

## خلاصہ پروندہ ۲

بیمار آقای است ۳۰ سالہ یک مورد Car Accident کہ در تاریخ ۸۹/۷/۲۱ ساعت 9:30AM با آمبولانس و برانکارڈ بہ بیمارستان الف منتقل می شود.

در بیمارستان بیمار با سطح ہوشیاری 6/15 و فشار 105/p در E.R بستری می شود. در بدو ورود Intubate می شود. دستورات پزشک شامل NPO، آزمایشات روتین، Brain CT Scan، سرم 250mg بہ صورت Stat دادہ می شود. در ساعت 10:05 درخواست سونوگرافی از شکم و لگن بہ صورت اورژانسی و درخواست رزرو ۴ واحد P.C فرستادہ می شود.

در ساعت 10:45AM بیمار ایست قلبی تنفسی می دہد کہ C.P.R می شود و بیمار بہ آن جواب می دہد. در ساعت 11:15 AM بیمار مجدداً برادیکارڈ و بدون نبض می شود و ایست قلبی تنفسی می دہد و حدوداً یک ساعت C.P.R انجام می شود. سونو انجام می شود کہ تشخیص Free Fluid ( Blood) + Spleen Laceration دادہ می شود. کانسالت جراحی انجام می شود دستور اینفیوژن 2bag P.C دادہ می شود.

طبق گزارش پزشک کشیک باوجود تزریق P.C و نرمال سالین کماکان فشار خون بیمار detect نمی شدہ با جراح محترم تماس گرفتہ می شود کہ طبق نظر ایشان در صورت تائید سرویس بیهوشی بیمار عمل می شود کہ بعد از تماس با متخصص بیهوشی طبق نظر ایشان جہت عمل جراحی لازم است فشار خون بالا بیاید و پالس بیمار لمس گردد. جہت افزایش فشار خون کانسالت داخلی انجام می شود کہ دستور تزریق P.C، N/S جہت افزایش فشار خون را می دہند.

بہ بیمار مجدداً 1lit N/S بہ صورت Free و 2bag P.C تزریق می شود.

بیمار در E.R تحت نظر بودہ و آمبوگ زدہ می شدہ است.

بیمار در ساعت 14:20 طبق ہماہنگی بہ OR منتقل می شود. در اتاق عمل لاپاراتومی می شود و سہ لیتر

خون تخلیہ شدہ و اسپلنکتومی انجام می گردد اما بیمار در نہایت در اتاق عمل فوت می نماید.

باسمہ تعالیٰ



تاریخ:  
شماره:

## خلاصہ پروندہ ۳

بیمار خانمی است ۳۵ سالہ یک مورد Car accident کہ در ساعت 1:00PM مورخ ۸۹/۹/۲۶ توسط اورژانس ۱۱۵ بہ بیمارستان «الف» منتقل می شود.

طبق گزارش پرستاری اسکور بیمار 13/15 بوده و در ناحیہ قوزک داخلی پای راست Laceration عمیق وجود داشته، چشم چپ کبودی داشته است.

بیمار توسط پزشک محترم اتفاقات ویزیت می شود و دستورات زیر گذاشته می شود:

1. C.B.C B.G , RH
2. Reserve 4 bag P.C
3. 2 Site IV Line
4. IV Fluid 1000cc R/L Stat
5. G/S consult
6. Othopedic consult
7. IV Fluid 3000 cc 1/3 2/3 /24h
8. Pelvic , Lt knee , Lt leg X Ray
9. C.X.R
10. Brain CT Scan

در ساعت 1:30PM توسط ارتوپد محترم ویزیت می گردد:

1. Int. Foley
2. Check Hb, Hct
3. Skull, Cervical , Pelvic, Knee, Leg, Wrist X Ray.
4. G/S Consult
5. Brain CT
6. U/A

تاریخ:

شماره:

در ساعت 2:00PM دستورات زیر توسط جراح محترم گذاشته می شود:

1. Check V/S q1h
2. Hb q6h
3. N.P.O
4. IV 4000 cc R/C

طبق گزارش پرستاری فشار خون مصدوم 90/60 ، پالس 80، تنفس 18 و اسکور 13/15 بوده است. پانسمان و آتل پای بیمار انجام می شود. اکسیژن برای بیمار وصل می شود. فولی بیمار فیکس می شود. بیمار در ساعت 1:50PM به همراه پرستار و با آمبو برای انجام CT فرستاده می شود و در ساعت 2:10PM جهت انجام گرافی های درخواستی به رادیولوژی فرستاده می شود. در شیفت عصر اسکور بیمار به 5 می رسد بیمار انتوبه می گردد. فشار خون بیمار detect نمی شده که با دو line، هیدرات می شود.

طبق دستور جراح محترم مبنی بر نداشتن نروسرجن، کاهش سطح هوشیاری و Base Skull Fx بیمار به شی—راز اعزام می شود.

بیمار در ساعت 5:00PM در بیمارستان «ب» پذیرش می شود. در بدو ورود پالس بیمار 140/min ، فشار خون 80/60 بیمار انتوبه و تنفس Shallow گزارش شده است. سمع ریه در هر دو طرف Clear بوده است. اسکور بیمار 11/15 بوده و It Panda eye داشته است. در معاینه:

Chest : NBS, B.S.E

Pelvic: Stable

Abd: Soft, tender

Spine: No exam

Ext: { Rt open Fx of tibia ,. Fibula  
Lt: Close fx of femur  
Close fx of tibia

Bilat distal Pulse: Not detected

بیمار سریعاً به صورت اورژانسی ( بدون انجام Brain CT و گرافی های درخواستی به جز C.X.R ) با

تشخیص Int. bleeding به اتاق عمل می رود و تحت عمل

Explorative laparatomy, Splenectoay, repair of liver laceration , packing of liver

قرار می گیرد. بیمار به مدت ۲۱ روز در بیمارستان «ب» بستری بوده و در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۷ ترخیص می گردد.

تاریخ:  
شماره:

## خلاصہ پروندہ ۴

بیمار کودک ۴ سالہ ای است کہ بہ علت تروما (افتادن سنگ) در ساعت 1:15PM مورخ ۹۱/۱/۱۳ توسط  
ہمراہانش بہ بخش فوریت ہای بیمارستان «الف» منتقل می گردد.

طبق نوت پرستاری بیمار کاملاً orient بودہ، علایم حیاتی بیمار چک می شود:

B.P:70/P

HR:88

RR:20

کہ بیمار با 500<sup>CC</sup>N/S/1h ہیدراتہ می شود.

دستورات زیر توسط پزشک محترم فوریت ہا گذاشتہ می شود:

1. Serum N/S 500cc/3hr
2. Serum 1/3 2/3 1500cc
3. U/A
4. Abd. Pelvic Sono
5. Total body XRay
6. C.B.C
7. Hb, Hct Q6h
8. Prep. 1bag P.C
9. B.G, RH, Crossed match
10. G/S Consult
11. N/S Consult
12. Orthopedic Consult

آزمایشات فرستادہ می شود. با سونوگرافی تماس گرفته می شود کہ اعلام می دارند متخصص رادیولوژی  
بیرون از شہر است. با جراح محترم بیمارستان تماس گرفته می شود می فرمایند شکم بیمار معاینہ شود. بیمار  
توسط پزشک فوریت ہا ویزیت شدہ شکم بیمار درد خیلی کمی داشتہ و Tender نبودہ است. بہ جراح  
اطلاع دادہ می شود کہ دستور چک U/A و C.B.C و اعلام نتیجہ آن دادہ می شود. بیمار توسط

بیمارستان تماس گرفته می شود کہ می فرمایند بیمار بماند تا فردا و یا به بخش جراحی برود.

به جراح اطلاع داده می شود می فرمایند نباید به بخش جراحی برود. نتایج آزمایشات به اطلاع جراح محترم رسانده می شود کہ ایشان فرمودند Hb خوب است و مشکلی ندارد. در ساعت 5:30PM برای اجازه گرفتن رفتن بیمار با جراح تماس گرفته می شود سؤال شد کہ آیا بیمار می تواند چیزی بخورد یا خیر. فرمودند شکم بیمار معاینه شود اگر تنـدرنس نداشت می تواند Po را شروع کند کہ به طور ناگهانی بیمار دچار L.O.C شد، سریعاً بیمار به C.P.R فرستاده شده و مانیتورینگ می شود (B.P: 50/P, H.R:175) طبق دستور پزشک محترم فوریت ها DW50% سوار شد و بعد از آن نرمال سالین. با جراح تماس گرفته شده و شرایط بیمار توضیح داده می شود. فرمودند RL 3000<sup>cc</sup> بگیرد و خون آماده شود. Hb مجدد 7 بود کہ دوباره با جراح محترم تماس گرفته می شود و فرمودند PC شروع شود با ستاد هماهنگی شود کہ بیمار برای جراحی اطفال به شیراز اعزام شود. توسط پزشک محترم فوریت ها در ساعت 6:10PM با ستاد هدایت تماس گرفته می شود. رزیدنت محترم جراحی بیمارستان «ب» پذیرش می دهند و اعلام می دارند چون مشکل بیمار مشخص است جراح باید خودشان بیمار را لاپاراتومی کنند در عین حال پذیرش داده می شود. با جراح محترم تماس گرفته می شود کہ اعلام می دارند خودشان تشریف می آورند ولی بیمار باید سونوگرافی شود. به سوپروایزور اطلاع داده می شود و ایشان اعلام می دارند با هر کدام از رادیولوژیست ها تماس گرفته اند هیچ کدام نمی توانند بیابند. مجدداً با جراح تماس گرفته شد به علت bloody Vomiting طبق نظر پزشک برای بیمار NGT گذاشته شده و irrigation داده می شود کہ ترشحات coffee ground داشته است. سطح هوشیاری بیمار 9-10/15 است. جراح محترم در ساعت 8:30PM بیمار را ویزیت کرده و دستورات زیر توسط ایشان گذاشته می شود:

1. N.P.O
2. C.B.R
3. Check Hb q6h, U/A
4. IV 3000cc R/L Free then 1300cc 1/3 2/3 /24hr\
5. Int. Foley

6. Check I &D تاریخ :  
شماره :  
7. Prep. 2bag P.C

8. Abd Sono or CT Scan of Abd. C I V Contrast  
9. NGT  
10. DW50% 1vial

در ساعت 7:00PM دستور ترانسفیوژن 150cc PC/1hr ، رینگر لاکتات 300cc و فولی گذاشته می شود.

نوروسرجن محترم در ساعت 8:45PM تماس گرفته و اعلام می دارند دستور ایشان برای ترخیص بیمار error شود و بیمار Brain CT شده و در بخش observe باشد.

بیمار در ساعت 9:00PM Brain , Abd CT می شود. در ساعت 9:30PM با ارتوپد محترم تماس گرفته می شود که ایشان می فرمایند از نظر من مشکلی ندارد.

در نهایت بیمار در ساعت 9:45PM به اتاق عمل منتقل می شود و تحت عمل لاپاراتومی قرار می گیرد.

بیمار در ساعت 00:30AM مورخ ۹۱/۱/۱۴ به ICU منتقل می شود. (اسکور بیمار 8، B.P:118/64، HR:130-160)

طبق نوت پرستاری در ابتدای شیفت صبح حین تحویل گرفتن بیماران در ایستگاه پرستاری از طریق مانیتور متوجه Flat شدن ناگهانی بیمار می شوند که سریعاً بر بالین بیمار رفته و پالس بیمار چک می شود که پالس وجود نداشته است کاردیآک ماساژ شروع می شود. سریعاً بیمار اینتوبه شده و آمبو زده می شود. علیرغم انجام اقدامات احیاء بیمار در ساعت 8:25AM فوت می نماید.

تاریخ:

شماره:

## خلاصہ پروندہ متوفی ۵

بیمار آقای است ۱۹ سالہ یک مورد Car accident کہ در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۳ ساعت 7:30PM با اورژانس ۱۱۵ بہ

بیمارستان «الف» منتقل می گردد. در معاینہ انجام شدہ توسط اورژانس R.R: P.R: 90/M B.P:100/60

20/m مردمک ها و سمع ریہ نرمال گزارش شدہ است.

در بیمارستان «الف» مصدوم توسط پزشک محترم معاینہ می گردد کہ شکستگی در انتہای ران، زانو و ابتدای ساق چپ و

همچنین آسیب بافت نرم از ناحیہ پایین ران و قسمت فوقانی ساق پا و آسیب شدید بہ اعصاب و عروق این ناحیہ گزارش

می گردد. در معاینہ، پالس دیستال حس نمی شدہ است. از نظر ہوشیاری بیمار کاملاً Orient بودہ است.

V/S: B.P: 110/80

P.R: 78

R.R:18

G.C.S:15

Chest: B.S.E, N.B.S, No Fx of Rib

Abd: No organomegaly, Soft

برای بیمار پانسمان اولیہ و آتل انجام می شود.

دستورات زیر گذاشتہ می شود:

1. C.B.C, BUN, Cr, elect
2. IV 3000cc 1/3 2/3 24h
3. 1000cc N/S Free
4. Reseve 3bag P.C
5. Orthopedic Consult
6. G/S Consult
7. Int. Foley

دستورات زیر توسط ارتوپد محترم گذاشتہ می شود:

1. Dexamethasone 16mg IV Stat, 8mg q8h
2. Cimetidine 200mg IV q6h
3. Pethedine 25mg IV P.R.N
4. Transefusion 2bag P.C
5. Tetabulin Amp
6. Toxoid Amp
7. Keflin 1g IV 96h
8. Gentamicin 80mg IV q8h

تاریخ:

شماره:

بیمار توسط جراح و ارتوپد محترم بیمارستان ویزیت می شود که به علت شکستگی از ناحیه دیستال ران تا پروکسیمال ساق پا، نداشتن پالس و احتمال زیاد پارگی عروق در ناحیه Popliteal و احتمال پارگی در طی عمل جراحی در این ناحیه و نیاز به متخصص واسکولار، بعد از انجام اقدامات اولیه ( آتل بندی، آمپول کزاز، آنتی بیوتیک، رزرو خون) بیمار به شیراز اعزام می شود.

در ساعت 11:30PM بیمار به بیمارستان «ب» تحویل داده می شود.

V/S: B.P: 90/60 P.R:120/min R.R:18/m

ریه ها نرمال، مردمک ها Brisk و اسکور 15/15 بوده است.

در معاینه اندام ها Dislocation, Fracture, Laceration, Soft tissue injury گزارش شده است.

HEENT: Pale conj, Lips, No Cyanosis

Lung: Clear

Heart: NL

Abd: Soft

**Lt Low. Ext:** laceration 40×40cm in ant side of Lt Lower thigh, upper Leg C exposed supracondylar of Lt Femur and Lt tibial Fragments, Cold ext.

Vascular: No distal Pulse

N/E: Lt Peroneal and tibial Nerves Palsy

دستورات زیر توسط رزیدنت محترم ارتوپدی گذاشته می شود:

1. Check V/S q1h
2. N.P.O
3. IV 4000cc N/S/24h
4. Keflin 1g IV q6h
5. Gentamicin 80mg IV q8h
6. Pethedine 25mg IV Stat
7. Hb
8. C.B.C, BUN, Cr, F.B.S, Viral Marker
9. Toxoid
10. Dexamethasone 16mg IV Stat, Then 8mg IV q8h
11. Ranitidine 50mg IV Bid
12. Long leg Slab



تاریخ:

شماره:

13. Pelvic, Lt thigh, leg, Ankle, Foot XRay

14. Color Doppler Sono of Tibial, dorsalis Pedic vessel

بیمار با رضایت شخصی و قبل از انجام اقدامات تشخیصی بخش فوریت های جراحی در ساعت 00:40AM ترک می کند.

در ساعت 1:00AM بیمار در بیمارستان «ج» پذیرش می شود و بعد از فرستادن نمونه و تهیه 4 bag P.C در ساعت 2:10AM به O.R می رود و تحت عمل جراحی ( پیوند میکروسکوپی عروق و عمل ارتوپدی) قرار می گیرد( مدت عمل از ساعت 6:30 AM - 2:30).

ساعت 7:00AM جهت تحویل گرفتن بیمار از اتاق عمل مراجعه می شود که پس از کنترل علائم حیاتی علی رغم به هوش بودن بیمار فشار خون 77/85 بوده که با توجه به شرایط بیماری و خونریزی از ناحیه عمل شده، از تحویل گرفتن بیمار توسط پرسنل خودداری می شود که پس از هماهنگی با متخصص مجرب بیهوشی با دستور شروع دوبارین برای بیمار، بیمار توسط بخش تحویل گرفته می شود. طبق گزارش پرستاری پانسمان بیمار خیس و خون آلود بوده و سرم بیمار 3000cc 1/3 2/3 در جریان بوده است. پای بیمار elevate و کاملاً Pale می باشد. بیمار با 500cc N/S

Hydrate Free می شود.

دستورات زیر بعد از عمل گذاشته می شود:

1. N.P.O
2. Check V/S q8h
3. Ringer Lactate 1000 cc q6 h
4. Reserve 6 bag P.C
5. Imipenem 500mg IV q6h
6. Metronidazole 500mg IV q6h
7. Keflin 1g IV q6h
8. Gentamicin 80mg IV q8h
9. Clefan 40mg SQ q8h
10. Dexamethasone 1 AMP QD

(که از تاریخ ۸۹/۱۱/۲۵، Hold می شود)

در ساعت 8:00AM پرستار بخش در هنگام تحویل شیفت متوجه Pale بودن و Bleeding پای بیمار می شود که فوراً با پزشک اتفاقات تماس گرفته می شود. بیمار Monitoring می شود. به دستور پزشک، از بیمار Hb فرستاده می شود و بیمار با 1000 cc رینگر hydrate می شود. به علت کاهش سطح هوشیاری بیمار توسط متخصص بیهوشی، انتوبه می گردد.

تاریخ:

شماره:

در ساعت 9:00AM جراح محترم بیمار را ویزیت می کنند و با دستور ایشان بالای محل عمل با تورنیکت بادی بسته می شود و 4 bag P.C, 4bag F.F.P به بیمار تزریق می شود. طبق تماس تلفنی جراح محترم با متخصص بیهوشی و پس از حضور ایشان بیمار extubate می شود. Iviol سدیم بیکربنات به بیمار تزریق می شود. سطح هوشیاری بیمار بهتر می شود. پای بیمار Pack می شود و تورنیکت باز می شود.

بیمار طبق دستور جراح به I.C.U منتقل می شود.

در ICU بیمار هوشیار بوده، R.R:20-24، Sat O2: 98-100، P.R: 110-120، فشار خون (130/80- 140/90) H.b بیمار 8.7 بوده که 2bag P.C به بیمار تزریق می شود. بیمار در ساعت 12:30PM مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ به اتاق عمل فرستاده می شود و در ساعت 4:00PM به بخش باز می گردد.

T:36.5 P:80/min R.R:20/min B.P: 110/60

طبق گزارش پرستاری بیمار Alert و Orient to T.P.P بوده،

T: 37 P.R . 94 R.R: 24 B.P: 120/80

از ساعت 1:00PM برای بیمار Diet شروع می شود. بیمار درد داشته که مورفین (5mg stat) داده می شود. Hb: 11.3

در ساعت 8:00PM گزارش می شود. در ساعت 9:00PM به OR می رود و در ساعت 11:30 PM از OR تحویل گرفته می شود. دستورات زیر توسط جراح محترم گذاشته می شود:

- 1.N.P.O (تا به هوش آمدن کامل)
- 2.V/S q8h
- 3.Ringer Lactate 1000cc q8h
- 4.Continue Antibiotic
- 5.Vit C IV Bid
- 6.B.Complex IV Qd
- 7.Dexamethasone 1 Amp Qd
- 8.Clexan
- 9.C.B.C , BUN, Cr, elect, PT, P.T.T, Plt.

از فردا صبح پانسمان روزی دو بار تعویض شود. ( با مقدار زیادی نرمال سالین شستشو و زخم با بتادین پانسمان شود. )

۸۹/۱۱/۲۷: بیمار هوشیار بوده، Reg diet شروع می شود که تحمل می کند. سرم 3000cc R/L/24h بوده و

علائم حیاتی نرمال گزارش شده است Hb:10.2 ( ساعت 6:00AM ) گزارش شده است.

تاریخ:

شماره:

در تاریخ ۸۹/۱۱/۳ ساعت 10:00PM در بخش پذیرش می شود. علایم حیاتی در زمان بستری:

T:36.9 P:88 R:24 B.P: 120/70

در ساعت 10:20PM از بیمار C.B.C فرستاده می شود. ساعت 11:45PM ، Hb بیمار 5.2 گزارش می شود که دستور تزریق ۴ واحد P.C داده می شود. بیمار با 1000cc N/S Hydrate می شود. در ساعت 3:50AM بیمار دچار سردی بدن، عطش شدید، تنفس کند و پالس سریع و استفراغ خونی می شود و پس از بررسی دقیق مدفوع خونی مشاهده می گردد. ید با جراح و پزشک اتفاقات تماس گرفته می شود. در ساعت 4:00AM پزشک اتفاقات به بخش مراجعه کرده و دستور تزریق آمپول هیدروکورتیزون و کلرفیبرامین و 1000cc N/S به صورت Stat داده می شود.

ساعت 4:10AM دستور چک C.B.C و تزریق پنتوپرازول 40mg و N.G.T و شستشوی معده با 2000 cc N/S و تزریق ۳ واحد خون، مانیتورینگ قلبی و مشاوره جراح عمومی و داخلی داده می شود. ساعت 5:00AM بیمار دچار ایست قلبی- تنفسی شد که جراح محترم بیمار را انتوبه کرده و C.P.C.R شروع می گردد و تا ساعت 6:30AM ادامه می یابد. که موثر واقع نمی شود و بیمار در ساعت 6:30AM فوت می نماید.

## خلاصه پرونده ۷

بیمار خانم ۲۷ ساله ایست که بدنبال درد شکم و تب و لرز به مطب پزشک محترم عمومی در شهرستان مراجعه می نماید. پس از معاینه دستور انجام سونوگرافی ابدومینوپلوویک داده می شود. پس از انجام سونوگرافی، متوجه وجود سنگ کیسه صفرا می شوند و به جراح محترم عمومی ارجاع داده می شود. جراح محترم عمومی با تشخیص Acute cholecystitis & CBD Ston جهت انجام Cholecystectomy در ساعت 10:11A مورخ ۸۸/۱۲/۲۷ در بیمارستان «الف» بستری می گردد. در همان روز عمل جراحی Cholecystectomy, CBD Explurat برای بیمار انجام شود، T.Tube در CBD گذاشته می شود. بیمار در ساعت 10:AM مورخ ۸۸/۱۲/۲۹ با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شده و مقرر می گردد ۱۷ روز بعد جهت کشیدن بخیه و خارج نمودن T.Tube به مطب جراح محترم مراجعه نماید. طبق اظهارات بیمار در طی این ۱۷ روز مشکل خاصی نداشته اند و در روز مقرر ۸۹/۱/۱۶ به مطب مراجعه نموده و پس از ویزیت بیمار دستور انجام T.Tube Cholangiography داده می شود که انجام شده و نتیجه به پزشک محترم نشان داده می شود (پیوست). بنابه ادعای بیمار به محض بیرون کشیدن T.Tube، دچار درد شدید در کلیه، کتف، شکم و استفراغ شدند که پس از هماهنگی با منشی شیاف مسکن برایشان گذاشته شده ولی موثر نبوده است. تا ساعت 1:00AM همچنان درد و استفراغ داشته که مجدداً به بیمارستان «الف» مراجعه می نمایند. توسط پزشک محترم اتفاقات ویزیت شده و در اورژانس بیمارستان بستری می گردد.

BP: 110/90

PR=80/min

RR= 12/min

T=37.5<sup>oc</sup>

Lung: NL

Heart: NL

Abd:Site of operation Soft Tenderness + Rebound Tenderness Generalaized

دستورات زیر در ساعت 2:20AM مورخ ۸۹/۱/۱۷ برای بیمار گذاشته می شود.

1. Pethedin 25mg IV Slow
2. Chest XRay including diaphragm ( Upright)
3. IV heparin lock
4. Visit by فردا صبح جراح محترم

تاریخ:

شماره:

در ساعت 9:00AM توسط پزشک محترم عمومی سونوگرافی شکم و لگن از نظر بررسی مجاری صفراوی و مایع آزاد در شکم درخواست می گردد. در عرض ۱ ساعت تزریق می شود و سفتریکسون 1g IV/Stat & 12h و مترانیدازول با دوز Order 500mg Stat/8h می گردد. به جراح محترم نیز اطلاع داده می شود.

ساعت 1:20PM مورخ ۸/۱/۱۷ به جراح محترم اطلاع داده می شود و ایشان می فرمایند فعلاً کار خاصی نمی خواهد تا سونو شود و دستورات زیر داده می شود:

1. Int. Folley

2. Pethedin 25mg IM /Stat

بیمار ساعت 5PM به رادیولوژی فرستاده می شود و سونوگرافی abdominopelvic انجام شده و در ساعت 5:30PM به اورژانس بر می گردد. جواب سونوگرافی به قرار زیر است: حدود 300-400<sup>cc</sup> مایع آزاد در حفره لگنی و کیست کوچک ساده ۲۸ میلی متری در تخمدان راست مشاهده می گردد. بقیه موارد نرمال گزارش شده است .

جواب سونو به اطلاع جراح محترم رسانده شده و ایشان دستور بستری بیمار در بخش جراحی می دهند. بیمار در ساعت 10:00PM به بخش جراحی منتقل می گردد. علائم حیاتی به صورت زیر بوده است:

BP=110/70

PR=80/min

RR=18/min

T=36oc

بیمار در ساعت 8:45 AM مورخ ۸۹/۱/۱۸ به اتاق عمل برده می شود و تحت :

Expl. Laparatomy + Repaire of Perforated D/u ( by Laparatomy)

قرار می گیرد. یافته های عمل جراحی به صورت زیر گزارش شده است:

400- 500cc bile Fluid in Abdomen with perforated of Duodenum

بیمار در ساعت 15:00PM به بخش برگردانده می شود. علائم حیاتی بیمار به صورت زیر گزارش شده است.

BP= 125/70

PR=78

RR=20

T=37<sup>oc</sup>

از روز ۸۹/۱/۲۳ برای بیمار رژیم liquid شروع می شود که بیمار تحمل می نماید. در طی مدت بستری بعد از

عمل نیز مشکل خاصی گزارش نمی شود و دستور ترخیص بیمار در ساعت 14:00 مورخ ۸۹/۱/۲۴ صادر می

گردد اما به علت مشکلات بیمه صبح روز بعد از بیمارستان مرخص می شود.

## خلاصہ پروندہ ۶

بیمار خانم ۳۲ سالہ ایست کہ بہ علت درد شکم بہ مطب یکی از جراحان محترم مراجعہ نمودہ با تشخیص کلہ سیستیت و جہت انجام لاپاراسکوپیک کلہ سیستکتومی ساعت 13:41 مورخ ۸۹/۳/۸ در بیمارستان «الف» بستری می گردد.

بیمار در ساعت 8:00 AM مورخ ۸۹/۳/۹ وارد اتاق عمل شدہ و تحت لاپاراسکوپیک کلہ سیستکتومی قرار می گیرد حدود ساعت 10:30 بہ ریکاوری تحویل دادہ شدہ و ساعت 12:MD بہ بخش منتقل می گردد.

علائم حیاتی ہنگام تحویل گرفتہ در بخش: BP=90/20 PR=70/min RR=18/min T=36<sup>0C</sup>  
۸۹/۳/۱۰ خونریزی و ہماتوم نداشتہ، شکم دیستنت نبودہ، out of bed می شود، PO را تحمل می نماید  
وساعت 10:00AM مرخص می گردد.

نتیجہ پاتولوژی:

## Chronic Cholecystitis &amp; Cholelithiasis

بعد از یک ہفتہ با درد شدید شکم بہ پزشک محترم مراجعہ نمودہ و بہ صلاحدید پزشک در تاریخ ۸۹/۳/۱۸ با دستور دارویی مترونیدازول 500mg/8h، سفتریاکسون 1gr/12h/IV و پنتاپرازول 40mg/IV/12h و Supp. Diclofenac در بخش جراحی بیمارستان «الف» بستری می گردد.

در ۸۹/۳/۱۹ ساعت 8:00AM، توسط جراح محترم ویزیت شدہ، بیمار ill بودہ، تب نداشتہ Congectiva نرمال بود. BS شنیدہ می شد و RT. Side T. در شکم داشت. پزشک معالج درخواست ابدومینوپلویک سونو و Abd Tap تحت گایدسونو می دہند.

در سونوی انجام شدہ Collectionهای متعدد (ہماتوم یا مایع) دیدہ می شود و حدود 70<sup>CC</sup> مایع dark greenish تا Tap, brownish می شود.

روز ۸۹/۳/۲۱، بیمار Afebrile بودہ، تندرns لکالیزہ در RUQ داشتہ است، Abd Pelvic CT Scan درخواست می شود و بہ علت درد بیمار پتدین 25mg order می گردد.

در تاریخ ۸۹/۳/۲۲، CT Scan بیمار انجام می شود کہ بر اساس آن: Large Collection of Fluid در ساب کپسولار ہمی دیافراگم راست ناشی از ہماتوم دیدہ می شود. Biloma ہم بطور کامل R/O نمی شود.

تاریخ:

شماره:

بیمار به علت :

در Explurer Laparascopy + Drainage of Sub hepatic & Subdiaphragmatic Collection

ساعت 13:00 روز ۸۹/۳/۲۳ به اتاق عمل برده می شود.

یافته های عمل جراحی :

1. Bile Fluid Sub hepatic & Sub Diaphragmatic
2. Site of Cholecystectomy OK
3. Clips on Cystic duct
4. No evidence of bile leakage

بیمار ساعت 16:30 به ریکاوری منتقل می گردد، بعد از عمل برای بیمار مترونیدازول، جنتامایسین، Serum

3000cc 1/3 2/3 ، پنتاپرازول order می شود و LFT درخواست می گردد.

۸۹/۳/۲۴ ، T= 38.3<sup>oc</sup> , Abd . Pain+ ,

Vit B12, Bcomplex, C/ 20gr Alb/ 2 bag FFP. KCL 60meq به سرم 24h اضافه می شود.

تجویز می گردد.

۸۹/۳/۲۵: علائم حیاتی بیمار Stable بوده، Surgical Diet شروع می شود. KCL به 40 meq

کاهش می یابد.

۸۹/۳/۲۶: علائم حیاتی Stable بوده و مشکل خاصی نداشته است و در تاریخ ۸۹/۳/۲۷ بیمار مرخص می

گردد.

بنابه ادعای همسر بیمار بعد از مدتی درد شدید در ناحیه عمل ایجاد می شود که با مراجعه مجدد به پزشک معالج

دستور بستری می دهند و بیمار مجدداً در تاریخ ۸۹/۴/۱۵ با CC : درد شکم و با تشخیص Bile Leakage

در بخش جراحی بیمارستان «الف» بستری می گردد.

ساعت 16:00 روز ۸۹/۴/۱۶ برای بار سوم به اتاق عمل برده می شود و تحت بیهوشی عمومی

Expluration Laparatomy و CBD Expluration انجام می شود. T.Tube شماره ۱۲ در

CBD گذاشته می شود. Bile leakage مشاهده می شود که demonstrate می شود.

در ساعت 19:45 به ریکاوری منتقل شده و نهایتاً در تاریخ ۸۹/۴/۱۹ مرخص می گردد.

باسمہ تعالیٰ



دانشکده علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

تاریخ:

شماره:

بیمار پس از ترخیص نیز از درد شاکمی بود که قادر به برقراری ارتباط تلفنی با پزشک معالج نشده و در مراجعه به مطب نیز، ایشان از ویزیت بیمار امتناع می ورزند.

نهایتاً بیمار به پزشک جراح دیگری مراجعه می نماید و در تاریخ های ۸۹/۵/۳ و ۸۹/۶/۳ در بیمارستان شفا تحت ERCP قرار گرفته و بهبود می یابد.



باسمہ تعالیٰ



تاریخ:  
شماره:

## خلاصہ پروندہ ۶

بیمار آقای ۳۷ سالہ ایست کہ با CC: درد شکم در ساعت 4:00AM روز ۸۹/۶/۱۱ به بیمارستان (الف) مراجعه مینماید، توسط اینترن محترم ویزیت شده و درخواست مشاوره داخلی نموده و بیمار را در فوریت ها بستری می نمایند. در معاینات اولیه BP= 130/80 ثبت شده و تندرns شکم ذکر گردیده است. بیمار توسط رزیدنت داخلی ویزیت می شود. NGT، آمپول رانیتیدین وریدی و flut & Upright Abd XRay می گردد. در Abd Xray : Huge gastric & pyloric ederna مشاهده می گردد و با تشخیص اولیه GOO کانسالت جراحی درخواست می گردد. که طبق معاینه رزیدنت محترم جراحی شکم نرم بوده و تندرns خفیف در اپی گاستر داشتند و مشکل جراحی اورژانس تشخیص داده نشده است. دستورات زیر گذاشته می شود:

1. NGT
2. Ceftriaxon 1gr /IV/12h
3. Metronidazol 500mg/IV/8h
4. Amp.Ranitedin 50mg/IV/8h
5. CXRay ( Including diaphragm)
6. Upper endoscopy
7. LFT/Amylase/ Lipase/ABG/LDH
8. CBC Q6h
9. BUN/Cr/Na/K/BS

رزیدنت محترم داخلی، به علت نداشتن مشکل حاد جراحی بیمار را در ساعت 8:20AM Discharge نموده و به بیمار توصیه می نماید که به اساتید گوارش مراجعه نمایند. بیمار پس از ترخیص در منزل دچار درد شکم می شود و مجدداً به بیمارستان (الف) مراجعه می نماید اما پذیرش نمی شود. بیمار با CC: درد شکم و Vomiting به بیمارستان (ب) مراجعه نموده و در ساعت 13:39 مورخ ۸۹/۶/۱۲ با تشخیص اولیه Acute cholecystitis در ER بستری می گردد.

تاریخ:

شماره:

V/S: BP= 120/70 PR=73/min RR=22/min T=37oc

Eye: yellow Color Sclera

Heart: NL S1S2

Lung: NL

Abd: Severe Tenderness in RUQ

بیمار سابقہ چربی خون بالا داشته کہ با رژیم غذایی کنترل می شده ، سابقہ جراحی واریکوسل را نیز می دهد.

برای بیمار دستورات زیر گذاشته می شود:

1. CBC/BUN/Cr/Na/K/BS/LFT/PT/PTT/INR
2. Serum 1/3 2/3 3000cc IV/24h
3. Ceftriaxon 1g/ IV/12h
4. Metronidazol 500mg IV/8h
5. Pethedin 50mg /IM/PRN
6. Consult Surgen
7. Transfer to Ward

بیمار در ساعت 2:30PM به بخش جراحی منتقل می شود و در ساعت به بخش جراحی منتقل می شود و در

ساعت 6:30 توسط جراح محترم ویزیت شده، CXRay ، آزمایشات LFT، آمیلاز، لیپاز، HBS, HCV

سونوگرافی شکم، مشاوره داخلی درخواست می گردد.

در ۸۹/۶/۱۳ سونوگرافی انجام می شود و بر اساس آن

Gall blader is mildly distented with mild increased wall thicknees without evidence of pericholecystic Collection

Multiple Small gall Stone in range of 3-5 mm are seen in the lumen.

مشاوره داخلی نیز انجام میشود کہ بر اساس آن مجدداً سونوگرافی ابدومینوپلوویک LFT ، PT ، INR ، LDH.

Lipase, Amylase درخواست می گردد.

تاریخ:

شماره:

بیمار ساعت 9:40 AM روز ۸۹/۶/۱۳ به OR منتقل شده و Open Cholecystectomy+ Release of adhesion برای بیمار انجام می شود که در حین عمل در شکم ، چسبندگی کولون به لترال پریتونئال وال و نزدیک کیسه صفرا و چندین چسبندگی امنتوم به لبه کبد و کیسه صفرا مشاهده می شود که release می شود و کیسه صفرا که دیستنت شده بود خارج می شود. شکم با 2500cc بتادین سالین شستشو شده و بسته می شود. بیمار ساعت 11:30AM با علائم حیاتی پایدار به ریکاوری منتقل میشود و در ساعت 13:15 به بخش جراحی تحویل داده می شود .

دستورات بعد از عمل به قرار زیر است:

1. NPO
2. NGT
3. IV DW5% 2000cc +RL 500cc + N/S 1000cc
4. Pethedin 30mg /PRN
5. AMP. Hyoscin IM/PRN
6. Ceftriaxon 1g/IV/12h
7. Metronidazol 500mg/8h

دستورات اجرا می شود. بیمار در روز ۸۹/۶/۱۵ از دیستنس شکم شاکی بوده که با شیاف بیزاکودیل برطرف می شود.  $T=38.5^{\circ}C$  نیز داشته که شیاف استامینوفن گذاشته می شود در روزهای بعدمشکل خاصی نداشته و نهایتاً روز ۸۹/۶/۱۸ مرخص می شود.

Chronic cholecystitis

نتیجه پاتولوژی :

تاریخ:

شماره:

## خلاصه پرونده ۸

بیمار خانم ۳۱ ساله ایست با CC: درد شکم به جراح محترم عمومی مراجعه نموده و با تشخیص Symptomatic Gall Stone برای انجام عمل جراحی Laparoscopic Cholecystectomy در

ساعت 11:00PM مورخ ۸۹/۳/۱۷ در بیمارستان «الف» بستری می گردد.

آزمایشات روتین ارسال می گردد. ۱ واحد P.C رزرو شده و ECG می شود. ۱ عدد قرص دیازپام ۱۰mg شب داده شده و از نیمه شب NPO می گردد. سرم 2/3 1/3 وصل می شود.

بیمار در ساعت 2:00PM روز ۸۹/۳/۱۸ به اتاق عمل فرستاده شده و تحت عمل جراحی لاپاراسکوپیک کله سیستکتومی قرار می گیرد و در ساعت 5:16PM به بخش تحویل داده شده

و دستورات زیر برای بیمار گذاشته می شود:

1. NPO
2. Control of V/S
3. Sroum KVO
4. Amp Ceftriaxion 1gr/ IV/ 12h
5. Amp Pethedin 25mg PRN
6. Check Hb, HCT 6h ×3
7. ترشحات درن چارت شود.
8. Amp Ranitidin 50mg/ 12h

دستورات اجرا می گردد. در شب ۸۹/۳/۱۸ حالت تهوع و استفراغ و درد داشته که مسکن داده می شود. ساعت 3:00AM درن بیمار از ناحیه عمل جدا شده و تمام قسمت های پانسمان بیمار آلوده به خون شده بوده که پانسمان

تعویض می گردد از قسمت ناحیه زیردرن نیز مقداری bleeding داشته است بیمار مقداری Pale بوده

Hb ساعت 6PM بیمار ۱۲/۹ گزارش شده بیمار آریته بوده است BP= 110/70

Hb ساعت 6:00AM مورخ ۸۹/۳/۱۹ بیمار ۹/۱ گزارش شده که ۲ واحد PC تزریق می گردد. سرم 2/3 1/3

بیمار در جریان بوده از سایت پانسمان، خونریزی داشته که به دستور جراح محترم پانسمان تعویض می شود اما هنوز

ترشحات کمی داشته است.

تاریخ:

شماره:

در ساعت 12:MD ، Hb بیمار به 7/7 می رسد که به دستور جراح محترم بیمار برای OR آماده می گردد بیمار از تهوع و استفراغ شاکی بوده که به علت حساسیت بیمار به متوکلوپرامید، به بیمار آمپول B6 تزریق می شود. بیمار در ساعت 1:10PM به OR فرستاده می شود.

تحت GA ، شکم با انسزیون کوخر باز شده و حدود 1/5 lit خون داخل شکم بوده که ساکشن می شود. در بررسی محل عمل Cystic Artery در حال خونریزی بوده که Ligate می شود. یک مجرای لوشکا وجود داشته که پس از انجام کلانژیوگرافی ، مجرای فوق Ligate می گردد. CBD نیز اکسپلور می گردد که یافته پاتولوژیکی مشاهده نمی شود. در حین عمل و ریکاوری 2bag FFP , 2lit Ringer, 2lit + N/S , 2lit 1/3 2/3 , 1500cc  
برای بیمار تزریق می شود. بیمار در ساعت 5:00PM از ریکاوری به بخش تحویل داده می شود. علائم حیاتی به شرح زیر بوده است.

BP-130/90 PR=108 RR= 20

دستورات بعد از عمل به شرح زیر برای بیمار گذاشته می شود.

1. NPO
2. Control of V/S
3. Sourm 1/3 2/3 3000cc/24h
4. CBC diff/BUN/Electrolytes/ Daily
5. Amp Ceftriaxon 1gr IV/ 12h
6. Amp Ranitidin 50mg IV/12h
7. Amp Pethedin 25mg PRN
8. Folley Control of I/O
9. NGT

دستورات فوق اجرا می گردد. پالس بیمار همچنان بالا و بین 110-115 متغیر بوده و کمی Pale بوده است در ساعت 1:00AM مورخ ۸۹/۳/۲۰ NGT دیس شارژ نداشته، دیس شارژ خونی از ناحیه درن وجود داشته که Moderate گزارش شده پانسمان نیز خشک بوده است. intfolley حاوی urine dark yellowish بوده است. Hb ساعت 10/7 1:00AM گزارش شده است ساعت 7:00AM sat =o<sub>2</sub> 83% داشته که با

باسم تعالی



ماسک 3lit O<sub>2</sub> داده می شود. O<sub>2</sub> Sat به بالای ۹۰٪ می رسد. رنگ پوست بیمار زرد گزارش شده و بیمار ادم داشته است. پس از ویزیت جراح محترم D/C int folley, NGT شده و رژیم سرجیکال شروع می گردد که

بیمار تحمل نکرده. سرم 3000cc 1/3 2/3 در جریان بوده OOB می شود. از سایت عمل، خونریزی داشته که به اطلاع جراح محترم رسانده شده و می فرمایند مشکلی نیست. LFT نیز چک می شود. با فوق تخصص محترم کانسالت شده و پس از ویزیت ایشان به پرسنل پرستاری اطلاع می دهد که احتمالاً فردا صبح عمل می شود روز بعد نیز بیمار از Vomiting & Nausea شاکی بوده و Jundice داشته که با هماهنگی های انجام شده با استاد محترم جراحی با تشخیص Obstructive Jundice با احتمال ایجاد Common Hepatic duct injury بیمار به بیمارستان «ب» انتقال می یابد.

علائم حیاتی بیمار در هنگام اعزام به قرار زیر بوده است: BP= 115/70 PR=90/min T= 37.1<sup>oc</sup> بیمار پس از بستری در نمازی تحت نظر قرار گرفته و اقداماتی از قبیل تزریق PC 2 unit درمان آنتی بیوتیکی، انجام آزمایشات روتین انجام می گیرد. در تاریخ ۸۹/۳/۲۶ توسط استاد محترم جراحی تحت عمل جراحی

Laparatomy + Exploration of Liver hilum + hepaticojejunostomy  
( Lt. hepatic duct to jejunum) + Closure of Rt ischemic hepatic duct + jpdrain insertion

قرار می گیرد.

یافته های حین عمل به قرار زیر بوده است.

CHD was Ligated with a defect. Rt and Lt. hepatic ducts were open, proper hepatic artery was Ligated, Rt. Lobe of Liver was nectrotic in Some parts, Lt lobe was ischemic Rt hepatic duct and minimal bile drainage and was ischemic in appearance.

بیمار در ساعت 17:00 تحویل بخش داده می شود.

روز ۸۹/۳/۲۷ Jp drain بیمار bloody drantage داشته در روز بعد drantage نداشته است.

نهایتاً بیمار در تاریخ ۸۹/۴/۱ با دستور دارویی قرص سیپروفلوکساسین 500mg و مترونیدازول مرخص می گردد. ایشان بعد از گذشتن یک هفته از ترخیص دچار دیس شارژ های صفراوی می شود که مجدداً به بیمارستان «ب» مراجعه نموده و از تاریخ ۸۹/۴/۸ لغایت ۸۹/۴/۲۴ در آن مرکز بستری می گردد. بیمار در تاریخ ۸۹/۶/۱۱ به علت

تب و لرز و درد شکم به استاد محترم مراجعه نموده و با تشخیص Cholangitis در بیمارستان «ج» بستری شده و خدمات بهداشتی فرمانی استان فارس

تحت درمان با سفتریکسون 1gr/ 12h و 3gr /6h Ampibatam ، کپسول امپرازول قرار می گیرد. در تاریخ

۸۹/۶/۱۶ آزمایشات BUN/ Cr/ Na/ K/ CBC/ LFT/ PT/ PTT درخواست می گردد که پس از

رویت آزمایشات توسط استاد محترم جراحی را لازم ندانسته و بیمار در تاریخ ۹۰/۶/۱۸ مرخص می گردد.

بعد از آن بیمار مرتب تحت نظر استاد محترم بوده تا اینکه روز ۸۹/۱۱/۲۳ سونوگرافی ابدومینوپلوئیک انجام شده و بر

اساس آن Collection مایع به ابعاد 10.5×8/5cm در ناحیه ساب هپاتیک راست در سایت کله سیستکتومی

قبلی مشاهده می شود که روز بعد تحت گایدسونو تخلیه شده و برای کشت ارسال می گردد که بر اساس آن

Heavy Growth of E.Coli گزارش می شود. در ساعت 4:00PM مورخ ۸۹/۱۲/۹ مجدداً با تشخیص

Cholangitis و جهت آنتی بیوتیک تراپی در بخش جراحی بیمارستان «ج» بستری می گردند. دستورات زیر

گذاشته می شود.

1. Amp Amikacin 300mg IV/Stat & 250mg IV/8h
2. Metronidazole 500mg IV/8h
3. Ampibactam 3gr IV/ 6h
4. Serum 1/3 2/3 1000cc 24h
5. LFT/ آزمایشات روتین
6. Amp Ranitidin IV/ Stat

بیمار در تاریخ ۸۹/۱۲/۱۶ تحت عمل جراحی

Laparotomy + Rt. Hepatectomy+ Extensive release of adhesions

قرار می گیرد.

بعد از عمل برای بیمار 1gr /12h Zoxime Cleaxan 40mg SQ/D شروع می شود. مترانیدازول

قطع و دوز Ampibactam به 1/5 gr/ 6h کاهش می یابد .

در تاریخ ۸۹/۱۲/۲۱ سونوگرافی شکم درخواست شده که بر اساس آن Moderate Pleural effusion در

سمت راست و Large Collection حدود ۹۱×۴۷mm زیر همی دیافراگم راست مشاهده می شود و جهت

بررسی بهتر CT Scan پیشنهاد می گردد که در تاریخ ۸۹/۱۲/۲۲ انجام می گردد و بر اساس آن مایع در سطح

فوقانی کبد زیر همی دیافراگم راست با بالب های گاز متعدد و Collection مایع 33×28mm قسمت تحتانی

باسمہ تعالیٰ



کبد نزدیک ابدومینال وال مشاهده می شود Moderate Plural effusion در سمت راست و Mild در سمت  
شماره: تاریخ: کمر سمت راست و Mild در سمت  
خدمات بهداشتی فرمانی استان قانس  
چپ دیده می شود.

نهایتاً بیمار با داروی خوراکی سیپروفلوکساسین و مترونیدازول در تاریخ ۸۹/۱۲/۲۴ مرخص می شود.

## خلاصہ پروندہ ۹

بیمار آقای ۶۵ ساله ایست که به دنبال Car accident دچار Head Trauma شده و در ساعت 19:21 مورخ ۸۸/۵/۲۱ با آمبولانس اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان «الف» برده می شود. به دلیل سابقه HTN و نارسایی دریچه میترال بیمار تحت درمان با لوزارتان، متورال، آملودیپین یا آمیودارون، تریامترن H، آتوروستاتین و وارفارین بوده است. سابقه کاهش L.O.C یا amnesia نداشته است. بیمار توسط پزشک محترم عمومی ویزیت می شود. در معاینات اولیه:

V/S: Stable GCS= 15/15

Head: a 5cm Laceration on Rt Parietal

Neck & Spine: OK

Chest: Left clavicle dislocation

Abd: Soft

Ext: NL

دستورات زیر برای بیمار گذاشته می شود:

1. IV 1/3 2/3 1 lit /8h
2. Check CBC/U/A/ FBS/ Electrolytes
3. Brain Ct Scan
4. CXRay PA(including left Shoulder)
5. Amp. Toxoid 0.5cc IM Stat
6. Amp. Tetabuline IM/ Stat
7. Orthopedic/ G/S/ N/S visit

در ساعت 20:00 برای بیمار Brain CT Scan انجام می گیرد که بر اساس آن ساب دورال، ساب

آراکنوئید و اینتراکراینال هماتوما در LT. Paridal lobe مشاهده می شود.

در ساعت 20:50 برای بیمار



1. Dilantine 750mg IV-Stat  
تاریخ: شماره:
2. Dilantine 300mg IV /d

3. O2 3Lit
4. Pelvic XRay / CXRay/ Whole Spin XRay/ Shoulder XRay

درخواست می گردد. بیمار در ساعت 21:15 توسط رزیدنت محترم نوروسرجری ویزیت شده. بنابه اظهارات فرزند بیمار رزیدنت محترم نوروسرجری احتمال نیاز به عمل جراحی را مطرح نمودند اما با توجه به بیماری زمینہ ای بیمار و  $INR=3.8$  توصیه می نمایند که ابتدا باید وضعیت انعقادی اصلاح شود. برای بیمار دستورات زیر گذاشته می شود.

1. Brain CTScan at 12MN
2. 2Amp.Vit K 2Amp. Tranexamic acid in 500cc N/S/20min
3. Tab. Nimodipine 2tab /4h
4. Amp. Ranitidin 50mg/6h
5. Head elevation 30o
6. Mannitol 200mg Stat then 60cc IV/6h

در ساعت 12MN مجدداً Brain CTScan برای بیمار انجام می شود که نتیجه مشابه قبلی داشته است. به علت خالی نبودن تخت ICU بیمار در اورژانس تحت نظر قرار می گیرد و به همراهان بیمار توصیه می شود که بیمار باید سریعتر به مرکز دارای تخت ICU خالی منتقل گردد.

در ساعت 22:00 بیمار دچار Vomiting و کاهش سطح هوشیاری می شود و GCS بیمار به 13/15 می رسد. فشار بیمار کاهش می یابد که بلافاصله مانیتول بیمار قطع شده که با این اقدام فشار بیمار افزایش می یابد. بیمار توسط جراح محترم عمومی ویزیت شده و دستور Abdominopelvic CTScan می دهند.

در ساعت 00:30 بامداد CTScan بیمار انجام می شود که مایع آزاد در شکم مشاهده نمی شود. 1bag PC , 4bag FFP برای بیمار تزریق می شود.

بیمار Cervical Collar داشته است. برای بیمار Long Slab for left humerus گذاشته شده و با توجه به

خالی بودن تخت ICU در بیمارستان «ب» پس از هماهنگی های لازم بیمار در ساعت 1:00AM مورخ

۸۸/۵/۲۲ با آمبولانس خصوصی به آن مرکز اعزام می گردد.

باسمہ تعالیٰ



بیمار در ساعت 1:25AM مورخ ۸۸/۵/۲۲ در بیمارستان «ب» بستری شده و در آن هنگام بیمار Conscious و خدمات بهداشتی فرمائی استان فارس  
تاریخ: شماره: BP= 120/70 و PR= 50 GCS=13/15 بوده Orient to TPP داشته است.

بیمار در ساعت 2:00AM توسط جراح محترم مغز و اعصاب ویزیت شده و دستورات زیر برای بیمار گذاشته می شود.

1. NPO
2. BUN/ electrolytes/ Hb/Pt/PTT
3. FFP 3bag Stat
4. Lasix 20mg IV After infusion FFP if BP>120/80
5. Keflin 1gr/6h
6. Gentamicin 60mg IV/8h
7. Dilantin 300mg IV/D
8. Cimetidine 200mg/6h
9. A.P. Vit E I/IM/D
10. A.P Vit C I/IV/D
11. Prepare 500cc PC
12. Cardiologist & Orthopedic Consult
13. IV Fluid 3000cc 1/3 2/3 24h

بنابه اظهارات فرزند بیمار طبق نظر نورسرجن محترم به دلیل بالا بودن نسبی سن بیمار، ایشان فعلاً نیازی به عمل جراحی اورژانس ندارند و باید در ICU تحت نظر قرار گیرد.

مشاوره قلب انجام شده و طبق نظر ایشان وارفارین، آمیودارون، آتوروستاتین DC و متورال، لوزاتان، آملودیپین و تریامترن H ادامه داده می شوند.

مشاوره ارتوپدی هم انجام می شود که بر اساس آن شکستگی هومروس باید بعد از Stable شدن بیمار انجام شود. در شیفت صبح ۸۸/۵/۲۳ O<sub>2</sub> Sat ها و هموگلوبین بیمار پایین بودند. در ساعت 8:00AM توسط جراح محترم ویزیت می شوند Chest Sono درخواست می نمایند ولی اورژانس نبوده ریه را Tap می نمایند که مشکلی نداشته است.

بیمار در ساعت 12:30PM دچار Respiratory arrest می شود که بعد متخصص محترم بیهوشی اطلاع داده شده و بیمار Intubate و به دستگاه ونتیلاتور وصل می شود. آتروپین، مورفین و میدازولام تزریق می گردد. GCS بیمار در آن لحظه ۳ گزارش شده است. به جراح محترم اطلاع داده شده و ایشان در ساعت 2:00PM برای بیمار

باسمہ تعالیٰ



Bilateral chest tube و CVP line می گذارند. CX Ray و Brain CT Scan درخواست می شود  
شماره:   
که با توجه به وضعیت بیمار انجام نمی شود. با متخصص محترم قلب تماس گرفته می شود و ایشان دستور تزریق  
N/S 1000cc و دوپامین صادر می نمایند.

ساعت 4:00PM فشار بیمار به 80/60 رسید و جهت CXRay , CTScan به رادیولوژی منتقل می شود که  
طبق نت پرستار محترم توسط نورو سرجن محترم رویت شده و تغییری در CT مشاهده نمی شود و در CXRay  
پنوموتوراکس مشاهده می گردد.

فوق تخصص محترم ریه نیز بیمار را در ساعت 3:00PM ویزیت نموده و با IMP= R/O Aspiration Pneumonia  
برای بیمار دستورات زیر را صادر می نمایند:

1. Sputum Culture
2. Imipenem 1gr IV/8h
3. Metromidazole 500mg IV/6h
4. ABG BD
5. Repair Mode: A/C TV= 700 FIO2=100% RR=12

در ساعت 7:00PM توسط متخصص محترم قلب ویزیت و اکو شده که EF 50% داشته و مشکل خاصی  
مشاهده نمی شود.

چندین بار ABG انجام می شود که نتایج آن پیوست می باشد.

لازم به ذکر است که طبق اظهارات فرزند بیمار، در حین انتقال بیمار به رادیولوژی مسئولیت آمبوزدن را به عهده فرزند  
بیمار گذاشته اند که ایشان قبول نکرده اند.

در ساعت 9:10AM مورخ ۸۸/۵/۲۴ فشار بیمار افت می نماید که دوز دوپامین را به 800mg افزایش داده و با  
500cc Ringer بیمار را hydrate می نمایند. ۳ ویال اپی نفرین، ۱۰ ویال آتروپین، کاردیاک ماساژ داده شده  
و آمبو زده می شود.

۵ بار DC شوک داده شده و CPR تا ساعت 11:00AM ادامه داده شده ولی متاسفانه موفقیت آمیز نبود ه و  
بیمار Expire می گردد.

### طبق نظر اعضای محترم کمیته نکات زیر مشخص گردید:

- ۱- قصور واضح در عمل جراحی بیمار رخ داده است، به طوری که VSD به طور ناصحیح ترمیم شده و دریچه پولمونر به سمت LV انتقال یافته و به DOLV تبدیل شده است.
- ۲- کاردیولوژیست محترم اطفال می بایست در روز اول بعد از عمل، این اتفاق را تشخیص می داده که متاسفانه در اکوکاردیوگرافی هایی که تقریباً هر روز انجام شده، متوجه این مسئله نشده اند تا روز ۹۰/۱۲/۱۵ که توسط اتندینگ دیگری تشخیص داده شده است.
- ۳- لازم است اساتید محترمی که قصد انجام اعمال جراحی روی کودکان ( بیماری های Congenital قلبی کودکان) را دارند به صورت مستمر در جلسات JCC که به صورت هفتگی در دفتر بخش قلب اطفال تشکیل می گردد شرکت نمایند تا ضمن بررسی پرونده اینگونه بیماران توانایی تئوری و عملی خود را افزایش دهند.
- ۴- بهتر است اساتیدی که در رشته های خاص مهارت کافی ندارند، اینگونه بیماران را به اساتید مجرب در این رشته ارجاع دهند.

باسمہ تعالیٰ

تاریخ:

شماره:



## خلاصہ پروندہ

بیمار یک کودک ۱ روزہ کہ بہ علت imperforated anus در بیمارستان نمازی بستری می شود.

در تاریخ ۸۸/۲/۲۵ تحت عمل جراحی Loop colostomy قرار می گیرد.

مجدداً در تاریخ ۸۸/۲/۲۸ به علت Mega ureter + Bowel perforation

تحت عمل جراحی

*Exploratory laparotomy + Resection of the site of Previous colostomy + Ligation of both ends  
+ end ileostomy + Jugular cut down.*

قرار می گیرد.

مجدداً در تاریخ ۸۸/۲/۳۱ به علت Peritonitis و Mega ureter, R/O Hirschsprung عمل جراحی

*Exploratory long transverse laparotomy + Exploration of ectopic mega ureter +  
double J insertion + Mucus fistula insertion.* انجام می شود

مجدداً در تاریخ ۸۸/۵/۶ به علت Rectourethral fistula عمل جراحی:

PSARP + Repair rectourethral fistula + Pyelostomy انجام می شود.

## خلاصہ پروژہ

بیمار یک آقای ۱۶ ساله یک مورد Congenital Heart dis که با شکایت تب و کاهش سطح هوشیاری در تاریخ ۸۷/۷/۵ به بیمارستان «الف» مراجعه می کند.

بیمار یک مورد CO.arctation of Aorta , V.S.D, P.D.A بوده که در تاریخ ۸۷/۶/۱۲ Stent in CO.A قبل از انجام VSD Closure برای بیمار در بیمارستان «ب» انجام می شود. بعد از

عمل در ساعت ۱۰:۳۰ شب بیمار دچار Tachycardia, Tachypnea, Scrotom Swelling, Echymosis می شود که با شک به هماتوم کانسالت یورولوژی می شود که به علت عدم دسترسی به

آنکال یورولوژی با جراح کشیک کانسالت می گردد که دستور شیاف دیکلوفناک، Elevation و Sedation می دهند. در ساعت 12MN بعد از چند بار دادن گزارش حال بیمار به متخصص محترم قلب

و با توجه به تنفس بد بیمار (PR: 130,RR:40) و Abd.pain و Hb:5 دستور گرفتن یک واحد P.C و Plt. داده می شود. ساعت ۸ صبح روز ۸۷/۶/۱۳ به علت Retroperitoneal Hemorrhage

جهت متوقف کردن خونریزی به اتاق عمل فرستاده می شود و خونریزی متوقف می شود.

بعد از عمل بیمار یک هفته در بیمارستان بستری می شود که در طی این مدت دچار ضعف و بی حالی و درد در ناحیه پای چپ می شود و بعد از مرخص شدن نیز به علت همین مشکلات چندین بار به بیمارستان «ب»

مراجعه می کند و به صورت سرپایی ویزیت می شود که برای بیمار مسکن تجویز می شود.

به علت درد وضعف در پاها برای بیمار EMG, NCV انجام می شود:

Sever Lt L<sub>2</sub>, L<sub>3</sub>, L<sub>4</sub> root irritation and moderate involvement of L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub> at Lumbosacral Plexus.

بیمار به جراح مغز و اعصاب مراجعه می کند و کاربامازپین و آمی تریپلین تجویز می شود که ( به گفته پدر بیمار) بعد از مصرف ۲ عدد از هر دارو بیمار دچار تب و کاهش سطح هوشیاری می گردد و در تاریخ ۸۷/۷/۵ ساعت

۲AM به اتفاقات بیمارستان «الف» مراجعه می کند.

باسمہ تعالیٰ



در بیمارستان «الف» در معاینه بیمار کاملاً ill بوده، Acrocyanosis ، Respiratory Distress داشته  
تاریخ شماره: خدمات بهداشتی درمانی استان فارس است.

P/E: B.P:160/90 RR:40/m P.R: 136 Temp: 38.2

Heart: Tachycardia

Lung: Substernal retraction

Abd: Sever distention + tenderness

Ext: Tenderness of site of operation+ Atrophy in both lower extremities.

N/E: drowsy but response to questions.

P.M.HX: چندین بار سابقه بستری در بیمارستان به علت مشکلات قلبی داشته است.

Drug Hx: دیجوکسین، دی پیریدامول، لازیکس، اسپرین، کاتپوپریل

بیمار در اتفاقات با تشخیص Intra abdominal abscess بستری و Fever w/u می شود.

سرم 1000 cc 1/3 2/3 /24h+20 Kcl ، کلیندامایسین (250 mg q6h) و سفتریاکسون (1g IV) شروع می شود و بیمار به P.I.C.U منتقل می شود.

داروهای قلبی بیمار ادامه پیدا می کند. (دجوکسین، کاتپوپریل، دی پیریدامول (250mg anh). در ICU برای بیمار F.F.P( 250cc Bid), Vit K( 25mg×3dose) , Imipenem(625mg q6h), Amikacin(125mg q8h), vancomycin ( 250mg q6h) شروع می شود. کاتپوپریل و دیجوکسین خوراکی، Hold می شود و Digoxin 125µ IV Qd شروع می شود.

از بیمار سونوگرافی اورژانس انجام می شود که :

Two Collection ( 3.2 ×2.2 cm) ×(2.8 ×0.9 cm) in L.L. Q , Ant to iliac vessle  
With some Septation and minimal Fluid in Abd . Pelvic Cavity.

گزارش می شود.

بعد از انجام سونو با G/S مشاوره می شود که در مشاوره دستور شروع آنتی بیوتیک وریدی و تخلیه Collection بوسیله سونو داده می شود.

داپلر سونو از اندام تحتانی انجام می شود که

Mid Part of EIA just above to collection in L.L.Q not be well seen.

Distal of E.I.A just Distal to collection show mild increase of Velocity due to pressure effect by mentioned collidion on E.I.A.

۸۷/۷/۶ : Imipenem قطع و meropenem ( 1g q8h ) شروع می شود. دوز وانکومايسين به 500mg افزایش می یابد. کاپتوپیل به شرط فشار خون بیشتر از 90mnHg تجویز می شود. سرم بیمار به 1800cc 1/3 2/3+20 kcl افزایش می یابد و دستور F.F.P به 340 cc IV qd تغییر می یابد. بیمار Neck Rigidity داشته که به علت تب و کاهش سطح هوشیاری، تشخیص مننژیت داده می شود ولی به علت PT, P.T.T طولانی LP انجام نمی شود. برای بیمار آسیکلویر (240mg q8h) و دکزامتازون (3.5 mg q6h ×2d) شروع می شود. بیمار زیر گاید سونور Tap می شود ونمونه ها جهت P.C.R for Aspergillosis, gram stain , Culture, L.D.H, Sugar, Prot فرستاده می شود که نتایج آن:

Sample(1): Total cell count: 555      W.B.C  $\begin{cases} \rightarrow 4 \text{ Lymph} \\ \rightarrow 1 \text{ Seg} \end{cases}$

Prot :2.6    Sug:122    L.D.H:218

Somple(2): W.B.C: in 5 cell diff  $\longrightarrow$  Lymph

Prot:2.4    sug:118    L.D.H:288

Fluid/C: No growth

P.C.R: -ve

Brain M.R.I , Brain CT ، Abd CT درخواست می شود که مشکل خاصی مشاهده نمی گردد.

در تاریخ ۸/۸/۸ مترونیدازول (250 mg q8h) شروع می شود.

درمدت بستری در I.C.U بیمار Drowsy بوده، Score 13/15 داشته، Febrile بوده، (38-40) ،

فشارخون بین 130/80-150/90 و پالس 136-150 و تنفس 29-50 متغیر بوده است. اکسیژن

2lit /Nasally دریافت می کرده است. N.P.O بوده، فولی داشته، تغییر

Position می شده است. آزمایشات E.S.R, C.R.P چندین بار درخواست می شود. هالوپریدول، بیپیریدین

و میدازولام به صورت Stat تجویز می شود.

در تاریخ ۸/۷/۸ اسکور بیمار به ۱۵ می رسد و Po feeding شروع می شود.



تاریخ:  
شماره:

از تاریخ ۸۷/۷/۹ تب بیمار کاهش می یابد و گاهی Afebile می شود. از نظر کلینیک بهتر می شود به علت اریتما در ناحیه پشت بیمار، کیپسول فنی توئین شروع می شود. Vit.K , F.F.P قطع می گردد. Meropenem قطع و Imipenem با دوز 700 mg شروع می شود.

۸۷/۷/۱۱: بیمار Trance.Esoph.Echo می شود که مشکل حادی گزارش نشده است. بیمار out of bed می شود و به بخش کاردیو منتقل می شود.

۸۷/۷/۱۲: در بخش کاردیو سرم بیمار 32Kcl + 1600cc 1/3 2/3 تغییر می یابد. سیپروفلوکساسین (150mg q12h) شروع می شود.

۸۷/۷/۱۳: فولی D/c می شود. مشاوره نورولوژی می شود که در معاینه D.T.R سمت راست NI و در سمت چپ hpo , Sensory بدون مشکل و M/P:2/5 گزارش شده است و درخواست انجام مجدد Abd.CT جهت ارزیابی اثر فشاری آسسه بر Spinal root یا وجود آسسه دیگر در Spinal cord می شود.

۸۷/۷/۱۵: بیمار مجدداً سونوگرافی می شود که وجود یک collection (3.7 × 2 × 2cm) in ant side of psoas muscle

گزارش می شود و Tap مجدد پیشنهاد می گردد. برای بیمار کاربامازپین 200mg qhs شروع می شود.

طبق مشاوره با متخصص عفونی، مترونیدازول قطع می شود و بقیه داروها ادامه می یابد. دوز سیپروفلوکساسین به 200mg افزایش می یابد. دستور انجام L.P بعد از تصحیح PT, P.TT داده می شود.

۸۷/۷/۱۷ کاربامازپین قطع می شود. سرم بیمار، Hold می شود و رژیم High K<sup>+</sup> شروع می شود.

۸۷/۷/۱۹ گاباپنتین (300mg q12h) شروع می شود.

۸۷/۷/۲۱ طبق مشاوره متخصص عفونی، تمام آنتی بیوتیک ها (به جز سیپروفلوکساسین) و مسکن های بیمار قطع می شود.

در گزارش پاتولوژیست هیچ inflammatory cell و میکروارگانیسمی مشاهده نشده است. در مدت بستری بیمار در بخش کاردیو طبق گزارشات پرستاری، تنفس بیمار منظم و نرمال بوده است. فشار خون بین 110/60- 120/80 و پالس 90-120 متغیر بوده است. بیمار Heart monitoring می شده است. اکثراً Afebrile بوده است. فعالیت کم داشته، و از درد در ناحیه Lower. Ext شکایت داشته و اشتها نسبتاً خوبی داشته است. در تاریخ ۸۷/۷/۲۹ سیپروفلوکساسین قطع می شود و بیمار مرخص می شود در حالی که هنوز از درد و ضعف اندام های تحتانی شکایت داشته است. در حال حاضر بیمار هنوز از ضعف پاها و عدم توانایی در راه رفتن شاکی است و بهبودی کامل حاصل نشده است.

## نتایج اخذ شده پیرو بررسی پرونده:

۱. با توجه به تعداد تنفس (40/m), Hb:5, به خصوص در بیماری که مشکلات قلبی نیز دارد و با در نظر گرفتن احتمال ایست قلبی، اقدامات کافی در جهت اصلاح وضعیت بیمار صورت نگرفته است.
۲. بعد از انجام آنژیوپلاستی Approach مناسبی به بیمار از نظر کنترل خونریزی صورت نگرفته است.
۳. در Approach به تورم و هماتوم ناحیه اسکروتوم صرفاً کانسالت یورولوژی شده است و به عنوان یکی از علایم Retroperitoneal Hemorrhage مورد توجه و بررسی قرار نگرفته است.
۴. ویزیت حضوری بیمار توسط جراح عمومی بعد از کانسالت تلفنی الزامی بوده است.
۵. انجام عمل جراحی در خصوص کنترل خونریزی با تاخیر صورت گرفته است.
۶. عدم پذیرش بیمار از سوی بیمارستان «ب» با توجه به بدحال بودن بیمار نیاز به بررسی و پیگیری دارد.
۷. اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده در بیمارستان «الف» کاملاً علمی و مناسب بوده است.

## خلاصہ پروژہ

بیمار آقای ۵۶ سالہ ایست Known case of CABG of CABG & AVR در سل ۱۳۸۹ بہ علت Due to Jever AS Dyspnea & Fever در تاریخ ۹۱/۴/۱ بہ بیمارستان بردہ می شود. در اکوی انجام شدہ در آن مرکز موارد زیر مشاہدہ می شود.

- Global LVFF= 35%
- AntroApical wall Aneurysa
- Apical Wall Aneargsrn

Av Peak gradient 39 mmHg

- Prosthetic AV

AV Peak Vefocity 3 M/S

- RV & RA Size and function is NL
- No Pericardial effuvion
- Rec: TEE is Reg mmon ded

بیمار با تشخیص Pneumonia & Pulmonary Edema بستری شدہ و تحت درمان با داروی ایمی پنم

500mg/6h، لازیکس 20g/6h، ASA، دیگوکسین، وارفارین، کاربامازین، امپرازول و استامینوفن قرار می گیرد.

325g/PRN      200mg/BD      tub/D      1/2 tab      1tab/D

بیمار بہ دلیل عدم پاسخ بہ درمان جہت ادم پولموناری O2 sat <70% علیرغم درمان و جہت بررسی اختلال عملکرد

دریچہ مصنوعی آئورت و اندیکاسیون احتمالی CRT در تاریخ ۹۱/۴/۱۲ پس از ہماہنگی با رزیدنت محترم کاردیو بہ

بیمارستان شہید فقیہی اعزام می گردد. بیمار در ساعت 8:45AM مورخ ۹۱/۴/۱۳ در بخش فوریت های بیمارستان فقیہی

بستری شدہ دستورات زیر توسط رزیدنت محترم داخلی گذاشتہ می شود:

1. Stable Hemodynamic Stat
2. Intubate & Ventilater
3. A.P. Sulbactam 2gr IV Stat the 2gr IV/4h
4. Vantomycine 1gr IV Stat/12h
5. Gentamycine 80g IV Stat/12h
6. Rifampic 300mg Po Stat then/8h
7. Bun/Cr/Na/K/PT/PTT/INR/Check I/O
8. Cardiac Surgen Consult for emergency surgery

9. تاریخ: FFP 3 bag IV Stat  
شماره:

توسط رزیدنت محترم داخلی رزیدنت می شود دستور انجام ECG، آزمایشات روتین داروهای قبلی و ایمی پنم، کنترل I/∞ صادر می شود. BP=95/60 HR=74 RR=24 T=38.4oc O2 Sat+ 84% در ساعت 9:00AM TEE اورژانس درخواست می شود. ایمی پنم Hold می شود و دستور انتقال بیمار در ساعت 9:30AM توسط رزیدنت محترم کاردیو صادر می شود. بیمار در ساعت 11:30AM به CCU منتقل شده توسط کاردیولوژیست محترم TEE می شود که نتیجه آن پیوست می باشد.

در ساعت 11:50AM طبق مشاوره با اتندینگ محترم وانکومایسین، سفتریکسون، جنتامایسین شروع می شود و 2x Ble قبل از شروع Ab درخواست می گردد. در ساعت 13:40 برای بیمار کانسالت اورژانس جراحی قلب و داخلی درخواست می گردد.

فرم مشاوره با جراح محترم قلب و عروق توسط اتندینگ محترم قلب با درج عبارت Full emergency به اتاق کانسالت فرستاده می شود و در ساعت 17:30 رزیدنت محترم قلب با جراح محترم قلب تماس می گیرند و ایشان می فرمایند چون بیمار در سال ۸۹ توسط جراح دیگری در بیمارستان کوثر عمل شده است بیمار به همان مرکز اعزام شود. با MCMC تماس گرفته می شود و وضعیت بیمار به پزشک بیمارستان کوثر تشریح شده و طبق دستور جراح محترم آن مرکز فردا صبح ویزیتور بیمار با مدارک به بیمارستان کوثر مراجعه کند تا تصمیم گیری شود.

در ساعت 20:45 طبق نت رزیدنت محترم کاردیو، طبق تماس های تلفنی مجدد با جراح محترم بیمارستان کوثر ایشان می فرمایند به دلیل همودینامیک unstable بیمار قادر به انتقال به آن مرکز نمی باشد. با جراح محترم بیمارستان فقیهی صحبت می شود و اینگونه می فرمایند. ICU جراحی قلب تخت خالی موجود نمی باشد. BP=80/60 در ساعت 11:40PM بیمار خود را Extubat می نماید و O2 با ماسک داده می شود.

در ساعت 2:50AM مورخ ۹۱/۴/۱۴ طبق اظهارات رزیدنت محترم با جراح محترم فقیهی تماس گرفته می شود و ایشان می فرمایند جراحی بیمار بایستی توسط جراح قبلی صورت بگیرد و جراح قبلی نیز بیمار را پذیرش ندادند. نهایتاً در ساعت 2:50AM بیمار دچار ارست تنفسی و قلبی شده CPR شروع شده بیمار Intubate شده، آتروپین و اپی نفرین تزریق می شود متاسفانه موفقیت آمیز نبوده و بیمار Expire می گردد.

باسمہ تعالیٰ



تاریخ:  
شماره:

## خلاصہ پروژہ

بیمار خانم ۶۰ سالہ ایست کہ بر اساس آنژیوگرافی مورخ ۹۱/۲/۱۱ Sever 3V DX بوده و پلان Urgent CABG برای بیمار گذاشته می شود.

در سونوی کالرداپلر شریانهای کاروتید و وریترال مورخ ۹۱/۲/۱۷ intina medial Thickening در حد ود 0.06cm در سمت راست و 0.12cm در سمت چپ وجود داشته است و right bulb پلاک Mixed echo در حدود 0.5×0.26cm بدون تغییرات significant در جریان خون مشاهده می شده است. بقیه موارد نرمال بوده است.

در اکوی مورخ ۹۱/۲/۲۵

apical, Septal, basal inferior & basal posterior hypokinesia/ 2+MR, Mild AR Ef 45%  
Diastolic Dysfunction grade

مشاهده شده استک

بیمار در تاریخ ۱۲:۳۰PM ۹۱/۲/۳۰ در بیمارستان نمازی تحت عمل جراحی:

1. CABG ×3gralts
2. LIMA harvested
3. Harvesting Saphenous Vein
4. Epicardial pace wireinsertion

قرار می گیرد. یافته های حین عمل به قرار زیر بوده است:

Advanced (Server) CAD, huge Cardiomegaly, high PAP MR2+ according to last Echo , OM had small diameter with poor run off

بیمار در ساعت ۱۵:۰۰، on pump بوده است. بیمار در ساعت ۱۸:۰۰ به ICU فرستاده می شود.

به علت عدم افزایش LOC و GCS=4 بعد از عمل در تاریخ ۹۱/۳/۱ کانسالت نورولوژی درخواست می گردد که طبق معاینات رزیدنت محترم نورولوژی

Coma/ No responk to pain/ Intubat Pupil: bilateral BL Size & reaction to light PR: mute

برای بیمار Brain CT Scan Contanrst درخواست می گردد.

در تاریخ ۹۱/۳/۴ کانسالت نورولوژی درخواست می گردد که براس اساس نت رزیدنت نورولوژی

different iation of white & grag matter infarou of possible hy poxic brauin Damage

بر اساس Spinal Brain CT Scan مورخ ۹۱/۳/۶ موارد زیر مشاهده شده است.

Sulcous efface ment is noted in right hemiparietal area it can be due to ischemia

باسمہ تعالیٰ



و با توجہ بہ شرح حال بیمار f/u پیشنہاد می گردد.

تاریخ:

شماره:

در تاریخ ۹۱/۳/۱۴ کانسالت نورولوژی تکرار می گردد کہ معاینات قبلی تائید می گردد.

برای بیمار TFT, LFT, EEG درخواست می گردد.

بر اساس کانسالت نورولوژی مورخ ۹۱/۳/۲۷ تمام معاینات نورولوژیکی بیمار تاکید کننده Vegetative State بودن بیمار می

باشد و بیمار از سرویس نورولوژی مرخص می گردد.

بقیہ اقدامات درمانی در ICU انجام می شود متاسفانہ موفقیت آمیز نبودہ و بیمار در تاریخ Expire می گردد.

باسمہ تعالیٰ

تاریخ:

شماره:



## خلاصہ پروندہ

بیمار آقای ۵۱ سالہ ایست کہ با CC: درد دو دست کہ از سه روز قبل شروع شدہ بود در ساعت 11:50AM مورخ ۹۰/۱۲/۲۸ بہ اتفاقات بیمارستان نی ریز مراجعہ می نماید. طبق اظہارات ہمسر بیمار BP= 165/90 داشتہ است. بیمار توسط پزشک محترم عمومی ویزیت می شود و طبق اظہارات ایشان فشار خون بیمار 120/80 بودہ است و با تشخیص اسپاسم عضلانی آمپول متوکاربامول، آمپول دگزامتازون، قرص بکلوفن و کپسول ژلوفن تجویز می نمایند. بیمار از تزریق آمپول ہا خودداری می نماید و بہ منزل باز می گردد.

بیمار در ساعت 15:45 با Chest pain + Shoulder pain و مختصری پای خود بہ ER Dyspnea مراجعہ می نماید. توسط پزشک محترم شیفت عصر اتفاقات ویزیت شدہ. برای بیمار 3lit O2 Nasaly گذاشتہ شدہ Dw 500cc + 5gr TNG وصل می شود. ECG گرفتہ شدہ و پس از رویت پزشک محترم عمومی برای رویت متخصص محترم قلب بہ مطب ایشان فرستادہ می شود طبق دستور تلفنی ایشان SK سریعاً آمادہ می شود اما قبل از شروع SK در ساعت 16:00 دچار ارست قلبی شدہ و CPR سریعاً آغاز می شود. کاردیآک ماساژ، ونتیلیاسیون با آمبو متصل بہ اکسیژن، ۲ بار D/C شوک شوک 360j دادہ می شود. بیمار Intubate شدہ، تزریق اپی نفرین، آتروپین انجام می شود متاسفانہ موفقیت آمیز نبودہ و بیمار در ساعت Expire 17:30 می گردد.

## خلاصہ پروندہ

بیمار خانمی است ۶۴ ساله کہ بہ علت Chest pain و با تشخیص A.C.S تحت آنژیوگرافی عروق کرونر قرار گرفته و سپس با تشخیص 3VD در تاریخ ۹۱/۱/۲۴ در بیمارستان مرکزی شیراز تحت عمل CABG قرار می گیرد. ( مدت بیهوشی ۸ ساعت) بیمار سابقہ فشارخون، MI، Dyspnea نیز داشته است.

بیمار در ساعت 00:10AM مورخ ۹۱/۱/۲۵ از اتاق عمل بہ ICU جراحی قلب منتقل می گردد. طبق نوت پرستاری بیمار بیهوش بوده و لولہ تراشه دارد. تنفس بیمار بہ وسیلہ آمبوگ انجام می شود. علایمی از ہیپوکسی مشاہدہ نمی شود بیمار بہ ونتیلاتور با مشخصات :

SIMV                      R.R:12                      T.V:600cc                      FIO2:80%

وصل می گردد. مانیتورینگ قلبی بیمار آغاز می شود P.R:110 B.P:70/50 بیمار CVP، NGT,int foley و دو عدد chest tube دارد کہ ہمگی خوب کار می کنند. ABG انجام می شود.

PH:7.42                      PCO2:30                      PO2:170

جهت افزایش فشار خون اپی نفرین 12M/kg و دوپامین 4μ/kg شروع می گردد. والورین 500cc بہ بیمار وصل می شود. ترشحات چست تیوب در یک ساعت اول 500cc بوده است. \*\*\* بیمار 4/5 بوده کہ 8 واحد انسولین رگولار تزریق می گردد. فشار خون بیمار 90-110 تغییر می کند. بیمار دچار افت فشارخون در ساعت 3:30AM شدہ و ایست قلبی می دہد. بہ وسیلہ کاردیاک ماساژ و اقدامات احیا بیمار بر می گردد. چست تیوب و لولہ تراشه ساکشن می گردد. چست تیوب ہا در کل میزان Drain 1750cc داشته اند. بیمار در ساعت 7:00AM با B.P:70/50، P.R:120 بہ پرسنل صبح کار تحویل دادہ می شود.

نوت پرستاری شیفت صبح و عصر مورخ ۹۱/۱/۲۵ :

بیمار اینتوبہ و وصل بہ ونتیلاتور می باشد. بیمار در ساعت 7:00AM دچار کاهش فشار خون 55/90 شدہ و تاکیکارد می گردد. بہ جراح محترم قلب اطلاع دادہ می شود و بیمار در ساعت 8:15AM با تشخیص Post OP (CBG)bleedin جهت کنترل خونریزی بہ اتاق عمل منتقل شدہ و سپس در ساعت 9:30AM با فشار خون 70/35 و پالس 83 بہ ICU باز می گردد. دوپامین بعد از عمل قطع می شود. بہ علت Hb:6، ۲ واحد P.C دادہ می شود.



تاریخ:

شماره:

در ساعت 11:00AM فشار خون به 110/60 می رسد. به علت پلاکت 36000 4 واحد PH داده می شود. ترشح چست تیوب بعد از 450cc OR بوده است. با دستور جراح محترم قلب 2 آمپول Aprotonin Stat داده می شود.

در ساعت 4:30AM مورخ 91/1/26 ونتیلاتور off شده و اکسیژن 3 لیتر از طریق ETT گذاشته می شود و بیمار اکستوبه می گردد. ( دوز اپی نفین به 0.01μ کاهش می یابد. دوپامین با دوز 4μ شروع می شود به علت U.O.P N/S و لازیکس شروع می شود.

بیمار Orient, conscious بوده و اسکور 15/15 داشته است. Surgicaldiet شروع می شود. اکسیژن 2 لیتر Nasaly دریافت می کند. به علت افزایش BUN و Cr و کاهش U.O.P کانسالت نفرولوژی انجام می گردد که متخصص محترم بیمار را در ساعت 2:30PM مورخ 91/1/26 ویزیت کرده و دستور شروع مانیتول 100cc 20% Q8h قطع کفلین ، شروع Cefepime 1g IV Q8h و آلبومین 1Vial Bid 20% گذاشته می شود.

در تاریخ 91/1/27 دوبل لوپن برای بیمار گذاشته می شود در ساعت گذاشته می شود.

در تاریخ 91/1/27 دوبل لوپن برای بیمار گذاشته می شود در ساعت 4:45PM: به بخش دیالیز منتقل می گردد.

در تاریخ 91/1/29 بیمار به CCU3 منتقل می شود و بعد از انجام اقدامات درمانی مناسب در تاریخ 91/2/7 با ترخیص می گردد.

## خلاصه پرونده

بیمار خانمی است ۴۱ ساله که به علت Sever MS, MR, AS, AI تحت عمل جراحی قلب و تعویض دریچه در ساعت 11:00AM مورخ ۹۰/۸/۵ Web resection AVR, MVR(Prosthetic Valve) قرار می گیرد. بیمار سابقه IHD, HLP, DM داشته است.

در ساعت 3:40PM بیمار توسط تیم قلب و پزشکی\*\*\* به بخش منتقل می گردد. بیمار از ابتدای ورود به بخش اکستوبه بوده 2-3Lit اکسیژن برای بیمار گذاشته می شود. تنفس بیمار 20-26 و فشار خون 80-125/ 40-70 بوده است. بیمار دو عدد چست تیوب دارد که تا ساعت 6:00PM درناژ نداشته است. در ساعت 7:00PM به دلیل Position گرفتن حدود 150cc درناژ داشته است CXR بیمار چندان خوب نبود، طبق دستور تشخیص تمولی تیوب های بیمار ساکشن می شود. بیمار تا ساعت 12MN حدود 500cc ترشح بیشتر نداشته است فشارهای بیمار از ساعت 8:00PM افت داشته که اپی نفرین به 1μ افزایش می یابد. از ساعت 2:AM چست تیوب های بیمار شروع به drain کرده که تا ساعت 5:00AM حدود 950cc ترشح داشته، تلفنی به اطلاع جراح محترم قلب رسانده می شود که دستور آماده کردن بیمار جهت عمل داده می شود. در ساعت 6:00AM از تیوب 1000cc ترشح و از تیوب 575cc ترشح خارج گردیده است. بیمار از ابتدای شیفت قندهای بالا داشته که با انسولین رگولار به صورت Correct, IV, SQ می شود.

در طول شیفت بیمار می شود.

در طول شیفت بیمار bag FFP و 5bag P.C دریافت می کند. در ساعت 7:00AM مورخ ۹۰/۸/۶ بیمار با تشخیص Post operation bleeding جهت کنترل خونریزی به اتاق عمل منتقل شده و در ساعت 8:50AM مجدداً وارد بخش می گردد. در ساعت 1:15PM بیمار اکستوبه می گردد.

در شیفت عصر برای بیمار PO شروع می شود. هموگلوبین بیمار 93 بوده که 1bag P.C دریافت می کند. در ناحیه پشت شانه راست و چپ بیمار نواحی سوختگی و Blister مشاهده می گردد.

بیمار تا تاریخ ۹۰/۸/۱۳ در بیمارستان بستری بوده کاملاً Conscious بوده علائم حیاتی نرمال بوده است شما مشکل بیمار در مدت بستری سوختگی ناحیه کتف، بازوی راست و پهلوی راست بیمار بوده است. و در این ناحیه با وضعیت نسبتاً خوبی ترخیص می گردد.

مجدداً در تاریخ ۹۰/۹/۵ با تشخیص Post sternotomy + wound dehiscence تحت جراحی wound closure قرار می گیرد.