ادم مغزی
- پیشگیری از ICP افزایش یافته به وسیله بالا بردن سر، هیپرونتیلیسیون خفیف ($pCO_2 = ۳۵$)، مانیتول و / یا لازیکس و درناژ جراحی

بحث

میزان مرگ‌ومیر ناشی از همتوم اپی‌دورال به ۳۰ تا ۵۰٪ می‌رسد. این موارد به‌ویژه شامل بیمارانی است که تشخیص گسترش همتوم داخل جمجمه‌ای با تأخیر صورت گرفته است. همتوم اپی‌دورال معمولاً به علت شکستگی جمجمه و پارگی عروق مننژیال (معمولاً شاخه خلفی شریان مننژیال میانی) به وجود می‌آید. تمام شکستگی‌های جمجمه همراه با همتوم اپی‌دورال کوچکی هستند که معمولاً همتوم وریدی بوده و از فضای دیپلوئیک منشأ می‌گیرد. وقتی قسمتی از دورا که در مجاورت شکستگی قرار گرفته از تابل داخلی جمجمه فاصله می‌گیرد، فضای حاصله با خونریزی شریان مننژیال پاره پُر شده، دورا فاصله ی بیشتری گرفته و یک توده ی بزرگ خارج دورائی به وجود می‌آید که موجب فشار شدید روی نسج مغزی می‌شود. گاهی فضای فوق با خون وریدی پر می‌شود که اغلب اوقات در شکستگی‌های روی سینوس‌های عرضی یا ساژیتال فوقانی چنین است. علت، پارگی سینوس‌های فوق یا پارگی وریدهای است که به سینوس‌های فوق می‌ریزند.

UpToDate.com

مرجع



هماتوم ساب‌دورال

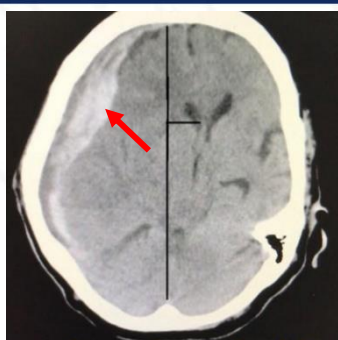
شرح حال

بیمار خانم ۶۶ ساله که بدنبال تروما به سر به این مرکز آورده شده است. بیمار Confused بوده و GCS = ۹ دارد. بیمار از سردرد های شدید شاکی بوده و دچار اختلالات بینایی می باشد. استفراغ +

تشخیص افتراقی

میگرن - تومورهای مغزی - مننژیت و آبسه های مغزی

ارزیابی



بعد از انجام CT Scan و با توجه به شواهد بالینی برای بیمار تشخیص SDH گذاشته شد.

درمان

کرایوتومی: با استفاده از جراحی، لخته خون را برداشته و تخلیه می کنند. بعد از انجام جراحی اگر بیماران از لحاظ کنترل عضلات و تکلم دچار آسیب دیدگی شده باشند، می توان از فیزیوتراپی و گفتاردرمانی استفاده نمود. بعد از انجام عمل جراحی، بیمار با $GCS = 15$ و بدون نقص عصبی ترخیص گردید.

بحث

SDH، نوعی هماتوم است که در آن مقداری از خون، بین لایه داخلی سخت شامه و عنكبوتیه مننژهای اطراف مغز جمع می شود. این عارضه معمولاً از پارگی سیاهرگ های که از فضای ساب دورال عبور می کنند، ایجاد می شود. هماتوم ساب دورال ممکن است باعث افزایش فشار داخل جمجمه گردد که این مسئله سبب فشردگی و آسیب به بافت ظریف مغز می شود. هماتوم ساب دورال حاد اغلب تهدید کننده زندگی است اما هماتوم ساب دورال مزمن در صورت مدیریت صحیح پیش آگهی بهتری دارد.

بر عکس هماتوم های ساب دورال، هماتوم های اپیدورال معمولاً به دلیل پارگی در سرخرگها ایجاد می گردند که منجر به تجمع خون بین سخت شامه و جمجمه می شود.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



تومور مغزی

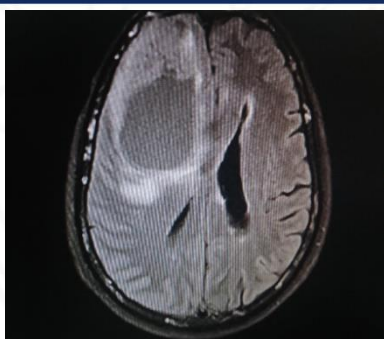
شرح حال

بیمار خانم ۶۲ ساله با شکایت ضعف و بی حالی و عدم توانایی در راه رفتن و آنورکسی به بیمارستان مراجعه کرده است. در حال حاضر بیمار از سردرد شکایت دارد و همچنین حالت تهوع داشته و چند نوبت استفراغ کرده است. بیمار اورینته به مکان و زمان و اشخاص می باشد.

تشخیص افتراقی

آبسه مغزی - Mass

تصویر



CT

Scan

درمان

جراحی - رادیوتراپی - کموتراپی

بحث

تومورهای مغزی به دلیل اینکه برخی از آن ها از بافت مغز ایجاد نمی شوند، بیشتر با عنوان نئوپلاسم های داخل جمجمه ای شناخته می شوند و میتوانند خوش خیم یا بدخیم باشند.

امروزه who براساس میزان invasive بودن تومورهای مغزی را به ۴ گرید (گرید ۱ خوش خیم ترین و گرید ۴ بدخیم ترین) تقسیم می کند. تشخیص آن در مراحل پیشرفته ی بیماری و هنگامی رخ می دهد که وجود تومور موجب بروز علائم شده است. سردرد، سرگیجه، تهوع و استفراغ، پارزی و تشنج از علائم شایع آن است. در کودکان بیشتر نوع پرایمری و در بزرگسالان حاصل متاستاز از سایر نقاط (بیشتر ریه و برست) می باشد.

Shirahata M, Mishima K. [Metastatic Brain Tumors]. Brain Nerve. 2021 Jan;73(1):5-11. Japanese. doi: 10.11477/mf.1416201707. PMID:

مرجع



هرنی دیسک لومبار

شرح حال

بیمار خانم ۶۷ ساله، کیس شناخته شده HTN، با شکایت احساس درد کمر رادیکولر به اندام تحتانی و بی‌حسی پیشرونده هر دو اندام تحتانی از چند ماه پیش مراجعه کرده است. درد از کمر به سمت پشت و لترال پا تیر می‌کشد و با عطسه و سرفه و راه رفتن تشدید می‌یابد. در معاینه، رفلکس‌ها و فورس دیستال و پروگزیمال اندام‌های تحتانی بخصوص اندام تحتانی چپ کاهش یافته است، اما تونیسیته عضلات افزایش داشته است.

تشخیص افتراقی

هرنی دیسک، لنگش عروقی، هرنی، بیماری زنان، آنوریسم آئورت ابدومینال، استئوآرتریت لومبار

ارزیابی



ریپورت MRI:

در سطح L4/L5 دیسک بالجینگ منتشر رویت شد. تنگی نخاعی و برآمدگی وسیع سطح دیسک در سطح L5/S1 و L4/L3 مشاهده شد.

درمان

جراحی دیسککتومی

بحث

هرنی دیسک، به علت بیرون‌زدگی نوکلئوس پولپوسوس از دیسک و تحت فشار قرار دادن ریشه اعصاب اتفاق می‌افتد. در ناحیه لومبار، ۹۵٪ هرنی‌ها در سطح L4-L5 و L5-S1 مشکل ایجاد می‌کنند. هرنی معمولاً درد دارد و باعث درد رادیکولر در پشت و اندام تحتانی شده و حتی می‌تواند نقص نورولوژیک ایجاد کند. درد اندام تحتانی حالت سیاتیک دارد و از پوسترئور یا لترال پا عبور کرده و به ساق یا انگشتان پا می‌رسد. تشخیص با معاینه فیزیکی مطرح شده و با CT-scan و MRI مسجل می‌شود. درمان ابتدا کانزرواتیو و با استراحت و مسکن انجام می‌شود. اما در صورت کاهش فورس اندام تحتانی و مشکل در دفع ادرار یا مدفوع، جراحی باید در نظر گرفته شود.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties
۲۰۱۹, sixth edition

مرجع



فصل سیزدهم



اورولوژی

تورشن بیضه

شرح حال

بیمار آقای ۱۹ ساله با دردناگهانی بیضه راست از ۹ ساعت قبل به اورژانس مراجعه کرده. درد حدود ۹ ساعت قبل از مراجعه آغاز شده و به جایی انتشار ندارد. N/V، تب و علائم ادراری ندارد. در معاینه بیضه ی راست بالاتر و به صورت عرضی قرار گرفته و رفلکس کرماستر راست از بین رفته. تندر نس بیضه راست همراه با تورم و اریتم اسکروتوم دارد.

تشخیص افتراقی

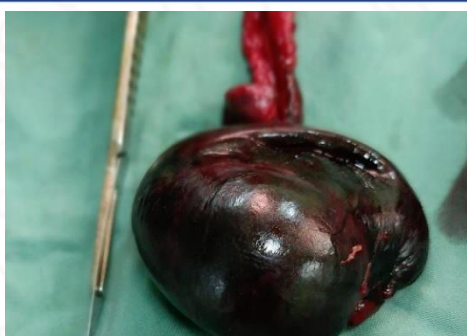
اپیدیدیمیت - اپیدیدمیو اورکیت - هر نی اینگوینال استرانگوله

ارزیابی

در سونوگرافی انجام شده تستیس راست به صورت هایپو اکو و هتروژن مشهود است. فلوی عروقی تستیس راست رویت نگردید که می تواند مطرح کننده ی تورشن تستیس راست باشد.

درمان

ارکیدکتومی



بحث

در کسانی که اختلال در چسبیدن بیضه و اپیدیدیم به فاسیا و عضلات وجود دارد، حرکت بیضه داخل اسکروتوم آزادانه است و بیضه می تواند حول محور اسپرماتیک کورد بچرخد که باعث انسداد عروق کورد و ایسکمی می شود. این بیماری بیشتر در پسران نوجوان (اوایل بلوغ) تا ۲۵ سالگی دیده می شود.

درد شدید بیضه معمولاً به صورت حاد و ناگهانی شروع می شود و می تواند به ربع تحتانی شکم همان سمت انتشار یابد و با تهوع و استفراغ همراه باشد. (درافتراق با آپاندیسیت قرار می گیرد)

Campbell_Walsh ۲۰۲۰ Urology , ۱۲ th edition

مرجع



هیدروسل

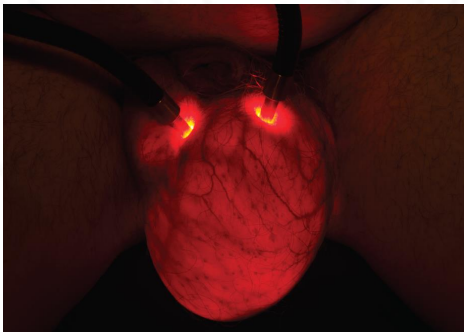
شرح حال

بیمار آقای ۶۲ ساله با شکایت تورم و اریتم در ناحیه اسکروتوم که از چند روز پیش آغاز شده است، به این مرکز مراجعه کرده است. بیمار ۱۰ روز پیش بعلت هرنی اینگوئینال راست تحت عمل هرنیورافی قرار گرفته است. ناحیه ی اسکروتوم، فاقد درد و تندرns می باشد.
دیزوری - تکرر ادرار - بی اختیاری ادرار - دربیلینگ-

تشخیص افتراقی

هرنی اینگوئینال - اسپرماتوسل - واریکوسل - هماتوسل

ارزیابی



wbc: ۷,۲ hgb: ۱۳,۱ plt ۱۹۴

تابش نور از طریق کیسه بیضه

درمان

✓ در کودکان درمان جراحی هیدروسل تا یک سالگی توصیه نمی شود؛ چون بهبود خود به خودی در بیشتر این موارد طی این مدت رخ می دهد.
✓ درمان جراحی: هیدروسلکتومی

بحث

هیدروسل نوعی تورم در کیسه بیضه است و زمانی رخ می دهد که مایع در غلاف نازک اطراف بیضه جمع شود. در نوزادان شایع است و معمولاً بدون درمان تا سن ۱ سالگی ناپدید می شود و در مردان بالغ نیز ممکن است به دلیل التهاب یا آسیب در کیسه بیضه دچار هیدروسل شوند.

مرجع

med scape و رفرنس اورولوژی: سیم فروش (ویرایش سوم ۱۴۰۰)



اسپرمتوسل

شرح حال

بیمار آقای ۴۵ ساله با شکایت تورم یک طرفه بیضه چپ از روز گذشته، مراجعه کرده است، بیمار سابقه قبلی از تروما یا بیماری خاص دیگری ندارد.

Dysuria- Frequency- incontinency- Erythema-

تشخیص افتراقی

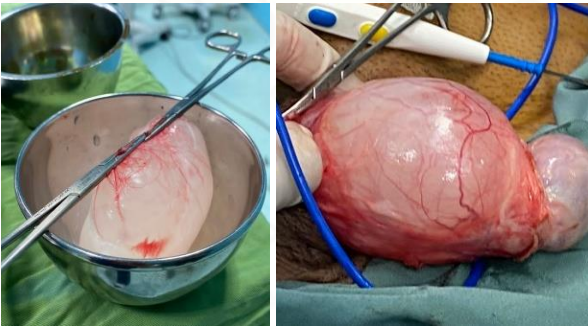
هیدروسل - تومور بیضه - تورشن بیضه - هرنی اینگوئینال

ارزیابی

نور توانایی عبور از اسپرمتوسل ها را دارد. با این تکنیک می توان یک کیست خوش خیم را از توده بدخیم تشخیص داد.

درمان

برای بیمار جراحی اسپرمتوسلکتومی صورت گرفت.
اسپرمتوسل نیاز به درمان ندارد مگر اینکه باعث ایجاد درد یا عارضه ای شود. برای درد می توان از مسکن های معمولی مثل استامینوفن یا ایبوپروفن استفاده کرد.



بحث

اسپرمتوسل یک کیست اپیدیدیمی نرم، متحرک و ترنس لومینال است که نمای ظاهری آن یک توده اسکروتال است، حاوی اسپرم های غیرزنده است که در مایعی شیری رنگ اطراف بیضه هستند و قطر آن معمولاً بیشتر از ۲ سانتی متر است. این بیماری خوش خیم و معمولاً بدون درد است و باروری را مختل نمی کند.

Peter F.Lawrence, Essentials of General Surgery and Surgical Specialties

۲۰۱۹ , sixth edition

مرجع



زگیل تناسلی

شرح حال

بیمار آقای ۲۲ ساله که به دنبال اینترکورس محافظت نشده دچار دو ضایعه برجسته با شکل مشابه گل کلمی که گاهی درد و سوزش داشته به درمانگاه مراجعه کرده اند
ضایعات فاقد درد و اریتم و خونریزی بوده

تشخیص افتراقی

لیکن پلان - سبورویک کراتوز - سیفلیس و بدخیمی

ارزیابی



گاهی نیاز به نمونه برداری دارد.

درمان

محلول سالیسیلیک اسید
کرایوتراپی
لیزر
الکتروکوتر

بحث

عفونت hpv یکی از بیماری های شایع منتقله از راه جنسی std است. زگیل تناسلی میتواند با افزایش خطر سرطان های انوژنیال بویژه دهانه رحم و ولووژینال در خانمها و سرطان مقعد و آلت تناسلی در مردان همراه باشد. این افزایش خطر بویژه در سروتایپ های ۱۶ و ۱۸ مشاهده شده و سروتایپ های ۶ و ۱۱ شیوع بیشتری در ایجاد زگیل های خوش خیم تناسلی دارد

مرجع

درسنامه بیماری های پوست /نویسندگان حسین مرتضوی وعلیرضا فیروزو محمد شهیدی با همکاری اساتید دانشگاه های علومپزشکی کشور



فصل چہاردم



زنان

کیست درموئید

شرح حال

بیمار خانم ۳۵ ساله و متاهل با شکایت چاقی شکمی غیر طبیعی و درد های گهگاهی پایین کمر که بعضا به صورت شدید اتفاق می افتد، به این مرکز مراجعه کرده است. درد های بیمار از حدود دو ماه پیش شروع شده و بیمار طی این مدت خونریزی های واژینال غیر طبیعی را نیز ذکر می کند. اولین دوره ی منارک بیمار از سن ۱۴ سالگی بوده و قاعدگی بیمار بطور منظم (۲۸روزه) برقرار است.

تشخیص افتراقی

EP - آبسه توبوآوارین

ارزیابی



این تومورها اغلب دارای میزان چربی بالا است که شناسایی آن را در ارزیابی با ct scan آسان کرده است. توده ی آدنکس چپ با تجمع مایع و چربی مشاهده می شود.

درمان

در صورت بی علامت بودن و کوچک بودن: درمان انتظاری و پیگیری مکرر با سونوگرافی
در صورت علامت دار بودن، بزرگ بودن سایز و شک به بدخیمی : جراحی سیستکتومی

بحث

کیست درموئید، از سلول های زایای اولیه و تخمدان ها منشا می گیرد و دارای سلول های نسبتا تمایز یافته مانند مو و استخوان می باشد. ۸۰٪ موارد در سنین باروری با میانگین سنی ۳۰ سال اتفاق می افتد، توده های یک طرفه وغالبا بدون علامت می باشد، در مقابل بعضی از آنها ممکن است با علائمی شامل درد شکمی، مشکلات ادراری ، تهوع و بزرگ شدن شکم مراجعه کنند. همچنین این کیست ها، ریسک ایجاد تورشن تخمدان را افزایش می دهد.

beckmann and ling's obstetrics and gynecology & med scape

مرجع



EP (Ectopic Pregnancy)

شرح حال

بیمار خانم ۳۴ ساله G1P1A0 با درد شکم در ناحیه RLQ از صبح روز مراجعه با ماهیت مداوم، بدون ارتباط با تغذیه و بدون ارتباط با تغییر وضعیت به همراه تهوع و بدون استفراغ، مراجعه کرده است. تاخیر در قاعدگی (retard menstruation) از یک ماه و نیم پیش دارد. علائم ادراری ندارد و شرح حالی از ترشحات واژینال را ذکر نمی کند.

در معاینه شکم نرم با گاردینگ مختصر به همراه تندرns در RLQ مشهود است.

تشخیص افتراقی

EP - کیست هموراژیک تخمدان - آپاندیسیت حاد - کرون

ارزیابی

WBC: ۹,۲(۶۰٪) Hb: ۱۳ PLT: ۳۶۴ Na: ۱۴۱ K: ۳,۹

در بررسی سونوگرافی تصویر یک ناحیه به دیامتر عرضی ۳۰ میلی متر در آدنکس راست مطرح کننده EP یا کیست کورپوس لوتئوم مشاهده می شود.

درمان

سالپنژکتومی



بحث

بارداری نابه جا در اکثر موارد در لوله فالوپ روی می دهد. ریسک فاکتورهای آن شامل سابقه نازایی و شرح حال تحریک تخمک گذاری، جراحی لوله ای، سیگار و DES است. تابلوی بالینی تیپیک یک بیمار خانم جوان با تاخیر در قاعدگی، درد شکمی و خونریزی واژینال که با تیتتر سریال BhCG و سونوگرافی تایید می شود.

Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology, ۲۰۱۹, ۸th edition

مرجع



تورشن تخمدان

شرح حال

بیمار خانم ۳۵ ساله با شکایت درد شکم در ناحیه تحتانی راست شکم می باشد که از حدود سه ساعت قبل از مراجعه و بصورت ناگهانی آغاز شده است. درد بیمار به ناحیه ی تناسلی انتشار دارد. پوزیشنال نیست. با تغذیه ارتباط نداشته و ماهیت on و off داشته است.
آنورکسی + ، تهوع + ، ۴ نوبت استفراغ غیر خونی و غیر صفراوی ، دفع مدفوع + (بدون اسهال/یبوست) علائم ادراری ندارد.
اولین منارک بیمار در ۱۳ سالگی صورت گرفته و منسهای منظم دارد. در حال حاضر ترشح واژینال غیرطبیعی ندارد. LMP بیمار ۱۰ روز قبل بوده است.

تشخیص افتراقی

تورشن تخمدان - EP - کیست هموراژیک تخمدان

ارزیابی

WBC: ۷,۵ (۵۷,۶۰) Hb: ۱۱,۹ PLT: ۱۸۳ Beta hCG: Neg
در سونوگرافی: کلیه ها با سایز و اکوی نرمال فاقد سنگ درشت و هیدرونفروز رویت شد. رحم با ابعاد ۳۵*۷۵ با ضخامت اندومتر THIN و اکو میومتر نرمال رویت گردید. تخمدان راست با ابعاد ۲۷*۵۰ و تخمدان چپ با ابعاد ۳۱*۵۷ م.م مشاهده شد. تخمدان چپ حاوی ۵ فولیکول بزرگترین با دیامتر ۶ م.م و تخمدان راست حاوی ۴ فولیکول بزرگترین با دیامتر ۹ م.م مشاهده شد. فلوی عروقی به صورت نرمال در تخمدان چپ رویت شد. فلوی عروقی به صورت واضح در تخمدان راست رویت نشد. در محل ادنکس ها تصویری به نفع کیست واضح مشاهده نمی شود. در بررسی RLQ تصویری به نفع لوپ blind یا noncompressible و فیکس رویت نگردید هرچند رد کننده ی مراحل اولیه آپاندیسیت و یا آپاندیسیت رتروسکال نمی باشد. مایع مختصر در اینترلوپ مشاهده می شود.

درمان

جراحی دتورت کردن تخمدان

بحث

پیچ خوردگی تخمدان به چرخش کامل یا جزئی تخمدان بر روی تکیه گاه های لیگامانی آن اشاره دارد که اغلب منجر به انسداد جزئی یا کامل خون رسانی آن می شود. این یکی از شایع ترین اورژانس های جراحی زنان است و ممکن است زنان را در تمام سنین تحت تاثیر قرار دهد.

Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology, ۲۰۱۹, ۸th edition

مرجع



کیست تخمدان

شرح حال

بیمار خانم ۲۸ ساله با شکایت درد شکم ناحیه هیپوگاستر درد مبهم شکمی که از دو سیکل قبل درد شروع شده اما بعد از پایان سیکل دوم، بعد از گذشت ۵ هفته همچنان پریود نشده و دو سیکل تحت درمان OCP بوده ولی درد تخفیف پیدا نکرده است. بیمار سابقه ی حاملگی ندارد. قاعدگی نامنظم و دردناک دارد. در معاینه شکم بیمار نرم و علائم حیاتی پایدار است. در معاینه واژینال توده ای در ادنکس راست لمس می شود.

تشخیص افتراقی

حاملگی خارج رحمی - کیست فانکشنال تخمدان (فولیکولر) - آندومتریوز - آپاندیسیت خفیف حاد - تورشن تخمدان

ارزیابی



- = β -HCG

RBC=۴,۱ Hb=۱۲ WBC=۷۰۰۰
PLT=۲۵۰۰۰۰ FSH=۱۱۶ LH=۳۷

سونوگرافی کیست تخمدان راست در ابعاد ۷/۶۱ cm × ۶/۳۸ cm رویت شد.

درمان



- درمان کنسرواتیو مصرف OCP به مدت شش هفته
- لاپاروسکوپی

بحث

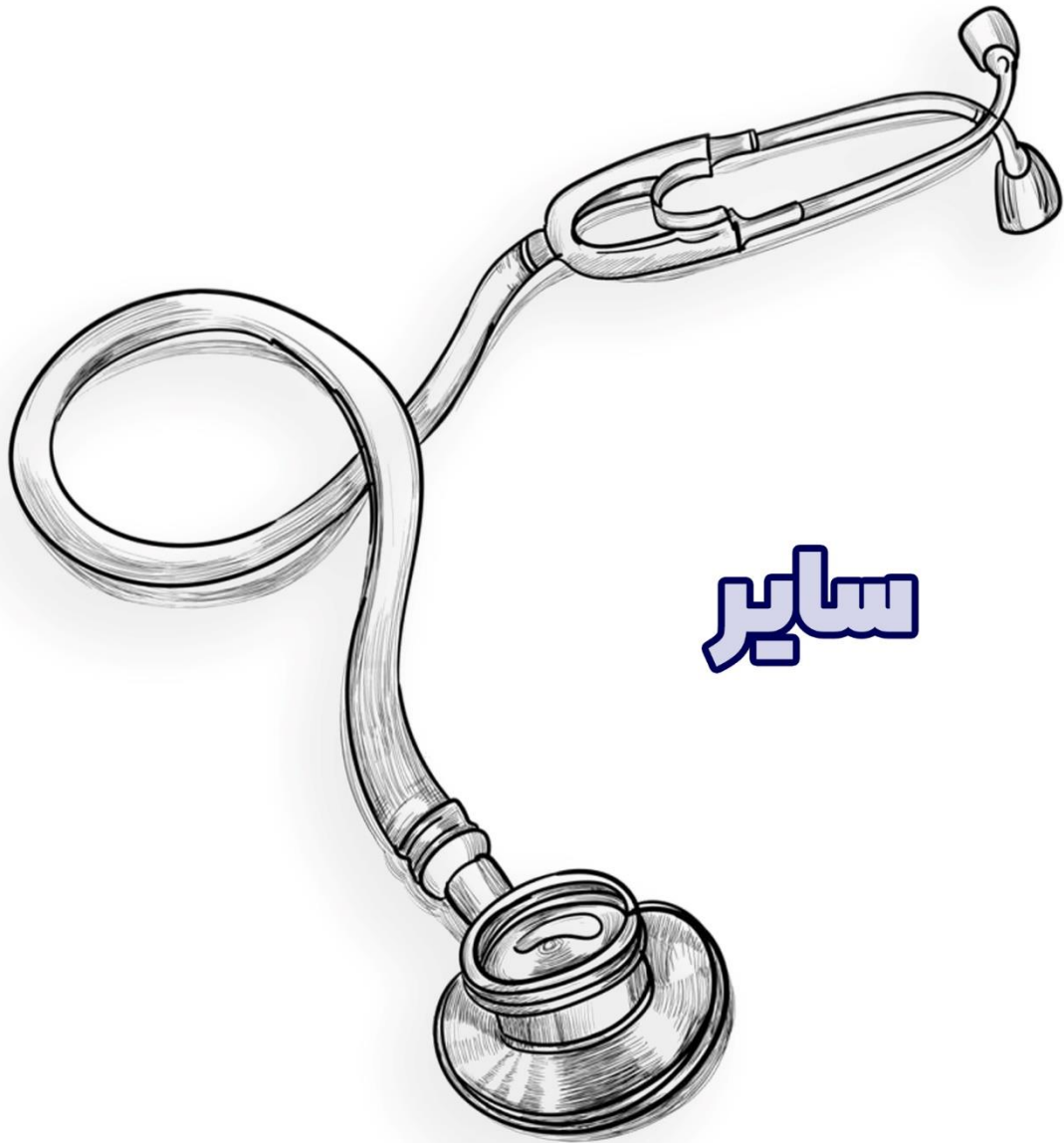
کیست تخمدان کیسه ای پر از مایع یا مواد نیمه جامد است که رو یا درون، یک یا هر دو تخمدان تشکیل می شود. کیست تخمدان انواع مختلفی دارد که شایع ترین آن کیست فولیکولی (Follicular Cyst) است. وقتی یک فولیکول تخمدانی در طی بلوغ فولیکولر پاره نشود. تخمک گذاری رخ نمی دهد این فرایند موجب آمنوره ثانویه گذرا می شود به این نوع کیست اصطلاحاً کیست های ساده نیز می گویند.

Williams Gynecology, ۴e

Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Lisa M. Halvorson, Cherine A. Hamid, Marlene M. Corton, Joseph I. Schaffe

مرجع

فصل پانزدهم



سایر

بلع جسم خارجی

شرح حال

بیمار آقای ۳۰ ساله با شکایت بلع جسم خارجی (تیغ ژیلت) مراجعه کرده است. هنگام مراجعه سوزش ناحیه اپی گاستر +، تهوع - استفراغ - تب و لرز - هماتمز و ملنا - Defecation و gas passing برقرار است. در معاینه شکم فاقد تندرns و ریباند تندرns و گاردینگ می باشد.

آزمایشات

WBC: ۱۱/۶ HB: ۱۵/۸ PLT: ۱۹۲

تصویر



درمان

با توجه به موقعیت جسم خارجی نوک تیز (عبور از دریچه پیلور) :
گرافی سریال + چک علائم
حداکثر تا ۳ روز فرصت می دهیم، اگر دفع نشد یا محل آن ثابت بود، جراحی می کنیم.

بحث

در موارد بلع جسم خارجی نوک تیز بعد از بررسی راه هوایی و انجام معاینات ABC و اطمینان از شرایط stable بیمار :
درخواست گرافی :
cervical Xray = Ap & LAT
CXRAY=AP&LAT
ABDOMINAL XRAY=upright-supine
در صورتیکه جسم خارجی نوک تیز در مری و معده باشد = اندوسکوپی اورژانس
عبور از پیلور : مریض بستری شود - گرافی سریال + چک علائم
حداکثر تا ۳ روز فرصت می دهیم اگر دفع نشد یا محل آن ثابت بود = جراحی

مرجع

اصول جراحی شوارتز (چارلز برونیکاردی) - ۲۰۱۹ - ویرایش یازدهم



برای دریافت فیلم نحوه تشخیص و مدیریت

بلع جسم خارجی اینجا را اسکن کنید.



Body Packer

شرح حال

بیمار آقای ۴۲ ساله **addict** به متادون (روزی ۸cc) و سابقه ی مصرف شیشه و **۲۰ p/y smoker** و **abdominal X-Ray** و شک به **Drug history** منفی؛ به علت مشاهده ی جسم خارجی در **abdominal X-Ray** و شک به مواد مخدر؛ از زندان به این مرکز اعزام شده است. بیمار بیان می کند دو روز قبل از مراجعه یک بسته مواد را که از محتوا و نحوه ی بسته بندی آن اطلاعی ندارد، بلع کرده است.
درد شکم - تهوع و استفراغ - **Defecation - gas passing +**

تشخیص افتراقی

Body Packer

ارزیابی



WBC = ۵ RBC = ۵,۵۷ HB = ۱۶,۳ HCT = ۴۸ PLT = ۱۸۳

تصویر ناحیه ی آپک با حدود **smooth** به ابعاد ۵۰ در ۳۰ میلی متر در ناحیه ی اپی گاستر (معهه یا کولون عرضی) مربوط به جسم خارجی

درمان



پس از ۶ روز بستری و درمان حمایتی و تحت نظر بودن پک جا به جا نشد در نتیجه بیمار تحت جراحی گاستروتومی و گاسترورافی قرار گرفت و پک با موفقیت (گرافی پس از جراحی) خارج شد.
سپس برای بیمار **nasogastric tube** تعبیه شد.

بحث

در بادی پکر هایی که دارو را برای قاچاق مصرف می کنند و در بیمارانی که اجسام با گوشه ی تیز یا دنداندار دارند که به طور ایمن از طریق آندوسکوپی خارج نمی شوند، برداشتن با جراحی توصیه می شود.
تکنیک های باز گاستروتومی شامل روش **Stamm**، روش **Witzel** و روش **Janeway** است. عوارض گاستروستومی شامل عفونت، نشت همراه با پریتونیت و پنومونی آسپیراسیون است.
اگرچه **gastrostomy tubes** معمولاً از اتساع شدید معده جلوگیری می کنند، اما ممکن است به اندازه کافی معده را تخلیه نکنند، به خصوص زمانی که بیمار **bedridden** است.

Schwartz's Principles of Surgery, ۱۱e Brunicaudi F, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE.

مرجع



تریکو بزوار

شرح حال

بیمار دختر ۱۴ ساله به دلیل احساس توده‌ای در ناحیه اپیگاستر. بیمار از دو ماه قبل توده خود را احساس کرده بود. هیچگونه شکایت از کاهش وزن، درد شکم تهوع، اسهال و استفراغ وجود نداشت. توده به ابعاد ۱۰ در ۱۵ سانتی متر از ربع فوقانی چپ به سمت ربع تحتانی راست امتداد پیدا کرده بود.

Pyloric Stenosis

تشخیص افتراقی

ارزیابی

سونوگرافی و رادیوگرافی ساده شکم کمکی به تشخیص نکردند. بنابراین سی تی اسکن با ماده حاجب انجام گرفت. با توجه به نمای سی تی اسکن شکم و شرح حال بیمار احتمال بزوار داخل معده مطرح شد و آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش انجام شد که تشخیص قطعی گردید.



با توجه به بزرگی توده:
گاستروتومی

درمان

بحث

بزوارهای معده حاصل تجمع موارد بلع شده غیرقابل هضم در قالب توده می‌باشند. بزوارهای معده نادرند، باعث علائم غیراختصاصی می‌شوند. تریکو بزوار یکی از انواع بزوارهای معده ناشی از تجمع مو در معده می‌باشد. بیمار ممکن است برای سال‌ها تا کشف به صورت اتفاقی یا بزرگ شدن بیش از حد در همراهی یا بدون همراهی با علائم غیراختصاصی از قبیل درد شکمی، تهوع، استفراغ، سیری زودرس، بی‌اشتهایی و کاهش وزن متوجه توده نشود.

Uptodate / Schwartz's Principles of Surgery, ۱۱e Brunicaudi F, Andersen DK, Billiar TR. Dunn DL. Kao LS. Hunter JG. Matthews JB. Pollock RE.

مرجع



سین داکتیلی

شرح حال

بیمار خانم ۱۵ ساله با شکایت چسبندگی انگشتان ۴ و ۵ دست مراجعه نموده است. بیمار حین flexion PIP دچار درد می شود.

تشخیص افتراقی

سین داکتیلی

تصویر



درمان

بر خلاف سین داکتیلی انگشتان پا، سین داکتیلی در دست اندیکاسیون جراحی دارد.

بحث

سین داکتیلی شایع ترین ناهنجاری مادرزادی اندام ها است که شیوع آن ۱ در ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ تولد زنده است. اختلالی است که هنگام تمایز انگشتان رخ میدهد. جدایی انگشتان معمولاً در هفته های ششم و هشتم رشد جنینی رخ می دهد.

<https://emedicine.medscape.com/article/۱۲۴۴۴۲۰->

Medscape

مرجع



تراکئوستومی

شرح حال

بیمار خانم ۶۷ ساله کیس HTN که ۲ هفته قبل با شکایت سردرد شدید ژنرالیزه و ناگهانی همراه با استفراغ جهنده حاوی مواد غذایی مراجعه کرده است. بیمار به تدریج دچار کاهش سطح هوشیاری میشود و در بررسی ها برای بیمار تشخیص خونریزی پونز گذاشته می شود و تحت انتوباسیون اندوتراکئال قرار می گیرد. بیمار از زمان مراجعه انتوبه بوده و اکنون GCS بیمار ۳ است.

درمان

با توجه به نیاز طولانی مدت به ونتیلاسیون بیمار تحت تراکئوستومی قرار می گیرد.

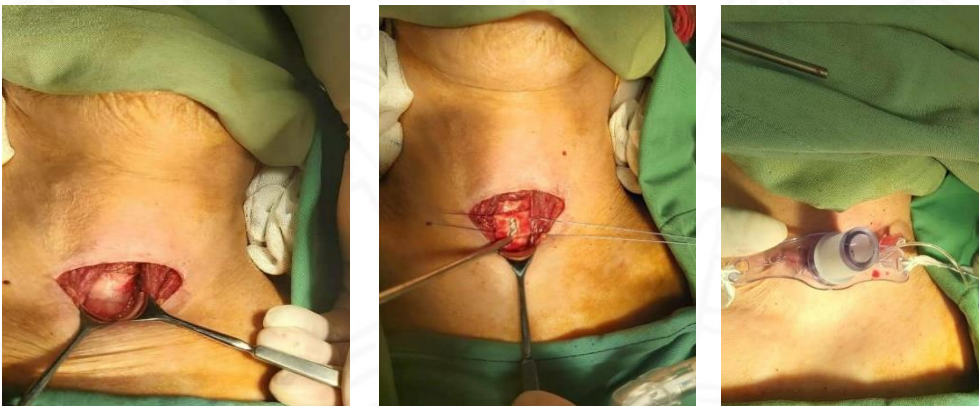
توضیحات

در تراکئوتومی برش روی تراشه به منظور تعبیه راه هوایی و بای پس مجاری هوایی گوارشی فوقانی برای کمک به بهداشت ریه ها انجام میشود. حفره یا استومای متصل کننده تراشه به پوست تراکئوستومی نامیده می شود. اندیکاسیون های تراکئوتومی :
بای پس انسداد راه هوایی فوقانی - وابستگی طولانی مدت به ونتیلاتور مورد انتظار باشد (معمولا بیش از ۲ هفته) - امکان دسترسی مستقیم برای شست و شو و ساکشن راه هوایی - جلوگیری از آسپیراسیون مزمن - کاهش فضای مرده در بیماران با تلاش تنفسی ضعیف یا سرکوب سیستم عصبی مرکزی

عوارض

عوارض زودرس : خونریزی - پنوموتوراکس - دکانوله شدن تصادفی - مسیر اشتباه لوله به مדיاستن - ایست قلبی
عوارض دیررس : تشکیل بافت گرانولاسیون پری استومال یا تراکئال با خونریزی و انسداد مجاری هوایی - فیستول پایدار تراشه به پوست متعاقب دکانوله شدن - تنگی تراشه - فیستول تراشه به شریان بی نام یا مری

تصاویر



مرجع

ضروریات جراحی لارنس ۲۰۱۹- فصل ۲۷ (بیماریهای گوش و حلق)



تعبیه شالدون

شرح حال

بیمار آقای ۵۲ ساله کیس DM با علائم خواب آلودگی، تهوع و استفراغ مکرر غیرخونی و غیرصفاوی از چند روز قبل به اورژانس مراجعه کرده است. تب و لرز، سردرد و درد شکم را ذکر نمی کند. اجابت مزاج نرمال است. در معاینه شکم نرم و فاقد گاردینگ و تندرns است. مردمک ها میdسایز و reactive به نور است. رال در قاعده ریه سمع می شود. flapping tremor دارد.

ارزیابی

Na: ۱۳۸ K: ۷ BUN: ۱۷۰ cr: ۸,۴ WBC: ۱۰ Hb: ۱۱ plt : ۳۴۴

بیمار کاندید دیالیز اورژاسی است و برای بیمار شالدون تعبیه می شود (از طریق ورید ژوگولار داخلی راست)

درمان



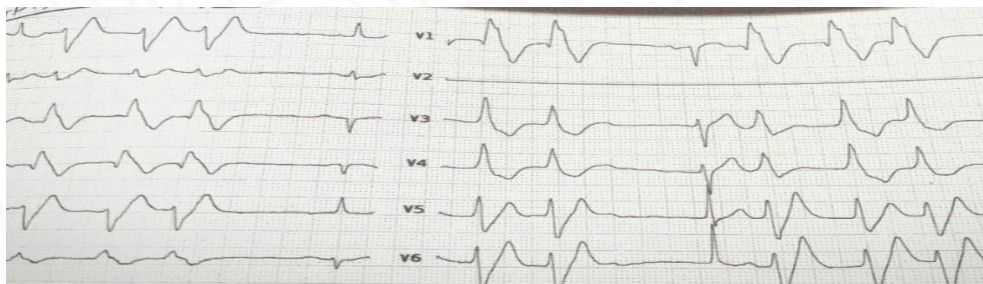
بحث

موارد استفاده از کاتتر ورید مرکزی (CVC) شامل لزوم ثبت همودینامیک فشار ورید مرکزی (CVP) ، تجویز دارویی که ممکن است محرک عروق محیطی باشد، عدم امکان دسترسی وریدی وهمودیالیز می باشد . کاتتر همودیالیز بدون تونل برای استفاده کوتاه مدت (کمتر از ۲ هفته) طراحی شده و کاتتر ارجح در موارد نیاز حاد به همودیالیز مثل نارسایی حاد کلیه، مسمومیت و ترومبوز در مسیر شریانی-وریدی می باشد. مسیره‌های عروقی قابل استفاده شامل ورید ژوگولار خارجی و ژوگولار داخلی، ورید ساب کلاوین و ورید فمورال است. ورید ژوگولار داخلی راست به علت مسیر مستقیم به سوپریور وناکاوا جهت همودیالیز ترجیح داده می شود.

عوارض

و تصویر الکتروکاردیوم بیمار

عوارض CVC شامل پنوموتوراکس، جاگذاری ناصحیح، عفونت، ترومبوز، جراحت به عروق، آمبولی هوا و آریتمی است. در هنگام جاگذاری بایستی از پوشش استریل استفاده شود و هنگامی که نیاز به دسترسی مرکزی مرتفع شد، خارج شده و نباید به عنوان یک خط درون وریدی باقی بماند.



اصول جراحی لارنس ۲۰۱۹ (مدیریت بیماران بدحال در جراحی) - uptodate

مرجع



Ingrowing nail

بیمار آقای ۲۱ ساله با شکایت درد و تورم در سطح مدیال انگشت شست پای راست مراجعه کرده است. سطح مدیال انگشت شست پای راست تورم، تغییر رنگ، ترشح و تندرns دارد. بیمار سابقه پوشیدن کفش تنگ و فعالیت ورزشی به همراه تعریق پا را ذکر می کند.

شرح حال

Ingrowing nail – Onychomycosis - Felon

تشخیص افتراقی



تصویر



Partial nail avulsion with chemical matricectomy



درمان

Ingrowing nail یک مشکل شایع ناخن است که بیشتر روی انگشت شست پا در بزرگسالان جوان تاثیر می گذارد. ناخن های دست به طور غیر معمول تحت تاثیر قرار می گیرند. سه نوع مختلف رشد ناخن وجود دارد: فرورفتگی لترال، فرورفتگی دیستال و فرورفتگی پروگزیمال (رترونیسیا)، که فرورفتگی دیستال جانبی (اونیکوکریپتوز) شایع ترین آنها است. همه انواع فرورفتگی ناخن ها باعث التهاب بافت های اطراف ناخن، همراه با درد و احتمال تشکیل گرانولوم می شود. رشد درونی دیستال جانبی - در ناخن فرورفته دیستال-لترال، یک اسپیکول تیز لبه صفحه ناخن دیستال-لترال نفوذ کرده و به بافت های نرم چین جانبی ناخن آسیب می رساند و باعث ایجاد جسم خارجی، واکنش التهابی و گرانولوماتوز می شود. عوامل محرک عبارتند از: • کوتاه کردن نامناسب صفحه ناخن • پوشیدن کفش های نامناسب • هیپریدروزیس. ضربه های مکرر و جزئی (مثلاً از تمرینات ورزشی). • ناهنجاری های مادرزادی یا اکتسابی پا. • پارونیشیا ناشی از دارو - پارونیشیا با تعبیه جانبی و تشکیل گرانولوم می تواند یک اثر نامطلوب درمان با رتینوئیدهای سیستمیک، مهارکننده های گیرنده فاکتور رشد اپیدرمی (EGFR) (مانند کتوکسیماب، ارلوتینیب، پانیتوموماب، لاپاتینیب) و عوامل ضدترتروویروسی باشد.

بحث

Uptodate : https://www.uptodate.com/contents/ingrown-nails?search=ingrowing%۲۰nail&source=search_result&selectedTitle=۱~۱۵&usage_type=d

مرجع



واریس اندام تحتانی

شرح حال

بیمار آقای ۴۱ ساله با درد اندام تحتانی دوطرفه، با ارجحیت سمت راست و وریدهای برجسته مراجعه کرده است. بیمار کارگر بوده و ایستادن های طولانی در روز را ذکر می کند.

BMI : ۳۴

تشخیص افتراقی

سلولیت - درماتیت

تصویر



درمان

به افرادی که وریدهای واریسی دارند و دچار عارضه جدی نیستند، می توان با اقدامات ساده ای کمک کرد؛ از جمله ورزش مرتب، محدود کردن مصرف نمک، بالا بردن پا به طور منظم و پوشیدن جوراب های واریس که بخش پایینی پا را به شیوه ای تدریجی می فشارند و به بازگشت خون به بالا به سمت قلب کمک می کنند. در موارد دیگر می توان از اسکروتراپی، لیزر داخلی عروقی و عمل جراحی کمک گرفت. اندیکاسیون های درمان جراحی شامل درد دائم و ناتوان کننده، ترومبوفلیت (لخته شدن) سطحی راجعه، ضایعات و زخم های پوستی همراه با خونریزی هستند.

بحث

شکل گیری سیاهرگ های واریسی تا حدی علت به شیوه کار سیاهرگ ها برمی گردد که مانند نردبان عمل می کنند. سیاهرگ ها داری دریچه هایی هستند که به بازگشت تدریجی خون به سمت قلب بدون نشت خون کمک می کنند. هنگامی که این دریچه ها ضعیف می شوند یا افتادگی پیدا می کنند، خون و مایعات در بخش های پایینی پا جمع می شوند و با فشار آوردن روی دیواره سیاهرگ ها باعث ایجاد سیاهرگ های واریسی بزرگ تر و کلفت تر می شوند. این فرایند با افزایش سن، فشار وزن ناشی از ایستادن یا بی حرکتی طولانی، عوامل ژنتیکی، بیماری های رگ های خونی، تجمع مایعات در بدن و بارداری بدتر می شود. گاهی این اختلال کار سیاهرگ ها به ورم کردن پاها، احساس درد، خستگی عضلانی، تغییر رنگ پوست یا حتی زخم های پوستی می انجامد.

UpToDate.com

مرجع



لنفادنوپاتی

شرح حال

بیمار پسر ۱۸ ساله با شکایت تب و لرز و لنفودنوپاتی ژنرالیزه با ارجحیت گردن مراجعه کرده است. بیمار تعریق شبانه را هم ذکر می کند. در معاینه غدد متورم و قابل لمس در ناحیه ی گردن مشهود می باشند.

تشخیص افتراقی

فیبروآدنوما - لیپوما

ارزیابی



اکسیزیونال
بیوپسی

درمان

علائم لنفادنوپاتی می تواند به برخی از درمان های خانگی یا بدون نسخه (OTC) پاسخ دهد. کمپرس سرد و NSAID مانند ناپروکسن و ایبوپروفن نیز می توانند درد و التهاب را تسکین دهند. در مواردی که عفونت با لنفادنوپاتی درگیر باشد، استراحت بسیار لازم و ضروری است. در موارد سرطان پستان پیشرفته، غدد لنفاوی زیر بغل به عنوان بخشی از ماستکتومی رادیکال یا اصلاح شده برداشته می شوند.

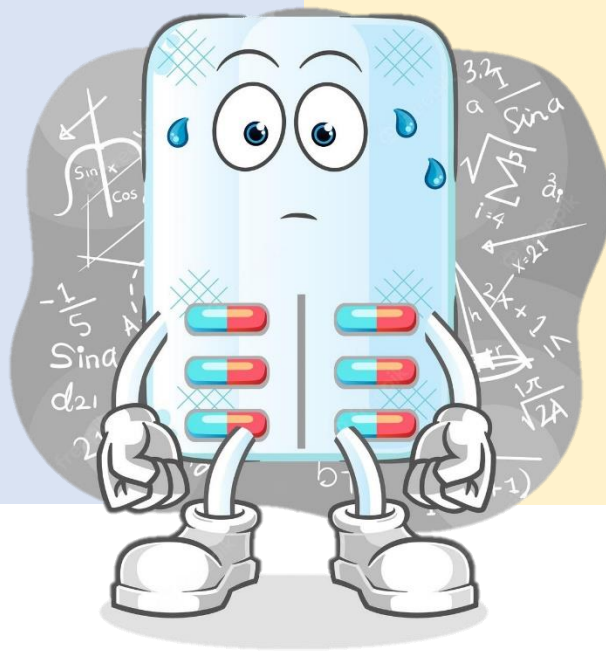
بحث

لنفادنوپاتی از شایعترین علل بیماری تورم غدد لنفاوی است، غدد لنفاوی بیشتر در اثر عفونت باکتریایی یا ویروسی بوجود می آید که فرد بیشتر متوجه غددی همچون غدد ناحیه گردن، زیر بغل یا کشاله ران که به سطح پوست نزدیک تر است، می شود. این غدد لنفاوی که بیشتر بر اثر عفونت بوجود می آید موضعی است و با از بین رفتن آن این تورم فروکش می کند. بوجود آمدن تعداد زیادی از این غدد ممکن است نتیجه بیماری های ناشی از سرطان پستان، لنفوما یا لوسمی باشد. عفونت با HIV و یا باکتری سل نیز می تواند لنفادنوپاتی دائم ایجاد کند.

UpToDate.com

مرجع





استدلال بالینی

تقسیم بندی آزمون های استدلال بالینی

چهار مولفه اصلی استدلال بالینی که تقسیم بندی آزمون های آن هم بر همین اساس انجام می شود، عبارت است از:

- جمع آوری اطلاعات: آزمون ویژگی های کلیدی یا KF
- ساختن فرضیه: آزمون استدلال بالینی یا CRP، آزمون سناریونویسی و پازل
- ارزیابی فرضیه: آزمون همخوانی با شرح نامه یا SC
- حل مسئله: تدبیر مشکل بیمار یا PMP

ساختار کلی آزمون های استدلال بالینی

از آنجایی که این آزمونها براساس شرایط واقعی طراحی می شوند، بنابراین تنها یک پاسخ صحیح برای آنها وجود نخواهد داشت و این دقیقا برعکس آزمون های عینی است.

یکی از ویژگی های این آزمون ها، تاکید بر عمل یا تصمیم است.

از این روی این آزمون ها، هم از نظر طراحی و هم از نظر تهیه ی کلید و تصحیح آن، کاملا با سایر آزمون های کتبی متفاوت است.

نمره دهی در آزمون های استدلال بالینی

نمره دهی به هر سوال: باید این نکته را در نظر داشت که هم نمره ی هر گزینه و هم نمره ی مجموعه ی گزینه ها مدنظر قرار می گیرد.

نمره دهی به کل آزمون : روش تجمعی و روش میانگینی

مزایای آزمون های استدلال بالینی

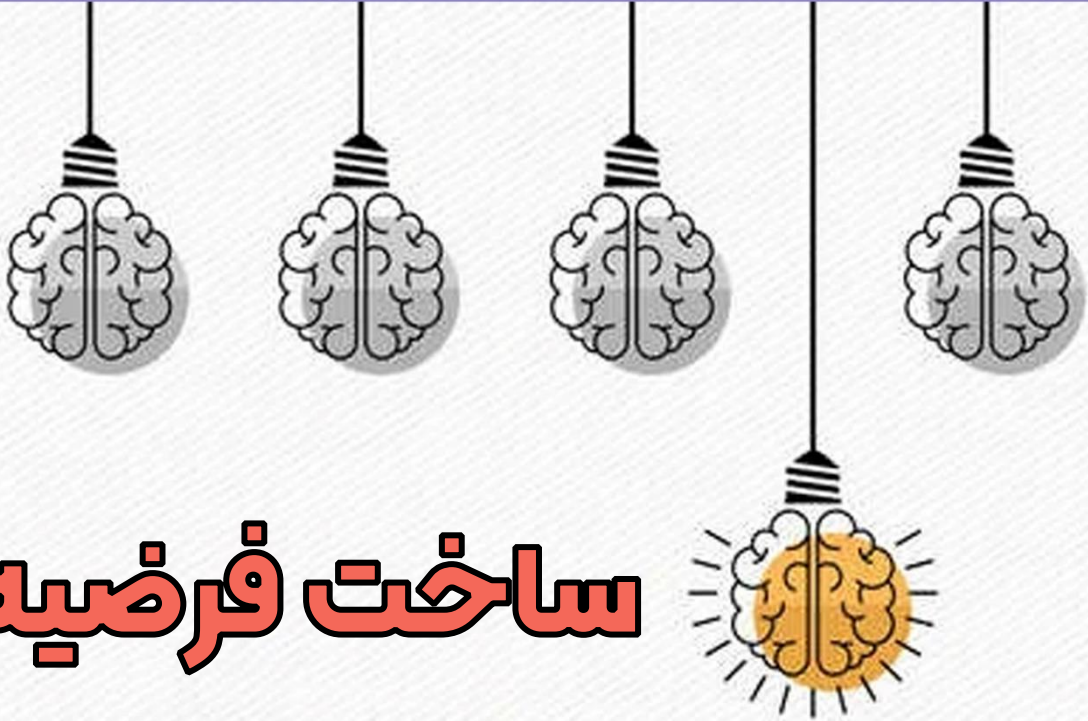
- ارزیابی در موقعیت های مشابه با موقعیت های واقعی
- امکان پرسش از موقعیت های بالینی متنوع
- امکان سنجش سطوح بالای یادگیری و در نتیجه تشویق فراگیران به یادگیری عمیق مطالب
- روایی صوری بالا
- حذف امکان حدس زدن
- انعطاف پذیری در ارائه پاسخ ها
-

محدودیت های آزمون های استدلال بالینی

- زمان بر بودن فرایند طراحی سوالات
- دشواری تهیه کلید و تصحیح سوالات
- زمان بر بودن پاسخ دهی

مبانی ارزشیابی

CRP



آزمون استدلال بالینی یا CRP

از این آزمون برای ارزیابی مهارت ساختن فرضیه های تشخیصی استفاده می شود. در این آزمون ابتدا یک سناریو و تعدادی تشخیص های افتراقی مرتبط با آن مطرح می شود.

فراگیر باید از بین تشخیص های افتراقی مطرح شده، تنها یک گزینه صحیح را انتخاب کند. در مرحله ی بعدی فهرستی از یافته های حاصل شرح حال، معاینه فیزیکی، آزمایش های پاراکلینیک و .. بصورت گزینه مطرح می شود.

فراگیر باید یافته هایی را که مرتبط با تشخیص موردنظر است، را مشخص کند و براساس تشخیص موردنظر به آنها + یا - بدهد.

در ادامه ی همین سناریو سوال دیگری مطرح می شود که در آن از فراگیر پرسیده می شود که با فرض نادرست بودن تشخیص اولیه، چه تشخیص دیگری برای بیمار مطرح می شود و مراحل فوق تکرار می شود.

سوالات CRP - کیس شماره ۱

خانم ۵۰ ساله با سابقه هیپاتیت B از ۱۰ سال قبل، با ضعف و بی حالی و خواب آلودگی مراجعه کرده است نامبرده معتاد تزریقی می باشد، در معاینه ۱۰۰ / ۸۰ BP=، $T=37^{\circ}C$ ، RR=۱۶، PR=۹۰ و اسکلرایکتریک است و تندرس خفیف در ناحیه اپی گاستر دارد و در نوک انگشتان ضایعه قرمز رنگ دردناک مشاهده می شود. در سمع قلب سوزل سیستولیک سمع می شود. سونوگرافی نرمال است. U/A نرمال است

BUN=۳۰ Plt=۳۰۰۰۰ Hb=۹ چه CRP + ESR=۹۰ WBC=۶۰۰۰
Cr=۲٫۵

در لام خون محیطی شیتوسیت مشاهده می شود.

از مجموعه تشخیص های زیر کدام یک تابلوی بیمار را توجیه می کند؟ (فقط یکی را انتخاب کنید).

- آندوکاردیت
- TTP
- فعال شدن هیپاتیت B
- آنمی همولیتیک
- سیروز
- کله سیستیت

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- معتاد تزریقی
- خانم ۵۰ ساله
- Cr=۲٫۵
- اسکلرایکتریک
- تب ۳۷ درجه
- ESR=۹۰
- پلاک ...ع
- سونوگرافی نرمال
- سوزل سیستولیک
- شیتوسیت در لام خون محیطی
- ضایعه قرمز رنگ دردناک در نوک انگشتان
- سابقه ی هیپاتیت B از ۱۵ سال قبل

اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟
از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

- آندوکاردیت
- TTP
- فعال شدن هیپاتیت B
- آنمی همولیتیک
- سیروز
- کله سیستیت

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- معتاد تزریقی
- خانم ۵۰ ساله
- Cr=۲٫۵
- اسکلرایکتریک
- تب ۳۷ درجه
- ESR=۹۰
- پلاک ...ع
- سونوگرافی نرمال
- سوزل سیستولیک
- شیتوسیت در لام خون محیطی
- ضایعه قرمز رنگ دردناک در نوک انگشتان
- سابقه ی هیپاتیت B از ۱۵ سال قبل



سوالات CRP - کیس شماره ۲

خانمی باردار ۳۵ هفته دو قلو که از هفته ۲۰ بارداری دچار خارش کف پا شده است. در حال حاضر با آیکتر مراجعه کرده است. آیکتر پیشرونده از ۴۸ ساعت قبل شروع شده است و در معاینه بالینی فشار خون ۱۳۰ / ۹۰ دارد. تست های آزمایشگاهی:

شامل:

Cr=۰٫۹، HB= ۱۱، T BILI =۴، PLT= ۹۵۰۰۰،

پروتئینوری منفی،

AST= ۶۵، افزایش ALK Ph

از مجموعه تشخیص های زیر کدام یک تابلوی بیمار را توجیه می کند؟ (فقط یکی را انتخاب کنید).

- کبد چرب
- کلستاز حاملگی
- پانکراتیت
- پره اکلامپسی
- هپاتیت
- سنگ کیسه صفرا

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- خانم باردار ۳۵ ساله
- دو قلو
- آیکتر پیشرونده
- Cr=۰٫۹
- Bb=۱۱
- T Bill=۴
- افزایش ALKP
- AST=۶۵
- خارش کف پا از هفته ۲۰ بارداری
- PLT= ۹۵۰۰۰
- BP=۱۳۰/۹۰
- پروتئینوری منفی

اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟
از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

- کبد چرب
- کلستاز حاملگی
- پانکراتیت
- پره اکلامپسی
- هپاتیت
- سنگ کیسه صفرا

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- خانم باردار ۳۵ ساله
- دو قلو
- آیکتر پیشرونده
- Cr=۰٫۹
- Bb=۱۱
- T Bill=۴
- افزایش ALKP
- AST=۶۵
- خارش کف پا از هفته ۲۰ بارداری
- PLT= ۹۵۰۰۰
- BP=۱۳۰/۹۰
- پروتئینوری منفی



سوالات CRP - کیس شماره ۳

خانم ۴۵ ساله با سابقه فشار خون و داشتن ضربان ساز قلبی بدنبال پرت شدن از اتومبیل به اورژانس آورده شده است آژینه و گیج بوده و قادر به حرکت دادن اندام های تحتانی نمی باشد.

در معاینه هماتوم وسیع در ناحیه اسکالپ دارد. تندرns در لمس استرنوم و دنده های ۴ و ۵ سمت چپ، کبودی در ناحیه سمفیز پوبیس و در توشه رکتال توئیسسته اسفنگتر طبیعی ولی خون دارد،

CVP بیمار بالا و $BP=100/85\text{mmHg}$, $RR=36/\text{min}$, $PR=70/\text{min}$ بوده که با انفوزیون ۲ لیتر نرمال سالین و یک واحد خون سطح هوشیاری بهتر شده و فشار خون به $110/70\text{mmHg}$ افزایش یافته اما پس از ۲ ساعت مجددا افت فشار پیدا می کند.

DPL انجام شده منفی است.

از مجموعه تشخیص های زیر کدام یک تابلوی بیمار را توجیه می کند؟ (فقط یکی را انتخاب کنید).

- خونریزی کنترل نشه لگنی
- آسیب احشای توخالی
- لسراسیون وسیع طحال
- شوک نخاعی
- شوک نوروزتیک
- تاهپوناد

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- $PR=70/\text{min}$
- تندرns استرنوم
- خون در رکتوم
- CVP بالا
- $RR=36/\text{min}$
- $BP=100/85$
- قطع اندام تحتانی
- درد قفسه سینه
- DPL طبیعی
- کبودی سمفیز پوبیس
- تون طبیعی اسفنگتر رکتوم
- مکانیسم تروما

اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟
از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

- خونریزی کنترل نشه لگنی
- آسیب احشای توخالی
- لسراسیون وسیع طحال
- شوک نخاعی
- شوک نوروزتیک
- تاهپوناد

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- $PR=70/\text{min}$
- تندرns استرنوم
- خون در رکتوم
- CVP بالا
- $RR=36/\text{min}$
- $BP=100/85$
- قطع اندام تحتانی
- درد قفسه سینه
- DPL طبیعی
- کبودی سمفیز پوبیس
- تون طبیعی اسفنگتر رکتوم
- مکانیسم تروما



سوالات CRP - کیس شماره ۴

خانم ۵۵ ساله ای در هنگام رانندگی به دلیل اصابت اتومبیل به درخت کنار خیابان دچار سانحه شده است.

در معاینه تندرns شدید قفسه سینه روی استرنوم دارد. در سمع قلب سوفل سیستولیک شنیده می شود.

استریدور ندارد. در نوار قلبی ریتم AF و بلوک شاخه راست قلب (RBBB) مشهود است.

در گرافی قفسه سینه شکستگی دنده دوم، مدیاستن پهن، انحراف تراشه و مری به سمت راست و هموتوراکس در سمت چپ دیده شده است.

از مجموعه تشخیص های زیر کدام یک تابلوی بیمار را توجیه می کند؟ (فقط یکی را انتخاب کنید).

- Blunt cardiac injury
- Flail chest
- Massive Hemothorax
- Tension pneumothorax
- Traumatic Aortic disruption
- Rupture of diaphragm

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- خانم ۵۵ ساله
- PR=110/min
- سوفل سیستولیک
- انحراف مری به سمت راست
- ریتم AF و RBBB
- تندرns قفسه سینه روی استرنوم
- شکستگی دنده دوم
- عدم وجود استریدور
- مدیاستن پهن
- O₂ sat=91%
- انحراف تراشه به سمت راست
- هموتوراکس چپ

اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟
از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

- Blunt cardiac injury
- Flail chest
- Massive Hemothorax
- Tension pneumothorax
- Traumatic Aortic disruption
- Rupture of diaphragm

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- خانم ۵۵ ساله
- PR=110/min
- سوفل سیستولیک
- انحراف مری به سمت راست
- ریتم AF و RBBB
- تندرns قفسه سینه روی استرنوم
- شکستگی دنده دوم
- عدم وجود استریدور
- مدیاستن پهن
- O₂ sat=91%
- انحراف تراشه به سمت راست
- هموتوراکس چپ



سوالات CRP - کیس شماره ۵

آقای ۷۶ ساله است که سابقه پرفشاری خون دارد.

به دلیل برخورد موتور سیکلت با سرعت زیاد به وی در حالیکه پیاده بوده به اورژانس آورده شده است، هوشیار بوده، از درد قفسه سینه شاکی است.

در معاینه دیسترس تنفسی دارد، به سئوالات پاسخ می دهد و سیانوتیک به نظر می رسد. عروق گردن برجسته است.

صداهای قلبی به خوبی شنیده نمی شود. تراشه بیمار کمی به سمت راست منحرف شده است. سمع ریه ها غیر قرینه است. علائم حیاتی به شرح زیر است

Temperature: 37.3°C , BP= $80/50$ mmHg, O_2 sat= 85% (Room air), PR= $90/\text{min}$, RR= $30/\text{min}$

از مجموعه تشخیص های زیر کدام یک تابلوی بیمار را توجیه می کند؟ (فقط یکی را انتخاب کنید).

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| Cardiac tamponade - | Pulmonary contusion - |
| Tension pneumothorax - | Esophageal rupture - |
| Rupture of diaphragm - | Hemothorax - |

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| - دیسترس تنفسی | PR= $90/\text{min}$ - | - غیرقرینه بودن سمع |
| O_2 sat= 85% - | - سیانوز | - سابقه ی ررفشاری خون |
| - انحراف تراشه به سمت راست | - برجسته و ددن ورید گردن | - درد قفسه سینه |
| BP= $80/50$ mmHg - | - خوب شنیده نشدن صدای قلبی | RR= $30/\text{min}$ - |

اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟
از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| Cardiac tamponade - | Pulmonary contusion - |
| Tension pneumothorax - | Esophageal rupture - |
| Rupture of diaphragm - | Hemothorax - |

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| - دیسترس تنفسی | PR= $90/\text{min}$ - | - غیرقرینه بودن سمع |
| O_2 sat= 85% - | - سیانوز | - سابقه ی ررفشاری خون |
| - انحراف تراشه به سمت راست | - برجسته شدن ورید گردن | - درد قفسه سینه |
| BP= $80/50$ mmHg - | - خوب شنیده نشدن صدای قلبی | RR= $30/\text{min}$ - |



سوالات CRP - کیس شماره ۶

پسر ۲۵ ساله ای به دلیل خونریزی در مدفوع مراجعه کرده است.

رنگ مدفوع برنگ آجری یا currant jelly است. سابقه خونریزی گوارشی در خانواده را دارد، ولی هنگام ختنه شدن خونریزی نداشته است.

خونریزی در مدفوع بلافاصله پس از اجابت مزاج رخ داده، بدون درد است و خودبخود قطع شده است. در معاینه کودک رنگ پریده است. معاینه مقعد طبیعی است TR نرمال است.

در آزمایش کامل مدفوع RBC فراوان دارد و اسکن RBC نشاندار یکبار طبیعی بوده است. $Hb=9$

از مجموعه تشخیص های زیر کدام یک تابلوی بیمار را توجیه می کند؟ (فقط یکی را انتخاب کنید).

- اختلالات انعقادی
- IBD
- هנוخ
- دیورتیکول مکل
- پولیپ
- حساسیت به پروتئین شیر

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- پسر
- مدفوع برنگ آجری
- خونریزی در مدفوع بلافاصله پس از اجابت مزاج
- اسکن RBC نشاندار یکبار طبیعی بوده
- ۲/۵ سال
- سابقه ی ختنه بدون خونریزی
- نداشتن درد
- آزمایش کامل مدفوع RBC فراوان
- خودمحدود شونده
- سابقه ی خونریزی در خانواده
- $Hb=9$
- توشه رکتال نرمال

اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟
از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

- اختلالات انعقادی
- IBD
- هنوخ
- دیورتیکول مکل
- پولیپ
- حساسیت به پروتئین شیر

از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند ۵ مورد را انتخاب نمایید و یافته ای را که به نفع تشخیص است (+) و یا اگر به ضرر آن است (-) بدهید و توجه کنید که بیش از ۵ مورد را انتخاب نمایید در غیر این صورت نمره منفی به شما تعلق خواهد گرفت.

- پسر
- مدفوع برنگ آجری
- خونریزی در مدفوع بلافاصله پس از اجابت مزاج
- اسکن RBC نشاندار یکبار طبیعی بوده
- ۲/۵ سال
- سابقه ی ختنه بدون خونریزی
- نداشتن درد
- آزمایش کامل مدفوع RBC فراوان
- خودمحدود شونده
- سابقه ی خونریزی در خانواده
- $Hb=9$
- توشه رکتال نرمال



Puzzle

آزمون پازل

هدف این آزمون، سنجش مهارت فراگیر در شناسایی شرح نامه یا الگو است.

این روش مثل این است که پرونده‌ی تعدادی از بیماران در هم ریخته است و دانشجو تلاش می‌کند تا اطلاعات مربوط به پرونده‌ها را مجدداً مرتب کند.

در این آزمون پرونده‌ی بیماران به چند قسمت تقسیم می‌شوند که شامل شکایت اصلی و بیماری فعلی، سابقه‌ی پزشکی قبلی، معاینه‌ی فیزیکی و نتایج پاراکلینیک.

این امر مستلزم بازشناسی الگوی بیماری هاست. فراگیران باید قطعات به هم ریخته‌ی پرونده را با هم جور کنند و برای هر تابلوی بالینی فقط یک تشخیص بگذارند.



شناسایی الگو

سوالات Puzzle - کیس شماره ۷

A

۱. بیمار سابقه بیماری خاصی نداشته و دارویی مصرف نمی‌کند.

۲. سابقه ی قرمزی و درد چشم و فتوفوبی را نیز متذکر است.

۳. بیمار از کاهش ۱۰ کیلوگرمی و لاغری و ضعف پیشرونده خبر می‌دهد.

۴. بیمار سابقه ی HCV مثبت از ۱۰ سال قبل را می‌دهد.

آقای ۶۲ ساله با شکایت گهگاهی دفع مدفوع قیری رنگ و درد های مبهم اپیگاستری طی سه ماه اخیر مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

خانم ۲۸ ساله با شکایت حجم زیاد استفراغ خونی روشن از صبح امروز مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

در معاینه، رنگ پریده و تاکی پنیك است؛ در بررسی شکم وریدهای برجسته در پوست شکم دیده می‌شود.

در معاینه آتروفی بای تمپورال دارد؛ شکم نرم و اسکافوئید است.

در معاینه ساق پا ضایعات قرمز زنگ دردناک دارد.

در معاینه رنگ پریده و بیحال است؛ شکم نرم است و تندرینس ندارد.

آقای ۶۴ ساله با دفع خونی حجیم و مکرر در هفته گذشته مراجعه کرده است. درد شکمی را بیان نمی‌کند.

:A

:B

:C

در کولونوسکوپی زخم های مخاطی در کل کولون دیده می‌شود.

در کولونوسکوپی حفرات متعدد در قسمت سیگموئید دارد.

در آندوسکوپی واریس های مری در حال خونریزی دیده می‌شود.

در آندوسکوپی تومور بزرگ در بادی معده دارد.

خانم ۲۵ ساله با شکایت اسهال خونی و تنسموس از چند ماه پیش مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

B

C

سوالات Puzzle – کیس شماره ۸

A

T:۳۷,۱ PR:۷۲ BP:۱۰۵/۶۵ .۱

در معاینه مقعد، یک زخم تازه در ساعت ۶ دیده می شود. و توش سطحی بشدت دردناک است.

T:۳۸,۵ PR:۹۵ BP:۱۲۰/۷۰ .۲

تندرنس و قرمزی اطراف مقعد دارد؛ توش رکوم کمی دردناک است.

T:۳۷,۳ PR:۶۸ BP:۱۰۰/۶۰ .۳

در معاینه مقعد و توش رکتال یافته غیرعادی دیده نمی شود. فقط مخاط و آنودرم

T:۳۷ PR:۷۴ BP:۱۱۰/۶۰ .۴

یک ناحیه ی برجسته و قرمز رنگ دهانه دار در اطراف مقعد که لمسش دردناک نیست.

آقای ۵۲ ساله با شکایت درد شدید مقعد از شب گذشته که امکان نشستن را از وی سلب کرده است.

:A

:B

:C

آقای ۴۸ ساله با شکایت از خارش مقعد و آلوده شدن لباس زیر به ترشحات چرکی

:A

:B

:C

سابقه ی یبوست مزمن بدنال زایمان از سال قبل

مسافرت اخیر به جنوب کشور و عدم دفع چند روزه و سپس یک نوبت دفع مدفوع سخت

سابقه ی دیابت تیپ ۲ از ۱۰ سال قبل

سابقه ی جراحی اورژانسی مقعد از ۶ ماه پیش

خانم ۳۲ ساله با شکایت از خونریزی روشن به هنگام دفع، همراه با خارش و سوزش مقعد

:A

:B

:C

درمان دارویی با ضد درد و ملین و بلاک کلسیم

درمان دارویی با پودر ملین و پماد موضعی

عمل جراحی الکتیو

عمل جراحی اورژانسی

خانم ۳۶ ساله با درد شدید چاقو مانند مقعد به هنگام دفع همراه با چند قطره خونریزی روشن

:A

:B

:C

B

C



سوالات Puzzle - کیس شماره ۹

A

۱. کیسه صفرا با ضخامت جداری نرمال حاوی یک سنگ ۱

سانتی متری و قدری شن ریزه؛ مجاری صفراوی نرمال

۲. اتساع کیسه صفرا با سنگ ریزه های متعدد، افزایش ضخامت

مخاطی کیسه صفرا و ادم اطراف آن؛ مجاری صفراوی نرمال

۳. کیسه صفرا چروکیده با افزایش ضخامت جداری و حاوی

سنگ های متعدد؛ مجاری صفراوی نرمال

۴. سنگ ریزه های متعدد داخل کیسه صفرا با ضخامت نرمال؛ اتساع

مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی

خانم ۵۸ ساله با درد شدید و مداوم **RUQ** از ۴۸

ساعت قبل به همراه تهوع و تب خفیف مراجعه

کرده است.

:A

:B

:C

خانم ۳۵ ساله با شکایت دردهای اپی زودیک یک

ساعته بعد از صرف غذای چرب از ۳ ماه قبل مراجعه

کرده است.

:A

:B

:C

WBC: ۱۸۰۰۰, ALP: ۹۰۰ (<۳۰۰), Bil T: ۶,

Bil D: ۳,۸

WBC: ۹۰۰۰, ALP: ۱۲۰ (<۳۰۰), Bil T: ۰,۹,

Bil D: ۰,۳

WBC: ۲۷۰۰, ALP: ۱۶۰ (<۳۰۰), Bil T: ۲,۵,

Bil D: ۰,۵

WBC: ۱۶۰۰۰, ALP: ۲۹۰ (<۳۰۰), Bil T: ۱,۲,

Bil D: ۰,۴

خانم ۶۰ ساله با تب و زردی و درد شکم **RUQ** از

دیروز مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

آنتی بیوتیک و جراحی اورژانس کیسه صفرا

درمان محافظه کارانه در صورت لزوم

آنتی بیوتیک و ERCP اورژانس

جراحی الکتیو کیسه صفرا

خانم ۳۴ ساله سیروتیک با سابقه ی اپیزود های

مکرر درد **RUQ** از ۵ سال قبل، درد هربار

طی یکی دو روز با مسکن بهتر و رفع شده است.

:A

:B

:C

B

C

سوالات Puzzle – کیس شماره ۱.

A

۱. تندر نس RUQ

۲. معاینه فیزیکی نرمال

۳. ترمور، حلقه KF در قرینه

۴. پوست تیره، گزانتالاسما و گزانتوم

خانم ۴۶ ساله با خارش از ۳ ماه قبل و زردی از دو هفته قبل

:A

:B

:C

آقای ۱۸ ساله با سابقه ی خانوادگی بیماری کبدی و فوت برادر در اثر سیروز با زردی یک ماهه

:A

:B

:C

AST:۶۸۰ ALT:۹۴۰ ALP:۲۵۰ GGT:۶۰
Bili:۲۰ Hg:۱۳ LDH:۲۲۰

AST:۲۵۰ ALT:۱۰۰ ALP:۲۵۰ GGT:۷۰
Bili:۱۶ Hg:۹ LDH:۲۲۰

AST:۱۲ ALT:۱۴ ALP:۱۸۰ GGT:۲۰ Bili:۴
Hg:۱۵ LDH:۱۶۸

AST:۵۸ ALT:۶۶ ALP:۱۲۰۰ GGT:۳۰۰
Bili:۱۴ Hg:۱۲ LDH:۲۰۰

خانم ۳۰ ساله بدنبال دو روز علائم سرماخوردگی دچار زردی شده است.

:A

:B

:C

استراحت و پیگیری

اطمینان بخشی

Trientine

UDCA

آقای ۲۵ ساله با زردی متناوب در زمان استرس و گرسنگی

:A

:B

:C

B

C



سوالات Puzzle – کیس شماره ۱۱

A

۱. توده کاملاً سفت و نامنظم با چسبندگی به پوست و لنفونوپاتی آگزیلاری دارد.

۲. در معاینه بیمار تب دار است و توده ۲*۳ Tender با قرمزی و تغییر رنگ پوست دارد.

۳. در معاینه بزرگی تیروئید و کوتاهی قد دارد و تورم مختصر یک طرفه جوانه پستان دارد.

۴. در معاینه گره های متعدد حدود ۵-۲ م م در ربع خارجی فوقانی پستان

خانم ۲۵ ساله در حال شیردهی که با شکایت از توده پستان مراجعه نموده است.

:A

:B

:C

دختر بچه ۹ ساله که به دلیل تورم و درد ناحیه ی پستان مراجعه نموده است.

:A

:B

:C

اندازه گیری TSH

انجام بیوپسی

سونوگرافی پستان

درخواست ماموگرافی

خانم ۶۵ ساله با شکایت توده ای در پستان و فرورفتگی نوک پستان مراجعه نموده است.

:A

:B

:C

مطمئن نمودن بیمار و اطرافیان

ارجاع به آنکولوژیست

تجویز آنتی بیوتیک

پیگیری بیمار با سونوگرافی

خانم ۴۵ ساله با سابقه ی ناباروری که بدلیل درد و توده در پستان مراجعه نموده است.

:A

:B

:C

B

C



سوالات Puzzle – کیس شماره ۱۲

A

BP: ۱۳۰/۸۵ PR:۹۸.۱

در سمع ریه کراکل دوطرفه دارد. مردمک ها آنیزوکوریک و خونریزی از بینی دارد.

BP: ۱۳۰/۸۵ PR:۹۸.۲

سمع ریه ها نرمال است. ورید های گردن برجسته است.

BP: ۱۳۰/۸۵ PR:۹۸.۳

سمع ریه ها نکته پاتولوژیک ندارد.

BP: ۱۳۰/۸۵ PR:۹۸.۴

سمع ریه ها کاهش صدا در سمت چپ قفسه سینه دارد.

آقای ۲۴ ساله با شکایت تنگی نفس و درد قفسه سینه به دنبال نزاع خیابانی مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

B

در گرافی قفسه سینه، سایز قلب مختصری بزرگتر از نرمال است.

در گرافی قفسه سینه، انفیلتراسیون لکه ای وجود دارد.

در گرافی قفسه سینه، در سمت چپ هایپرلوسنسی مشهود است.

در گرافی قفسه سینه، شکستگی دنده ی ششم مشهود است.

آقای ۳۰ ساله بدنبال ترومای بلانت به قفسه سینه با درد قفسه سینه مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

آقای ۴۳ ساله با اصابت چاقو به کنار راست استرنوم در فضای پنجم بین دنده ای مراجعه کرده است.

:A

:B

:C

C

مسکن

Chest Tube تعبیه

انتوباسیون و ساکشن ترشحات و انتقال به ICU

توراکتومی اورژانسی

آقای ۳۵ ساله به دنبال تصادف و سقوط اتومبیل به دره، به بیمارستان آورده شده است.

:A

:B

:C



سوالات Puzzle – کیس شماره ۱۳

A

۱. در معاینه شکم نرم است تندر نس مختصر در کل شکم دارد و اسکار جراحی شکمی دارد.

۲. در معاینه بیمار تاکی کارد است و در معاینه شکم گاردینگ ژنرالیزه دارد.

۳. در معاینه بیمار تاکی کارد است. دیسترس تنفسی دارد. مورفی ساین مثبت دارد.

۴. در معاینه بیمار تاکی کارد است. اکیموز در پهلوها و اطراف ناف مشاهده می شود.

خانم ۴۸ ساله با سابقه ی دردهای شکمی، با شکایت درد شدید اپیگاستر و تهوع و استفراغ مراجعه می کند. درد بیمار با خم شدن به جلو بهتر می شود.

:A

:B

:C

آقای ۷۹ ساله با سابقه ی دیابت، با تب و درد شدید شکم در ناحیه ی RUQ مراجعه می کند.

:A

:B

:C

WBC: ۱۳۵۰۰, AST: ۱۵, ALT: ۲۰, ALP: ۱۲۸, Amylase: ۵۰ (NL: up to ۱۰۰),
هوای آزاد زیر دیافراگم گزارش شد.

WBC: ۱۵۰۰۰, AST: ۸۸, ALT: ۱۳۰, ALP: ۸۰۰, Amylase: ۶۵ (NL: up to ۱۰۰),
گرافی شکم ایلئوس لوکالیزه گزارش شد.

WBC: ۹۰۰۰, AST: ۱۲, ALT: ۱۸, ALP: ۱۴۵, Amylase: ۶۷ (NL: up to ۱۰۰),
گرافی شکم نرمال گزارش شد.

WBC: ۱۱۰۰۰, AST: ۲۳, ALT: ۲۵, ALP: ۱۳۰, Amylase: ۱۲۰ (NL: up to ۱۰۰),
گرافی شکم هوا در جدار کیسه صفرا گزارش شد.

آقای ۴۵ ساله با سابقه ی مصرف مسکن، با شکایت درد شدید شکم از شب گذشته و تشدید درد و تهوع و استفراغ مراجعه می کند.

:A

:B

:C

جراحی اورژانس

تجویز مسکن و هیدریشن وریدی

کلشی سین

آنتی بیوتیک وسیع و جراحی

خانم ۳۸ ساله با تب و درد شکم از شب گذشته مراجعه می کند. سابقه ی چنین دردهایی را چندین بار داشته که مکرر بستری می شود.

:A

:B

:C

B

C

KF

آزمون ویژگی های کلیدی یا KF

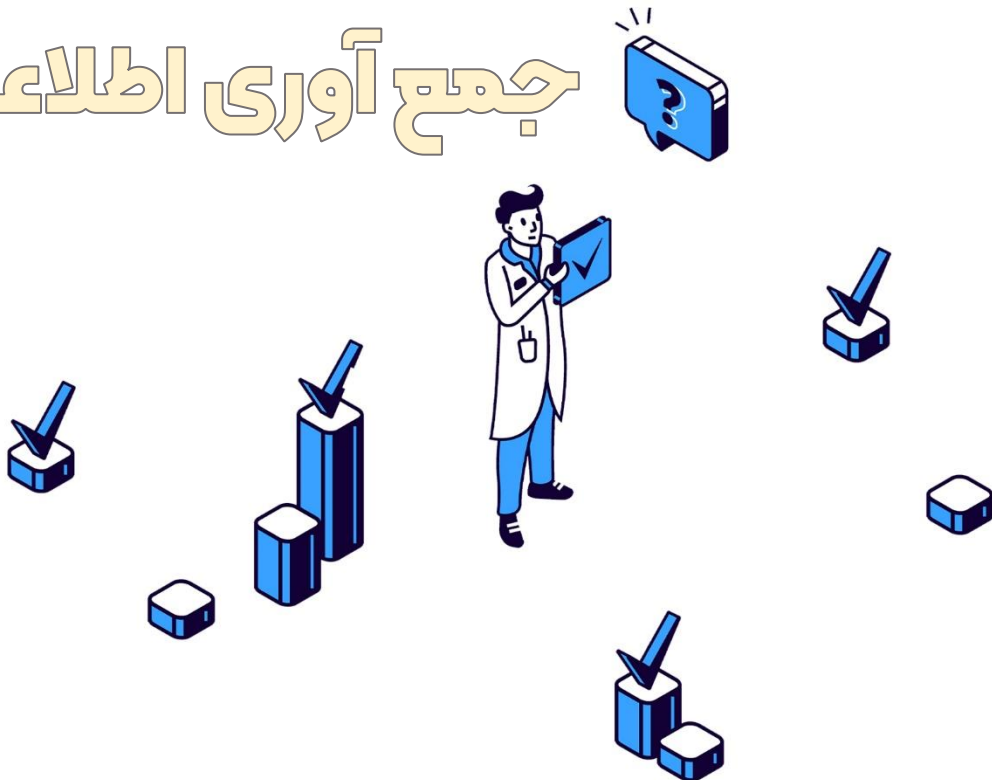
آزمونی است که مهارت جمع آوری اطلاعات دانشجویان را ارزیابی می کند.

پیش فرض این آزمون این است که در حل یک مسئله، همه ی اطلاعات بیمار ارزش یکسانی ندارند، بلکه نکات کلیدی وجود دارد که اهمیت آنها در حل مسئله بیش از سایر نشانه ها و علائم است و اشتباه در شناسایی آنها باعث شکست در حل درست مسئله می شود.

در این آزمون ابتدا یک سناریوی کوتاه مطرح می شود. تعدادی سوال کوتاه پاسخ طرح می شود و از فراگیر خواسته می شود تا پاسخ خود را ارائه نماید.

ممکن است تعدادی گزینه به فراگیر داده شود و از وی خواسته شود که از بین گزینه های پیشنهادی، پاسخی را انتخاب کند. تعداد گزینه های پیشنهادی در هر سوال معمولاً ۲۰ عدد است که فراگیر باید از بین ۲۰ گزینه، حداکثر تعداد ۵ گزینه را انتخاب و آن ها را الویت بندی کند.

جمع آوری اطلاعات



آزمون KF - کیس شماره ۱۴

بیمار آقای جوان که بدنبال stab wound قفسه سینه سمت چپ با فشار سیستولیک ۸۰ mmHg به اورژانس آورده شده است. JVP بیمار برجسته است. از احساس سنگینی در قفسه سینه شاکی است. سمع قلب و ریه به دلیل شلوعی اورژانس قابل اعتماد نیست. پاسخ مناسبی به مایع درمانی وریدی نداده است. CXR پرتابل گرفته شده به جز کاردیومگالی یافته مهم دیگری ندارد.

برای بیمار از بین موارد زیر ۴ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:A

:D

:C

۲- تعبیه chest tube سمت چپ

۱- قرار دادن در پوزیشن ترندلنبری

۴- CRP، ESR

۳- آزمایش U/A

۶- پریکاردیوسنتز

۵- ECG

۸- ترانسفیوژن خون

۷- تزریق مسکن (پتیدین)

۱۰- CT اسکن قفسه سینه

۹- لاواژ تشخیصی پریتوئن

۱۲- ABG، CBC

۱۱- آسپیراسیون با آنژیوکت
خاکستری از فضای بین
دنده ای دو

۱۳- انتقال به اتاق عمل

۱۴- درخواست Focused
Assessment With
Sonography

۱۵- گذاشتن سوند فولی

۱۶- CXR مجدد در واحد رادیولوژی



آزمون KF - کیس شماره ۱۵

بیمار آقای ۲۵ ساله روزانه ۱۰۰ سی سی الکل مصرف می کند.
در حال حاضر با درد شدید اپی گاستر و تهوع و استفراغ مراجعه کرده است.
در آزمایشات آمیلاز سرم ۴۰۰ است.
معاینه شکم تندر نس در اپی گاستر دارد.
احیا بیمار با سرم ایزوتونیک انجام شد.

باتوجه به محتملترین تشخیص برای بیمار، از بین موارد زیر ۴ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:D

:A

:C

۲- تجویز مسکن

۴- چک کلسیم سرم

۶- گذاشتن NGT

۸- اندوسکوپی

۱۰- ERCP

۱۲- چک لیپاز

۱۳- سونوگرافی شکم

۱۵- ECG

۱۶- ذخیره Packed cell

۱- CT اسکن شکم

۳- MRCP

۵- انتقال به اتاق عمل

۷- شروع آنتی بیوتیک وریدی

۹- CXR ایستاده

۱۱- تصویر برداری گرافی ایستاده و خوابیده شکم

۱۴- چک Triglyceride سرم



آزمون KF - کیس شماره ۱۶

خانم ۴۵ ساله که به دلیل رنگ پریدگی و درد شکم مراجعه کرده است. مشکل بیمار از حدود سه روز قبل شروع شده ولی از حدود ۴ ماه قبل بی اشتهایی دارد. پدر بیمار در ۴۵ سالگی به علت کنسر معده فوت کرده است.

در معاینه stable ولی ill است و در قسمت های تحتانی شکم در هر دو طرف fullness دارد. shifting dullness به طور واضح مشهود است.

در سونوگرافی شکم و لگن علاوه بر آسیت فراوان، تخمدان ها در هر دو طرف بزرگتر از نرمال است.

باتوجه به محتملترین تشخیص برای بیمار، از بین موارد زیر ۶ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:D

:A

:C

۲- چک HBS Ag

۴- stool exam از نظر OB

۶- کولپوسکوپی

۸- چک BHCG

۱۰- HPV Typing

۱۲- چک CA ۱۲۵

۱۳- تست پاپ اسمیر

۱۵- TAP مایع آسیت

۱۶- معاینه با اسپکولوم واژینال

۱- کولونوسکوپی

۳- چک BRCA_۱ و BRCA_۲

۵- آندوسکوپی

۷- لاپاروسکوپی تشخیصی

۹- تست H-Pylori

۱۱- CT اسکن شکم و لگن با و بدون ماده حاجب

۱۴- گرافی ایستاده و خوابیده شکم



آزمون KF - کیس شماره ۱۷

خانم ۵۱ ساله با سابقه دیابت تیپ ۱ با تب، لرز، سوزش ادراری، خواب آلودگی و درد ژنرالیزه شکم با ارجحیت اپی گاستر مراجعه کرده است.

در معاینه مخاطات خشک است و تندرns خفیف ژنرالیزه دارد.

آزمایشات

BS = ۵۱۰

برای بیچار از بین موارد زیر، فقط ۴ مورد را که اولویت دارند، انتخاب کنید.

:B

:A

:D

:C

۲- چک فسفر سرم

۱- چک TSH

۴- HgA1C

۳- چک ترگلیسرید

۶- چک تروپونین

۵- چک LDH

۸- چک کلسیم

۷- BUN , CR

۱۰- UA / UC

۹- VBG

۱۲- CXR

۱۱- کتالر داپلر
عروق شکمی

۱۳- ECG

۱۵- سونوگرافی کلیه

۱۴- Brain Computed
Tomography Scan

۱۶- چک پتاسیم سرم



آزمون KF – کیس شماره ۱۸

خانم ۶۵ ساله با تورم و درد پستان چپ به کلینیک مراجعه کرده است.
در معاینه پوست پستان شباهت به پوست پرتقال دارد.
از نوک پستان ترشح مختصر کدر دارد.
بیمار آزمایش قبلی ندارد.

برای بیمار از بین موارد زیر ۴ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:A

:D

:C

۲- بررسی تب

۱- سن منارک

۴- چک CBC

۳- سابقه ی مصرف OCP

۶- چک ESR

۵- تعداد فرزندان

۸- ترانسفیوژن خون

۷- ماهوگرافی

۱۰- سونوگرافی پستان

۹- چک PPD

۱۲- شرح حال تروهای پستان

۱۱- شرح حال تعاس با بیمار
مبتلا به سل

۱۳- بیوپسی از ضایعه

۱۵- تجویز آنتی بیوتیک

۱۴- شرح حال فامیلیال سرطان
پستان

۱۶- شرح حال شیردهی به فرزندان



آزمون KF - کیس شماره ۱۹

آقای ۷۲ ساله چاق با سابقه فشار خون به دلیل درد اپیگاستر و پهلوی چپ از ساعتی قبل مراجعه کرده است. درد ناگهانی شروع شده و تدریجاً به شدت آن افزوده شده است و با تهوع همراه بوده است. در معاینه مخاط خشک است. فشار خون ۷۰، تعداد تنفس ۳۸ و ضربان قلب ۱۴۱ می باشد. تندرینس اطراف ناف و فلانک چپ دارد. نبض های فمورال لمس نمی شود.

برای بیمار از بین موارد زیر ۶ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:A

:D

:C

۲- IVP

۱- KUB

۴- CRP، ESR

۳- سی تی اسکن شکم

۶- اکوگرافی

۵- تست ادرار

۸- سونوگرافی آئورت شکمی

۷- چک آمیلاز

۱۰- چک تروپونین

۹- CXR

۱۲- ABG

۱۱- چک Lactate DeHydrogenase

۱۳- لاپاراتومی اورژانس

۱۵- نوار قلب

۱۴- گرافی ایستاده و خوابیده شکم

۱۶- داپلر اندام تحتانی



آزمون KF - کیس شماره ۲۰

خانم ۱۹ ساله عابر پیاده به دنبال تصادف با اتومبیل، به اورژانس منتقل شده است. معاینه ریه ها طبیعی است. خونریزی از ساعد راست دارد. استخوان رادیوس از پوست بیرون زده است. نبض دیستال نرمال است و لگن بیمار دفورمه می باشد. علائم حیاتی به شرح زیر است.

GCS=۹/۱۵

BP=۱۱۰/۷۰mmHg PR=۹۰/min O_۲saturation=۹۶٪

برای بیمار از بین موارد زیر ۴ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:A

:D

:C

۲- گرافی لترال گردن

۱- بستن کلار گردنی

۴- گذاشتن NGT

۳- آزمایش CBC/UA

۶- گرافی لگن

۵- گذاشتن سوند فولی

۸- عکس قفسه سینه پرتابل

۷- FAST

۱۰- CT اسکن مغز

۹- گرافی گردن بصورت دهان باز

۱۲- ABG

۱۱- گرفتن رگ محیطی و انفوزیون کریستالوئید

۱۳- آنژیوگرافی عروق لگن

۱۵- گرافی ساعد راست

۱۴- پالس اکسی-متری و هائیتورینگ قلبی

۱۶- سونوگرافی داپلر اندام تحتانی



آزمون KF - کیس شماره ۲۱

راننده ای بدلیل ترمای قفسه سینه بدنبال برخورد اتومبیل وی با دیوار از روبرو توسط اورژانس پیش بیمارستانی آورده شده است. بیمار از درد قفسه سینه شاکی می باشد.
معاینه قلب و ریه و شکم و نوار قلبی انجام شده طبیعی است.
علائم حیاتی شامل PR=۹۰ و BP= ۱۵۰ /۸۰ mmHg /min می باشد.

برای بیمار از بین موارد زیر ۴ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

:B

:A

:D

:C

۲- سن بیمار

۱- SPO_۲

۴- معاینه JVP

۳- GCS

۶- وجود دیس فازی

۵- سونوگرافی کامل شکم

۸- نبض غیر قرینه

۷- گرافی قفسه سینه

۱۰- CT اسکن قفسه سینه

۹- توراوسکوپی

۱۲- ABG

۱۱- معاینه ی قاعده ی گردن از نظر وجود تورم

۱۳- لپاروسکوپی

۱۴- درخواست Focused Assessment With Sonography

۱۵- ازوفاگرافی

۱۶- گرافی لگن



آزمون KF - کیس شماره ۲۲

از بیمارستانی در حومه شهر برای مشاوره در مورد اعزام بیماری برای انجام سی تی اسکن مغزی با شما تماس گرفته می شود.

بیمار آقای مسنی است که از بلندی سقوط کرده است.

در بدو ورود $GCS=14$ داشته و یک نوبت استفراغ کرده است.

برای بیمار از بین موارد زیر ۴ مورد را که اولویت بیشتری دارند انتخاب کنید.

: B

: A

: D

: C

۲- شکستگی در استخوان بینی

۱- سقوط از ارتفاع ۳ متری

۴- سابقه دیابت

۳- وجود سر درد هر چند مختصر

۶- وجود ۱ دقیقه آهنگی رتروگرید

۵- وجود دو دقیقه بیهوشی بعد از تروما

۸- مشاهده هموتیچیان در اتوسکوپ

۷- وجود یک هماتوم ۲*۳ در ناحیه فرونتال

۱۰- ترومای همراه قفسه سینه

۹- سن بالای ۷۰ سال بیمار

۱۲- لاسراسیون اسکالپ

۱۱- ثابت ماندن GCS پس از ۲ ساعت تحت نظر گرفتن بیمار

۱۳- سابقه ی تشنج قبلی

۱۴- اصرار همراهان به انجام سی تی اسکن

۱۵- خونریزی از بینی

۱۶- شک به شکستگی فرورفته جمجمه



نحوه نگارش صحیح برگه سیر بیماری و خلاصه پرونده بیماران جراحی

یکی از مهمترین مدارک در گزارش های پزشکی، یادداشت های پیشرفت روزانه (progress note) می باشد که آخرین اطلاعات و سیر بالینی بیمار را در هر روز نشان داده و ادامه ارزیابی تیم درمانی یا آموزشی بخش و طرح و برنامه آن ها را خلاصه می کند.

یادداشت های پیشرفت روزانه (progress note) باید آنچه را که در طول ۲۴ ساعت گذشته مشخص شده است را منعکس کند.

در اولین یادداشت سیر بیماری وضعیت بیمار در زمان پذیرش و در آخرین یادداشت وضعیت عمومی بیمار در هنگام ترخیص (فوت - بهبودی - انتقال به سایر مراکز و ...) همراه با نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان، شامل برنامه های مراقبتی بعد از ترخیص ثبت می گردد.

هنگام تغییر سرویس بستری و یا تیم درمانی (کارورز - دستیار) تحویل دهنده متنی به نام off service note و تحویل گیرنده on service note در فرم سیر بیماری ثبت می نماید که اصول نگارش آن با شرح حال فرقی ندارد ولی مختصر تر بوده و اطلاعات جدید در سیر بیماری نیز به آن اضافه می شود.

مراحل مختلف نگارش progress note

Subjective

شامل اطلاعاتی است که شما از بیمار، اقوام بیمار، همراهان بیمار و یا افرادی که از او مراقبت می کنند بدست می آورید.

در این قسمت باید سعی شود در صورت امکان از جملات بیمار استفاده شود چون هدف از آن بازگو کردن نقطه نظرهای بیمار است.

در حقیقت Subjective یک شرح حال کوتاه هدایت شده است و در آن شکایت های روز قبل بیمار دوباره بررسی می شود، بعنوان مثال اگر بیمار روز قبل درد اشته از بهتر شدن یا بدتر شدن دردش سوال می کنیم. حتی اگر سئوالی را در شرح حال بیمار نپرسیده ایم می توانیم بپرسیم و ذکر کنیم و در آخر از شکایات جدید سوال می کنیم.

Objective

در این قسمت به یافته های بالینی و پاراکلینیک توجه می شود که شامل چهار قسمت می باشد:

لکه وضعیت ظاهری: (General appearance) باید یادداشت شود.

لکه علائم حیاتی: فشار خون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، O₂ saturation

Intake output

لکه Organ system exam در ارتباط با یافته های بالینی روز قبل و توضیحات مناسب در آن زمینه. شما لازم نیست کلیه ارگان های بیمار را هر روز معاینه کنید، معاینات شما باید در راستای یافته های روز قبل باشد هر چند معاینه روزانه قلب و ریه را نباید فراموش کرد و نباید فراموش کنیم بیمار هر روز می تواند علائم جدیدی پیدا کند و باید مراقب باشیم.

لکه خلاصه ای از نتایج تست های تشخیصی شامل اطلاعات آزمایشگاهی و تصویر برداری و سایر موارد (عکس قفسه سینه، CBC، EKG، اندوسکوپی، سونوگرافی...).

بار دیگر خاطر نشان می شود که نیازی به لیست کردن تمام نتایج نیست، Progress note باید مختصر باشد در حدود ۵ تا ۸ خط.



نحوه نگارش صحیح برگه سیر بیماری و خلاصه پرونده بیماران جراحی

Assessment

عبارت از تدوین تشخیص و تشخیص های افتراقی و مشکلات امروز بیمار بر اساس یافته های Subjective (اظهارات بیمار)، و Objective (علائم حیاتی، معاینات بالینی، پاراکلینیک) می باشد. که در ابتدا لازم است از یافته های Subjective و Objective، Problem list تهیه و برای هر یک از Problem ها تشخیص های افتراقی مطرح و آن ها را بر اساس هر ارگان با Problem مرتب کرد.

در پایان مرحله Assessment باید به سؤال: تشخیص های امروز شما چیست؟ پاسخ واضح داده شده باشد. روزانه با توجه به مطالب بدست آمده می تواند تشخیصی از تشخیص های روز قبل حذف شود (بیماری مشکوک به کانسر معده باشد در بررسی اندوسکوپی طبیعی داشته باشد)، یا تشخیص جدیدی مطرح شود.

Plan

در پایان مرحله Assessment تشخیص و تشخیص های افتراقی بیمار تعیین شده:

- ✓ بعضی از این تشخیص ها نیاز به درمان دارد (درمان مدیکال، درمان جراحی)
 - ✓ بعضی از این تشخیص ها نیاز به اثبات دارد (دستور آزمایش، EKG، رادیوگرافی، بیوپسی ...)
 - ✓ بعضی از این تشخیص ها همزمان به بیمار باید آموزش های لازم ارائه داد (عدم مصرف نمک ...)
 - ✓ بالاخره در مواردی اقدامات بازتوانی مثل فیزیوتراپی و یا اقدامات حمایتی دیگر باید انجام داد.
- کلیه برنامه های لازم برای نیل به هریک از چهار هدف فوق را plan می نامند در آخر مرحله plan باید پاسخ به دو سؤال زیر مشخص باشد:

- ۱- برای اثبات و تشخیص و یا بررسی هر problem چه اقدامات پاراکلینیک باید انجام داد.
 - ۲- هر مشکل یا بیماری را چگونه باید درمان کرد؟ Surgical, medical، تغییر سبک زندگی، رژیم غذایی بخصوص؟ فیزیوتراپی؟
- نوشتن خلاصه پرونده در واقع به نگارش آوردن حاصل زحمات کادر پزشکی برای بیمار است. واضح است که بیمار نیز هزینه هنگفتی را برای این زحمات پرداخت نموده است.

هدف از تشکیل فرم خلاصه پرونده:

- ۱- استفاده مناسب از اطلاعات قبلی در هنگام پذیرش مجدد در بیمارستان یا مراکز پزشکی است.
 - ۲- برگ خلاصه پرونده ابزاری ارزنده جهت ادامه ی سیر درمانی بیمار می باشد.
 - ۳- این برگ می تواند به کمیته های پزشکی در امر مطالعه ی پرونده بیمار کمک کند.
 - ۴- این برگ مدارک مستندی است که در پاسخ به مراجع و موسسات مجاز نظیر شرکت های بیمه و مراجع قضایی، می تواند مورد استفاده قرار گیرد.
- این برگ از پرونده، خلاصه ای از وضعیت بیمار در هنگام ورود به بیمارستان، تشخیص اولیه، اقدامات درمانی و شرایط بیمار در هنگام ترخیص را ارائه می کند. در واقع در این قسمت پزشک معالج سیر بیماری فرد در دوره بستری در بیمارستان را به صورت خلاصه توضیح می دهد.

برگ خلاصه پرونده شامل موارد زیر باشد:

- دلیل بستری شدن بیمار
- خلاصه ای مختصر از تشخیص ها و یا هرگونه بیماری همراه و یا عارضه
- مهمترین یافته های دوران بستری
- اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده
- شرایط بیمار در زمان ترخیص
- ثبت دستورات بیماران و خانواده آن ها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری



مهمترین

نحوه نگارش صحیح برگه سیر بیماری و خلاصه پرونده بیماران جراحی

- در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.
- مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است.
- وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است، لازم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود.
- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار و تاریخ بستری و ترخیص الزامی است.

تشخیص نویسی

پزشک معالج مکلف است که تشخیص های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه و به صورت کامل ثبت کند.

از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی تا حد امکان خودداری گردد. در سایر قسمت های خلاصه پرونده نیز فقط از اختصارات معروف در کل رشته پزشکی استفاده شود نه اختصارات معروف در یک رشته خاص.

از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

از نوشتن present illness در خلاصه پرونده جدا خودداری کنید و در صورت نیاز به اطلاع از جزئیات شرح حال باید به پرونده بستری مراجعه شود.

اقدامات درمانی و اعمال جراحی

اقدامات اصلی نوشته شود و نوشتن اقدامات روتین و بی اهمیت مانند سرم درمانی، تعویض روزانه پانسمان و ... خودداری شود.

نتایج آزمایشات بالینی

آزمایشات روتین و طبیعی با جزئیات نوشته نشود چون باعث شلوغی برگه و از نظر دور ماندن آزمایشات مهمتر میشود.

برای نتایج تصویربرداری و اقدامات پاراکلینیک نیز خلاصه نویسی کرد مثال :

سونوی کلیه و مجاری ادرار: طبیعی بجر وجود سنگ ۲ میلی متری در کلیه راست.

سونوی شکم: علامتی به نفع اپاندیس مشاهده نشد.

سیر بیماری

اتفاقات مهم در سیر بستری ذکر گردد. مثال:

بیمار بعد از ده روز از ونتیلاتور جدا شد ولی دو روز بعد به علت اسپیراسیون مجدداً دچار دیسترس تنفسی شد و به ونتیلاتور وصل شد.

بیمار بعد از عمل مری دچار نوموتوراکس ریه راست شد و چست تیوب به مدت ده روز تعبیه شد.

وضعیت بیمار هنگام ترخیص باید کوتاه و مختصر نوشته شود. مثال:

هوشیار و با حال عمومی خوب ترخیص شد.

علیرغم عدم قطع تب با رضایت شخصی ترخیص شد.

توصیه های بعد از ترخیص

عدم دقت در نوشتن این قسمت باعث به هدر رفتن زحمات کادر درمانی، سردرگمی بیمار و پزشکی می شود که قرار است ادامه درمان بیمار را به عهده بگیرد.



نحوه نگارش صحیح برگه سیر بیماری و خلاصه پرونده بیماران جراحی

نوشتن دستورات ترخیص با زبانی ساده قابل فهم و بدون استفاده از اصطلاحات پزشکی، امری ضروری است.

بعد از این کار باید دستورات به صورت شفاهی و با استفاده از کلمات و مفاهیم رایج و قابل فهم به بیمار ارائه شود، به طوری که حتی کم سوادترین بیماران نیز به بهترین شکل آن را درک کنند.

📌 دستورات هنگام ترخیص باید شامل تشخیص احتمالی، آموزش مراقبت از زخم یا جراحی، لیستی از تمام داروهای تجویز شده و طول مدت تجویز، آزمایشات، پیشنهاد اقدامات درمانی، مخاطرات احتمالی و ارجاع به پزشک مربوطه برای مورد ارزیابی مجدد، هشدارها، احتیاط ها، کنترل ها و دستورات خاص دیگر باشند.

🔴 نوشتن داروها و اقدامات تشخیصی که باید به طور سرپایی انجام شود در دفترچه بیمار یا سرنسخه فراموش نشود.

🔴 حتما پیگیری آزمایشات درخواست شده که در موقع ترخیص جوابشان آمده نیست نوشته شود تا مجددا هزینه ای به بیمار تحمیل نشود و در روند درمانی بیمار تاخیر نشود.

🔴 ادامه برنامه درمانی بیمار و پروسیجرهای لازمی که قرار است به طور سرپایی انجام شود ذکر شود.

🔴 ویزیت های بعدی و مشاوره ها مشخص باشد.

🔴 علایم هشدار ذکر شود.

🔴 در صورت رضایت شخصی باید به بیمار تأکید شود که در صورت تغییر عقیده و تمایل به پذیرش درمان توصیه شده یا بدتر شدن وضعیتش حتماً به بخش اورژانس مراجعه کند. این توصیه ها نیز باید ثبت و مستند شوند.

🔴 دستورات باید هم به صورت شفاهی و هم به صورت کتبی ارائه شوند و در فرم ترخیص ثبت شوند. باید یک نسخه از فرم ترخیص نیز که در آن اطلاعات کامل و دقیقی ثبت شده اند در اختیار بیمار قرار گیرد.

پایان



مهمترین

اسامی گرد آورندگان

لیست کار آموزان

- | | | |
|-------------------|------------------------|--------------------|
| ✓ جواد زمردی | ✓ عارفه جغتایی | ✓ نائمه حنفی |
| ✓ زهرا بندگی | ✓ عاطفه تیموری | ✓ نفیسه فاطمی نسب |
| ✓ زهرا دلپسند | ✓ علی ایمانی مفرد | ✓ نگار مودی |
| ✓ زهرا صادق احمدی | ✓ عماد قنبری | ✓ هلیا ضرغام |
| ✓ زهره چوب بر | ✓ فاطمه موحدی نسب | ✓ یگانه عطائی ظاهر |
| ✓ زینب بصیر | ✓ فاطمه موهبتی | ✓ مهدیه صبوری نسب |
| ✓ سارا سمرقندی | ✓ فائزه ندافی | ✓ مهسا ملکی |
| ✓ سجاد سعادت فر | ✓ فرزانه صمدیه | ✓ خدیجه اصغر پور |
| ✓ صبا ابوالحسنی | ✓ فهیمه زارع | ✓ امیرحسین سابقی |
| ✓ طاهره حسنی | ✓ ملیکا روزگاری | ✓ لعیا روانجو |
| ✓ عارف اکبری | ✓ مهدی محمدی حسین آباد | ✓ محمد رضا مقربی |

لیست کارورزان

- | | |
|--------------------|------------------|
| ✓ امیر حسین بهرامی | ✓ فاطمه علیزاده |
| ✓ امیرحسام آراین | ✓ کسری جلیل زاده |
| ✓ حسن کرمی | ✓ مبین زنگنه |
| ✓ ریحانه زینل نژاد | ✓ محمود علیزاده |
| ✓ ساجده فیروزی | ✓ مصطفی بهلگردی |
| ✓ سینا شریفی | ✓ مهدیه صفرزاده |
| ✓ علی احمدی | ✓ مهرناز نوایی |
| ✓ علی خیری | ✓ الناز موسوی |
| ✓ فاطمه جعفری | ✓ نرگس یعقوبی |
| ✓ فاطمه سوفاری | ✓ نوید بندگی |

درخت تو گریه بار دانش بگیرد به زیر آلوده چرخ نیلوفر سرسبز

Common Surgical Cases

Under the supervision of respected teacher
Dr. Mohsen Najmuddini



Prepared by the interns and staggers of Khordad 1401