

تاریخ:

شماره:

خلاصه پرونده بیمار

بیمار خانم ۵۰ ساله ایست Known Case of large toxic multi nodular goiter با وزن 120-130 و قد حدود 150cm با Huge neck mass+ hoarsness + orthopnea:CC جهت انجام تیروئیدکتومی از سوی فوق تخصص محترم غدد به جراح محترم معرفی می گردد.

بیمار ساعت 6:00PM روز ۹۰/۹/۲۲ جهت انجام تیروئیدکتومی در بیمارستان A بستری می شود. علائم حیاتی بیمار در بدو ورود به صورت زیر بوده است: $T=37^{\circ}\text{C}$ PR=78/min BP= 110/80 برای بیمار کانسالت کاردیو، CXRay, آماده سازی Ibag. PC و آزمایشات روتین درخواست شده و از نیمه شب NPO می گردد. بیمار در ساعت 10:15AM ۹۰/۹/۲۳ به OR تحویل داده می شود ولی به علت انجام نشدن کانسالت کاردیو، متخصص محترم بیهوشی بیمار را به بخش بر می گردانند. در ساعت 12:00MD متخصص محترم قلب و عروق بیمار را ویزیت می نمایند که طبق معاینات ایشان ECG: Nochange, Heart: S1S2 NI, BP: 120/80 بوده است و به علت Pulpitation بیمار Tab. Indral 20mg /BD if PR>100 تجویز گردد. عمل از نظر قلبی بلامانع و از نظر Moderate Risk, Surgical تشخیص داده می شود. بیمار در ساعت 12:35PM به OR تحویل داده می شود.

طبق نت متخصص محترم بیهوشی راه هوایی بیمار کلاس II و بیمار دارای گردن کوتاه بوده است. حدود ۲ دقیقه اکسیژن خالص به بیمار داده شده و 2mg میدازولام و 2^{cc} آلفنتانیل داده می شود 450mg تیوپنتال، 45mg آتراکوریوم داده می شود و حدود یک دقیقه بعد ونتیلاسیون با ماسک بیمار بسیار سخت شده و O₂ Sat شروع به افت می کند.

(O₂ sat اولیه 90% بوده است) سریعاً اقدام به لارنگوسکوپی جهت لوله گذاری می شود ولی موفقیت آمیز نبوده است. یکبار دیگر هم سعی می شود اما چیزی دیده نمی شود. LMA پنج گذاشته می شود ولی علیرغم جاگذاری راحت، هیچگونه ونتیلاسیونی ممکن نبوده مجدداً LMA چهار گذاشته می شود باز هم ونتیله نمی شود.

سریعاً توسط جراح محترم اقدام به کریکوتیروتومی می نمایند که امکان پذیر نمی باشد. اقدام به تراکئوستومی شده باز هم موفقیت آمیز نبوده نهایتاً با بازکردن دیواره تراشه، ETT شماره 6 عبور می دهند که باز هم به سختی ونتیله

می شده

از ساعت 13:45 لغایت 14:45 BP و O₂ sat بیمار detect نمی شده است.

جهت کم کردن مقاومت راه هوایی در دو مرحله به بیمار ایزوفلوران داده می شود.

با شک به برونکواسپاسم گسترده، سه مرحله و در هر مرحله 400 میکروگرم اپی نفرین زیرجلدی به بیمار داده می شود. O₂ sat پایین افتاده بود و سه مرحله فیبریلاسیون بطنی رخ می دهد که 4 بار D/C شوک و ماساژ قلبی داده می شود. آمینوفیلین برای بیمار تجویز می شود که تا حدی مقاومت راههای هوایی بهتر می شود و از ساعت 14:45 O₂ Sat شروع به افزایش می کند و بین 75- 90% ثابت می ماند. آتروپین، آمیودارون، بیکرنات، افدرین، دگزامتازون پس از احیا به بیمار داده می شود. جراح محترم اقدام به تعویض لوله تراکئوستومی به شماره 8 می نمایند و در ساعت 15:30 علائم حیاتی به شرح زیر ثبت شده و بیمار به ICU منتقل می گردد.

BP= 130/90 PR=113 O₂sat= 98%

1bag PC در اتاق عمل برای بیمار تزریق شده. پس از انتقال به 4bag FFP, ICU به بیمار تزریق گردیده است. اقدامات درمانی و نگهدارنده در طی مدت بستری بیمار انجام می شود. در تاریخ ۹۰/۹/۲۹ کانسالت نورولوژی درخواست می گردد و برای بیمار Hypoxic Ischemic Brain Damage تشخیص داده می شود. بیمار در تاریخ ۹۰/۱۲/۱۲ با GCS=15/15 (البته در رفلکس gag و راه رفتن و شناخت افراد کند بوده است) مرخص گردیده و مجدداً در تاریخ ۹۰/۱۲/۱۶ به علت تب و مشکلات تنفسی به بیمارستان مراجعه نموده و در ICU بستری می گردد. اقدامات درمانی و آنتی بیوتیک تراپی برای بیمار انجام می شود متاسفانه موفقیت آمیز نبوده و بیمار در تاریخ ۹۰/۱۲/۲۸ Expire می گردد.