

کتابچه خلاصه مقالات

۹-۷ آذرماه ۱۴۰۲
ایران، کرج

پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی

در محورهای

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| ● بیماری‌های قلب و جراحه قلب | ● بیماری‌های داخل و فوق داخله |
| ● بیماری‌های نورولوژی و نوروسرجری | ● بیماری‌های گوش و حلق و بینی |
| ● بیماری‌های نوزادان و کودکان | ● بیماری‌های پوست و مو |
| ● طب اورژانس و مسمومیت | ● بیماری‌های روانپزشکی |
| ● بیماری‌های ارتوپدی | ● بیماری‌های عفونی |
| ● بیماری‌های ارولوژی | ● بیماری‌های چشم |
| ● جراحه و بیهوشی | ● بیماری‌های زنان |
| ● بازتوانی و توانبخشی | ● پرستاری در تمام محورها |
| ● دندان پزشکی | ● بهداشت باروری و مامایی |
| ● داروسازی | ● فوریت‌های پزشکی |
| ● علوم آزمایشگاهی | ● مدیریت، کارآفرینی، آموزش و سلامت |

CCRS
ALBORZ



5th National Congress on Clinical Case Reports

November 28-30, 2023

فهرست مطالب

۴	پوستر کنگره
۵	محورهای کنگره
۶	پیام رئیس عالی کنگره
۷	پیام رئیس کنگره
۸	پیام دبیران اجرایی کنگره
۹	پیام رئیس کنگره
۱۰	پیام دبیران اجرایی کنگره
۱۱	شورای سیاست‌گذاری کنگره
۱۲	پیام دبیران اجرایی کنگره
۱۴	برگزارکنندگان کنگره
۱۵	اعضای کمیته علمی کنگره
۱۶	اعضای کمیته اجرایی کنگره
۱۷	جدول برنامه
۲۶	جدول مقالات سخنرانی
۲۶	چکیده مقالات سخنرانی
۲۶	جدول مقالات پوستر

۹-۷ آذرماه ۱۴۰۲

ایران، کرج

پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی

5th National Congress on Clinical Case Reports

Karaj- Iran November 28-30, 2023

محل برگزاری

کرج، میدان نبوت، خیابان بوعلی غربی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی البرز
دانشکده پزشکی

دبیرخانه کنگره

کرج، حصارک، مرکز آموزش درمانه شهید رجایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی

سایت کنگره

<https://rcrdu.abzums.ac.ir>

ایمیل کنگره

ccr.abzums@gmail.com

تلفن دبیرخانه

داخله ۴۷۷ ۰۲۶-۳۴۵۷۰۰۲۹

همراه با امتیاز بازآموزی

CCR5
ALBORZ



پنجمین کنگره ملی
گزارش‌های موردی بالینی

Karaj- Iran November 28-30, 2023

● بیماری های قلب و جراحه قلب	● بیماری های داخله و فوق داخله
● بیماری های نورولوژی و نوروسرجری	● بیماری های گوش و حلق و بینه
● بیماری های نوزادان و کودکان	● بیماری های پوست و مو
● طب اورژانس و مسمومیت	● بیماری های روانپزشکه
● بیماری های ارتوپدی	● بیماری های عفونه
● بیماری های ارولوژی	● بیماری های چشم
● جراحه و بهوشه	● بیماری های زنان
● بازتوانه و توانبخشه	● پرستاری در تمام محورها
● دندان پزشکی	● بهداشت باروری و مامایه
● داروسازی	● فوریت های پزشکی
● علوم آزمایشگاهه	● مدیریت، کارآفرینیه، آموزش و سلامت

CCRS
ALBORZ



پیام رئیس‌عالی کنگره



دکتر شهرام صیادی

با یاری خداوند متعال، دانشگاه علوم پزشکی البرز افتخار آن را دارد که پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی را همانند دوره‌های قبل در آذر ماه ۱۴۰۲ برگزار نماید. برنامه‌های این کنگره به همت اساتید و اعضای هیات علمی، کادر درمانی و پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی البرز تدوین و به نحوی طراحی شده است که علاوه بر ارائه و مرور گزارش‌های موردی جالب و نادر در حوزه‌های مختلف بیماری‌ها، ضمن حضور همزمان صاحب‌نظران و اساتید برجسته در پنل‌های مختلف، امکان مشارکت حداکثری اساتید و دانشجویان کل کشور را در بحث‌ها و تبادل اندیشه فراهم آورد.

در این راستا امید است با مشارکت و مساعدت مسئولین کشوری و دانشگاهی، انجمن‌های علمی و مراکز تحقیقاتی، اساتید و دانشجویان، ما را در دستیابی به اهداف کنگره یاری نمایند. اینک ضمن قدردانی از تلاش شبانه‌روزی عوامل برگزاری پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی، درود خالصانه خود را به شما عزیزان شرکت‌کننده تقدیم و توفیق‌تان را از خداوند منان مسئلت می‌نمایم.

پیام دبیران علمه کنگره



دکتر شهرزادانه



دکتر راضیه لطفی

با نام و یاد خدا و استعانت از درگاه بیکرانیش، ضمن آرزوی توفیقات روزافزون، از صمیم قلب حضور سبزتان را در پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی ارج می‌نهمیم.

امسال نیز مفتخریم که پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی را در راستای اعتلای آموزش و پژوهش دانشگاه و کشور عزیزمان در آذر ماه ۱۴۰۲ برگزار نماییم. این کنگره، اولین و بزرگترین برنامه علمی در زمینه گزارش‌های موردی بالینی در سطح کشور می‌باشد. و همه ساله با استقبال گسترده اساتید و فراگیران همراه بوده که ما را نسبت به ارتقاء کیفیت و کمیت آن متعهدتر می‌سازد.

برنامه کنگره امسال به گونه‌ای طراحی شده که علاوه بر ارائه و مرور کیس‌های نادر در حوزه‌های مختلف، امکان مشارکت حداکثری اساتید و شرکت کنندگان در بحث‌ها و تبادل اندیشه را در بخش‌های Case Report و Clinical Image فراهم آورد.

بر همین اساس از میان ۳۶۲ خلاصه مقاله ارسالی به دبیرخانه کنگره، تعداد ۶۰ خلاصه مقاله بصورت سخنرانی و ۲۱۳ خلاصه مقاله بصورت پوستر پذیرفته شد.

اینجانبان به نوبه خود کمال تشکر و قدردانی را از همراهی و همکاری تمامی گروه‌های آموزشی در جلسات داوری مقالات و روزهای برگزاری کنگره؛ همچنین کلیه همکاران و دست‌اندرکاران کمیته اجرایی کنگره اعلام می‌نماییم.

پیام دبیران اجرایی کنگره



دکتر بهناز موحدی

دکتر امید صفری



دکتر علیرضا دهقان نیری

دکتر مرتضی نظری



پروردگار بلند مرتبه را سپاسگزاریم که موفقیت را جز در گرو تلاش قرار نداد. با یاری پروردگار متعال و با تلاش و مساعدت چند ماهه جمعی از همکاران دانشگاه علوم پزشکی البرز و همکاران واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی به عنوان دبیرخانه کنگره، توفیق دیدار و گردهمایی جمع کثیری از اساتید، محققان، دانش‌پژوهان، دست‌اندرکاران و دانشجویان گروه‌های مختلف علوم پزشکی از سراسر کشور به مناسبت برگزاری پنجمین کنگره ملی گزارش‌های موردی بالینی حاصل گردید. امید است تلاش کلیه دست‌اندرکاران برگزاری کنگره و مساعدت و همکاری تمامی شرکت‌کنندگان این گردهمایی موجبات ارتقاء دانش همکاران؛ همکاری و هماهنگی بیشتر بین محققان و دانش‌پژوهان و ارتقاء سطح کیفی خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده به بیماران در کشور فراهم آورد.

دبیرخانه کنگره با افتخار از همه متخصصان، دانشگاهیان و پژوهشگران، مراکز علمی و تحقیقاتی دعوت می‌نماید تا در این رویداد مهم علمی شرکت نموده و با آخرین دستاوردهای علمی و اجرایی خود، بستر دستیابی به اهداف کنگره را فراهم نمایند.

پیشاپیش از اعضای کمیته علمی و اجرایی کنگره و پژوهشگران برجسته‌ای که دعوت ما را جهت شرکت در این کنگره پذیرفته‌اند و همچنین کلیه دانشجویان پویا و توانمند که در این زمینه تلاش نموده‌اند، قدردانی و تشکر می‌نماییم.

برگزارکنندگان

واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید رجایی

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت توسعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مراکز آموزشی درمانی شهید رجایی، کمالی، مدنی، امام علی (ع)

مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

کمیته تحقیقات دانشجویی.....

رئیس کنگره: دکتر شهرام صیادی

دبیران علمی کنگره: دکتر شهروز یزدانی – دکتر راضیه لطفی

دبیران اجرایی کنگره: دکتر محمد نوری سپهر – دکتر مرتضی نظری – دکتر محسن اعرابی – دکتر علیرضا دهقان نیری – دکتر بهناز موحدی

مسئول برنامه علمی: بهروز پور آقا – فاطمه رحیمی – ربابه حق وردی – ربابه جعفری

مسئول سامانه آموزش مداوم: ترانه تهمتنی

طراح و صفحه آرا: سیده هانیه دهقان منشادی

مسئول پشتیبانی: مهرداد نصیری – ابوالفضل قندی – رضا تاجیک خانی

شورای سیاست‌گذاری کنگره

- ❖ جناب آقای دکتر شهرام صیادی
- ❖ جناب آقای دکتر محمد نوری سپهر
- ❖ جناب آقای دکتر مرتضی مطهری پور
- ❖ جناب آقای دکتر بهرام بنده یزدانی
- ❖ جناب آقای دکتر شهروز یزدانی
- ❖ جناب آقای دکتر راضیه لطفی
- ❖ جناب آقای دکتر امیرعباس واعظی
- ❖ جناب آقای دکتر مرتضی نظری
- ❖ جناب آقای دکتر محمد پالیزبان
- ❖ جناب آقای دکتر سید حمید میرشمسی
- ❖ جناب آقای مهندس مهدی عظیم زاده
- ❖ جناب آقای دکتر بهروز پورآقا
- ❖ جناب آقای دکتر علی جمال محمدی
- ❖ جناب آقای دکتر امید صفری

مقالات سخنرانی

کد مقاله	عنوان (بیهوشی)	نویسندگان
O-01-01	احیای موفق بیمار مولتیپل ترومایی با روش ماساژ باز قلبی	سیده حمیده هاشمی یزدی، رامین بزرگمهر، محمدامین مهرورز
O-01-02	تشخیص آمبولی ریوی حاد با تغییرات EKG مشابه سندرم کرونری حاد توسط ارزیابی اولتراسوند قلبی ریوی	رضا علیزاده کاشانی، دکتر سواک حاتمیان، دکتر سیامک حمیدیان، نازنین نوریان
O-01-03	تاخیر در بهبود هوشیاری پس از بیهوشی عمومی: گزارش موردی	حسین فضلی، سواک حاتمیان، رضا علیزاده کاشانی
O-01-04	مدیریت راه هوایی سخت در نوزاد با سندرم پیر رابین	مریم مردانی حسین آبادی
O-01-05	پیش آگهی و گنر در جراحی قلب	نرگس پایانی، الهام فلاح، سمیه شاهواروقی، معصومه خلج

نویسندگان	عنوان (داخلی و فوق داخلی)	کد مقاله
محسن رجب نیا، مهسا محمدی، دانیال دهبندی	Rigler's triad in gallstone ileus	O-02-01
مانا محمدی، مریم جمالی، صالحه خراسانی	Diagnosis of Al amyloidosis with the chief complaint of generalized edema in a 39- year-old man; A Case Report	O-02-02
فهیمة صالحی، مینا کیافر، علی سهیلی	سندرم شوگرن، گزارش یک مورد در اطفال و با تظاهرات آتیپیک	O-02-03
سمیه رضاییان، فرانک ناصری	Tracheobronchopathia Osteochondroplastica With Eosinophilia And Urticaria: A Case Report	O-02-04
بهناز موحدی، مهناز جمعی، فرشاد نوری	Diagnosis Of Autoimmune Polyglandular Syndrome Type Ii In An Iranian Patient	O-02-05
آتیه باقری، راحله سادات سجادی، مژگان کریم فر، منصور سیاوش	Spontaneous Remission Of Hypercalcemia Due To Autoinfarction Of Parathyroid Adenoma	O-02-06
مژگان کریمی فر، الهه صفاری، منصور سیاوش، منصوره شکرچی زاده	A rare large sized (سخنرانی ذخیره) primary bilateral macro-nodular adrenal hyperplasia: a case report	O-02-07

کد مقاله	عنوان (قلب و عروق)	نویسندگان
O-03-01	بررسی یک کیس پیچیده آمبولی ریوی A Complex Case Of Pulmonary Thromboembolism	فاطمه صحتی، مهدی محمدی تبار
O-03-02	گزارش درمان آریتمی غیر شایع قلبی از طریق راه فرعی	حسن کمال‌زاده، سپیده علیمردانی، ربابه جعفری، لیلا پور محمدیان
O-03-03	انفارکتوس وسیع قلبی در یک مرد جوان با علت ناشایع	علیرضا دهقان نیری، سپیده علیمردانی، ربابه جعفری، فاطمه قنبری
O-03-04	خانم ۴۰ ساله با کاردیومیوپاتی بعد از زایمان	طاهره صادقی، مریم جمالی
O-03-05	ژرم سل تومور بیضه با متاستاز همزمان دوطرفه ریه و قلب	تقی ریاحی، محبوبه پازوکی انزهایی، سید سروش مصطفوی منتظری، سیده صبا مصطفوی منتظری، علیرضا جعفرزاده
O-03-06	مخفی شدن شواهد پریکاردیت فشارنده به علت نارسایی شدید تریکوسپید در اکوکاردیوگرافی	سارا طاقی، سید سروش مصطفوی منتظری، سعید صدر، الهام پیریایی، سیده صبا مصطفوی منتظری، سعید صدر
O-03-07	درگیری متاستاتیک SVC و دریچه ی تریکوسپید در آدنوکارسینوم کولون	مریم نباتی، سید سروش مصطفوی منتظری، هما پارسایی، علیرضا جعفرزاده، سیده صبا مصطفوی منتظری

مقالات سخنرانی

نویسندگان	عنوان (تصویربرداری)	کد مقاله
محسن اعرابی، دکتر امیر روح الله، دکتر هانیبه زمانی	DSMA Evaluation Of Renal Congenital Anomaly With DMSA Scintigraphy, A Case Report	O-04-01
پیام قادری	Ludwig Angina, An Emergency Case Report	O-04-02
نوا سلیمانی	Erythematous And Prominent Lesions And Fever And Chills In A 34-Year-Old Man, Case Report	O-04-03
لیلا حسن زاده، قاسمعلی دیوبند، راحله هدایتی	Fibroblast activation protein (FAP): A Crucial Modulator of the Microinviroment in Metatstatic Melanoma Case	O-04-04

نویسندگان	عنوان (ارتوپدی)	کد مقاله
سلمان آذر سینا	Comminuted Distal Femur periprosthetic fracture	O-05-01
محمد سجاد میر حسینی	A rare complication of Calcaneal fracture	O-05-02
منیر نجفی پیراسته	A new case of Melnick-Needles Syndrome with skeletal manifestations	O-05-03
محمد شیبانی تذرجی	A 55 years old woman with 20 years history of left femur Non-union	O-05-04
محمد جواد دهقانی	Osteodiscitis	O-05-05
آروین نجفی	Concomitant pelvic ring and Acetabular fracture Dislocation	O-05-06
محسن توکلی	Dye infiltration into soft tissue	O-05-07
کیمیا فرشادفر، مرضیه فضلی نژاد	بررسی یک مورد نادر پلکسوپاتی شانه به دنبال تصادف	O-05-08
جلال احدی، سکینه گلجاریان، بهرام امیرشاکری، حکیمه آدی گوزلی	تأثیر فیزیوتراپی در بازسازی دوطرفه ACL: گزارش موردی	O-05-09

نویسندگان	عنوان (علوم آزمایشگاهی)	کد مقاله
محمد زیبایی، زهرا حاتمی، فرزانه فیروزه، فاطمه بخشی پور، ابوفاضل میاهی پور، علیرضا سلیمانی، الهام شکری	Molecular Diagnosis of toxocariasis and HIV/AIDS co-infection	O-06-01
مهديه مهرپوری	Evaluation of blood parameters in (patients with thyroid dysfunction a useful approach in the management of patients with thyroid disease	O-06-02
فرزانه فیروزه، محمد زیبایی، سعید حسینی، فاطمه ملکی	A case of wound infection due to extensively drug-resistant (XDR) Citrobacter koseri	O-06-03
حمیدرضا گلیان، سودابه نجم جو، بزرگ علوی، شیلان نصری، مهرشاد میرداسلطان	A Case Report of Endometrial Interepithelial Neoplasia with Acute Myeloid Leukemia	O-06-04
زهرة فخریه کاشان، عشرت بیگم کیا، رضا دباغی، محمدامین ساری، عنایت دارابی	Diagnosis of latent strongyloidiasis following Corticosteroid Therapy in a Patient with COVID-19 infection	O-06-05
مهین توکلی، مهشید وکیلی، هادی غفاری، جلال جعفر زاده، جواد جوادنیا	A case of bilateral otomycosis associated with bacteria, Aspergillus niger and yeast	O-06-06
اکرم فلاح	Treatment of Pinworm by Leek vegetable (Allium Porrum)	O-06-07

مقالات سخنرانی

نویسندگان	عنوان (روانپزشکی)	کد مقاله
عاطفه زندی فر	اختلال ساختگی، تمارض یا مونچهاوزن: گزارش موردی مرد ۳۲ ساله با چالش‌های تشخیصی و درمانی	O-07-01
رحیم بدرقام، عاطفه زندی فر	Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) And Psychosurgery; Delusion Of The Effectiveness As The Only Treatment Method In A Patient With Treatment-Resistant Disorder	O-07-02
بهاره زینل زاده قوچانی، زهرا کریمیان، لعلیا آرمان مهر	Effectiveness Of Occupational Therapy Interventions On Acceptance Of School Entrance Screening Exam In A Child With Autism And ADHD	O-07-03
فاطمه رفیعی نژاد، نازیلا اکبرفهمی	درمان چند جانبه در سندرم توره، گزارش فرایند کاردرمانی	O-07-04
ندا شاهواروقی فراهانی	تشخیص و مدیریت پریشانی روانی-وجودی در مراقبت‌های تسکینی پایان حیات: گزارش یک مورد	O-07-05

نویسندگان	عنوان (داخلی و فوق داخلی ۲)	کد مقاله
امیر حسین میرحسینی	Essential Thrombocytosis: Digital Gangrene as First Manifestation	O-08-01
محمد دورچین	Lymphoma annd breast cancer presenting with palpable axillary lymphadenopathy and breast mass in a 34 -year-old woman: a case report	O-08-02
امیرحسین میرحسینی	Beyond the Surface: A Case of Pseudotumor Cerebri Uncovering an Underlying AML-M3 Diagnosis	O-08-03
موزان اسدی،	خانم ۵۵ ساله کانسر سینه با متاستاز به تیروید	O-08-04
راحم رحمتی، فاطمه زری میدانی، الهه مفتاح، مریم سهیلی پور	Primary pancreatic peripheral T-cell lymphoma-not otherwise specified mimicking acute pancreatitis: a case report and review of literature	O-08-05
جواد زبرجدی، مهدی محمدی تبار، سپهر کاظمی، دکتر علی اکبر آبروش	جسم خارجی بزرگ در معده مریض اعصاب و روان	O-08-06
مهران قاسمی، لیلا بهادری زاده، سیدمجتبی نکوفدم، میلادقلی زاده مسگر ها	: یک علت بسیار نادر از لنفادنوپاتی گردنی و آنازاک: یک خانم میانسال با سندروم تافرو	O-08-07

نویسندگان	عنوان (کودکان و اطفال)	کد مقاله
علیرضا جشنی مطلق، ندا فهمیده نظرلو	Protein S Deficiency in a Term Neonate	O-09-01
سعید نیکخواه، شهاب نوریان، علی فائق	Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis; A Case Report And Review Of Literature	O-09-02
فاطمه آقامهدی، فردوس زمانی خلیلی	بیماری نادر متابولیک هوموسیستینوری در یک کودک مبتلا به دیابت نوع ۱	O-09-03
کامران بهروزی، هانی میلانی، فردوس زمانی خلیلی	Neonatal with respiratory distress	O-09-04
فاطمه آقامهدی، فرناز کمالی، فاطمه سعیدی مقدم	a rare case of monogenic diabetes mellitus	O-09-05
محمد مهدی خسروی، آرمین تاجیک	Don't Let A Common Manifestation Of One Major Anomaly Blinds Us To Another	O-09-06
روشنک جزایری	Case Report: Preconception Genetic Counseling To Consanguineous Parents Of A Deceased Child Suspected Of Having Infectious Disease	O-09-07

نویسندگان	عنوان (نورولوژی - نوروسرجی)	کد مقاله
علی برادران باقری، حسین مالکی، مهدی چاوشی نژاد، امیر حسین لاریجانی، محمدامین مهرورز	گزارش یک مورد نادر: سندرم کرون دنس با درگیری غیر معمول کانال نخاعی	O-10-01
ناهید عباسی خوش سیرت، زهرا احمدیان	Spontaneous Intracranial Hypotension and Bilateral Subdural Hematoma in the Spectrum of Antiphospholipid Syndrome and Systemic Lupus Erythematosus: A Challenging Clinical Encounter	O-10-02
مریم فدایی دشتی، علی طاهری نیا، محمدرضا مقصودی، مهران بهرامیان	بیمار با علایم غیر اختصاصی تهوع و استفراغ	O-10-03
عادلہ رضاقلیزاده شیروان	گزارش یک مورد سندرم فشردگی متاستاتیک طناب نخاعی در یک بیمار مبتلا به سرطان رکتوم	O-10-04
امیر رحیمی، لیلا بهادری زاده، زهرا موزونی، علیرضا هجرتی، مریم سادات محمدی	Diagnosis and Management of a Patient with Tolasa-Hunt Syndrome	O-10-05
سام میرفندرسکی	A Rare Case Of Currarino Syndrome With Constipation	O-10-06

نویسندگان	عنوان (جراحی)	کد مقاله
محمد هادی بحری	Sigmoid volvulus secondary to undescended testicle ,Report of first case in the literatures	O-11-01
جواد زبرجدی باقرپور، سهیل باقریان لمراسکی، علیرضا حق بین توتونچی، حجت الله خوشنودی، محمد آقایی، سید پدرام کوچک حسینی	Peritoneal tuberculosis pretending an acute abdomen; a case report and literature review	O-11-02
رامین بزرگمهر، زهرا ایروانی	Biliary duct injuries due to blunt abdominal trauma	O-11-03
جواد زبرجدی باقرپور، مجتبی احمدی نژاد، یگانه فارسی، محمد هادی بحری، رامین بزرگمهر، علی سلطانیان	A case report of largest rectal prolapse in the literature successfully treated with Altemeier's procedure	O-11-04
رامین بزرگمهر، محمد پورهوشمندی، محمدسجاد باقری چوکامی، احمدرضا صادقی، نازنین علی بیک	مدیریت جراحی یک مورد بلع ماده سوزاننده فاجعه‌بار: گزارش موردی و بررسی متون	O-11-05
سید مسعود حسینی	گزارش یک مورد سندرم رباط کمائی میانی در جوان ۱۸ ساله	O-11-06
آیدین محمودعلیلو، سید محمدجواد حیدری یزدی، امیررضا بناء نسلی، سیده الهام سلیمانی وند آذر، آیلار آزموده	گزارش یک مورد تورا کوتومی اورژانسی به دنبال زخم نافذ تورا کس در یک خانم جوان	O-11-07
سیما شیخ قمی	Traumatic Carotid-Cavernous Fistula In A Child With Nasal Penetrating Injury	O-11-08

مقالات سخنرانی

نویسندگان	عنوان (زبان)	کد مقاله
مریم هاشم نژاد	Packing Is The Last Solution To Control The Bleeding That Threatens The Life Of A Mother	O-12-01
مینا عطایی	Ovarian Hyperstimulation Syndrome With Dyspnea And Dimer Increased	O-12-02
سمیرا عبدالهی، سواک حاتمیان، لیلا حاجی مقصودی، کبری حسینی	Ogilvies یا انسداد حاد کولون	O-12-03
شیما محمدیان	Primary fallopian tube HIGH GRADE SEROSE carcinoma: a case report	O-12-04
سیده رقیه میرمجیدی، مژگان کریمی زارچی، مریم معتمدی نسب	همزمانی سرطان سه ارگان سیستم تناسلی در یک خانم ۴۲ ساله نابارور	O-12-05
روشنک جزایری	Case Report: Infertility and Recurrent Implantation Failure IVF	O-12-06

نویسندگان	عنوان (عفونی)	کد مقاله
علیرضا سلیمانی	گزارش یک مورد بیمار خانم ۷۲ ساله با عفونت همزمان کووید ۱۹ و آنفلوانزا	O-13-01
محمدحسین کیوانلو، احسان امینی صالحی، نعیم نوروزی، سهیل حسنی پور، فریبرز منصور غنایی	Tuberculosis lymphadenitis: An unusual swelling of salivary glands, a case series study in Iran	O-13-02
نعیم نوروزی، احسان امینی صالحی، محمدحسین کیوانلو، فریبرز منصور غنایی، توفیق یعقوبی کلورزی	Presentation of a Patient With Neurobrucellosis: A Case Report in Iran	O-13-03
مجتبی اکبری، فاطمه سخنوری، علی اصیلان، عطیه باقری	درمان یک مورد لیشمانیوز جلدی در خطای تشخیصی با زخم پای دیابتی	O-13-04
زهرا جاویدعربشاهی، سارآنجهی، سارا راجی	Meningitis Induced by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 19: A Case Report	O-13-05

کد مقاله	عنوان (مامایی)	نویسندگان
O-14-01	مدیریت "TTP: Thrombotic thrombocytopenic purpura" در تریمستر سوم حاملگی: یک گزارش موردی	منصوره یزدخواستی، مریم هاشم نژاد
O-14-02	گزارش یک مورد هم پوشانی علائم آپاندیسیت حاد با تورشن تخمدان در خانم باردار (سخنرانی ذخیره)	مهسا خوشنام راد، مینا عطایی، پیمان نقدی دورباطی
O-14-03	بررسی روند و پیامد بارداری در بیمار مبتلا به سکتة مغزی و پارگی کیسه آب زود هنگام: یک گزارش موردی	زهره مهدوی، مریم هاشم نژاد
O-14-04	شکستگی استخوان فمور نوزاد با پرزانتاسیون بریچ حین سزارین: عارضه ای نادر اما محتمل	فاطمه جنانی، حدیث سوری نژاد، سارا مسعودی
O-14-05	گزارش یک مورد ترمبوز سینوس وریدی مغز در بیمار مبتلا به میگرن به دنبال مصرف قرص پیشگیری از بارداری LD	الهه بهرامی وزیر، نازنین کاظمی
O-14-06	Reversible Posterior Leukoencephalopathy Syndrome (RPLS)	زهره جلال آبادی

کد مقاله	عنوان (طب اورژانس-مسمومیت)	نویسندگان
O-15-01	Important of early diagnosis in methanol toxicity	لیدا شجاعی آرانی
O-15-02	A Case of Ethylene Glycol intoxication with Acute Renal Injury: Successful Recovery by Renal Replacement Therapy	اکرم سادات رضوی زاده، حوروش فرجی دانا، لیدا شجاعی آرانی، علی فرجی، هانیه تفرلی
O-15-03	مرگ خانم ۱۸ ساله دارای زخم فاشیته نکروزان به دنبال سندروم شوک توکسیک استرپتوککی (STSS)	داریوش شیری، جواد قربانی، مهدیه سادات میرزاییان، سارا پارسایی، هومن سوری
O-15-04	مدل پنیر سوئیسی (خطای پزشکی)	محمدرضا مقصودی، مریم فدایی دشتی
O-15-05	گزارش یک مورد سندرم نورولپتیک بدخیم (NMS)	نوید خسروی
O-15-06	گزارش یک مورد عوارض ریوی به دنبال خوردن نفت	نوید خسروی
O-15-07	چالش مدیریت بول ریوی فشارنده در شرایط اورژانس (سخنرانی ذخیره)	مائده اثنا عشری امیری، علی بیداری
O-15-08	مت هموگلوبینمی ناشی از استفاده موضعی از ژل زایلویی	مائده اثنا عشری امیری، فاطمه محمدی
O-15-09	Pneumomediastinum: a Case Report Of Baclofen Toxicity	فاطمه زری میدانی، راحم رحمتی، مژده قربان خانی، وحید رئیسی وانانی، بابک الوانی فرزانه

مقالات سخنرانی

نویسندگان	عنوان (دندانپزشکی)	کد مقاله
پارسا مهری‌نژاد، خشایار غضنفری، بهاره عبدالعلی	Prosthetic Rehabilitation With Over Denture And Removable Prosthesis A -۱۲ Year-Old Male Patient With Ectodermal Dysplasia: A Case Report.	O-16-01
آرزو آقا کوچک زاده، مصطفی مرتضوی، ارغوان اعتباریان	Desmoplastic Fibroma In Maxilla: A Rare Case Report Case With Review Of Literature	O-16-02
ارغوان اعتباریان	Diagnosis Of Oral Pigmented Mucosal Lesion	O-16-03
سید مصطفی مرتضوی	بازسازی یک طرفه مندیبل با گرفت ایلیاک با استفاده از روش استریولیتوگرافی در بیمار با آملوبلاستومای مندیبل	O-16-04
عذری محیطی	بیمار با ضایعه دهانی التهابی و مبتلا به هایپرپاراتیروئیدیسم	O-16-05

مقالات سخنرانی

کد مقاله	عنوان (پرستاری ۱)	نویسندگان
O-14-01	گزارش یک مورد مرگ ناشی از آمبولی ریه، نقص در آموزش حین ترخیص و پیگیری پس از آن	نسرین مهرنژاد
O-14-02	حفظ ایمنی بیمار با مراقبت صحیح، استاندارد و به موقع	مینا گائینی، احمد پریراد
O-14-03	نقش آموزش پرستاری در مراقبت از بیمار در منزل: گزارش موردی	علی جمال محمدی
O-14-04	اهمیت تربیاز صحیح در ارائه خدمات درمانی مناسب به بیماران	اکرم زاکانی، سیما فیض اله زاده، سعیده موری، فاطمه رحیمی، ربابه حق وردی
O-14-05	سقوط (وقایع ناخواسته) در بیمار کاندید جراحی	زهره رحمانی، ثریا محسنی، زهرا سرشار، ژبلا کاظمی
O-14-06	تاثیر بکارگیری روش آموزشی بازخورد محور در پیشگیری از بستری مجدد مادران باردار دیابتی	هدی سعیدی کیا

مقالات سخنرانی

کد مقاله	عنوان (پرستاری و مراثبت از زخم ۲)	نویسندگان
O-16-01	گزارش موردی ترمیم زخم پای دیابت با روش آپی ترابی	بهزاد نقاش، حمید خسروی، کبری راحتلو شاهوند
O-16-02	نقش درمان تیمی در جلوگیری از آمپوتاسیون مجدد ناشی از دهیسنس محل عمل جراحی قبلی	جواد قربانی، امیرمحمد احمدپور ترکمانی، سارا پارسایی، سمیه زندیه، هومن سوری
O-16-03	نقش ازون تراپی، بانداز فشاری چهارلایه و درمان تیمی در درمان زخم‌های وریدی (سخنرانی ذخیره)	رضا قربانی، جواد قربانی، سمیه زندیه، سارا پارسایی، معصومه فتحی
O-16-04	نقش آموزش در اصلاح سبک زندگی و پیشگیری از آمپوتاسیون اندام‌ها با زخم‌های نوروایسمیک	سمیه زندیه، جواد قربانی، سارا پارسایی، رضا قربانی، مهديه السادات میرزائیان
کد مقاله	عنوان (فوریت پزشکی)	نویسندگان
O-17-01	احیای موفق مددجوی دچار ایست قلبی، با آموزش و هدایت تلفنی احیای پایه توسط کارشناس واحد ارتباطات اورژانس ۱۱۵	عاطفه ورزنده، مسعود بهنام ارزنده
O-17-02	فاشیت نکروزان، چالش‌ها و مراقبت‌ها	هومن سوری، جواد قربانی، امیرمحمد احمدپور ترکمانی، نگین حسینی، سارا پارسایی
O-17-03	عدم هماهنگی حوزه بیمارستانی با پیش بیمارستانی برای شروع درمان بیمار سکته قلبی	مسعود بهنام ارزنده، محمد امین افهمی، عاطفه ورزنده

احیای موفق بیمار مولتیپل ترومایی با روش ماساژ باز قلبی

سیده حمیده هاشمی یزدی^۱، رامین بزرگمهر^۲، محمدمبین مهرورز^۳

۱. استادیار گروه بیهوشی و مراقب‌های ویژه، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. استادیار گروه جراحی عمومی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳. دانشجوی پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

Multiple Trauma, especially Penetrating, is one of the most critical situations in the Emergency Room (ER) and Operating Room (OR). The most important thing for patients in this situation is to make the right decisions as soon as possible. People with penetrating injuries in the thoracic area are at risk of Cardiac Arrest, so the Surgeon and the Anesthetist must be prepared for resuscitative actions such as Closed or Open Cardiac-Pulmonary Resuscitation (CPR). Although Patients with multiple Trauma may have severe conditions and there would be no hope of saving them, these brave actions can save lives. In this article, we report a case in which the patient had experienced multiple Shut gun trauma—a 28-year-old man with multiple injuries in the abdomen and thoracic. Damage was seen in the heart, lungs, small bowel, and Pancreas. Due to the critical condition, the patient was sent to the OR quickly. The patient had Atrial Fibrillation twice in the OR and during the surgery. Considering the condition, an Open Cardiac Massage and injection of norepinephrine (NEP) was performed as a resuscitative action, which led to success and helped the patient to stay alive. Although different ways of CPR have been established as resuscitation tools, the most important thing is to be prepared to use this tool and save people's lives.

Key words: Open Cardiac Massage, Multiple Trauma, CPR

تشخیص آمبولی ریوی حاد با تغییرات EKG مشابه سندرم کرونری حاد توسط ارزیابی اولتراسوند قلبی ریوی بر بالین

(1)* Dr Reza Alizadeh kashani, subspecialist in Intensive Care, Department of Anesthesia, Shahid Madani Hospital, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

(2) Dr Sevak Hatamian, subspecialist in Intensive Care, Department of Anesthesia, Shahid Madani Hospital, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

(3) Dr siamak hamidian, Shahid Madani Hospital, Karaj, Iran

(4) Nazanin Noorian, Shahid Madani Hospital, Karaj, Iran

آمبولی ریه حاد (PE) یک بیماری اورژانس و تهدید کننده حیات می باشد که علیرغم شیوع نسبتا بالای آن در بیماران بستری در ICU، به دلیل همراهی با علائم و نشانه های غیراختصاصی، تشخیص آن همچنان مشکل میباشد. علائمی مانند تنگی نفس و ناراحتی در قفسه سینه کاملا غیراختصاصی هستند و با تشخیص سندروم کرونری حاد (ACS) همپوشانی دارند.

تغییرات EKG همراه با آمبولی ریه حاد بسیار متغیر است و می تواند مشابه سندروم کرونری حاد باشد. اخیرا تغییرات در لیدهای پره کوردیال به شکل موج T معکوس به عنوان سرخ تشخیصی PE توضیح داده شده است. اگرچه این تغییرات در سندروم کرونری حاد هم دیده می شوند.

ما در این مقاله یک آقای ۹۲ ساله با تنگی نفس و افت فشار خون پیشرونده را گزارش می کنیم. که در ابتدا با توجه به T معکوس منتشر در لیدهای پره کوردیال V1 تا V6 به اشتباه سندروم کرونری حاد تشخیص داده شد و پس از ارزیابی اولتراسوند قلبی ریوی بر بالین تشخیص آمبولی ریوی مسجل گردید. در این مقاله در مورد تشخیص این مورد و بررسی متون مرتبط با تاکید بر محدودیت های EKG و اهمیت استفاده از سونوگرافی قلبی ریوی بر بالین صحبت خواهد شد.

تأخیر در بهبود هوشیاری پس از بیهوشی عمومی: گزارش موردی

حسین فضلی^{*}، سواک حاتمیان^۱، رضا علیزاده کاشانی^۱

استادیار، گروه بیهوشی، بیمارستان شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران

تأخیر در هوشیاری پس از بیهوشی، یک چالش تشخیصی جدی است. با توجه به اینکه هیچ آستانه زمانی مشخصی برای بازگشت هوشیاری وجود ندارد؛ ضروری است که هر بیمار به صورت جداگانه ارزیابی شود. این گزارش موردی بر هایپرکربیا و متعاقباً اسیدوز تنفسی به عنوان یکی از متداول ترین عوامل تأخیر در هوشیاری متمرکز است. بیمار خانم ۲۱ ساله جهت ترمیم شکستگی فک تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت. پس از حدود ۳ ساعت بیمار اکستوبه شد و برای بیمار ماسک اکسیژن گذاشته شد. بیمار بعد از گذشت ۳۰ دقیقه همچنان کاهش سطح هوشیاری داشت و پاسخی به دستور کلامی و محرک درد نشان نمی داد. بیمار تاکی پنیک بود و پالس اکسیمتری عدد ۹۹٪ را نشان می داد. نمونه گاز خون شریانی فرستاده شد که نتیجه اسیدوز شدید تنفسی بود. بیمار به سرعت مجدداً لوله گذاری شد و تحت مکانیکال ونتیلیشن همراه مانیتورینگ کاپنوگرام قرار گرفت. عدد ETco2 کاهش پیدا نکرد و نمودار کاپنوگرام الگوی Rebreathing را نشان می داد با بررسی دستگاه و تعویض جاذب CO2، عدد کاپنوگرام کاهش یافت و بعد از حدود ۱ ساعت تهویه مکانیکی، بیمار اکستوبه شد و بدون هیچ عارضه اضافی به هوش آمد و به بخش مراقبت های ویژه منتقل شد.

هایپرکاربیا یکی از دلایل افزایش ICP و در نتیجه تأخیر در بیداری بیماران بعد از پایان بیهوشی عمومی می باشد. با توجه به احتمال بروز خطا در تشخیص رنگ جاذب های CO2 به دلایل مختلف، در خصوص پیشگیری از بروز هایپرکاپنی، استفاده از مانیتورینگ کاپنوگرام در طول مدت بیهوشی و بررسی دستگاه بیهوشی و جاذب CO2 به ازای هر بیهوشی (Before each use) ضروری است.

کلید واژه‌ها: هایپرکربیا، اسیدوز تنفسی، هوشیاری، بیهوشی عمومی

مدیریت راه هوایی سخت در نوزاد با سندرم پیر رابین

مریم مردانی حسین آبادی ، بیهوشی ، گروه بیهوشی بیمارستان امام علی (ع)، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج ، ایران

سندرم پیر رابین یا pier robin sequence، یک ناهنجاری نادر مادرزادی است که به علت تغییرات آناتومیک دهان و چانه و راه هوایی منجر به دیسترس تنفسی نوزاد و اختلال در تغذیه میشود. در نتیجه نیاز به برقراری راه هوایی مناسب دارد. بیمار مورد نظر ، نوزاد ۷ روزه ترم با وزن ۳۳۰۰ گرم بوده است که به دلیل دیسترس تنفسی شدید جهت جراحی گلوپیکسی به اتاق عمل فرستاده شد. اینتوباسیون در نوزاد بسیار چالش برانگیز بود. پس از چندین تلاش ، راه هوایی دهانی برقرار گردید. نوزاد تحت جراحی قرار گرفت و بصورت اینتوبه به NICU منتقل شد. در این نوزادان با توجه به راه هوایی سخت، باید تجهیزات لازم جهت اینتوباسیون سخت فراهم باشد و اینتوباسیون توسط فرد ماهر انجام گیرد.

بیان مساله : سندرم پیررابین یا PRS یک بیماری نادر مادرزادی است که در واقع تلفیق دو بیماری به نام‌های میکروناتیا (فک کم اندازه) و گلوکوپتوز (موقعیت خلفی غیرطبیعی در زبان) است که طی آن راه‌های تنفسی نوزاد مسدود شده و تنفس و تغذیه را برای نوزاد پیچیده می‌کند .

معرفی بیمار : بیمار نوزاد ترم ۷ روزه با وزن ۳۳۰۰ گرم بود که پس از تولد دچار دیسترس تنفسی شد که با توجه به گلوپیکسی، چانه کوچک، افتادگی زبان به طرف پایین و خلف دهان و شکاف کام، برای وی تشخیص سندرم پیر رابین گذاشته شد. نوزاد جهت جراحی گلوپیکسی به اتاق عمل منتقل شد.

تجهیزات لازم جهت اینتوباسیون سخت شامل laryngeal mask airway، ویدئولارنگوسکوپ با تیغه ها و اندازه های متفاوت (۰-۱) و همچنین سایزهای مختلف لوله تراشه مناسب برای این سن آماده شد. علائم حیاتی به طور مداوم پایش شد. ضربان قلب در ابتدا ۱۷۵ در دقیقه و ساجوریشن اکسیژن با ونتیلیسیون با ماسک ۹۳٪ بود. برای بیمار ۳ ماکروگرم فنتانیل و ۱۵ میلی گرم تیوپنتال سدیم به صورت وریدی تزریق شد. و پس از چندین تلاش بیمار با تیغه سایز ۱ میلر و لوله تراشه بدون کاف سایز 3.5 mm اینتوبه شد و پس از جراحی به صورت اینتوبه به NICU منتقل شد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور بیهوشی

بحث و نتیجه گیری : مدیریت راه هوایی در نوزادان با سندرم های درگیر کننده دهان و راه هوایی بسیار چالش برانگیز می باشد. در نتیجه از قبل باید تمامی تجهیزات لازم جهت اینتوباسیون سخت آماده باشد و تلاش جهت اینتوباسیون باد توسط فرد ماهر انجام شود.

کلید واژه ها : pierre robin syndrome, difficult airway, respiratory distress



چکیده مقالات سخنرانی محور بیهوشی

پیش آگهی وگنر در جراحی قلب باز

نرگس پایانی* (۱) مرصع سوادای شفیع (۲) سمیه شاهواروقی (۳) الهام فلاح (۴) معصومه خلیج (۵)
متخصص بیهوشی قلب، مرکز تحقیقات قلب و عروق، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی
البرز، کرج، ایران

آقای ۷۱ ساله با سابقه بیماری وگنر مقاوم با درگیری کلیوی و گوش از ۹ سال قبل که از سال گذشته، بیماری تحت کنترل وابتدا تحت درمان دارویی اندوکسان و سپس سل سپت و پردنیزولون بوده است. سابقه فشار خون، بیماری قلبی و آنژیوپلاستی ۲۰ سال قبل داشته و با شکایت درد و سوزش قفسه سینه هنگام فعالیت به این مرکز مراجعه کرده است. بیمار در لیست آنژیوگرافی قرار گرفته و قبل از پروسه توسط متخصص روماتولوژی مشاوره شده و سل سپت قطع می شود. فردای روز بستری تحت آنژیوگرافی کرونر قرار گرفته و کاندید CABG می شود. OK جراحی توسط روماتولوژ اخذ می شود. یک هفته پس از بستری تحت عمل قلب باز قرار میگیرد و چند ساعت بعد از ورود به بخش دچار درناژ می شود که به دستور جراح به اتاق عمل برمی گردد. به تدریج شرایط بیمار بهتر واز ونتیلاتور جدا می گردد. روز پنجم به دستور روماتولوژی داروی سل سپت و پردنیزولون شروع می شود. روز ششم دچار دیاریا، ضعف و لکوسیتوز شده که داروی سل سپت و پردنیزولون قطع و آنتی بیوتیک وسیع الطیف شروع می شود. روز هفتم در اکوی بدساید اثر فشاری روی دهلز راست دیده می شود. سی تی ریه انجام و جهت بیمار چست تیوب چپ فیکس می شود. وبا توجه به وخیم شدن شرایط بیمار اینتوبه شده و به دستور جراح به اتاق عمل رفته و استر نوم باز می شود. روز هشتم هاپیوتنشن و اسیدوز شدیدتر می شود. پلاکت به 46000 و $INR 2/9$ می رسد که فرآورده های خونی دریافت میکنند. روز نهم پس از جراحی پلاکت 22000 ، افت شدید فشار خون و الیگوری که به دستور نفرولوژی شالودن گذاری و دیالیز می شود و نهایتا چند ساعت بعد بیمار فوت میکند.

با توجه به ماهیت بیماری، مصرف داروهای ایمنو ساپرسیو و درگیری تمام ارگان های بدن در عمل بزرگ جراحی قلب باز به نظر میرسد این بیماران در طیف بیماران بسیار پر خط دسته بندی شده، پیش آگهی بیماری در عمل ضعیف و نیازمند بررسی های جامع روماتولوژی، نفرولوژی، ریه و تنظیم بسیار دقیق داروهای مصرفی بیمار قبل و بعد از دارد.

کلید واژه ها:

گرانولوماتوز وگنر، جراحی قلب باز (CABG)، سل سپت (CELCEPT)، انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC)

Rigler's triad in gallstone ileus

Author(s): Mohsen Rajabnia 1*, Mahsa Mohammadi 2, Danial Dehbandi 3

1. Gastroenterologist, Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

2. Gastroenterologist, Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3. Radiologist, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

*Corresponding author: Mohsen Rajabnia, Gastroenterologist and hepatologist, M.D.

Introduction

Gallstone ileus is a rare cause (0.5 percent) of mechanical small bowel obstruction due to gallstone impaction within the lumen of the small intestine after passing through biliary enteric fistula.

The patient was a 58-year-old woman with prior history of cholelithiasis and recurrent biliary symptoms who had referred with complaints of low appetite, nausea, colicky abdominal pain and difficulty in passing stool and gas. In the Physical examination, she was ill with sign of mild dehydration, abdominal distension and increased bowel sounds without guarding and tenderness.

The patient was evaluated for intestinal obstruction. According to the abdominal plain radiography findings (signs of partial obstruction and change in previous location of the stone), gallstone ileus was suspected, so the patient underwent an abdominal contrast-enhanced CT. The abdominal contrast-enhanced CT findings that confirmed gallstone ileus include: gallstone in terminal ileum (Figure 1), small bowel obstruction (Figure 2) and pneumobilia (Figure 3).

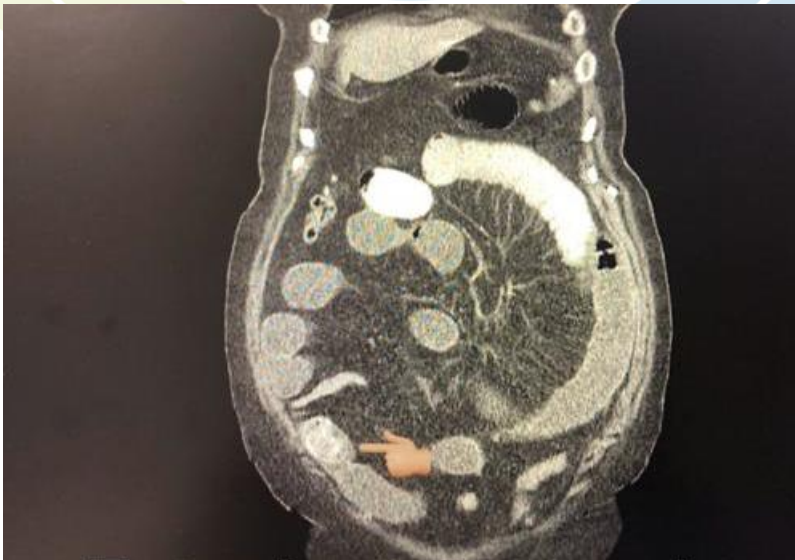
Discussion and Conclusion

Gallstone ileus is a rare cause of mechanical bowel obstruction due to gallstone impaction within the lumen of the small intestine after passing through biliary enteric fistula. Abdominal contrast-enhanced CT is the choice imaging modality for confirmation of gallstone ileus. Sensitivity, specificity and accuracy of contrast-enhanced CT for gallstone ileus are 90-93%, 100% and 99%, respectively. Rigler's triad consists of three findings that consistent with gallstone ileus (in less than 30% of the patients), include: Small bowel obstruction, ectopic gallstone (most common: terminal ileum) and pneumobilia.

The treatment of gallstone ileus is typically surgical (enterolithotomy via laparotomy).

Key words: Gall stone, Ileus, small bowel obstruction, pneumobilia, Rigler's triad.

Figure 1: Abdominal CT scan, coronal plane, portovenous phase. The migrated gallstone (oval-shaped, hyperdense) in terminal segment of ileum (Ectopic gallstone).



Diagnosis of AL amyloidosis with the chief complaint of generalized edema in a 39-year-old man; A Case Report

Mana Mohamadiafrakoti^{1*}, Maryam Jamali¹, Saleheh Khorasani²

1. Department of Internal Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

2. Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Introduction:

AL amyloidosis is often a rapidly progressive disease that presents as a pleiotropic set of clinical syndromes caused by the extracellular deposition of pathological fibrillary protein in tissues. Although it has non-specific symptoms, it is diagnosed when symptoms referable to a specific organ such as kidneys and heart develop.

Case presentation:

A 39-year-old male with a past medical history of hypothyroidism and opium addiction presented to the internal department complaining of generalized swelling in his lower extremity, face and eyes for the past two months.

He reported exacerbated dyspnea (function class III), generalized body pain, frontal headache, dizziness, nausea, vomiting, constipation, and anorexia in the last month. He denied lethargy, hematuria, oliguria, epistaxis, and hemoptysis. He also had no cough, sputum, fever, and chills. On physical examination, vitals revealed temperature 36.9°C, blood pressure 130/80 mmHg, heart rate 76 beats per minute, respiratory rate 15 breaths per minute, and oxygen saturation 94% on room air. Evaluation of the skin revealed round wounds with a clear border on the face and upper back. Cardiac, chest, and abdomen exams did not show any abnormal findings. He just had macroglossia. Initial laboratory studies revealed BUN 25.7 mg/dl, creatinine 1.45 mg/dl, albumin 1.7 mg/dl and serum Ca 7.4 mg/dl.

چکیده مقالات سخنرانی
محور داخلی و فوق داخلی

A complete blood count also revealed decreased RBC, Hb, Hct, and PDW. An echocardiogram did not show any abnormal findings typical of amyloidosis. At last a renal biopsy was performed and demonstrated renal amyloidosis of the AL type with lambda light chain involving the glomeruli and vessels.

Discussion:

The diagnosis of AL amyloidosis is based on the clinical findings of the affected organs and positive histologic findings. Signs and symptoms may mimic other diseases, such as those limited to specific organs. This may lead to a delay in diagnosis and treatment. Therefore it is important to keep amyloidosis in the list of differential diagnoses for patients presenting with lower extremity edema.

keywords:

Amyloidosis, AL amyloidosis, Edema, Renal amyloidosis



سندرم شوگرن، گزارش یک مورد در اطفال و با تظاهرات آتیبیک

فهیمه صالحی* (۱) مینا کیا فر (۲) علی سهیلی (۳)

(۱) متخصص بیماری‌های داخلی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

(۲) فوق تخصص بیماری‌های روماتولوژی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

(۳) دستیار تخصصی بیماری‌های داخلی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: سندرم شوگرن با اختلال عملکرد غدد اگزوکرین شناخته می‌شود و می‌تواند در همراهی با سایر بیماری‌های روماتولوژیک مثل آرتریت روماتوئید و لوپوس دیده شود. شوگرن در اطفال بندرت دیده می‌شود و تظاهرات آن با بزرگسالان متفاوت می‌باشد. علامت شایع در اطفال، پاروتیدیت می‌باشد.

معرفی بیمار: خانم ۲۲ ساله‌ای با شکایت هماتمز به مرکز آموزشی درمانی امام علی (ع) مراجعه کردند و تحت اقدامات حمایتی و آندوسکوپی قرار گرفتند. در آندوسکوپی زخم‌های متعدد در بولب و دئودنوم گزارش شده بود. بیمار در سیر بستری دچار تب، پان سیته‌پنی و اختلال آنزیم‌های کبدی شدند. همچنین در اخذ شرح حال کامل‌تر به خشکی دهان و چشم و پوسیدگی مکرر دندان‌ها از سن شش سالگی اشاره می‌کردند به صورتیکه چندین دندان مصنوعی داشتند ولی علایم پاروتیدیت را ذکر نمی‌کردند. علایم مفصلی بصورت آرترالژی و همچنین مالار راش داشتند. با توجه به شرح حال و این اختلالات آزمایشگاهی، بیمار از نظر لوسمی‌ها، هیپاتیت‌های حاد، TB، بروسلوز، COVID 19 و بیماری‌های روماتولوژیک تحت بررسی قرار گرفت. تست های ANA, RF, Anti-RO و Anti-LA مثبت گزارش گردید. با توجه به وجود علائم مربوط به درگیری چشمی و دهانی و مثبت شدن Anti-RO و Anti-LA و رد سایر عللی که منجر به علایم سیکا می‌شود، با تشخیص سندرم شوگرن درمان با کورتون و هیدروکسی کلروکین برای بیمار شروع شد.

بحث و نتیجه گیری: شوگرن در اطفال با شیوع کمتری اتفاق می‌افتد و برخلاف بزرگسالان کمتر از یک سوم مبتلایان علایم خشکی چشم و دهان را بروز می‌دهند. مورد مراجعه کننده به مرکز ما علایم شایع شوگرن در کودکی را بروز نداده بود و تظاهرات مشابه شوگرن بزرگسالان را داشت. پروگنوز شوگرن در اطفال بستگی به تظاهرات اولیه بیماری دارد و پاسخ به درمان در هر فرد متفاوت می‌باشد.

کلید واژه‌ها: شوگرن، خشکی چشم، پاروتیدیت، خشکی دهان

Tracheobronchopathia Osteochondroplastica with Eosinophilia and urticaria

(1) Somayeh Rezaian. Department of Internal Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

(2) Faranak Nasserri. Department of Internal Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Introduction: Tracheobronchopathia osteochondroplastica (TO) is a rare disorder of unknown cause affecting the large airways. It is characterized by the accumulation of bony and cartilaginous nodules in the tracheal and bronchial mucosa. it can be asymptomatic or present with productive cough and dyspnea. In this study, we present a case of TBPO with eosinophilia and urticaria.

Case report: a 59-year-old non-smoker woman with dyspnea, productive cough from 20 years ago, and chronic urticaria from 6 years ago, was admitted for further evaluation of dyspnea. Computed tomography of the chest revealed irregular nodular thickening and calcification of the trachea, sparing the posterior wall. the patient underwent a bronchoscopic examination, which revealed protruding sessile nodules in the tracheal lumen, with a cobblestone appearance. Histopathological examination of biopsies taken during bronchoscopy showed cartilaginous submucosal nodules and squamous metaplasia consistent with the diagnosis of TO.

Conclusion: TO is not an easily recognized disease, characterized by wheezing, cough, hemoptysis, and recurrent pulmonary infection, and should be kept in mind, especially in patients with tracheal irregularities in their chest imaging. there is no specific treatment for TO. In some cases, bronchoscopic radiofrequency and argon plasma coagulation therapy have been effective palliative treatments. In this case, accompanied with eosinophilia and urticaria were uncommon and interesting.

Key words: Tracheobronchopathia osteochondroplastica ,eosinophilia, urticaria,

Diagnosis of Autoimmune Polyglandular Syndrome Type Ii In An Iranian Patient**Behnaz Movahedi ^a, Mahnaz Jamee ^{b,c}, Farshad Nouri ^d**^a Department of Internal Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran^b Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran^c Alborz Office of USERN, Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran**BACKGROUND/OBJECTIVE:**

Autoimmune polyglandular syndromes (APS) are characterized by autoimmune destruction of multiple endocrine organs. The most common form is APS type II, typically presenting with primary adrenal insufficiency, autoimmune thyroid disease and/ or insulin dependent diabetes mellitus.

CASE PRESENTATION:

A 49-year-old woman presented to the emergency department with complaints of weight loss, nausea and vomiting, progressive fatigability and dizziness. She suffered from hypothyroidism and also premature ovarian failure (POF) since the age of 20. The family history was unremarkable. Liver function tests and ultrasound were normal. She underwent endoscopic evaluation which revealed atrophic gastritis. Eventually, she was diagnosed with pernicious anemia and discharged with supplements.

Two months later, she presented with hypotension, recurrent vomiting and abdominal pain. In laboratory findings, hyponatremia, hyperkalemia, and hypocalcemia were identified. There was no evidence of renal tubular disease. Tumor markers (CA19-9, CA-125, CA15-3), viral markers (HBV, HCV, HIV, EBV), wright and 2ME tests were negative.

Serum protein electrophoresis was normal. Investigations for a variety of autoantibodies including anti-nuclear (ANA), anti-double-strand DNA (Anti-ds-DNA), anti-mitochondrial (AMA), tissue transglutaminase (TTG), anti-gliadin, and anti-endomysial antibodies as well as complement and immunoglobulin levels (C3, C4, CH50, IgG, IgM) showed normal results except for positive anti-thyroid peroxidase (anti-TPO) antibody and low level of serum IgA (Table S1.).

Based on the cortisol and ACTH levels in the serum and 24-hour sample of urine, she was finally diagnosed with adrenal insufficiency. Since, the patient is taking low dose prednisolone, fludrocortisone, levothyroxine and nutritional supplements. She is now in a relatively good and stable health status.

DISCUSSION:

Herein, we reported a patient with APS type II who has been treated as an isolated endocrinopathy for several years. As delayed diagnosis of this syndrome can be associated with severe complications, it would be appropriated to consider this condition in a patient who presents with single endocrinopathy.

KEY WORDS:

Autoimmune Polyendocrinopathy Syndrome Type II, APS, Autoimmunity, primary adrenal insufficiency, hypothyroidism

Spontaneous Remission of Hypercalcemia Due to Autoinfarction of Parathyroid Adenoma: A Rare Complication and Diagnostic Approach

Rahelehsadat Sajad, Atiyeh Bagheri,, Mozghan Karimifar, Mansoor Siyavash

Isfahan endocrine and metabolism research center

Abstract:

Primary hyperparathyroidism, commonly caused by benign parathyroid adenomas, presents with various clinical manifestations including chronic fatigue, bone pain, and complications such as osteoporosis and kidney stones. parathyroidectomy is the most common treatment and it often cures the condition. Spontaneous rupture and extracapsular hemorrhage from parathyroid adenomas are rare but serious complications that can lead to diverse symptoms. This report discusses a case of spontaneous neck hemorrhage resulting from the rupture of a parathyroid adenoma, highlighting the diagnostic challenges and clinical implications.

Keywords:

hypercalcemia, Primary hyperparathyroidism, parathyroid adenoma, spontaneous neck hemorrhage

a rare large sized primary bilateral macro-nodular adrenal hyperplasia: a case report

Mozhgan Karimifar * (1) Elahe Saffari (2) Mansour Siavash (3) Mansoureh Shekarchizadeh (4)

(1) Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(2) Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(3) Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(4) Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Primary bilateral macro-nodular adrenal hyperplasia (PBMAH) is a rare condition that exhibits various manifestations, from subclinical to severe Cushing syndrome (CS). Bilateral adrenalectomy (BA) is a common treatment especially in patients with overt CS symptoms. This study introduce a patient with uncommon large-sized adrenals about 12 and 10 cm. a 59-year-old diabetic man presented with CS symptoms, including edema, muscle weakness, weight gain, and uncontrolled diabetes mellitus. Laboratory tests confirmed ACTH-independent CS, and imaging revealed macro-nodular lesions in both adrenal glands. The patient underwent BA, resulting in the resolution of primary symptoms without complications. Postoperative follow-up showed significant improvements in blood pressure, blood glucose management, weight loss and other related symptoms. This case demonstrates the successful surgical management of large-sized PBMAH and highlights the absence of a direct association between cortisol level severity and mass size .In spite of reports cited for benefits of unilateral adrenalectomy, BA was our choice to prevent the relapse; since we were faced a symptomatic patient with bilateral large adrenals, it was hard to select the larger adrenal to resect unilaterally. The report contributes to the understanding and guidance for managing similar rare large-sized cases.

چکیده مقالات سخنرانی محور داخلی و فوق داخلی

لوپوس اریتماتوس منتشر تاولی در بیمار تحت درمان با NB-UVB

علیرضا جعفرزاده*: تخصص بیماری‌های پوست، گروه بیماری‌های پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

سید سروش مصطفوی منتظری: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

سیده مینا مصطفوی منتظری: تخصص بیماری‌های داخلی، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

سیده صبا مصطفوی منتظری: پزشکی، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 صالحه خراسانی: پزشکی، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه:

لوپوس اریتماتوس منتشر تاولی یک تظاهر پوستی نادر بیماری لوپوس اریتماتوس منتشر است. مطالعات متعددی ارتباط فتوتراپی و ایجاد ضایعات وزیکولوبولوز را نشان می‌دهند اما بیشتر آنها به ایجاد پمفیگوئید تاولی مربوط می‌شوند و مطالعه‌ای در مورد بروز این نوع لوپوس منتشر پس از فتوتراپی وجود ندارد.

معرفی بیمار:

آقای ۷۰ ساله‌ای با شکایت تاول‌های خارش‌دار متعدد در سراسر بدن که از ۶ ماه پیش ایجاد شده بود به کلینیک ما مراجعه کرد. بیمار از ۲۵ سال قبل مبتلا به بیماری پسوریازیس بوده و از ۸ ماه پیش به دلیل عود این ضایعات تحت درمان NB-UVB قرار گرفته بود. پس از پانزدهمین جلسه فتوتراپی پاپول‌ها و وزیکول‌های متعددی در سراسر بدن او ظاهر شد که به تدریج بر تعداد و اندازه آنها افزوده می‌شد. در معاینه فیزیکی پلاک‌های اریتماتوس و scaly تنه، اندام تحتانی و آرنج و همچنین تاول‌های متعددی در اندام فوقانی، تحتانی و تنه وی دیده شد. بیمار تحت درمان پردنیزولون و کلوتازول قرار گرفت و ضایعات تا حدودی بهبود یافتند اما پس از ۲ ماه عود کردند. در نهایت با کمک بیوپسی و تست ایمونوفلوروسانس تشخیص لوپوس اریتماتوس منتشر تاولی برای وی پیشنهاد شد. بیمار با قرص داپسون (با دوز ۵۰ میلی گرم در روز) تحت درمان قرار گرفت. ضایعات پس از مصرف این دارو به طور قابل توجهی بهبود یافتند و در طول پیگیری ۱ ماهه و ۲ ماهه هیچ ضایعه جدیدی ظاهر نشد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور داخلی و فوق داخلی

بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه یک مورد بروز لوپوس اریتماتوس منتشر تاولی را پس از درمان با فتوتراپی گزارش کرد که بهبود قابل توجهی با قرص داپسون داشته است. توصیه می شود علاوه بر سایر تشخیص های احتمالی، بروز این نوع لوپوس در موارد دارای ضایعات وزیکولوبولوز پس از فتوتراپی در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها:

لوپوس اریتماتوس منتشر تاولی، پرتودهی، داپسون



credit: by www.MalikPhotoGallery.net

بررسی یک کیس پیچیده آمبولی ریوی

فاطمه صحتی (۱)، مهدی محمدی تبار (۲)

۱- فلوشیپ اینترونشنال کاردیولوژی، استادیار، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲- پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

این گزارش مربوط به یک بیمار با سابقه ی دو نوبت آمبولی ریوی می‌شود که نوبت دوم علیرغم مصرف دوز درمانی انوکسپارین بوده و وضعیت همودینامیک بیمار را به حدی مختل کرده که بیمار ایست قلبی کرده است. در بررسی های انجام شده علل مشخصی برای وضعیت هایپرکواگولوپاتی آن پیدا نشده. به علاوه بررسی های اکوی قلبی نشان از PFO دارند که علاوه بر آمبولی ریوی خطر آمبولی پارادوکس و CVA را نیز برای بیمار بیان می‌کند. فلذا بررسی و یافتن علل وضعیت کنونی بیمار اهمیت دوچندانی پیدا میکند.

مقدمه: بیمار آقای پرستار ۲۸ ساله در حین مصرف انوکسپارین با دوز درمانی با آمبولی مجدد به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است. به علاوه بررسی های اکوی قلبی نشان از PFO دارند که علاوه بر آمبولی ریوی خطر آمبولی پارادوکس و CVA را نیز برای بیمار بیان می‌کند.

معرفی بیمار: بیمار آقای پرستاری ۲۸ ساله با سابقه ی رفلاکس، اسموکر (1Pack year) و یک نوبت جراحی فتق اینگوینال است، بدون سابقه دیابت و فشار خون و ذکر سابقه خانوادگی مرتبط. در TEE بیمار PFO بزرگ به قطر 5mm یافت می‌شود. در CT scan ریه بیمار درگیری پلور با نمای wedge shape در هر دو سمت دیده میشود که بیانگر انفارکت و در درجه های بعدی میتواند نشانگر لنفوم باشد، در قسمت میانی فوقانی ریه ها ندول های گزند گلس سنتری آسینار دیده شد. سونوگرافی کالر داپلر اندام تحتانی طبیعی بود و شواهدی مبنی بر انسداد و ترومبوز در آن دیده نشد. همچنین بیمار سابقه ی جراحی فتح بیضه داشته به همین دلیل بیضه های بیمار بررسی سونوگرافی شد که جواب آن نرمال بود.

بحث و نتیجه گیری: به دلایل که هنوز مشخص نیست بیمار مورد بحث در وضعیت هایپرکواگولوپاتی خطرناکی قرار دارد که وجود PFO در قلب آن وضعیت بیمار را حاد تر میکند. بررسی های کلینیکال و پاراکلینیکال کیس مورد نظر هنوز ادامه دارد و در حال حاضر تشخیصی مبنی بر بیماری بهجت برای بیمار مطرح شده که در حال بررسی های لازم

است. **کلید واژه‌ها:** آمبولی ریوی (PTE)، PFO، Enoxaparin، PPI

گزارش درمان آریتمی غیر شایع قلبی از طریق راه فرعی

حسن کمالزاده * (۱) سپیده علیمردانی (۲) ربابه جعفری (۳) لیلا پورمحمدیان (۴)

۱-متخصص قلب و عروق، فوق تخصص الکتروفیزیولوژی قلب، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۲-کارشناس پرستاری، پرستار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۳-کارشناسی ارشد علم اطلاعات و دانش‌شناسی، کتابدار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴-کارشناس پرستاری، پرستار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه / بیان مساله : به صورت نرمال هدایت الکتریکی از دهلیزها به بطن‌ها فقط از طریق گره سینوسی دهلیزی (AV node) می‌باشد. راههای فرعی accessory path way در واقع مسیر هدایتی غیرنرمال و اضافی می‌باشند که از بافتهای شبیه میوکارد می‌باشند و هدایت الکتریکی مجزایی را میان دهلیزها و بطنها ایجاد می‌کنند. شیوع آنها حدود ۴/۰ - ۱/۰ درصد می‌باشد. براساس محل، این راههای فرعی را نام‌گذاری کرده‌اند مانند Left free wall که دهلیز چپ را به بطن چپ متصل می‌کند. اگر این راهها در ناحیه پوسترورسپتال باشد با توجه به آناتومی پیچیده این محل می‌تواند انواع مختلفی داشته باشد. نوع ساده آن ارتباط میان اندوکارد دهلیزی و اندوکارد بطنی راست را برقرار می‌کند و نوع کمتر شایع آن ارتباط میان دهلیز راست و بطن چپ را از طریق دیورتیکول سینوس کرونری و بصورت اپیکاردیال ایجاد می‌کند.

معرفی بیمار : بیمار ما خانمی ۲۹ ساله می‌باشد که با تاکی کاردی بالای ۲۵۰/m به اورژانس مراجعه و ریتم بیمار با DC shock سینوسی شد. با توجه به بررسیهای انجام شده، اکوکاردیوگرافی بیمار در حد نرمال بود و در نوار قلب وجود هدایت از مسیر فرعی مشاهده شد که با توجه به منفی بودن موج دلتا در لیدهای تحتانی و V2 transition تشخیص آریتمی بیمار در زمان مراجعه فیبریلاسیون دهلیزی و هدایت از طریق راه فرعی در ناحیه پوسترورسپتال بود.

چکیده مقالات سخنرانی محور قلب و عروق

برای درمان، بیمار به EP LAB آورده شد و mapping ابتدا از طریق دهلیز و بطن راست انجام و ابلیشن راه فرعی در محلی که سیگنالهای دهلیزی و بطنی fusion داشتند با 60W و 60درجه C انجام شد ولی راه فرعی ابلیت نشد لذا پس از سپتوستومی از دهلیز راست وارد دهلیز چپ شد و دهلیز چپ در ناحیه Post septal بررسی شد. ولی سیگنال مناسب برای ablation وجود نداشت. بیمار در طی پروسیجر دچار افت فشار خون شد که بلافاصله اکوکاردیوگرافی انجام و با تشخیص تامپوناد، پریکاردیوسنتز انجام شد و بیمار پس از ۲ روز مرخص شد. بیمار مجدداً پس از ۲ هفته به EP LAB آورده شد و در ابتدا با احتمال آناتومی غیر نرمال در ناحیه post.septal و ونوگرافی سینوس کرونری انجام شد و دیورتیکول در ابتدای شاخه middle cardiac vein مشخص شد سپس با کاتتر mapping فیوژن سیگنال دهلیز و بطنی در ناحیه گردن دیورتیکول مشخص شد و ablation با 50w و 55درجه C در همان محل انجام و هدایت از طریق راه فرعی قطع شد.

بحث و نتیجه گیری: در بیمارانی که آریتمی آنها مربوط به وجود راه فرعی در ناحیه post septal می‌باشد. در صورتی که با تلاشهای معمول ablation موفقیت ندارد حتماً ونوگرافی سینوس کرونری برای مشاهده abnormal anatomy انجام شود.

کلید واژه‌ها: ونوگرافی سینوس کرونری، آریتمی غیر شایع قلبی، راه فرعی

چکیده مقالات سخنرانی محور قلب و عروق

انفار کتوس وسیع قلبی در یک مرد جوان با علت ناشایع

نویسندگان: علیرضا دهقان نیری * (۱) سپیده علیمردانی (۲) ربابه جعفری (۳) فاطمه قنبری (۴)

۱. متخصص قلب و عروق، فوق تخصص اینترونشنال کاردیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۲. کارشناس پرستاری، پرستار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۳. کارشناسی ارشد علم اطلاعات و دانش‌شناسی، کتابدار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴. کارشناس رادیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

چکیده: بیمار با تشخیص STE MI تحت آنژیوگرافی اورژانس قرار گرفت. تشخیص Left main SCAD (TYPE1) عارضه‌ای نادر و کشنده می‌باشد، آنژیوپلاستی موفق انجام شد و بیمار مرخص گردید.

مقدمه / بیان مساله: SCAD (دیسکسیون خودبخودی کرونر) یکی از علل STE MI می‌باشد که اکثراً بطور کانسرواتو درمان می‌شود ولی گاهی نیاز به آنژیوپلاستی یا CABG می‌باشد. در شرایطی که نیاز به مداخله می‌باشد شامل درگیری Left main با قطع کامل فلو کرونر یا عدم بهبود درد قفسه سینه بیمار می‌باشد.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۳۵ ساله با درد شدید قفسه سینه هنگام فعالیت بدنی به اورژانس مراجعه کرده بود. در نوار قلب بیمار تغییرات ST elevation به طور گسترده وجود داشت. بیمار به سرعت جهت انجام Primary PCI به کتلب منتقل گردید. در آنژیوگرافی انجام شده دیسکسیون LM با انتشار به LCX مشهود بود. (دیسکسیون خودبخودی SCAD) که با توجه به علائم بیمار و درگیری LM تصمیم به انجام آنژیوپلاستی برای بیمار گرفته شد. که با یک استنت فقط آنژیوپلاستی LM با موفقیت به انجام رسید. و چون فلو LCX برقرار بود از اقدام اضافه صرفنظر شد. بیمار با حال خوب به CCU منتقل شد. در آنژیوگرافی کنترل که سه روز بعد انجام شد، نتیجه خوب بود و دیسکسیون LCX در حال Sealed شدن بود.

بحث و نتیجه گیری: SCAD بیماری ناشایعی است عموماً افراد جوان و خانمها را درگیر می‌کند. بیماران معمولاً فاکتورهای خطر شناخته شده کرونر را ندارند. در اکثر موارد SCAD درمان حمایتی انجام می‌شود ولی در برخی موارد نیاز به مداخله جهت نجات جان بیمار می‌باشد.

کلید واژه‌ها: Primary PCI, STE MI, SCAD

چکیده مقالات سخنرانی محور قلب و عروق

خانم ۴۰ ساله با کاردیومیوپاتی بعد از زایمان

نویسندگان: طاهره صادقی* (۱) مریم جمالی (۲)

۱- متخصص قلب و عروق / فلوشیپ نارسایی قلب و پیوند، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۲- دستیار تخصصی بیماری‌های قلب و عروق، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

چکیده: بیمار خانمی ۴۰ ساله مبتلا به کاردیومیوپاتی بعد از زایمان تحت کنترل که با درد شکم و کله سیستیت و به دنبال آن نارسایی مولتی ارگان و سپسیس در این مرکز بستری شد و برای ایشان ICD تعبیه شد.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۴۰ ساله با سابقه‌ی کاردیومیوپاتی بعد از زایمان که در حدود یک ماه بعد از زایمان چهارم شناسایی شده بود و کاملاً تحت کنترل بوده است با درد شکم به مرکز دیگر مراجعه و در سونوگرافی شکم برای ایشان کله سیستیت به دنبال سنگ تشخیص داده می‌شود / بیمار با درد شکم و آزمایشات مختل مبنی بر پانکراتیت و LFT مختل به این بیمارستان مراجعه کرد / بیمار در طی بستری دچار سپسیس و نارسایی مولتی ارگان از جمله کلیه و کبد شد و تحت درمان‌های حمایتی از جمله DHF/ آنتی بیوتیک تراپی / دیالیز و تزریق FFP قرار گرفت/ هم چنین در اکو TDI یک CLOT برای ایشان شناسایی شد که تحت درمان آنتی کوآگولان قرار گرفت و در اکو کنترل خوشبختانه بعد از حدود یک ماه درمان رفع شد. در انتها برای بیمار به دلیل افت EF و آریتمی‌های مکرر ICD تعبیه شد.

بحث و نتیجه گیری: در بیماران با نارسایی قلب و افت EF درمان زودهنگام بیماری‌های غیرقلبی بسیار مهم است / زیرا هر عاملی که باعث اختلال همودینامیکی شود به دنبال آن نارسایی قلب تشدید و decompensated می‌شود و بعد از آن نارسایی مولتی ارگان اتفاق خواهد افتاد به طوری که در این بیمار اگر کله سیستیت زود درمان می‌شد بیمار وارد فاز نارسایی ارگان‌ها نمی‌شد.

کلیدواژه‌ها: کاردیومیوپاتی بعد از زایمان / کله سیستیت / سپسیس / ICD

ژرم سل تومور بیضه با متاستاز همزمان دوطرفه ریه و قلب

تقی ریاحی*: تخصص بیماری‌های داخلی، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

محبوبه پازوکی انزهایی: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

سید سروش مصطفوی منتظری: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

سیده صبا مصطفوی منتظری: پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج،

ایران

علیرضا جعفرزاده: تخصص بیماری‌های پوست، گروه بیماری‌های پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

مقدمه: گزارش‌های موردی محدودی در مورد تومورهای ژرم سل بیضه با متاستاز ریوی یا قلبی وجود دارد.

متاستاز تومورهای ژرم سل به ندرت قلب را در کمتر از یک درصد موارد تحت تاثیر قرار می‌دهد. متاستاز همزمان

دوطرفه ریه با درگیری داخل قلبی تومور بیضه برای اولین بار در این گزارش ارائه شده است.

معرفی بیمار: آقای ۲۳ ساله ای با شکایت هموپتزی و سرفه و احساس تنگی نفس به بیمارستان مراجعه کردند.

تنگی نفس بیمار از حدود ۲ ماه قبل شروع شده بود و به مرور تشدید پیدا کرده بود. بیمار مورد بیضه ی نزول

نکرده سمت چپ از کودکی بوده است. حدود ۲ سال قبل به علت تورم بیضه ی راست، با تشخیص تومور ژرم سل

راست تحت عمل جراحی ارکیدکتومی دوطرفه قرار گرفته بود. در همان زمان بیمار کاندید کموتراپی شده بود ولی

به علت عدم پیگیری، کموتراپی دریافت نکرد. سופل هولوسیستولیک در کانون میترال شنیده شد. در سی تی

اسکن ریه توده ی دوطرفه ی ریه و در اکوکاردیوگرافی توده ی ۹۰*۲۶ میلیمتر در دهلیز چپ دیده شد. این توده

از طریق دریچه ی میترال وارد بطن چپ می‌شد و باعث اختلال عملکردی میترال و نارسایی میترال نیز شده بود.

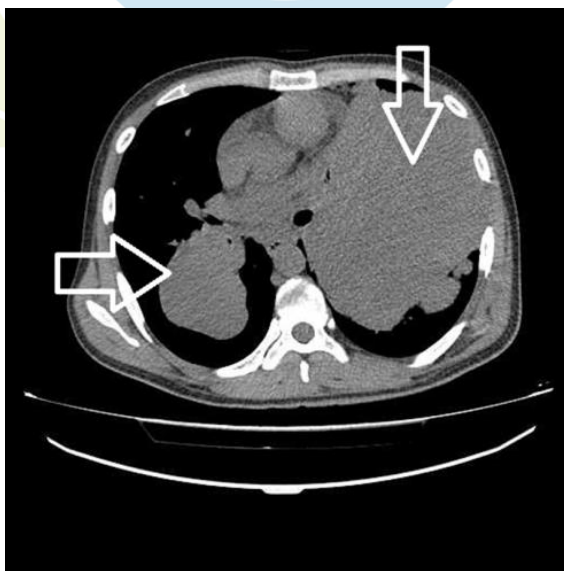
چکیده مقالات سخنرانی

محور قلب و عروق

. با توجه به اختلال عملکردی دریچه میترال و احتمال آمبولی تومورال، تصمیم بر جراحی باز قلب در اولین فرصت شد. طی جراحی، تهاجم توده ی ریوی از طریق دیواره دهلیز چپ دیده شد. دیواره ی دهلیز با پریکارد خوکی ترمیم شد. پاتولوژی توده مطابق با ژرم سل تومور متاستاتیک بود. بعد از جراحی بیمار تحت شیمی درمانی با اتوپوزاید-سیس پلاتین قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری: متاستاز همزمان دوطرفه ریه و قلب توسط تومور ژرم سل اهمیت معاینه خصوصا سمع قلب و انجام اکوکاردیوگرافی در این موارد را بارز تر میکند. درمان انتخابی متاستاز های تومور ژرم سل کموتراپی است. اما در مواردی که اختلال دریچه ای یا احتمال آمبولی تومورال وجود داشته باشد، انجام جراحی جهت خارج کردن متاستاز داخل قلب ضروری میباشد.

کلید واژه‌ها: ژرم سل تومور، متاستاز قلبی، متاستاز ریوی، نارسایی میترال



مخفی شدن شواهد پریکاردیت فشارنده به علت نارسایی شدید تریکوسپید در اکوکاردیوگرافی

سارا طاقی*: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
سید سروش مصطفوی منتظری: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

سعید صدر: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
الهام پیریایی: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
سیده صبا مصطفوی منتظری: پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه / بیان مساله: پریکاردیت فشارنده (CP) یک بیماری بالقوه قابل درمان می‌باشد که میتواند به علل مختلف از قبیل اسکار، کلسیفیکاسیون، التهاب یا ضخیم‌شدگی پریکارد اتفاق بیافتد. CP باید در بیمارانی که با نارسایی قلبی با EF حفظ شده مراجعه میکنند مد نظر باشد. قدم اول در بررسی آن، اکوکاردیوگرافی می‌باشد.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۵۴ ساله مورد تعویض دریچه MVR (monoleaflet) در زمینه بیماری روماتیسمال قلبی سال ۱۳۶۸ با سابقه RA, AF HTN, DM, IHD، که با شکایت ادم اندام و آسیت و تنگی نفس و ارتوپنه و PND از یک سال قبل مراجعه و بستری شد. در بررسی تنگی نفس ابتدا برای بیمار TTE انجام شد که EF=55%, severe TR, RV failure, LA enlargement دیده شد. در اپروچ به تنگی نفس، CT ریه اخذ شد و با توجه به پریکارد کلسیفیه برای ایشان constrictive percarditis مطرح شد. در TTE مجدد نیز شواهدی به نفع CP نداشت ولی همودینامیک در کت راست تایید کننده تشخیص CP بود. برای CMR نیز انجام شد که تایید کننده ی CP بود. تشخیص CP در زمینه ی مداخله ی جراحی قلبی مطرح شد. با درمان حمایتی و بدون مداخله ی جراحی علائم بیمار کنترل گردید و در حال حاضر نیز معاینه و TTE به صورت دوره ای برای ایشان انجام می‌شود.

بحث و نتیجه گیری: اکوکاردیوگرافی در بیماران مشکوک به CP معمولاً قدم اول تشخیصی محسوب میشود. در موارد نادری ممکن است وجود TR شدید باعث مخفی شدن شواهد تشخیصی CP در اکوکاردیوگرافی شود. در صورت شک بالینی بالا میتوان از مدالیت‌های دیگر مثل کت راست و CMR کمک گرفت.

کلید واژه‌ها: پریکاردیت فشارنده، نارسایی تریکوسپید، TTE

چکیده مقالات سخنرانی محور قلب و عروق

درگیری متاستاتیک SVC و دریچه‌ی تریکوسپید در آدنوکارسینوم کولون

مریم نباتی: فوق تخصص اکوکاردیوگرافی، بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

سید سروش مصطفوی منتظری: تخصص بیماری‌های قلب و عروق، گروه بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

هما پارسایی: مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

علیرضا جعفرزاده: تخصص بیماری‌های پوست، گروه بیماری‌های پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

سیده صبا مصطفوی منتظری: پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه / بیان مساله: کنسر کولون سومین کنسر شایع دنیا محسوب می‌شود. در کنسر کولون معمولاً کبد و ریه محل شایع متاستاز می‌باشند. قلب به ندرت محلی برای متاستازهای دستگاه گوارش محسوب می‌شود (۱.۲٪). در این بین متاستاز به دریچه‌ی تریکوسپید فقط در یک مقاله گزارش شده است.

معرفی بیمار: خانم ۵۴ ساله‌ای جهت بررسی توده‌ی رویت شده در اکوکاردیوگرافی دریچه‌ی تریکوسپید به بیمارستان ما ارجاع شد. بیمار با علائم تب و ضعف و تنگی نفس بستری شده بود. او از ۸ سال قبل مورد شناخته شده‌ی کنسر کولون بوده است که تحت شیمی درمانی قرار گرفته بود. در معاینه سوفل هولوسیستولیک در left sternal border سمع شد. در TTE یک توده متحرک ۱.۸*۰.۵ سانتی متر روی لت قدامی TV متصل بود که منجر به نارسائی خفیف تا متوسط آن بدون انسداد جریان خروجی شده بود (شکل ۱). برای بررسی بهتر توده TEE انجام شد که در آن دست اندازی تومور به SVC تایید شد. توده به عنوان یک ترومبوز تومورال ناشی از متاستاز آدنوکارسینوم بدخیم کولورکتال در نظر گرفته شد. بیمار تحت درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف و همچنین شروع مجدد کموتراپی با Dexamethasone, Oxaliplatin, Leucovorin, and Fluorouracil قرار گرفت. بعد از شروع کموتراپی بیمار از نظر بالینی رو به بهبودی پیش رفت و بعد از ۲ ماه مجدداً تحت TEE قرار گرفت که کاهش محسوس سایز توده به ۰.۸*۱.۲۶ میلی‌متر رویت شد.

بحث و نتیجه گیری: علیرغم نادر بودن متاستاز کنسر کولون به TV، در این بیماران در صورت شک بالینی مبنی بر درگیری قلبی باید تحت TTE قرار بگیرند. انجام TEE در مرحله‌ی بعدی میتواند ابزار مفیدی برای بررسی دقیق تر متاستاز باشد. انجام کموتراپی می‌تواند بدون نیاز به پروسیجرهای تهاجمی دیگر باعث پسرفت متاستاز شود.

کلید واژه‌ها: کنسر کولون، متاستاز قلبی، دریچه‌ی تریکوسپید، کموتراپی

Molecular Diagnosis of toxocariasis and HIV/AIDS co-infection: Report of three cases in Alborz province, Iran

Zahra Hatami¹, Mohammad Zibaei^{1*}, Farzaneh Firoozeh², Fatemeh Bakhshipour¹, Abolfazl Miahipour¹, Alireza Soleimani³, Elham Shokri⁴

¹Department of Parasitology and Mycology, ²Department of Microbiology, ³Department of Infectious Diseases, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran; ⁴Department of Parasitology and Mycology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Introduction: *Toxocara* infection associated with HIV/AIDS may present with features of an aggressive disease or with no specific symptoms at all, making diagnosis difficult. The present study describes the results of molecular diagnostic tests applied to a series of suspected cases of toxocariasis in HIV/AIDS patients referred to Shahid Sabze Parvar Behavioral Diseases Counseling Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Cases presentation: From a total of 105 eligible patients (people living with HIV) with cytopenias and/or fever of an unknown etiology, 15 patients were selected for inclusion in the study. Diagnosis was confirmed by the examinations of hematological, serological and polymerase chain reaction test. Three out of the fifteen patients were diagnosed with co-infection. Positive infection was recorded for three patients, *Toxocara* diagnosis and PCR test were positive in three patients and a band of 330 bp was observed.

Discussion and Conclusion: These findings showed that for the first time that people living with HIV from Alborz province, are being exposed to this zoonosis and a relatively high seroprevalence of *Toxocara* in HIV/AIDS people needs comprehensive health education regarding personal hygiene and how to avoid exposure to this parasite infection, especially in people with an impaired immune system.

Keywords: *Toxocara* infection, molecular diagnostic, HIV/AIDS, zoonosis

A case of wound infection due to extensively drug-resistant (XDR) *Citrobacter koseri*

Farzaneh Firoozeh^{1*}, Mohammad Zibaei^{2,3}, Saeid Hosseini³, Fateme Maleki³

¹Department of Microbiology, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

²Department of Parasitology and Mycology, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

³Kosar, Educational and Medical Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

ABSTRACT

Introduction: *Citrobacter* spp. is one of the causative agents of nosocomial infections and causes infection in patients who have multiple co-morbidities. *Citrobacter koseri* usually causes neonatal meningitis and rarely causes infection in adults. Till now, only a few clinical cases of abscess severe infections caused by *C. koseri* in adults, have been documented. Moreover, extensively drug-resistant (XDR) carbapenemase-producing *Enterobacterales* (CPE), including *Citrobacter* species, are among the most resistant bacteria that are very difficult to treat. Here we report a case of severe wound infection due to extensively drug-resistant (XDR) *C. koseri*.

Case presentation: An 85-year-old woman was admitted to our hospital with a history of fever. The patient was previously hospitalized and had many comorbidities. Laboratory tests were as follow: a high C-reactive protein (CRP) and high erythrocyte sedimentary rate (ESR). *C. koseri* was isolated from culture of the aspirated pus of wound infection. The susceptibility test results revealed the isolated bacterium was resistant to gentamicin, meropenem, norfloxacin, kanamycin, tobramycin, azithromycin, cefotaxime, ceftriaxone, cefepime, trimethoprim-sulfamethoxazole and piperacillin. Despite drainage and antibiotic therapy, the case resulted in death.

Discussion and Conclusion: Infections caused by *C. koseri* although rarely occurred in adult patients, infections by XDR strains mainly due to treatment failure and severe complications are of great importance. An antimicrobial therapy based on susceptibility testing is recommended.

Keywords: *Citrobacter koseri*, extensively drug-resistant, nosocomial infections, wound infection

A case report of endometrial interepithelial neoplasia with acute myeloid leukemia

Hamidreza Golian^{1,*}, Soodabe Namjoo², Bozorg Alavi³, Shilan Nasri⁴, Mehrshad Mirdar-Soltani⁵

^{1,5} Department of Biotechnology, Faculty of New Sciences and Technologies, University of Tehran (Science and Culture), Tehran, Iran

² Laboratory Hematology and Oncology Specialist, Advanced Hematology Department of Hasheminejad Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³MD. Obstetrics and Gynecology subspecialist, Department of Gynecology and Obstetrics, Kasra Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Nanobiotechnology Ph.D, Department of Life Science Engineering, Faculty of New Sciences and Technologies, University of Tehran, Tehran, Iran

Abstract

Introduction/problem statement : Endometrial hyperplasia, which has recently been called endometrial intra-epithelial neoplasia (EIN), refers to a range of morphological and biological changes in the endometrial glands and stroma, varying from physiological state exacerbation to endometrial carcinoma. In most studies, obesity, hypertension, diabetes, external hormone use, number of pregnancies, infertility, nulliparity, and higher education have been reported as risk factors predisposing to endometrial hyperplasia (1). The most common classification of endometrial hyperplasia is the classification of the World Health Organization in 1994, which defines it based on structural morphology and cellular irregularity with or without cellular atypia. It includes types of simple and complex hyperplasia with or without cellular atypia (2). According to the studies, there is a possibility of progression from endometrial hyperplasia to endometrial carcinoma in 1% of cases with simple hyperplasia (3), 3% of cases with complex hyperplasia, 8% of patients with simple atypical hyperplasia, and 29% of patients with atypical complex hyperplasia (4-5).

The chance of endometrial carcinoma is significantly increased in all types of hyperplasia, especially hyperplasia with atypia. Endocervical micro glandular hyperplasia is known as a benign proliferation of endocervical glands. The florid form of this condition may be mistaken for adenocarcinoma.

Patient introduction :A 26-year-old woman in the 35th week of pregnancy complains of decreased fetal movement and visits the doctor for the first time during her pregnancy. During the vaginal examination, a large fragile polypoid mass is seen in the cervix. A sample of the mass is taken for pathological examination, and adenocarcinoma is reported. The patient refuses to continue treatment for unknown reasons. Twenty-two days after delivery, the patient returns to the doctor. Upon examination, the cervix appears completely normal, and no mass is observed. Colposcopy and sampling of the cervix are performed from multiple sites, and intraepithelial neoplasia of the endometrium is reported. After giving birth, the patient's blood test initially indicates a diagnosis of leukemia, and further investigations reveal that the patient is suffering from Acute Myeloid Leukemia (AML). The patient was followed up for approximately two and a half months after delivery and eventually died. The exact reasons for this incident remain unclear.

Discussion: Considering the patient's clinical history, histomorphological and immunohistochemical findings, as well as the histological studies of blood smear and bone marrow, it can be concluded that this patient is a case of endometrial intraepithelial neoplasia with acute myeloid leukemia, which likely occurred during pregnancy.

Keywords: Acute Myeloid Leukemia (AML), Endometrial Intra-epithelial Neoplasia (EIN), Pregnancy, Complex Hyperplasia

Diagnosis of latent strongyloidiasis following Corticosteroid Therapy in a Patient with COVID-19 infection

Enayat Darabi¹, Eshrat Beigom Kia¹, Reza Dabaghi², Mohammad amin Sari¹, Zohre Fakhrieh- Kashan^{1*}

Department of Medical Parasitology and Mycology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Department of Medical Parasitology and Mycology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Science.

Background: Strongyloidiasis is caused by *Strongyloides stercoralis* in tropical and subtropical regions of the world. Diagnosis of strongyloidiasis is important for immunosuppressive patients, especially corticosteroids therapies with potentially fatal condition. Here, diagnosis of a case of latent strongyloidiasis using serological method is reported.

Case: The patient was a 68-year-old woman living in Tehran Province who had originated from Gilan Province with a history of asthma for more than 10 years. She was hospitalized and treated with corticosteroid drugs for COVID-19 and referred to the laboratory, FBS: 173mg/dl, Hb: 11.6 g/dl, Hct: 35.4 (%), WBC: 9000 ($\times 10^9$ /L), EOS: 8%. The patient had shortness of breath, constipation, skin itching and abdominal bloating. She was referred to the Diagnostic Laboratory of Strongyloidiasis in School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences by the doctor. Strongyloidiasis was confirmed using an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) diagnostic kit (Novalisa, NovaTec, Germany) and treated with anthelmintic drugs.

Conclusion : Therefore, we should consider strongyloidiasis for patients with origin of endemic area or immigration history and it should be tested before giving immunosuppressive drugs. Also, the ELISA can be used as a diagnosis method which is a rapid and efficient screening technique to detect *S. stercoralis* in suspected patients and before corticosteroid therapy

A case of bilateral otomycosis associated with bacteria, *Aspergillus niger* and yeast

Mahshid Vakili^{1,2*}, Hadi Ghaffari¹, Jalal Jafarzadeh³, Javad Javidnia⁴, Mahin Tavakol⁵

1 Department of Bacteriology and Virology, School of Medicine Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

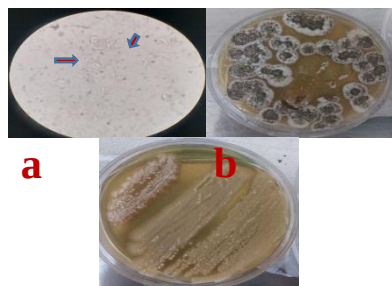
2 Reference laboratory of health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

3 Department of Medical Mycology and Parasitology, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

4 Invasive Fungi Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

5 Department of Medical Mycology, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Acute otitis externa (AOE) is diffuse inflammation of the external ear canal, which may also involve the pinna or tympanic membrane. It occurs more commonly in tropical areas with high moisture than in temperate regions. It is often unilateral, while the bilateral form is rarely reported and may be more common in immunocompromised patients. Bacteria are the most causative agents of the disease, often occurring as a polymicrobial infection. Fungal involvement is distinctly uncommon in primary AOE but may be more common in chronic otitis externa or after treatment of AOE with topical, or less often systemic, antibiotics. The case in this report is a 25-year-old female patient suffered from bilateral acute suppurative otomycosis. The clinical symptoms are otalgia, otorrhea, pruritus, scaling, lymphadenitis of the face and neck, impaired hearing, severe headache, and diplopia.



The ineffectiveness of successive antibiotic cures led to perform microbiological analyses so direct examination, as well as culture of ear swab and scrapings of material from the ear canal grew a combination of both bacteria, *Aspergillus niger* and yeast. Therapy with Itraconazole (at 200 mg/day) and Clotrimazole daily for 20 days (2 drops, twice a day) was started for 3 weeks but failed to induce cure. AOE is typically a benign and superficial infection, but in certain situation it can be difficult to treat and follow up because of its long-term treatment and high recurrence rate. This can be challenging and frustrating entity for both patients and otolaryngologists.

Introduction : Acute otitis externa (AOE) is diffuse inflammation of the external ear canal, which may also involve the pinna or tympanic membrane. Bacteria are the most causative agents of the disease. Fungal involvement is distinctly uncommon but can occur after treatment of chronic otitis externa with topical or systemic.

Cases presentation : The case in this report is a 25-year-old female patient suffered from bilateral acute suppurative otomycosis. The clinical symptoms are otalgia, otorrhea, pruritus, scaling, lymphadenitis of the face and neck, impaired hearing, severe headache, and diplopia. The ineffectiveness of successive antibiotic cures led to perform microbiological analyses so direct examination, as well as culture of ear swab and scrapings of material from the ear canal grew a combination of both bacteria, *Aspergillus niger* and *Candida*. Therapy with Itraconazole (at 200 mg/day) and Clotrimazole daily for 20 days (2 drops, twice a day) was started for 3 weeks but failed to induce cure.

Discussion: Otomycosis is typically a benign and superficial infection, but in certain situation it can be difficult to treat and follow up because of its long-term treatment and high recurrence rate. This can be challenging and frustrating entity for both patients and

Keywords: Acute otitis externa, bacteria, *Aspergillus nige*, yeast

Antibiotic Resistance Profile Among Clinical Isolates of *Stenotrophomonas maltophilia*; A systematic review and meta-analysis

Fatemeh Sameni ^{1,2}, Bahareh Hajikhani ³, Nooshin Nazarinejada⁴, Negin Noorisepehr ⁵, Shahrooz Yazdani ^{6,7}, Ali Hashemi ³, Zahra Hashemizadeh ⁸, Mehdi Goudarzi³, Masoud Dadashi ^{4,9*}

1 Department of Microbiology, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

2 Molecular Microbiology Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

3 Department of Microbiology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Department of Microbiology, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

5 Department of Biotechnology, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

6 Department of Cardiology, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

7 Cardiovascular Research Center, Shahid Rajaei Educational and Medical Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

8 Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Fars, Iran

9 Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

ABSTRACT

Objectives: *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*), an opportunistic pathogen, causes infection in patients undergoing immunosuppressive therapy, mechanical ventilation, or catheters and in long-term hospitalized patients. Due to its extensive resistance to various antibiotics and chemotherapeutic agents, *S. maltophilia* is challenging to treat. Using case reports, case series, and prevalence studies, the current study provides a systematic review and meta-analysis of antibiotic resistance profiles across clinical isolates of *S. maltophilia*.

Methods: A systematic literature search was performed for original research articles published in Medline, Web of Science, and Embase databases from 2000 to 2022. Statistical analysis was performed using STATA 14 software to report antibiotic resistance of *S. maltophilia* clinical isolates worldwide

Results: Thirty-four case reports (34 patients) and five case series (23 patients) highlighting *S. maltophilia* infection patients were also evaluated. Of these 57 patients (11 women, 26 men, and 20 NR), most clinical specimens were blood (36.84%), eye secretion (19.29%), and respiratory tract (15.78%), respectively. TMP/SMX (36.84%), levofloxacin (19.29%), and minocycline (1.75%) were among the most prevalent antibiotic resistance [in patients](#). The most resistance to TMP/SMX is reported in Asia (19.29%), Europe (10.52%), and America (7.01%), respectively. Regarding antibiotic resistance to TMP/SMX, China (14.03%) has the highest rate worldwide.

Conclusion: Considering the high resistance to TMP/SMX, more attention should be paid to patients' drug regimens to prevent the emergence of multidrug-resistant *S. maltophilia* isolates

Keywords: *S. maltophilia*, Antibiotic resistance, TMP/SMX, Minocycline, Levofloxacin

Isolated Calcaneal Tuberculosis: A case report

- (1) Dr.Mohammad Sajjad Mirhoseini*, Orthopedic specialist, Assistant professor, Madani Clinical research Development Unit, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran
 (2) Seyede Sanaz Mirrahimi, BSc of operating room, School of Paramedical Science, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran
 (3) Omid Kohandel General practitioner, Madani Clinical research Development Unit, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran

Introduction: Tuberculosis of bone is a very rare disease, although it is the third most common site of extra-pulmonary Tuberculosis involvement. Calcaneal Tuberculosis is very rare and could be easily misdiagnosed because of nonspecific features and surgeon's negligence.

Case presentation: An 85-year-old rural woman was admitted to the emergency department with pain and swelling of the foot after falling from height. In our investigations we found a calcaneal fracture with surgery indications, but she refused to consent to the surgery. She was discharged with a splint followed by casting. One year later, she returned with pain and swelling of right ankle and a skin wound with seropulurent discharges. Further investigations revealed she had calcaneal TB. The symptoms improved by four drugs regimen(Isoniazid, Rifampin, Ethambutol and Pyrazinamide) for 3 months, continued by two drugs (Isoniazid and Rifampin) for 15 months.

Discussion: Tuberculosis should be considered in patient with bone lesions even if they have not any symptom of this diseases. Delay in treatment can cause abscess and fistula formation and lead to disability.

Key words: Tuberculosis, Calcaneus, Calcaneal Tuberculosis, Bone Tuberculosis

بررسی یک مورد نادر پلکسوپاتی شانه به دنبال تصادف

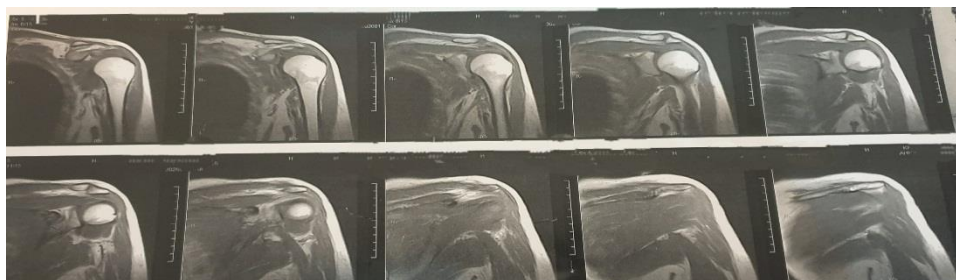
۱. * کیمیا فرشادفر، دستیار تخصص پزشکی ورزشی، دانشکده پزشکی ایران، دانشگاه ایران، تهران، ایران
۲. مرضیه فضلی نژاد، دستیار تخصص پزشکی ورزشی، دانشکده پزشکی ایران، دانشگاه ایران، تهران، ایران

مقدمه/ بیان مساله : در رفتگی شانه مشکل شایعی ست که مخصوصا در بخش اورژانس مراکز تروما به وفور بیماران آن بافت می شود. اما همیشه باید به تشخیص های افتراقی آن فکر کرد.

معرفی بیمار : بیمار خانم ۴۷ ساله که به علت درد و ضعف شانه چپ که از ۳ ماه پیش به دنبال تصادف با اتوموبیل مراجعه کرده بود. در ظاهر شانه دررفتگی ساب کوراکوئید و آتروفی واضح دلتوئید مشاهده شد و ROM شانه در همه جهات کاهش یافته بود. در گرافی ساده نیز شواهد دیسلوکیشن وجود داشت اما سی تی اسکن و ام آر ای شواهد دررفتگی یا شکستگی مشاهده نشد. در نوار عصب عضله که به علت ضعف اندام انجام شد، براکیال پلکسوپاتی شدید گزارش شد. برای بیمار فیزیوتراپی و ورزش های دامنه حرکتی آغاز شد و بعد از آن ورزش های قدرتی با تراباند شروع شد. در نهایت ضعف اندام بیمار به طور قابل ملاحظه ای بهبود یافت و دامنه حرکتی مخصوصا در فلکشن و ابداکشن افزایش چشمگیر داشت.

بحث و نتیجه گیری : این کیس نمونه ای از تشخیص افتراقی های دیسلوکیشن شانه بود که در صورت عدم تشخیص آن به تدریج وضعیت بیمار بدتر می شد و این اهمیت داشتن دید وسیع در مواجهه با موارد شایع را می رساند.

کلید واژه ها: دیسلوکیشن شانه، براکیال پلکسوپاتی





تأثیر فیزیوتراپی در بازسازی دوطرفه ACL: گزارش موردی

جلال احدی* (۱) سکینه کلجاریان (۲) بهرام امیرشاکری (۳) حکیمه آدی کوزلی (۴)

استادیار گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه/ بیان مساله : پارگی دوطرفه رباط صلیبی قدامی (ACL) نادر بوده و تقریباً دو تا چهار درصد موارد را تشکیل می دهد. پس از جراحی بازسازی دو طرفه ACL، درمان فیزیوتراپی آن بسیار چالش برانگیز است چرا که در این بیماران، هیچ اندام تحتانی حمایت کننده و سالم در طول فیزیوتراپی وجود ندارد.

معرفی بیمار : مورد مردی ۳۶ ساله بود که ACL هر دو پایش به فاصله دو سال آسیب دیده بود. دو ماه پس از آسیب دوم زانو، تحت عمل جراحی بازسازی ACL دو طرفه قرار گرفت و دو روز بعد از جراحی، جلسات فیزیوتراپی شروع شد. درمان شامل تحریک الکتریکی، یخ، اکستنشن غیرفعال کامل زانو، خم شدن فعال زانو و انقباض عضله چهار سر ران بود. در جلسات بعدی بر اساس توانبخشی پیشرونده، تسریع تمرینات تقویتی، تمرینات سینماتیک بسته و تمرین تعادل و راه رفتن اضافه شد.

در جلسه هفتم و ۱۱ روز پس از جراحی، فرد قادر به راه رفتن عادی و بدون لنگش شد و افیوژن مفصل او حداقل بود. او درد VAS در طول فعالیت روزانه را ۲ گزارش کرد. امتیاز پرسشنامه زانوی Lysholm او ۷۳ از صد بود. در پیگیری ۶ ماهه، نگرش بیمار این بود که عملکرد طبیعی دارد. امتیاز Lysholme او در سطح ۵ و امتیاز فعالیت Tegner وی به ۹۰ افزایش یافت.

بحث و نتیجه گیری : نکته مهم در بازسازی دوطرفه ACL، شروع شدن هرچه سریعتر فیزیوتراپی با تاکید بر تسریع تمرینات مقاومتی است. بدست آوردن اکستنشن کامل در روزهای اول، هدف اصلی درمان است.

کلید واژه ها: پارگی دوطرفه رباط صلیبی قدامی، فیزیوتراپی، تمرین مقاومتی، تمرینات سینماتیک

بررسی یک مورد ناهنجاری مادرزادی کلیوی با اسکن DMSA

Evaluation of Renal Congenital Anomaly with DMSA Scintigraphy, a case report

نویسندگان: دکتر محسن اعرابی، دکتر امیر روح الله، دکتر هانیه زمانی

مقدمه / بیان مسأله: حدود ۳ تا ۱۱ درصد نوزادان، واجد ناهنجاری های کلیوی هستند که حدود ۵۰ درصد ناهنجاری های مادرزادی نوزادان را شامل می شود. اسکن های پزشکی هسته ای از جمله اسکن با رادیوداروی DMSA که به قشر کلیه متصل می شود، کمک بزرگی به بررسی این ناهنجاری ها دارند.

معرفی بیمار: بیمار نوزاد ۳ ماهه با وزن ۳.۵ کیلوگرم با شکایت single kidney برای انجام اسکن قشر کلیه DMSA scintigraphy به بخش پزشکی هسته ای ارجاع داده شده است. شایعترین روش بررسی ناهنجاری های کلیوی (بخاطر در دسترس بودن، هزینه کمتر و بدون اشعه بودن) سونوگرافی می باشد. در سونوگرافی روز نهم تولد این نوزاد، کلیه راست با ابعاد و اکوژنیسته طبیعی بدون سنگ یا ضایعه فضاگیر مشاهده شده است. فولنس خفیف در لگنچه کلیه راست با قطر قدامی خلفی ۵ م م دیده شده است. کلیه چپ در محل آناتومیک خود دیده نشد. با توجه به اینکه سونوگرافی وابسته به فرد انجام دهنده می باشد و برای بررسی کامل تر کلیه چپ برای وی اسکن DMSA درخواست شد. با انجام اسکن، کلیه چپ در محل آناتومیک خود مشاهده نشد ولی در سمت راست تصویر دو کلیه با احتمال اتصال به یکدیگر مشاهده گردید. از آنجائیکه رادیوداروی DMSA به قشر کلیه متصل می گردد، این اسکن حساسیت بالایی در بررسی شکل، اندازه و محل کلیه دارد. همچنین این روش کمک زیادی به بررسی اسکار کورتکس، پیلونفریت و ناهنجاری های مادرزادی کلیه دارد.

بحث و نتیجه گیری: ناهنجاری های بخش فوقانی سیستم ادراری شایعترین ناهنجاری مادرزادی در بین نوزادان هستند. این ناهنجاری ها شامل مدل های متفاوتی از اختلالات (گاهی سال ها بدون علامت، تا وضعیت های پیچیده و ناهنجاری های شدید عملکرد کلیوی) می باشند. روش های تصویر برداری (سونوگرافی، CT، MRI و همچنین اسکن های پزشکی هسته ای) کمک بزرگی در تشخیص انواع این ناهنجاری ها می باشند.

کلیه‌واژه‌ها: DMSA scintigraphy, Crossed Ectopic Kidney, Renal Congenital Anomaly

Ludwig angina, an emergency case report

Nava Soleymani, Clinical toxicology fellowship, Toxicology Research Center, Department of clinical toxicology, Loghman-Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Nazanin Alaei Faradonbeh, Assistant professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payam Ghaderi, Assistant professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

ABSTRACT

Ludwig's angina is a rapidly spreading and often fatal progressive cellulitis of soft tissues of the neck and floor of the mouth.

In this case report a 22 years old man without any past medical history who referred to the emergency room with progressive submandibular swelling and fever, With the diagnosis of Ludwig's angina is introduced.

Introduction : Ludwig's angina is a rapidly spreading and often fatal progressive cellulitis of soft tissues of the neck and floor of the mouth[1]. Most documented cases occur in adult males 20 to 60 years of age, but the mean age of the patients, that in previous case reports since 1945 were presented, was around 29 years old [2-6].

The infection is odontogenic in 85% of cases, and other causes include peritonsillar abscess, parapharyngeal abscess, mandibular fractures, oral piercings or wounds, and submandibular sialadenitis[2, 3].

The most life-threatening complication of Ludwig's angina is airway obstruction. Prior to the development of antibiotics, mortality for Ludwig's angina exceeded 50%.As a result of antibiotic therapy, along with improved imaging modalities and surgical techniques, mortality currently averages approximately 8%[6-8].

In this case report a 22 years old man without any past medical history who referred to the emergency room with progressive submandibular swelling and fever ,is introduced.

The patient, a 22-year-old man without any past medical history, who went to the emergency room with a complaint of painful swelling on left submandibular area, which has progressively spread to the right side since three days ago, and fever and dysphagia.

In the examination, the patient is ill and feverish and has two damaged teeth on both sides of the jaw. A firm, fix, erythematous and tender mass is found on the left submandibular with dimensions of 5x7 cm and a firm, fix, erythematous and tender mass is found on the right submandibular with dimensions of 5x3 cm.

In the ultrasound, the right submandibular collection at a distance of 8 cm from the skin surface with a volume of 16 cc in zone 2 medial to the sternocleidomastoid (SCM) and in the middle area of the collection is 10 cc containing echogenic points suggesting gas in zone 2 and on the left side of the collection is 4 cc from It was seen at a distance of 7 cm from the skin surface and in zone 2 medial to SCM. The patient was consulted by an otolaryngologist and an infectious disease specialist. The patient was urgently transferred to the operating room and the abscess was drained under local anesthesia using lidocaine.

A tracheostomy, drain, and nasogastric tube were fixed, and there was no hematoma or emphysema in the surgical area after the surgery examination, and the flow of the tracheostomy and drain was established. After surgery, the patient was transferred to the intensive care unit. The patient's tracheostomy had foul-smelling and purulent secretions, and these secretions were sent for culture analysis, and vancomycin 1 g bd, ampiculbactam 3 g qid, and metronidazole 500 mg tds were started until the results were ready. According to the result of tracheostomy culture, vancomycin and metronidazole were stopped and linezolid 600 mg daily was added. Also, the patient was treated with dexamethasone 4 mg daily and NAC 1gr BD. After one week, the patient's tracheostomy was removed, and after 10 days, the patient's drain was removed. Finally, there was no discharge or erythema at the surgical site, and the swelling was reduced. After 10 days, the patient was in good general condition and advised to visit the dentist, visit the ENT clinic on an outpatient basis a week later, and take oral co-Amoxiclav 625 mg BD and clindamycin 300 mg. Gram TDS was discharged.

محور تصویربرداری

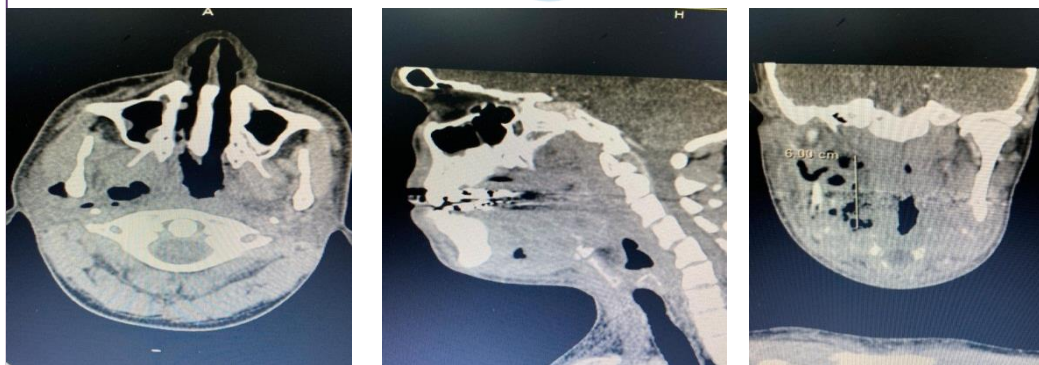
چکیده مقالات سخنرانی

The submandibular spaces are the most commonly affected, but the infection can spread to surrounding neck spaces[4, 9]. Airway obstruction is the most feared complication of Ludwig's angina and the most common cause of mortality. This can be due to the displacement of the floor of the mouth and the tongue posteriorly or the involvement of deeper neck spaces like the retropharyngeal, pretracheal, and lateral pharyngeal spaces. The involvement of mediastinum and pericardium is less common but reported[2, 8]. In the present patient, the swelling progressed from left to right and the patient presented with dysphagia. Previous studies have showed that while Ludwig's angina is rare, it is life-threatening and needs intensive management. Our case is a typical presentation of Ludwig's angina: a male between 20 and 60 years presenting with fever, mouth and anterior neck pain, and dysphagia [2, 6, 10]. The dental origin of Ludwig's angina, as was seen in our case, is by far the most commonly reported cause[2]. The management of Ludwig's angina is based on the principles of airway protection and treatment of the infection[2]. An epidemiological study in the United showed that among 5855 patients with Ludwig's angina, 47% required surgical debridement [11].

Abscess drainage and debridement were performed in the aforementioned patient as an emergency. Generally, tracheostomy using local anesthesia is considered the gold standard in patients with deep neck infections[2], which was also fixed in the operating room for this patient and broad-spectrum antibiotics were prescribed to the patient. Finally, the general condition of the patient improved and the swelling of his neck decreased.

As a conclusion, it seems that even though this rare disease is very fatal, the patient's life can be saved with rapid airway management, intensive care and prescription of broad-spectrum antibiotics.

Ludwig's angina, submandibular swelling, Abscess



محور تصویربرداری

چکیده مقالات سخنرانی

Erythematous and prominent lesions and fever and chills in a 34-year-old man

Payam Ghaderi, Assistant professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Nazanin Alaei Faradonbeh, Assistant professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Nava Soleymani, Clinical toxicology fellowship, Toxicology Research Center, Department of clinical toxicology, Loghman-Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Abstract:

Erythema multiforme is an acute skin condition characterized by targetoid lesions and occurs most frequently in young adults, particularly males. Also Staphylococcal Toxic shock syndrome is an acute condition with Fever, Hypotension, a diffuse macular erythroderma, Involvement of at least 2 other organ systems.

In this article a 34-year-old man is introduced, presenting with abdominal pain, nausea, vomiting, fever and chills along with erythematous and itchy skin lesions generalized in the whole body and limbs, with a history of taking antibiotics due to pilonidal cyst surgery.

Introduction:

Skin communicates with the body, often disclosing the first signs and/or symptoms of an internal disease, which may even be the only expressions of a systemic disease[1].

Two of the important skin diseases that are associated with cytotoxic reaction and systemic symptoms in addition to itchy and erythematous lesions include erythema multiforme and Staphylococcal toxic shock syndrome[2, 3].

The risk factors are included viral infection, minor trauma, surgical procedures, Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and diabetes [2].

In this article a 34-year-old man with ESRD since 11 years ago is introduced, presenting with abdominal pain, nausea, vomiting, fever and chills along with erythematous and itchy skin lesions generalized in the whole body and limbs, with a history of taking antibiotics due to pilonidal cyst.

Case presentation: The patient, a 34-year-old man, has been suffering from ESRD since 11 years ago due to the consumption of slimming drugs, and he undergoes routine dialysis for 4 hours every week. The patient underwent pilonidal cyst surgery 5 days before the visit and was treated with cefixime 400, ciprofloxacin 500 and metronidazole 250 orally, which he took for 3 days, and after 3 days, he developed prominent red skin lesions (figure 1) with fever and chills, and was diagnosed by EMS referred to General Hospital. Lesions in the whole body and organs are in the form of papules and pustules, and are erythematous and itchy. The patient also complained of nausea and vomiting and abdominal pain in the epigastric region, which was on-off and lasted for 2 hours each time. The pain worsened with eating and improved with vomiting. It is worth mentioning that the patient's vomit was not bulky and bloody and contained eaten food. He complained of the feeling of a foreign body in the throat, but he did not have shortness of breath, respiratory distress, orthopnea, or PND. The patient also complains of blurred vision that started today. In the initial visit, blood pressure was 107/60, breathing rate was 15, heart rate was 102, body temperature was 40° and O₂ saturation without mask was 95%. In the next morning's visit in the emergency room, the patient's blood pressure was 90/60, he had a tachycardia, and his blood pressure was 135, and he had a fever. His ECG was normal sinus without any pathological sign, CT scan of the head and chest was requested after the patient's clinical conditions were stabilized, and there were no pathological signs. Leukocytosis (26500) and high level ESR (60) were seen in his laboratory tests. Two large peripheral vessels were fixed for the patient. The patient underwent cardiorespiratory monitoring and oxygen therapy with a mask. The intubation device was placed above the patient's head. Intramuscular epinephrine, hydrocortisone and intravenous chlorpheniramine were started for the patient. Fluid therapy was started to hydrate the patient.

Finally, after improving his general condition, the patient was discharged with the recommendation to go to the ophthalmology clinic for OCT (Optical coherence tomography), outpatient visit to the asthma and allergy clinic, and oral ciprofloxacin and clindamycin 500 mg 3 times a day for 5 days.

Discussion: According to the above, the two differential diagnoses of toxic shock and erythema multiforme are at the top of the diagnoses. The condition can present with either typical or atypical skin lesions. Targetoid lesions located on the extensor surfaces of the acral extremities are the hallmark presentation for this disorder [3]. These lesions are composed of a dusky central blister, a dark red inflammatory zone surrounded by a pale ring of edema, and an erythematous halo on the periphery of the lesion [4]. The atypical lesions appear as a raised, edematous lesion with two zones of color change and a poorly defined border [1]. Involvement of the face, neck, palms, soles, flexor surfaces, and trunk may occur with typical or atypical presentations. Lesions may also manifest in the mucous membranes of the oral, ocular, or genital mucosa and can occur with or without the associated cutaneous lesions [5]. Onset of toxic shock syndrome is sudden, with Fever (39 to 40.5° C, which remains elevated) Hypotension, a diffuse macular erythroderma, Involvement of at least 2 other organ systems[2]. Staphylococcal TSS is likely to cause vomiting, diarrhea, myalgia, elevated creatine kinase, mucositis, hepatic damage, thrombocytopenia, and confusion. The staphylococcal TSS rash is more likely to desquamate, particularly on the palms and soles, between 3 and 7 days after onset[2].

In this patient, skin lesions similar to those mentioned in erythema multiforme were seen, but lesions were not seen in mucosal tissues. Also, systemic symptoms such as hypotension, tachycardia, fever and abdominal pain, which are generally seen in staphylococcal toxic shock, were also seen in this patient. Also, in this patient, the risk factors of both diseases were seen, including use of NSAIDs, recent surgery, and recent use of antibiotics[2, 5].

However, symptomatic treatment is recommended in the treatment of both diseases. [6].

In addition to local corticosteroid pomades and antihistamine treatment, intravenous fluid replacement should be considered in patients with deteriorated oral intake [7]. Topical or

چکیده مقالات سخنرانی

محور تصویربرداری

However, symptomatic treatment is recommended in the treatment of both diseases. [6]. In addition to local corticosteroid pomades and antihistamine treatment, intravenous fluid replacement should be considered in patients with deteriorated oral intake [7]. Topical or systemic antibiotic therapy may be applied for possible secondary infection in erythema multiform and empiric antibiotic therapy is recommended in patient with toxic shock[2]. And this patient was also treated well.

Keywords:Also Staphylococcal Toxic shock syndrome, Erythema multiforme, skin lesions



چکیده مقالات سخنرانی محور تصویربرداری

فیبروبلاست اکتیویشن پروتئین: تنظیم کننده مهم در محیط سرطان متاستاتیک کیس ملانوما

نویسندگان: لایلا حسن زاده* (۱) قاسمعلی دیوبند (۲) راحله هدایتی (۳)

(۱) متخصص داروساز هسته ای، گروه پزشکی هسته ای، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

(۲) متخصص پزشک هسته ای، بخش پزشکی هسته ای، بیمارستان جم، تهران، ایران

(۳) متخصص پزشک هسته ای، گروه پزشکی هسته ای، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه / بیان مساله:

رادیوداروهای نشاندار با رادیونوکلئید گالیوم-۶۸ در تصویربرداری PET/CT. از ریسپتورهای CXCR4، SSTR2 و FAP در انتخاب نوع درمان در بدخیمی های پیشرونده می تواند بسیار کمک کننده باشد. میزان جذب رادیوداروها در ضایعه های سرطانی در تصاویر، درمان صحیح، بدون از دست دادن فرصت برای درمان بیماران می تواند انتخاب گردد.

معرفی بیمار:

بیمار مرد ۵۵ ساله با تشخیص ملانوما در پای چپ که ابتدا جراحی جهت خارج کردن ضایعه و پس از آن رادیوتراپی و سپس شیمی درمانی انجام داده است جهت بررسی پاسخ به درمان تحت تصویربرداری ۱۸F PET/CT FDG قرار می گیرد. مقایسه آن با تصویر ۱۸F FDG قبل از رادیوتراپی، نشان دهنده پیشرفت سریع و شدید بیماری می باشد. با توجه به عدم پاسخ بیمار به درمانهای انجام گرفته و سرعت بالای پیشرفت بیماری لذا کمیت درمان تصمیم به استفاده از تصویربرداری رادیوداروهای اختصاصی SSTR2، CXCR4 و FAP می گیرند تا با اطمینان بیشتری و بدون از دست دادن زمان انتخاب درمان بهتری را انجام دهند. در ملانوما بدخیم متاستاتیک انتظار بیان بالای ریسپتورهای SSTR2، CXCR4 و FAP وجود دارد و تصاویر بدست آمده از این بیمار با رادیوداروهای اختصاصی این ریسپتورها نشان دهنده بیان بالای ریسپتورهای FAP و CXCR4 می باشد در حالیکه بیان بالایی از ریسپتورهای SSTR2 مشاهده نگردید. از آنجائیکه با توجه به نتایج اسکن پنتیکسافور درمان با رادیوداروهای درمانی اختصاصی آن می توانست ایجاد عوارض بالایی بالاخص در مغز استخوان بیمار نماید. لذا تصمیم به انتخاب رادیوداروی درمانی ۱۷۷ Lu-FAP-2286 که مهارکننده ریسپتورهای FAP می باشد و رادیوداروی منتشر کننده ذرات بتا می باشد، گرفته شد.

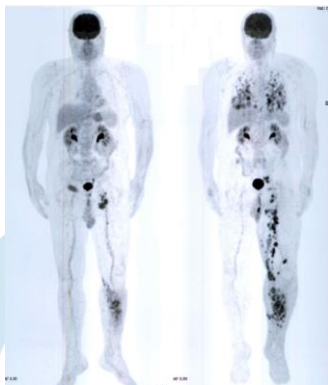
بحث و نتیجه گیری: بیمار پس از دریافت یک دوره رادیوداروی درمانی کاهش درد چشمگیری را در پای چپ خود محل اولیه ملانوما ابراز کرد بطوری که قادر بود داروهای مسکن را قطع کند. تصویربرداری های مولکولی در بررسی کنسر می تواند بصورت غیرتهاجمی اطلاعات ارزشمندی با توجه به داینامیک بودن ریسپتورها در سلولهای سرطانی در زمان انتخاب درمان به درمانگر ارائه دهد که البته نیازمند مطالعات بیشتری در آینده در مورد هر انواع کنسر ها می باشد.

کلید واژه ها: Melanoma، FAP، 68Ga-FAP-46، 68Ga-Pentixafore، 68Ga-DOTA-TATE

چکیده مقالات سخنرانی

محور تصویربرداری

تصویر 18FDG-PET/CT قبل و بعد از درمان رادیوتراپی و شیمی درمانی



تصویربرداری با $^{68}\text{Ga-DOTA-TATE}$



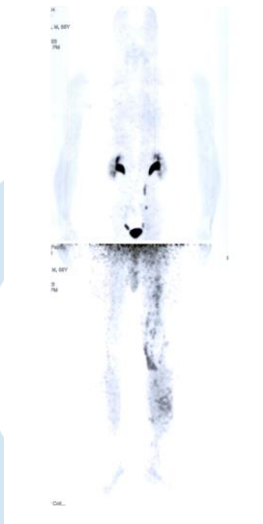
تصویربرداری با $^{68}\text{Ga-Pentixafore}$



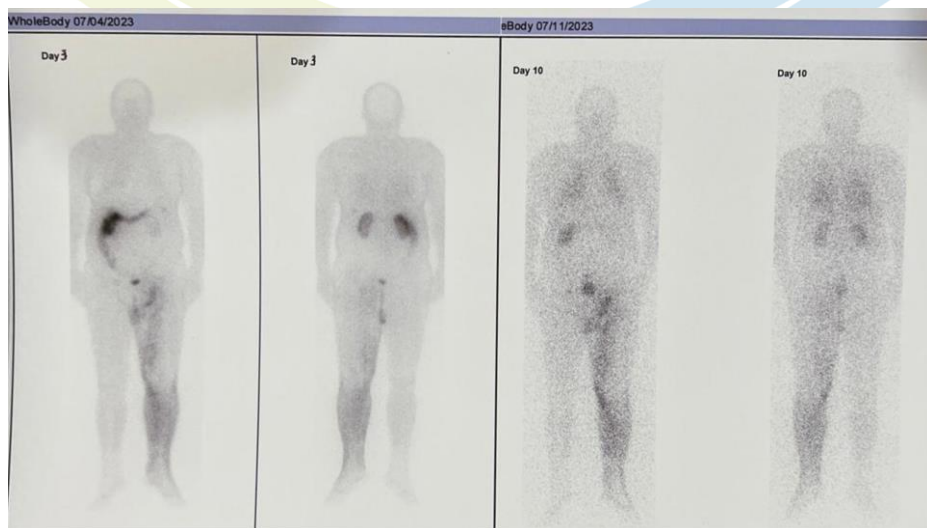
چکیده مقالات سخنرانی

محور تصویربرداری

تصویربرداری با Ga-FAPI-46۸ متاسفانه به علت درد بیمار در مراحل تصویربرداری، تصویربرداری در دو مرحله انجام گرفته است و یکپارچه نیست.



تصویربرداری پلانتار روز سوم و روز دهم پس از گرفتن رادوداروی درمانی Lu-FAPI-2286۱۷۷



اختلال ساختگی، تمارض یا مونچهاوزن: گزارش موردی مرد ۳۲ ساله با چالش‌های تشخیصی و درمانی

عاطفه زندی فر، متخصص روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه / بیان مساله: اختلالات علایم جسمانی و اختلالات مرتبط نوعی بیماری روانپزشکی است که منجر به یک یا چند علائم جسمانی می‌شود. اختلالات ساختگی، تمارض و مونچهاوزن شامل افرادی است که عمدتاً وانمود می‌کنند یا بیماری ایجاد می‌کنند تا نقش بیمار را به خود بگیرند، علائم یا نشانه‌هایی را به تصویر می‌کشند که ممکن است فیزیکی، روانی یا هر دو باشند اما بدون در نظر گرفتن این موارد، شرایط پیش آمده منجر به پریشانی بیش از حد، بستری‌های مکرر بیماران در بیمارستان‌های عمومی، اقدامات درمانی و تشخیصی مکرر و گاهی تهاجمی در آنها می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۳۲ ساله مجرد با سابقه چندین نوبت خودکشی به بیمارستان روانپزشکی منتقل و در بخش روانپزشکی بستری شدند. بیمار در دو سال اخیر با سابقه حملات صرع با کاهش سطح هوشیاری و سابقه تنگی نفس و حملات آسم و همچنین استفراغ‌های خونی را ذکر می‌کند که در بخش‌های مغزو اعصاب، ریه و عفونی بیمارستان‌های جنرال بستری و تحت بررسی‌های متعدد تشخیصی و درمان‌های دارویی قرار گرفته بودند. علی‌رغم اقدامات متعدد در بخش‌های جنرال بیمار بهبودی در وضعیت خود احساس نمی‌کند. در شرح حال بیمار ۴ سال گذشته نیز با توجه به کاهش وزن بیش از ۱۲ کیلوگرم در ۶ ماه، به انکولوژیست مراجعه و تحت بررسی از نظر سرطان قرار گرفته بود که نتایج به نفع سرطان به دست نیامده بود. بیمار علت خودکشی‌های خود را وضعیت بیماری‌های متعدد جسمی می‌داند و تمایل به زنده بودن نداشته و به این دلیل اقدامات متعدد خودکشی با روش‌های مختلف داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: بیمار در طول بستری تحت بررسی‌های متعددی از جمله مشاوره با سرویس‌های داخلی، ریه، مغزو اعصاب قرار گرفت. همچنین آزمون‌های روانشناختی مانند MMPI جهت بیمار انجام شد. شرح حال تکمیلی به وسیله مصاحبه‌های متعدد خانواده انجام شد. در مدت بستری در بخش روانپزشکی علایمی از صرع، هموپتیزی و حملات آسم مشاهده نشد. با توجه به سابقه رفتارهای نمایشی، پرخطر و ضد اجتماعی و خطر آسیب به خود، درمان‌های دارویی، روان‌درمانی و الکتروشوک جهت بیمار انجام گرفت.

کلیدواژه‌ها: اختلال ساختگی، تمارض، مونچهاوزن

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Psychosurgery; Delusion of the Effectiveness as the Only Treatment Method in a Patient with Treatment-Resistant Disorder

Authors: 1) Rahim Badrfam, Medical Doctor (MD) – Psychiatrist- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2) Atefeh Zandifar, Medical Doctor (MD) – Psychiatrist- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Alborz, Iran

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a complex neuropsychiatric illness characterized by intrusive and persistent obsessive thoughts along with dysfunctional and ritualized behaviors. Severe and treatment-resistant OCD is a chronic and debilitating disorder that causes considerable suffering. At least 10% of patients with OCD will experience severe symptoms resistant to multimodal treatment.

Cases presentation: The patient is a 28-year-old man, single, a graduate, an employee, and the second child of a family. His problem started about 2.5 years ago in the form of disturbing thoughts of fear of physically harming others. This problem has led to anxiety throughout the day, isolation, feelings of anger and worry, reduced self-confidence, and loss of job positions. During this period, he has used various types of medication with the appropriate dose and duration as prescribed by different psychiatrists and several cognitive behavioral therapy (CBT) courses. He also mentions tinnitus from a few months ago, which has also been resistant to medication. In the course of treatment, he received 6 sessions of electroshock therapy (ECT) on an outpatient basis, which did not have a specific effect on the improvement of symptoms. He has had a history of recent suicide attempt due to disappointment in treatment and anhedonia with previous planning and taking 210 tablets of acetaminophen codeine. The brain MRI of the patient was reported to be normal. The patient considers the only effective treatment to be Psychosurgery and has stopped taking all his medications some time ago.

Conclusion: In obsessive-compulsive disorder, the anterior cingulate pathway and basal ganglia have anisotropy and autonomic characteristics. The patient has a delusional idea that only Psychosurgery is effective for his problems. Considering the history of impulsive and aggressive behavior, attempted suicide, and lack of proper judgment at the moment, deciding on Psychosurgery for the patient should be considered with many considerations.

Keywords: Obsessive-compulsive Disorder, Treatment-resistant, Psychosurgery, Delusion

اثربخشی مداخلات کاردرمانی بر قبولی کودک با اتیسم، فزون کنشی و نقص توجه در آزمون غربالگری ورود به مدرسه

(۱) بهاره زینل زاده قوجانی*، (۲) زهرا کریمیان، (۳) لعلیا آرمان مهر

(۱) دکترای رشته کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

(۲) دکترای رشته علوم تربیتی و ارشد روانشناسی بالینی، گروه یادگیری الکترونیک، دانشکده مجازی قطب یادگیری الکترونیک، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

(۳) دانشجوی رشته کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده:

اوتیسم در سازمان بهداشت جهانی و انجمن روان پزشکی آمریکا با عنوان اختلال طیف اوتیسم شناخته می شود و از منظر پزشکی نوعی ناتوانی از گروه ناتوانی های رشدی-عصبی تعریف شده است. اوتیسم، یک اختلال طیفی است. اختلال طیفی اختلالی است که می تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت ظاهر شود و هر فرد ممکن است برخی از ویژگی های مرتبط با آن، اما نه همه آن ها را به درجات بسیار متفاوتی نشان دهد. به کسانی که ویژگی های این طیف اختلالی را دارند اوتیستیک گفته می شود. بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC)، از هر ۵۴ کودک در ایالات متحده، حدود ۱ نفر در طیف اوتیسم قرار دارد. در این مقاله به شرح بالینی یک کودک اتیسم با همبودی ADHD و اثر مداخلات کاردرمانی بر پذیرش او در مدرسه عادی می پردازیم. در ابتدا تشخیص پزشکان برای کودک ADHD بوده است اما بعداً اتیسم نیز به تشخیص پزشکان اضافه می گردد. کودک از ۵ ماهگی ارتباط چشمی و توجه ضعیفی داشته است. در دو سالگی احساس بی توجهی در کودک، عدم تمرکز نگاه و بی احساس بودن نگاه باعث شد که به پزشک مراجعه و تحت نظر باشند. عدم واکنش با احساس به رفتارهای والدین این احتمال را تقویت میکرد. مراجع در آزمون غربالگری مدرسه رد شده بود و اولویت اصلی برنامه ریزی درمان کاردرمانی افزایش شانس کودک برای پذیرفته شدن در آزمون غربالگری ورود به مدرسه عادی بود. در ارزیابی اولیه مشکل در گرفتن مداد، دستورپذیری ضعیف و دست ورزی ضعیف مشاهده شد. مداخلات اصلی با مرکزیت تعدیل حسی، بهبود مهارت های ارتباطی، افزایش استقلال در فعالیت های روزمره زندگی، توانبخشی شناختی (ارتقا توجه تمرکز، ادراک، حل مساله و مهار) صورت گرفت. جلسات بصورت دو جلسه در هفته بصورت پیوسته برگزار گردید. بهبود حرکات ظریف، تحمل کاری، ترسیم و حتی استقلال در لباس پوشیدن با جلسات کاردرمانی بدست آمد. نتیجه درمان کاردرمانی پذیرفته شدن کودک در آزمون غربالگری مدرسه عادی بود. در نتیجه قویا توصیه می شود کودکانی که احتمال عملکرد ضعیف در آزمون غربالگری مدرسه عادی را دارند، پیش از رسیدن زمان آزمون از درمان کاردرمانی بهره مند گردند.

چکیده مقالات سخنرانی

محور روانپزشکی

مقدمه: اختلال طیف اوتیسم یک اختلال عصبی تکوینی با وجود مشکلات جدی در تعاملات اجتماعی، و ارتباطات کلامی و غیرکلامی و وجود رفتارهای تکراری و علایق محدود در فرد می باشد. واکنش های غیرمعمول به محرک حسی و تأکید فرد بر حفظ روال هایی خاص در زندگی نیز از نشانه های شایع این اختلال هستند

معرفی بیمار : کودک پسر هفت ساله ای می باشد که از نظر تاریخچه درمان از دو سالگی تحت نظر گفتاردرمان بوده است. توانایی بالا در شمارش و بیادسپاری اعداد دارد. کودک بعد از شرکت در آزمون غربالگری مدرسه رد شده است. کودک حافظه مفهومی خوبی ندارد. کودک در دوران نوزادی دچار زردی بدون تعویض خون بوده است. عجول، پاکیزه و مرتب، گوشه گیر، منزوی، زودرنج و حساس است. در گرفتن توپ با دو دست، حالت گردو شکستم، دقت در حرکت مشکل دارد. حرکات ظریف ضعیف است. قیچی کردن روی خط راست را مشکل دارد، در رنگ آمیزی نقاشی مشکل دارد و آدمک را نیمه می کشد اغلب بدون بدن. نمیتواند کاغذ نقاشی را ثابت نگه دارد، حرکت پارو زدن را نمی تواند انجام دهد، در رژه رفتن، تشخیص شکل از زمینه ، هوش فضایی و جهت یابی مشکل دارد. از سه سالگی در نقاشی پسرفت داشته است. رشد حرکتی کودک نرمال بوده و تمامی مراحل را سپری کرده است. در حفظ تعادل روی تخته تعادل مشکل دارد. کودک در حافظه دیداری و شنیداری مشکل دارد و در آزمونهای توجه و تمرکز نمره های کمی دارد. سازش کودک با محیط های آموزشی کم است. قبل از شروع مداخله مشکلات ریاضی کودک بیشتر بود.

بحث و نتیجه گیری : پس از رد شدن کودک در آزمون غربالگری ورودی مدرسه مداخله کاردرمانی انجام شد. مداخلات کاردرمانی مبتنی بر تعدیل حسی، بهبود تعاملات، ترسیم و نقاشی، توانبخشی شناختی و بهبود حرکات ظریف انجام گردید. در پایان جلسات کاردرمانی کودک در آزمون غربالگری مدرسه شرکت کرد و در این آزمون پذیرفته گردید.

کلید واژه ها: اتیسم، فزون کنشی و نقص توجه، غربالگری مدرسه

درمان چند جانبه در سندرم توره، گزارش فرایند کاردرمانی

نویسندگان: فاطمه رفیعی نژاد*، نازیلا ابراهیمی^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲. دکتری تخصصی کاردرمانی، دانشیار و عضو هیئت علمی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

مقدمه: سندرم توره یک اختلال روانپزشکی عصبی و رشدی است که با بروز چندین تیک حرکتی و یک یا چند تیک صوتی شناخته می‌شود. این اختلال همبودی بالایی با اختلالاتی چون نقص توجه بیش فعالی، اختلالات یادگیری و رفتاری دارد و عملکرد اجتماعی، تحصیلی و کیفیت زندگی فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این گزارش به بررسی فرایند کاردرمانی در کودکی با سندرم توره می‌پردازد.

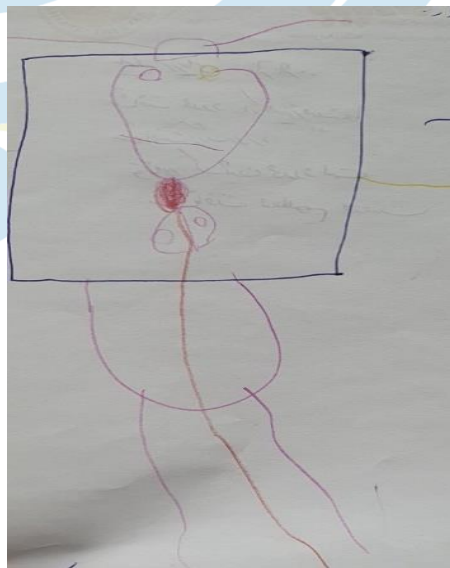
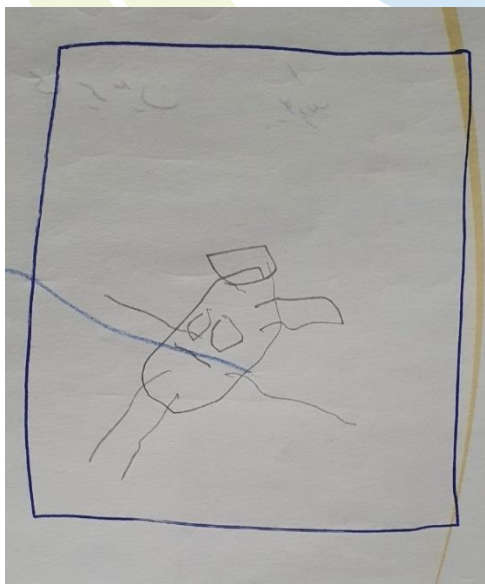
معرفی بیمار: بیمار کودک ۷ ساله با تشخیص سندرم توره که از ۴ سالگی با علائم تأخیر رشد کلامی، مشکلات کمبود توجه، تیک‌های ساده حرکتی و اختلال رفتاری شدید تحت درمان دارویی با رisperidon قرار گرفته است. با شروع مصرف دارو تیک‌های حرکتی پیچیده (شامل زانو زدن روی یک پا حین راه رفتن و لیس زدن افراد یا اشیاء) و تیک صوتی پیچیده (تکرار دو کلمه ثابت پشت سرهم) شروع شد و در ۵ سالگی کودک تشخیص این سندرم را توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب اطفال دریافت کرد. کودک از ۵ سالگی جهت ارزیابی عملکرد از پزشک متخصص به کاردرمانی ارجاع شد و براساس نیم رخ کاری تکمیل شده توسط والدین و مشاهده عملکرد کودک در اتاق بازی مشخص شد که علائم اصلی سندرم توره و اختلال رفتاری برآکوپیشن کودک در حیطه‌های بازی، مشارکت اجتماعی و عملکرد تحصیلی تأثیر گذاشته و کودک در این حیطه‌ها محدودیت عملکرد داشت. کودک به مدت دو سال جلسات کاردرمانی فردی و گروهی (به طور متوسط ۸ جلسه در ماه) با رویکرد کسب مهارت‌های رشدی مبتنی بر فعالیت، آموزش مهارت‌های اجتماعی و توسعه عملکردهای اجرایی بویژه مهارت‌های پاسخ و کنترل هیجانی دریافت کرد و همه اعضای خانواده نیز تحت درمان حمایتی-آموزشی قرار گرفتند. تغییرات کودک همواره با آنالیز پویای عملکرد تحت نظارت بود، تعمیم مهارت‌های آموخته شده در جلسات کاردرمانی به محیط واقعی برای کودک چالش برانگیز بوده و تجربیات جدید به افزایش سطح اضطراب و تشدید بروز تیک‌های حرکتی ناپسند از لحاظ اجتماعی می‌شد که بتدریج حذف شدند. در نهایت مداخلات مبتنی بر هدف و چندجانبه به آماده سازی کودک جهت حضور در مدرسه عادی منجر شد.

بحث و نتیجه گیری :

سندرم توره به عنوان یک اختلال عصبی رشدی می تواند به محدودیت جدی در عملکرد کودک و خانواده منجر شود، بویژه داغ اجتماعی حاصل از این اختلال تدریجاً به انزوای خانواده و کاهش تجربیات کودک در محیط واقعی منجر شده که تهدید کننده مشارکت موفقیت آمیز کودک در بازی و تحصیل است. بنابراین کاردرمانی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان این سندرم با رویکردی چند جانبه، کل نگر و مختص هرفرد می تواند نقش موثری در راستای کسب استقلال عملکردی و یکپارچگی این کودکان با جامعه ایفا کند.

کلید واژه‌ها:

سندرم توره، کاردرمانی، محدودیت عملکردی، مشارکت اجتماعی



تشخیص و مدیریت پریشانی روانی-وجودی در مراقبت‌های تسکینی پایان حیات: گزارش یک مورد

نویسندگان: عادلہ رضاقلی‌زاده شیروان، ندا شاهواروقی فراهانی*

۱. متخصص بیماری‌های داخلی و فلوشیپ طب تسکینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو کانسر، دپارتمان طب تسکینی، تهران، ایران.

۲. کاندیدای دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده:

بیماران مبتلا به سرطان، اغلب در طول پیشرفت بیماری و به ویژه در زمان پایان حیات که فقط تحت مراقبت های تسکینی هستند، با سطوح فزاینده ای از پریشانی روانی وجودی مواجه می شوند که می تواند کیفیت زندگی آن ها و مراقبینشان را به شدت تحت تاثیر قرار دهد. در نتیجه، شناخت و مدیریت پریشانی روانی-وجودی در مراحل انتهایی زندگی از جمله مهم ترین و در عین حال چالش برانگیزترین وظایف تیم مراقبت تسکینی است. بیمار آقای ۷۰ ساله مبتلا به آدنوکارسینوما متاستاتیک ریه که تحت مراقبت های تسکینی پایان حیات قرار گرفت. با وجود کنترل نسبی علائم جسمانی، بیمار به بستری در بیمارستان اصرار داشت. ایشان علاوه بر پرخاشگری و تجربه خلق افسرده و مضطرب، افکار خودکشی نیز گزارش می کرد. او همچنین ابراز نگرانی می کرد که به دلیل خطاهای گذشته خدا او را نبخشد و به دلیل وابستگی کامل به دیگران، احساس سربار بودن داشت. در نتیجه، برای ایشان روان درمانی حمایتی و مراقبت معنوی، همراه با داروهای ضداضطراب ارائه شد و او توانست ترس از مرگ و نگرانی خود در مورد خانواده اش را بیان کند. در این مورد چگونگی ابراز پریشانی روانی-وجودی در بیمار و نحوه مدیریت آن ارائه گردید. پریشانی روانی وجودی از طریق حوزه های متعددی در هر بیمار نمود پیدا می کند و ترکیبی از مداخلات دارویی و غیردارویی مورد نیاز می تواند به بیمار کمک کند تا روزهای پایانی زندگی را در آرامش سپری کند. همچنین از جمله مداخلات غیردارویی موثر، برگزاری جلسات گروهی تیم مراقبت تسکینی با خانواده، جهت تصمیم گیری های مشترک و بررسی اهداف مراقبتی و درمانی بود.

مقدمه: پریشانی روانی وجودی اغلب در مبتلایان به سرطان پیشرفته تجربه می شود که تشخیص آن به دلیل تعاریف متعدد و عدم وجود دسته بندی خاص در DSM-5 می تواند چالش برانگیز باشد. با توجه به هدف مراقبت های تسکینی در حفظ و بهبود کیفیت زندگی افراد تا پایان حیات، تشخیص و مدیریت پریشانی روانی وجودی اهمیت دارد.

معرفی بیمار :

بیمار آقای ۷۰ ساله، مبتلا به آدنوکارسینومای ریه با متاستاز به استخوان که جهت مدیریت علائم در بخش مراقبت تسکینی (PCU) بستری شد و پس از گفتگوی تیم مراقبت تسکینی با خانواده، مقرر شد که هدف، متمرکز بر مراقبت‌های تسکینی پایان حیات باشد. در این راستا، شکایات جسمانی وی پس از انتقال به بخش به طور نسبی کنترل شد؛ با این وجود، بیمار مکرر درخواست بستری داشت. علاوه بر این، به گفته خانواده، بیمار در منزل بسیار پرخاشگر بود که این علائم در زمان بستری به شکل بارزی کاهش می‌یافت. طی جلسات با روان‌شناس و مراقب معنوی، بیمار در نهایت، ترس قابل توجهی از وقوع و فرایند مرگ و پس از آن را ابراز کرد که دلیلی بر اصرار او به مراقبت در بیمارستان بود. علاوه بر این، به دلیل ناتوانی پیشرونده در حرکت کردن، به طور کامل به دیگران وابسته بود که این موضوع، احساس خودمختاری وی را تحت‌تاثیر قرار داده و احساس سربار بودن می‌کرد. همچنین، بیمار علاوه بر پرخاشگری و تجربه خلق افسرده و مضطرب، افکار خودکشی نیز گزارش نمود تا بتواند از طریق مرگ انتخابی خود، آخرین کنترل را بر زندگی‌اش داشته باشد. درواقع، تعارضی میان ترس از مرگ و آرزو برای خاتمه به وضعیتی که مغایر با هویت قبلی او به عنوان مردی مقتدر و توانمند بود، بر شدت دیسترس او می‌افزود. همچنین، او خود را به دلیل خطاهای گذشته نمی‌بخشید و احساس گناه و حسرت داشت.

در راستای مدیریت پریشانی روانی وجودی از یک رویکرد بین‌رشته‌ای یکپارچه شامل اقدامات پزشکی و پرستاری، روان‌شناسی و مراقبت معنوی استفاده شد. معیار اثربخشی، توانایی بیان افکار و احساسات بیمار در مورد رنجی که تجربه می‌کرد بود. در نهایت بیمار در بخش PCU و در کنار اعضای خانواده، در کمال رضایت و آرامش آن‌ها درگذشت.

بحث و نتیجه گیری: در این بیمار تجربه‌ی مشکلات جسمانی و پریشانی روانی وجودی در پایان حیات و روش‌های مدیریت علائم از جمله مداخلات دارویی و غیردارویی مورد نیاز (مراقبت معنوی و روان‌شناختی) ذکر گردید. بیمار و خانواده همچنین از مراقبت در PCU با مدیریت متمرکز علائم و مداخلات روانشناختی و مراقبت معنوی از طریق رویکرد بین‌رشته‌ای بهره‌مند شدند.

کلیدواژه‌ها: پریشانی، روانی-وجودی، پایان حیات، مراقبت تسکینی.

چکیده مقالات سخنرانی

محور داخلی و فوق داخلی (۲)

Essential Thrombocytosis: Digital Gangrene as First Manifestation

Seied Amirhosein Mirhoseini 1, Ramin Bozorgmehr 2, Fatemeh Bastan 3,4, Maryam Rashidian ۳,۴

1 –Department of Hematology and Oncology, Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

2 –Department of General Surgery, Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

3 –Student Research Committee, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences ,Karaj, Iran

4 –Alborz Office of USERN, Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Introduction: Essential thrombocythemia is a rare chronic myeloproliferative hematologic disorder, leading to an elevated platelet count. Two thirds of patients are asymptomatic during their lifetime, while others may experience symptoms like redness ,congestion, and erythromelalgia after long symptom-free intervals. Significant symptoms, such as severe acrocyanosis and even peripheral gangrene, can be treated with a single dose of aspirin.

Cases presentation: We present a rare instance of a 55-year-old female who, despite receiving aspirin and losartan treatment, eventually developed digital gangrene. In further work-ups, she had an elevated platelet count and a positive JAK 2 mutation. Her platelet count was reduced throughout treatment with aspirin, hydroxyurea, and heparin, which was followed by the necrotic tip of her index finger being surgically debrided. Daily aspirin consumption withstanding, this case developed the severe form of ET. In addition, while thrombocytosis predisposes patients to thrombotic complications in theory, there is little evidence to support a correlation between absolute platelet count and thrombosis.

Conclusion: This report made us aware that the initial symptoms of ET, an uncommon condition, could be this severe. Since the patient's first manifestation of ET was arterial acral ischemia, this case suggests that thrombocytosis should be screened for in patients presented with arterial ischemia.

Key words: Essential thrombocythemia, Digital gangrene, Platelet count

Lymphoma and breast cancer presenting with palpable axillary lymphadenopathy and breast mass in a 34-year-old woman: a case report

Dr.M.Dorchin^{1,5}, Anis Dorchin², Nikoo Haghani³, Amir Dorchin⁴

¹ Oncology radiotherapy specialists; Oncology Department; Dezful University of Medical Sciences; Dezful; Iran

² Genetic expert; Master of Biochemistry; Department of Biochemistry, Islamic Azad University - Central Tehran Branch; Tehran ; Iran

³ Drug chemistry Department. Islamic Azad University - Tehran Branch; Tehran; Iran

⁴ computer & IT Department. Islamic Azad University - Central Tehran Branch; Tehran; Iran

Introduction: We present the case of a 34-year-old woman with severe with palpable axillary lymphadenopathy and breast mass, who developed simultaneous lymphoma and breast cancer. We describe strategies for investigations and management of this presentation.

Case presentation: A 34-year-old woman, single without sexual experience, with palpable axillary lymphadenopathy and breast mass presented to our center with left axillary lumps and a left breast mass in lateral upper site. , computed tomography and positron emission tomography scans showed localized lymphadenopathy. Core biopsies of the breast mass and left axilla, showed this to be concurrent diffuse B-cell lymphoma and locally metastatic invasive ductal carcinoma of the breast. He underwent a left mastectomy with axillary clearance, and adjuvant Rituximab, Cyclophosphamide ,Adriamycin, Vincristine, Prednisolone(R-CHOP) after IHC.

Conclusions: The findings from our patient's case should increase awareness that patients presented with palpable axillary lymphadenopathy and breast mass ,have the potential to develop lymphoma, which in turn increases the risk of developing other primary tumors, so that in rare cases a patient may have concurrent tumors. Assessment and management of these patients is challenging and should include computed tomography scans of the of neck, thorax, abdomen and pelvis, including a fludeoxyglucose positron emission tomography (PET) /computed tomography (CT) scan, bone marrow testing and appropriate core biopsies and discussion at multidisciplinary team meetings about treatment of the separate tumors in the presence of Hematologist sand Radiation oncologists.

Keywords: Breast cancer; Lymphoma; Lymphadenopathy; R-CHOP

Beyond the Surface: A Case of Pseudotumor Cerebri Uncovering an Underlying AML-M3 Diagnosis

Amirhossein Mirhosseini: *Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Behnaz Nouri: Student Research Committee, Clinical Research Development Unit of Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Mirmassoud Shariat: Neurology Department, Clinical Research Development Unit of Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Ali Mazar-Atabaki: Neurosurgery Department, Clinical Research Development Unit of Shahid Madani Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Acute promyelocytic leukemia (APL), also known as AML-M3, is a specific subtype of acute myeloid leukemia (AML). It is characterized by the presence of a fusion gene called PML-RAR-alpha. A key feature of APL is its remarkable responsiveness to treatment. Idiopathic intracranial hypertension (IIH), alternatively referred to as pseudotumor cerebri, involves an elevation in intracranial pressure and is accompanied by symptoms such as headaches, visual disturbances, and pulsatile tinnitus.

In this particular case study, a 30-year-old woman presented with symptoms indicative of IIH, including acute vision loss, severe headaches, and the inability to abduct her eyes. A definitive diagnosis was established through lumbar puncture and imaging. However, the presence of scattered ecchymoses and pancytopenia in the patient's laboratory tests prompted further investigation into potential underlying hematologic-related issues and related diseases.

Subsequent examinations, including bone marrow biopsy, led to the discovery of APL in the patient. The treatment approach incorporated strategies for both IIH and APL, resulting in a positive clinical response.

APL is notably responsive to all-trans-retinoic acid (ATRA), with studies demonstrating complete remission rates with its use. While a limited number of long-term ATRA users may develop IIH, it is worth noting that the occurrence of IIH as the initial clinical manifestation in AML patients is exceedingly rare.

The exact cause of APL-induced IIH remains unclear. Possible mechanisms include retinoic acid syndrome due to ATRA therapy, coagulopathy leading to cerebral thrombi, leukemic infiltration of the CNS, hydrocephalus, elevated cytokine production, direct optic nerve infiltration, leukemic cell aggregation causing increased ICP, and alterations in the renin-angiotensin system. Another theory suggests pre-existing IIH worsened by APL.

To our knowledge, this reported case represents the first documented instance of concurrent IIH and APL. These cases underscore the importance of considering underlying systemic conditions in individuals presenting with IIH symptoms and emphasize the necessity of a thorough evaluation and management of IIH patients to prevent the potential misdiagnosis and inappropriate treatment of similar disorders.

Primary pancreatic peripheral T-cell lymphoma-not otherwise specified mimicking acute pancreatitis: a case report and review of literature

Fatemeh Zari Meidani ^a, Rahem Rahmati ^{a*}, Elahe Meftah ^b, Maryam Soheilipour ^c

^a Students Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

^b Students' Scientific Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^c Assistant professor, Isfahan Gastroenterology and Hepatology Research Center (IGHRC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Introduction: Peripheral T-cell lymphoma-not otherwise specified, primary pancreatic one, is extremely rare. To the best of our knowledge, the present case report is the first case of primary pancreatic PTCL-NOS mimicking acute pancreatitis.

Case presentation: A 35-year-old Caucasian female was admitted to the hospital with a one-day intermittent non-positional epigastric and left-upper-quadrant abdominal pain without radiation and progressive jaundice. She was hospitalized two weeks earlier due to acute pancreatitis. She also had glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency. CT scan revealed hypodense areas at the pancreatic head, neck, and body measuring 30*36, 21*25, and 29*24 mm, respectively. Accordingly, the endosonographic biopsy was taken from the hypodense lesions. Pathologic evaluation revealed stage II T-cell lymphoma in the pancreas, based on which T-cell lymphoma was brought up as the culprit for pancreatitis. Based on the pathological and immunohistochemical evaluations of another expert pathologist, the diagnosis of PTCL-NOS was confirmed for the patient. These results also confirmed the diagnosis of PPL. The patient received adjuvant chemotherapy with six regular cycles of CHOP (cyclophosphamide, hydroxydaunorubicin, oncovin, and prednisone) regimen. However, no significant changes occurred in the three masses and the tumoral involvement of the CNS was conformed by CT. Her last visit happened around one year following the diagnosis, and she was lost to follow-up after that visit.

Conclusions: Our paper mainly discusses one of the uncommon causes of pancreatitis, primary pancreatic lymphoma (PPL). Among lymphomas, peripheral T-cell lymphoma- not otherwise specified (PTCL-NOS) is a rare and aggressive lymphoma with a poor prognosis. Thirteen percent of PTCL-NOS cases are extra-nodal, and the pancreas is rarely encountered. Moreover, the CNS-International Prognostic Index does not consider primitive lymphoma of the pancreas at elevated risk of CNS involvement.

Keywords: Pancreatitis; Pancreatic adenocarcinoma; Pancreatic lymphoma; T-cell lymphoma-not otherwise specified.

چکیده مقالات سخنرانی محور داخلی و فوق داخلی (۲)

جسم خارجی بزرگ در معده مریض اعصاب و روان

نویسندگان: دکتر جواد زبردی * (۱) مهدی محمدی تبار (۲) سپهر کاظمی (۲) دکتر علی اکبر آبروش (۳)

- 1) Department of Surgery, Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
- 2) Student Research Committee, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
- 3) Department of internal medicine, Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

بیان مساله: بیمار آقای ۴۰ ساله با شکایت درد شکم در ناحیه RUQ و RLQ، بیقراری و عدم همکاری با کادر درمان به اورژانس مراجعه کرده است. سردرد و N/V دارد. شرایط بیمار Stable بوده با vital signs طبیعی. در بررسی های بیشتر مشخص شد که بیمار به علت بلع جسم خارجی دچار درد شکم شده. بیمار با تشخیص foreign body ingestion آندوسکوپی شده و جهت جراحی بستری میشود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته و جسم خارجی با موفقیت خارج میشود. بیمار ۴ روز بعد با شرایط استیبل ترخیص میشود.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۴۰ ساله با شکایت درد شکم در ناحیه RUQ و RLQ، بیقراری و عدم همکاری با کادر درمان مراجعه کرده است. سردرد و N/V دارد. در شرح حال، همراه (خواهر) بیمار بلع یک جسم خارجی را علاوه بر بیماری روانی غیر مشخص و مصرف قرص biperiden را ذکر میکند. بیمار با تشخیص foreign body ingestion آندوسکوپی شده و جهت جراحی بستری میشود. نتایج آندوسکوپی یک جسم فلزی مدادی شکل به طول ۷۰ میلی متر را در مجرای پیلور علاوه یک زخم Clean base نشان می دهد. در معاینات، شکم بیمار نرم و بدون گاردینگ بوده با تندرست در ناحیه اپیگاستر. یافته غیر طبیعی دیگری یافت نشد.

بحث و نتیجه گیری: بلع جسم خارجی یک مشکل رایج است که در بالین، به ویژه در بین بیماران روانپزشکی با آن مواجه داریم (۱، ۲). بیماران روانپزشکی اغلب با دفعات مکرر بلع جسم خارجی مراجعه می کنند که می تواند منجر به عوارض قابل توجهی شود (۳، ۴). بلع تصادفی در کودکان شایع تر است، در حالی که بلع عمدی در بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانپزشکی یا زندانیانی که به دنبال منافع ثانویه هستند، شایع تر است. عمل آندوسکوپی روش ارجح برای برداشتن این اجسام است (۵)، اما در موارد با عوارض یا آندوسکوپی ناموفق ممکن است مداخله جراحی ضروری باشد (۶). تشخیص و درمان سریع برای جلوگیری از عوارض احتمالی مانند سوراخ شدن یا انسداد دستگاه گوارش بسیار مهم است.

کلید واژه‌ها: جسم خارجی، جراحی، گوارش، اعصاب و روان

چکیده مقالات سخنرانی محور داخلی و فوق داخلی (۲)

یک علت بسیار نادر از لنفادنوپاتی گردنی و آنازاک: یک خانم میانسال با سندروم تافرو

لیلا بهادری زاده^۱ (۱) سید مجتبی نکودم^۲ (Co-first author) (۲) میلاد قلی زاده مسگرها^۳ (۳) مهران قاسمی^۴ *

پزشکی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

پزشکی، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

بیان مساله: بیماری نادر تافرو (TAFRO disease) یک زیرگروه از بیماری Idiopathic multicentric Castleman's disease (iMCD) می باشد که سرواژه ترومبوسیتوپنی، آنازاک، تب، فیبروز رتیکولین یا اختلال کلیوی و ارگانومگالی است. شیوع این بیماری کمتر از یک مورد در میلیون بوده و به نسبت سایر iMCD ها حادثتر، شدیدتر و کشنده تر است. در این مقاله یک خانم میانسال با تظاهرات تیپیک بیماری تافرو معرفی می گردد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۵۰ ساله بدون سابقه بیماری خاصی که با شکایت احساس توده گردنی و بدون علائم دیگری مراجعه کرده است. تنها یافته مثبت در معاینه سیستمیک بیمار چندین غده لنفاوی بزرگ شده در مثلاً خلفی گردنی سمت راست بوده که متحرک و بدون چسبندگی با تندرست مختصر بودند. چهار هفته بعد، علائم تب و لرز و تعریق شبانه به لنفادنوپاتی گردنی اضافه شده و تنها یافته پاراکلینیکال، یک ترومبوسیتوپنی خفیف در آزمایشات اولیه بود. در ارزیابی سونوگرافیک، لنفادنوپاتی گردنی و آسیت خفیف شکمی گزارش شده بود. در سیر آزمایشات بیمار دچار پان سایتوپنی شده که به دنبال آن در لام خون محیطی بیمار اریتروسیت های قطره اشکی و در بیوپسی اولیه لنف نود هایپرپلازی فولیکولر گزارش گردید. در طی بررسی های تشخیصی علائم بیمار تشدید شده و سرفه های خشک و تهوع و استفراغ به علائم اضافه شدند. PET scan انجام شده، لنفادنوپاتی جنرالیزه را نشان داد. در آزمایشات مارکر های التهابی بالا، آنالیز ادرار و پنل روماتولوژیک منفی و بررسی بیماری های عفونی منفی بود. همزمان بیمار دچار اسپلنومگالی، پلوروپریکار دیال افیوژن و ادم اندام تحتانی گردید. در آسپیراسیون مغز استخوان افزایش رده مگاکاریوسیتی و در بیوپسی مغز استخوان فیبروز رتیکولین گزارش گردید. با توجه به شواهد کلینیکی پاتولوژیکال، معیار های بیماری TAFRO مشاهده، و جهت بیمار IL-6 اندازه گیری شد که بالا گزارش گردید. و با تشخیص TAFRO برای درمان با ریتوکسیماب و پردنیزولون شروع گردید که پاسخ دراماتیک مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به تظاهرات بیماری و بعد از رد تشخیص های شایعتر از جمله بیماری های عفونی (بالاخص لیشمانیا، توکسوپلازما، توبرکلوزیس)، بیماری های روماتولوژی (از جمله لوپوس، شوگرن) و همچنین نئوپلاسم های خونی مثل لنفوم ها، توجه به دسته دیگری از بیماری های لنفوپرولیفراتیو تحت عنوان TAFRO syndrome منجر به درمان این بیمار با پیش آگهی بد، می گردد.

چکیده مقالات سخنرانی
محور داخلی و فوق داخلی (۲)**Heart failure as a first presentation of primary adrenal insufficiency**Mohammad Mehdi Zare 2, Davood Shafie 1, Shiva Armani¹, Maryam Heidarpour ^{*2}

1 Heart Failure Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Department of Internal Medicine, Alzahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract:

Primary adrenal insufficiency (AI) or Addison disease is a rare condition with low production of corticosteroids and mineralocorticoids from adrenal glands and is associated with significant morbidity and even mortality. We report a primary AI case with acute heart failure (HF) as a rare presentation of primary AI, which recovered after using stress-dose steroids. We presented a patient initially referred with cardiogenic shock, in which further investigations revealed the presence of one of the rarest complications of primary AI.

مقدمه/ بیان مساله:

Primary AI is not commonly seen (82-144 cases per million). It appears with uncertain manifestations such as progressive fatigue, weakness, hypotension, hyponatremia, and hyperkalemia. Cardiovascular presentation of primary AI is characterized by hypotension, syncope, and arrhythmias, but presenting HF as a first clinical manifestation of undiagnosed AI is rare and life-threatening.

Case presentation:

A 26-year-old man presented to our hospital with hypotension, fatigue, and head lightness that progressed to loss of consciousness, abdominal pain, and agitation after a few hours.

چکیده مقالات سخنرانی

محور داخلی و فوق داخلی (۲)

The patient had progressive dyspnea on exertion, loss of weight and appetite, and vomiting that commenced eight months before admission. He had a previous history of hypothyroidism due to Hashimoto's thyroiditis.

Blood pressure was 80/40 mmHg, and heart rate was 73 beats per minute. There was hyperpigmentation on both flanks and abdominal pain in the epigastric region. Initial lab data revealed hyperkalemia, hyponatremia, and mild metabolic acidosis. Norepinephrine was initiated, suspected of cardiogenic shock, but the hypotension continued. After performing echocardiography, the left ventricular ejection fraction was 20 %.

Due to persistent hypotension and progressive fatigue, previous autoimmune disease, and laboratory data, AI was suspected. Therefore, ACTH and cortisol levels were measured, and 100mg hydrocortisone IV bolus was administered. ACTH level was 345 pg/ml, and cortisol level (8 AM) was 0.23 µg/dl. After confirming primary AI, 50 mg IV hydrocortisone was administered every 6 hours. The patient recovered from cardiogenic shock, and blood pressure raised. After recovery from critical condition, IV hydrocortisone was tapered, and prednisolone 7.5 mg and fludrocortisone 100 µg daily was prescribed.

Discussion:

Reversible HF in the background of undiagnosed primary AI is associated with critical and life-threatening situations. However, AI should be included in the differential diagnoses of a patient with advanced HF and progressive hypotension refractory to inotropes, especially in patients with a history of autoimmune disorders.

Keywords: Primary adrenal insufficiency, Heart failure, Addison disease

Protein S Deficiency in a Term Neonate

نویسندگان: علیرضا جشنی مطلق*، فوق تخصص طب نوزادی و پیرامون تولد، گروه اطفال و نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران

ندا فهمیده نظریلو، کارشناس ارشد پرستاری، مجتمع آموزشی درمانی امام علی (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران

Introduction: Protein S deficiency is a rare condition that leads to blood clotting. These blood clots disrupt normal blood flow and can lead to death of body tissue and necrosis. protein deficiency is estimated to occur in approximately 1 in 500 individuals.

Case report: term boy from unrelated parents was born by caesarean section hospitalized in neonatal intensive care unit when he was ten days old with sepsis and pneumonia symptom like cough, fever, poor feeding and dehydration. The history of any disease in the family was negative. CRP= 28 and Na=166 was noticeable in laboratory tests. PT = 14, PTT= 56 was reported. Due to the color change of the left upper limb (cyanosis), Doppler ultrasound was performed that reported subclavian artery thrombosis. According to the consultation with the vascular surgeon, TNG spray was used to dilate the artery. According to consultation with the hematologist, dose of Enoxaparin was adjusted and FFP was injected. C-reactive protein, protein S, Antithrombin III and v- liden factor were checked that the protein s was not normal. Despite use of very high doses of heparin, necrosis progressed and amputation was required. According to the clear gangrene of the fingers and after the marking the ischemia level, left hand under elbow amputation was performed. Doppler ultrasound was performed that reported normal arterial and venous flow. Genetic counseling was done according to the appearance of Down syndrome. Due to the TSH= 22, hypothyroid treatment was also done. Karyotype was recommended and finally he was discharged.

Discussion: It should be considered that many people with mild protein S deficiency never develop an abnormal clot. In protein S deficiency, infants develop a life-threatening blood clotting disorder that characterized by the formation of blood clots within small blood vessels throughout the body.

Key words: protein S deficiency, neonatology, amputation

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis; a case report and review of literature

1: Saeed Nikkhah* : Department of Pediatrics Rheumatology, Bahonar Children Hospital, School Of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

2: Shahab Noorian: Department of Pediatrics Endocrinology, Bahonar Children Hospital, School Of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

3: Ali Faegh: School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO) is the severe presentation of Chronic non-bacterial osteomyelitis (CNO), one of the extremely rare bone diseases of unknown cause with an estimated prevalence of 1-2 individuals per million. Classic clinical manifestation of CRMO is local bone pain, tenderness, swelling, and erythema with or without fever. Symptoms occur slowly, but they are recurrent. Metaphysis of the long bones, such as the femur and tibia, are the most common involved sites. The diagnosis of CRMO is very challenging because of its rarity. CRMO can mimic bacterial infectious osteomyelitis and bone malignancies, leading to misdiagnosis. The CNO/CRMO diagnosis is based on exclusion of other differential diagnoses such as infectious osteomyelitis, malignant tumors, Langerhans histiocytosis, etc. Although, the precise diagnosis is only achieved by histopathological examination. This study presents a 6-year-old girl who was diagnosed with CRMO. **ادامه دارد.**

بیماری نادر متابولیک هموسیستینوری در یک کودک مبتلا به دیابت نوع ۱

دکتر فاطمه اقامهدی، فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان، بخش اطفال بیمارستان امام علی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران. عضو مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر. عضو مرکز تحقیقات بیمارستان امام علی (ع)

فردوس زمانی خلیلی، پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه / بیان مساله : هموسیستینوری یک بیماری متابولیک اتوزومی مغلوب نادر است، که در اثر کمبود سیستاتیونین بتا سنتاز ایجاد شده و به صورت اتوزومال مغلوب به ارث می رسد، با افزایش غلظت هموسیستین تام پلاسما تشخیص داده می شود. علائم آن شامل بلندی قد به همراه اختلالات چشمی، ناهنجاری های اسکلتی، حوادث عروقی ترومبوآمبولیک، تشنج و اختلال یادگیری می باشد. بیماری دیابت تیپ ۱ در مقابل یک بیماری مولتی فاکتوریال بوده و حاصل وقوع اتوایمیونیتی بر علیه پانکراس می باشد. در این خلاصه وقوع همزمان دیابت تیپ ۱ و هموسیستینوری در یک بیمار شرح داده می شود.

معرفی بیمار : بیمار پسر ۸ ساله ای است که در ۴ سالگی به دنبال بروز علائم پلی اوری و پلی دیپسی با BS=640 در بیمارستان بستری شده و با تشخیص دیابت شیرین (وابسته به انسولین) تحت درمان قرار گرفته بود. در پیگیری ها، تست آنتی بادی ضد پروتئین پانکراس (Islet Cell Antibody) وی مثبت بود و به این ترتیب تشخیص دیابت تیپ ۱ او تایید گردید. ادامه درمان با انسولین و کنترل قند خون مکرر در منزل و مراجعه سرپایی به درمانگاه غدد به وی توصیه گردید. در سن ۵ سالگی جهت معاینه پیش از مدرسه به چشم پزشکی مراجعه داشته که با تشخیص در رفتگی لنز دو طرفه و نزدیک بینی برای او عینک تجویز شده بود ولی خانواده موضوع در رفتگی لنز را در این زمان به پزشک معالج غدد اطلاع نداده بودند (به علت عدم اطلاع از اهمیت این موضوع) و همکار چشم پزشک نیز وی را ارجاع نداده بود. در فالو آپ رشدی وی، بررسی ها نشان از رشد قدی بیش از دو انحراف معیار نسبت به قد هدف خانواده داشت. از آن جایی که بررسی عوارض چشمی دیابت از ۳ تا ۵ سال بعد شروع دیابت تیپ ۱ آغاز می شود، در طی مراجعات سرپایی در سال سوم شروع دیابت، به بررسی چشمی او تاکید شده بود که در این زمان خانواده موضوع نزدیک بینی و در رفتگی لنز را مطرح نمودند.

چکیده مقالات سخنرانی محور کودکان و اطفال

از آن جایی که تابلوی منسوب بودن والدین، در رفتگی لنز و قد بلند کودک نسبت به خانواده خود، تشخیص بیماری دیگری غیر از مشکلات چشمی ناشی از دیابت را می‌توانست مطرح کند، لذا بررسی سطح هوموسیستئین ادرار و سرم برای او درخواست شد که نتیجه حاکی از بالا بودن سطح هوموسیستئین و تشخیص هوموسیستینوری بود. برای تایید تشخیص نیز بررسی کاملتر متابولیک انجام شد که سطح فولیک اسید، ویتامین ب ۱۲ و سطح ارگانیک اسیدهای ادراری نرمال بود، از این رو تحت درمان با بتائین، هیدروکسی کوبالامین، اسید فولیک و قرص B6 و رژیم غذایی مناسب برای هوموسیستینوری و دیابت قرار گرفت. نکته مهم در این بیمار وجود چند نکته کلیدی در او بود که شاید می‌توانست به تشخیص زودتر او کمک نماید. رشد قدی این بیمار از همان ابتدا بیشتر از دو استاندارد بالاتر از قد هدف خانواده بود. نکته ای ساده که اهمیت پایش رشد در کودکان و دقت به قد غیر طبیعی کوتاه یا بلند را نشان می‌دهد. نکته بعد اهمیت بررسی بیماریهای متابولیک زمینه ساز در رفتگی لنز در کودکان (شامل بیماری هوموسیستینوری و سندرم مارفان) می باشد که همکاران محترم چشم پزشک می بایست به آن توجه کرده و در زمان تشخیص، بیمار را ارجاع دهند. و نهایتا والدین منسوب در کنار دو تابلوی قد بلند و در رفتگی لنز می باشد که احتمال وجود بیماری متابولیک را بالا می برد. بی توجهی به علت زمینه ای در رفتگی لنز و انجام جراحی با سطح هوموسیستئین بالا (پیش از شروع رژیم و درمان) می‌توانست در بیمار ریسک وقوع حوادث مغزی و ترومبوز عروقی را به همراه داشته باشد که خوشبختانه در این بیمار رخ نداد.

بحث و نتیجه گیری : هوموسیستینوری یک بیماری متابولیک اتوزومی مغلوب نادر است در حالیکه بیماری دیابت تیپ ۱ مولتی فاکتوریال است. اگر چه افزایش سطح هوموسیستئین در برخی بیماران مبتلا به دیابت دیده می‌شود، اما ابتلا به بیماری هوموسیستینوری در کنار دیابت تیپ ۱ به نظر نمی‌رسد که به هم مرتبط باشد و بیمار مطرح شده دو بیماری همزمان با هم دارد که کنترل همزمان هر دو از نظر کنترل رژیم غذایی و داروهای لازم برای درمان، جهت پیشگیری از عوارض آن‌ها الزامی است.

کلید واژه‌ها: هوموسیستینوری، در رفتگی لنز، دیابت ملیتوس

چکیده مقالات سخنرانی محور کودکان و اطفال

Neonatal with respiratory distress

دکتر کامران بهروزی، فوق تخصص نوزادان، اطفال، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

دکتر هانی میلانی فوق تخصص نوزادان، اطفال، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

فردوس زمانی خلیلی، پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

A 24-day-old baby with a complaint of tachypnea for the past 9 days, with a history of hospitalization for 4 days, in the same center, who was discharged with the personal consent of the patient, and with symptoms of cyanosis of the lips, tachypnea, fever, wheezing, lethargy, decreased diuresis (daily 2 times of changing diapers) and poor feeding, and was diagnosed with pneumonia and was hospitalized and treated. But the parents discharged the patient with their personal consent and 4 days later he returned again with the above symptoms worsening, and this time he was admitted and treated in the NICU with the diagnosis of pneumosepsis. He was taken to the operating room and underwent lobectomy of the middle lobe of the right lung and visceral pleura.

CLE is a rare abnormality of lung development. It often occurs in infancy with excessive swelling of one or more lung lobes. CLE may be misdiagnosed as pneumothorax and in such cases a chest tube may be inserted for the patient. On the other hand, many children who are diagnosed with pneumonia may be treated unnecessarily with antibiotics and lose time for diagnosis.

a rare case of monogenic diabetes mellitus

1) Fatemeh Aghamahdi, Pediatric Endocrinologist, Pediatric Department of Imam Ali Hospital, Alborz University of Medical Sciences. A member of Non-communicable Diseases Research Center of Alborz university of medical sciences. A member of Research center of Imam Ali Hospital. *

2) Farnaz Kamali Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran; Alborz Office of USERN, Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

3) Fatemeh Saeedimoghaddam Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran;

Introduction: IPEX syndrome (immune dysregulation, polyendocrinopathy, enteropathy X-linked) a rare case of monogenic diabetes mellitus caused by mutation in the FOXP3 gene, present with hyperglycemia, diarrhea and eczema. This abstract explains how a patient with this syndrome presents.

Case report: The patient is the first child of a consanguineous parent who presented with polyuria, polydipsia and hyperglycemia at 6 months. Insulin therapy has started at that time to control hyperglycemia. One month later he was admitted to hospital due to fever, hypoglycemia and hepatosplenomegaly. Diagnostic tests revealed the CMV infection as a cause of fever and organomegaly. After one month, he was admitted again due to hypoglycemia and sepsis. Other accompanying symptoms were eczema, abdominal distention and edema. Further evaluations had shown hypoalbuminemia and proteinuria. His mother has reported the death of the patient's cousin who was suffering from diabetes and has been lived in Mashhad. The medical records of him were sent to us, that shows a mutation in FOXP3 gene. So we requested genetic consultation to confirm the diagnosis. Hemizygous variant was defined as c.816+7G>C in intron8 of FOXP3 gene that was consistent with diagnosis of IPEX syndrome. Because of massive proteinuria, prednisolone and then cyclosporine therapy was started. Abdominal distention, diarrhea and failure to thrive (FTT) was permanent, so gastroesophageal-endoscopy was done to take the biopsy. Pathology result showed celiac disease. Now, he is a 3.5 year-old boy with severe FTT, permanent proteinuria and hematuria (nephropathy), enteropathy, poor control diabetes and recurrent seizure despite appropriate treatment and close observation. The prognosis of the disease is poor.

Conclusion: IPEX syndrome affects about 1 in every 1.6 million people. Any patients with diabetes before six months to 1 year should be evaluated for monogenic diabetes. Genetic consultation for all members of the family can help to prevent the birth of the next patient in this family.

Don't let a common manifestation of one major anomaly blinds us to another

mohammad mahdi khazravi, pediatric surgeon, department of surgery, Alborz university of medical science , Alborz, Iran (*)

Armin Tajik, Research students committee, Alborz University of Medical Sciences, Alborz, Iran

Hypertrophic pyloric stenosis is the most common cause of gastric outlet obstruction in young infants. polycystic kidney disease(PKD) is characterized by the progressive development and growth of numerous bilateral renal cysts, resulting in numerous abnormalities. It is unclear whether the relationship between PKD and IHPS is due to genetics, a pathophysiological link or a chance phenomenon. The patient is a 26-day-old infant, In the initial examination and evaluation of the newborn, no obvious congenital anomalies were observed. Due to breathing problems, the baby was admitted to the neonatal ward. 3 days after the start of oral feeding, the baby had non-bilious vomiting. On examination, the abdomen was distended and masses with ill-defined borders were palpated in both flanks. After initial resuscitation of fluids and elimination of dehydration, due to food intolerance, sepsis workup and abdominal ultrasound were performed . On ultrasound study, The length of the left kidney was 75 mm and the right kidney was 73 mm. Hyper echogenicity was seen in the medulla of both kidneys, and numerous small cysts were evident throughout the parenchyma of both kidneys and corticomedullary differentiation was lost. At first, the infant's vomiting was attributed to the mass effect of polycystic kidneys. After reviewing the patient's history, with the suspicion of stenotic pyloric hypertrophy, an abdominal ultrasound was performed. the thickness of the pylorus was measured as 4.4 mm. According to the results of imaging and tests, a definitive diagnosis of congenital hypertrophic pyloric stenosis and a possible diagnosis of ARPKD were made for the patient. he underwent pyloromyotomy surgery with Ramstedt technique to correct pyloric stenosis. Also, during the operation, biopsies were taken from liver.

it is impossible to introduce a definite common pathophysiological pathway. it is suggested that, in dealing with frequent vomiting of a baby, who has already been diagnosed with polycystic disease due to flank mass, the baby's vomiting should not be considered a simple event, and in order to rule out HPS, at least a simple ultrasound should be considered

Hypertrophic pyloric stenosis, polycystic kidney disease, projectile vomiting

Preconception Genetic Counseling to Consanguineous Parents of a Deceased Child Suspected of Having Infectious Disease

Dr. Roshanak jazayeri*Assistant Professor of Medical Genetics, Faculty of medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Introduction:Consanguinity, marriage between two related-individuals as second cousins or closer, is a respected tradition in Iran, but offspring are at inherited genetic diseases increased risk. However, little is known about genetic counseling for this indication, or their perspectives on genetic screening relevant to family planning, such as NGS-Parents-Exome.

Case report: An apparently healthy parents presented with 5th degree consanguineous marriage and a history of deceased child, was referred for genetic counseling. He manifested with infectious disease at birth, muscle spasms, generalised tonic-clonic seizure, lung diseases, hematochezia and cyanosis who died at age 19 days. Parents had positive family history of severe obesity, vision problem, polydactyly and ID, suggestive for BBS, hearing impairment, stuttering, abnormal gait, joint abnormality, and kyphosis. The mother had an affected 8-year old son diagnosed with developmental delay, no speech and autism, from her previous marriage with her cousin. They wanted to get pregnant, but they were worried about their child's health, both because of consanguineous marriages and because of the problems of their deceased child and the mother's affected son. Homozygote likely pathogenic variant ch19, c.82dupG was identified in the Whole exome sequencing (WES) analysis of the son with autism, compatible with AR inherited Cerebral creatine deficiency syndrome 2. The mother was heterozygote, but fortunately her current husband was wild-type homozygote for this mutation. In the Paired WES test, the couple jointly had two heterozygous VUS variants in genes LIFR and SPG7 with AR inheritance, none of them were reported in the medical literature.

Conclusion:LIFR gene mutations cause Stüve-Wiedemann syndrome, rare AR congenital disorder: bowed legs, breathingproblems, hyperthermia, life-threatening, compatible with diceased child. Because of child-death,and VUS result, PND it is not possible. As genetic testing becomes accessible, it is good to save affected's sample, and genetic counseling is essential before and after testing.

Key words: consanguineous marriage, genetic counseling, Whole exome sequencing

گزارش یک مورد نادر: سندرم کرون دنس با درگیری غیر معمول کانال نخاعی

علی برادران باقری^۱، حسین مالکی^۱، مهدی چاوشی نژاد^{۱*}، امیر حسین لاریجانی^۲، محمدامین مهرورز^۳

۱-استادیار جراحی مغز و اعصاب، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲- استادیار گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۳- دانشجوی پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده:

سندرم کرون دنس (CDS) یک بیماری نادر است که با درد گردن و تب در بیمار بروز پیدا می‌کند. این بیماری به علت کلسیفیکاسیون در اطراف زائده ادونتوئید ایجاد می‌شود و اغلب در افراد مسن بالای ۷۰ سال مشاهده می‌شود. تشخیص این بیماری به وسیله CT-scan گردنی تایید می‌شود. سندرم کرون دنس در آزمایشات با افزایش مارکرهای التهابی مانند ESR, CRP همراه است. این بیماری به علت شباهت علائم با پلی میالژیا روماتیکا و مننژیت عفونی اغلب اشتباه گرفته می‌شود و بایستی از این بیماری‌ها افتراق داده شود. درمان معمول سندرم کرون دنس داروهای ضدالتهابی مانند NSAID و کورتیکواستروئید می‌باشد که پاسخ به درمان در بیماران نیز مطلوب است. بیمار مورد بحث ما آقای ۷۰ ساله که به علت تروما به بیمارستان مراجعه کرده بود. در ارزیابی‌های ثانویه تروما و در CT-scan گردنی وی شواهد کلسیفیکاسیون حجیم در اطراف زائده ادونتوئید مشاهده گردید. این کلسیفیکاسیون لیگامان‌های اطراف و حجم زیادی از کانال نخاعی را درگیر کرده بود. تنگی کانال نخاع در این بیمار در مقایسه با سایر موارد این سندرم بسیار غیرمعمول بود و نزدیک به ۵۰٪ از کانال نخاعی را درگیر کرده بود. این شواهد در همراهی با یافته‌های MRI و افزایش مارکرهای التهابی تشخیص سندرم کرون دنس را در این بیمار قطعی کرد. در بیمار مورد بحث ما با توجه به عدم وجود آسیب‌های نورولوژیک و پایداری مفصل گردنی برای وی درمان محافظه‌کارانه با کورتیکواستروئید در نظر گرفته شد و توصیه به پیگیری‌های بعدی جهت بررسی سیر بیماری شد.

Spontaneous Intracranial Hypotension and Bilateral Subdural Hematoma in the Spectrum of Antiphospholipid Syndrome and Systemic Lupus Erythematosus

ناهید عباسی خوش سیرت، زهرا احمدیان

استادیار گروه نورولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده

هایپوتنشن اینتراکرانیال خودبخودی مربوط به نشت مایع مغزی-نخاعی معمولاً به صورت سردردهای وضعیتی خود را نشان می‌دهد. علل اولیه اغلب شامل تضعیف خودبخودی دیورتیکول منژ یا ناشی از پارگی دوران است. ارتباط بین اختلالات بافت همبند و SIH به طور گسترده‌ای شناخته شده است. با این وجود، موارد SIH مرتبط با لوپوس اریتماتوز سیستمیک ۳ به ندرت مستند شده است. ما یک خانم ۴۲ ساله با سابقه SLE و سندرم آنتی فسفولیپید را گزارش می‌کنیم که با سردرد شدید ارتواستاتیک مراجعه کرده است. تصویربرداری، هماتوم ساب‌دوران دو طرفه و اینهانسمنت پچی منتشر منژیال را نشان داد. درمان محافظه کارانه انجام شد و بیمار بهبودی را با رفع علائم و ترخیص متعاقب آن نشان داد. بروز همزمان SIH و هماتوم ساب دوران دوطرفه SLE و APS نادر است. پاتوفیزیولوژی زمینه‌ای پیچیده باقی است که شامل نشت CSF و تغییرات عروقی متعاقب آن است. این مورد تعامل پیچیده‌ی بین اختلالات خودایمنی، عوارض سربرووسکولار و تظاهرات نورولوژیک را نشانگر می‌کند و بر چالش در مدیریت SIH در زمینه درمان ضدانعقادی و اختلالات خودایمنی تاکید می‌کند.

چکیده مقالات سخنرانی

محور نورولوژی و نوروسرجری

بیمار با علائم غیر اختصاصی تهوع و استفراغ

نویسندگان: مریم فدایی - علی طاهری نیا - محمد رضا مقصودی - مهران بهرامیان

مقدمه: خونریزی ساب اراکنوئید با عوارض خطرناکی شامل تشنج و کاهش هوشیاری همراه می باشد در نتیجه شک بالینی قوی بخصوص در بیماران با علائم اتیپیک ضروری است و نیاز به تشخیص و درمان فوری و اورژانسی دارد.

بیان مساله: بیمار آقای ۵۲ ساله با درد اپی گاستر و تهوع و استفراغ به اورژانس ارجاع شد. در بررسی اولیه BS=450 داشته که با احتمال کتواسیدوز دیابتی بستری گردید. در ابتدای بستری سردرد با اسکور درد ۱۵ از ۱۰ را ذکر می کرد لذا در دستورات اولیه پس از درمان هایپرگلیسمی اسکن مغز نیز درخواست گردید.

اسکن مغز در سی تی اسکن مغز دانسیته هموراژی در ناحیه سلا رویت شد و شواهد مشکوک به هموراژی ساب اراکنوئید نیز وجود داشت. بیمار مشاوره نوروسرجری و به بیمارستان مدنی منتقل شد و سی تی آنژیوگرافی مغز انجام شد که با تشخیص آنوریسم مغزی به اتاق عمل جهت مداخله جراحی منتقل گردید.

بحث و نتیجه گیری: توجه به علائم بیمار در بخش اورژانس به علت شلوغی و لود بالای بیماران دارای اهمیت ویژه می باشد. در این بیمار وجود علائم غیر اختصاصی و مطرح شدن تشخیص دیگر در ابتدای مراجعه اهمیت اخذ شرح حال دقیق و توجه به شکایات مختلف بیمار جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی فوری را بیش از پیش مطرح می نماید.

کلید واژه‌ها: اورژانس - سردرد - هموراژی ساب اراکنوئید

گزارش یک مورد سندرم فشردگی متاستاتیک طناب نخاعی در یک بیمار مبتلا به سرطان رکتوم

عادله رضاقلی زاده شیروان، متخصص بیماریهای داخلی و فلوشیپ طب تسکینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، انسیتیتو کانسر، دپارتمان طب تسکینی

چکیده:

فشرده‌گی متاستاتیک طناب نخاعی (metastatic spinal cord compressionsyndrome) یکی از دلایل جدی و شوم دردهای پشت و کمر در سرطان است که در کمتر از ۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان بروز می‌کند. گزارش بالینی ارائه شده در مورد آقای ۶۱ ساله با سابقه ابتلا به سرطان رکتوم از یک و نیم سال می‌باشد که علیرغم پاسخ درمانی مناسب اولیه و کنترل سرطان، با شکایت از درد شدید ستون فقرات پشتی با ماهیت رادیکولار به سرویس طب تسکینی ارجاع شد که همزمان با تمرکز بر روی کنترل درد بیمار، بررسی‌های لازم جهت شناسایی علت درد انجام شد و در نهایت با تشخیص فشرده‌گی طناب نخاعی ناشی از تومور متاستاتیک به کانال نخاعی در محاذات مهره T10 و همچنین متاستازهای استخوانی تحت مداخلات درمانی لازم قرار گرفت. بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت تشخیص به موقع این سندرم، جهت جلوگیری از بروز و تشدید ناتوانی‌های بیمار و حفظ کیفیت زندگی از یک سو و نادر بودن این عارضه در سرطانهای کولورکتال از سوی دیگر، در این مقاله تلاش شد تا با ارائه توضیحات لازم در خصوص رویکرد مناسب به تشخیص و درمان، بر اساس وضعیت عملکردی بیمار و همچنین بازنگری در تشخیص سرطان اولیه، نکات کلیدی مورد بررسی و بحث قرار گیرد.

Diagnosis and Management of a Patient with Tolasa-Hunt Syndrome

Amir Rahimi¹, Leyla Bahadorizadeh^{2,3}, Zahra Mozooni², Alireza Hejrati⁴, Maryam sadat Mohamadi³

1- Faculty of Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Institute of Immunology and Infectious Diseases, Antimicrobial Resistance Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Department of internal medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor of Internal Medicine Department of Internal Medicine, School of Medicine Hazrat-e Rasool General Hospital Iran University of Medical Sciences

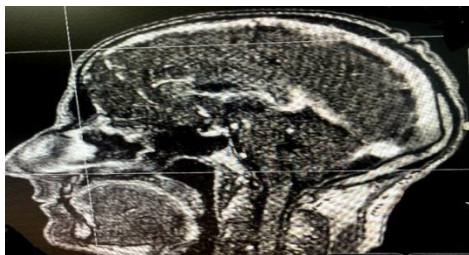
Introduction: Tolosa-Hunt syndrome characterized by severe hemicranial headache and painful eye movement. Its cause is chronic idiopathic inflammation in the cavernous sinus or superior orbital fissure. It can lead to symptoms such as ptosis, diplopia, other forms of ophthalmoplegia and neuropathy in the other cranial nerves. In this case report, we present a middle-aged man with a history of sudden-onset severe unilateral headache followed by blurred vision with a diagnosis of Tolosa-Hunt syndrome.

Cases presentation: A 43-year-old man without underlying disease in past medical history presented to the emergency department of the hospital with an abrupt-onset severe unilateral headache on three days before admission. Shortly after his headache, diplopia, and blurred vision occurred. Upon physical examination he had ptosis, Cranial nerve palsy (3,4,6), erythema, and periorbital edema in left eye. Other neurologic examinations and systemic examinations were normal. his vital sign was stable and had no fever. Initially, antibiotics and anticoagulants were started for the patient with suspicion of orbital cellulitis or sinovenous thrombosis (CSVT).

All the blood tests performed for the patient included complete blood count, biochemical, inflammatory and rheumatological tests were normal. In the imaging evaluations including magnetic resonance imaging(MRI) of the orbit and brain, magnetic resonance venography and angiography, no explanation was found for the patients symptoms. According to the ophthalmologists opinion, with a possible suspicion of Tolosa-Hunt syndrome, prednisolone was started with a daily dose of 50 mg. Within a week, the patient had a definite clinical response to the treatment, and the patients symptoms improved significantly. Within a month, the patients corticosteroid dose was tapered and stopped, and the symptoms of patient disappeared completely.

Conclusion: Tolosa-Hunt Syndrome (THS) is a condition that causes unilateral eye pain and weakness of certain cranial nerves. It is caused by inflammation in specific areas of the head. THS can affect anyone, regardless of age or gender. Diagnosis involves ruling out other potential causes of eye pain and weakness, and MRI scans are often used to help diagnose THS, although they may not always show abnormalities. A study of 22 THS cases found that all patients experienced pain and double vision, and the majority found relief within 72 hours of corticosteroid therapy. In this particular case, the patient responded well to high-dose corticosteroids, confirming the diagnosis of THS.

Key words: Tolosa-Hunt Syndrome, Chronic Inflammation, Corticosteroids



چکیده مقالات سخنرانی محور نورولوژی و نوروسرجری

کیس نادر سندرم کورارینو با سابقه یبوست

دکتر سام میرفندرسکی*

متخصص رادیولوژی-گروه رادیولوژی-دانشکده پزشکی-دانشگاه علوم پزشکی اصفهان-ایران

مقدمه: اختلالات مادرزادی نخاع و ستون فقرات از علل مهم موربیدیتی در اطفال محسوب میشوند که میتوانند ناشی از اختلال در نرولاسیون اولیه یا ثانویه باشد. اختلال در نرولاسیون ثانویه منجر به تراژم ساکروکوکسیژه آل، سندرم کودال رگرسوین و مننگوسل قدامی میشود. سندرم کورارینو بیماری نادریست که ویژگی آن تریاد اختلال آنورکتال، ضایعه پره ساکرال و دیسژنری ساکروم است. در این کیس ریپورت به معرفی بیماری با این سندرم میپردازیم.

معرفی بیمار: بیمار کودک هفت ساله با سابقه یبوست و بی اختیاری ادرار از اوایل تولد مراجعه کرده است و برای او درخواست ام آر ای کمر توسط متخصص نورولوژیست اطفال گردیده است. در ام آر ای بیمار در مقطع ساجیتال تترد کورد، دیسژنری ساکروم، ناهنجاری آنورکتال به صورت اتساع رکتوم و افزایش زاویه آنورکتال و همچنین ضایعه کیستیک پره ساکرال دیده میشود. (تصویر شماره ۱) بر اساس یافته‌های ذکرشده تریاد سندرم کورارینو تکمیل شده و لذا برای بیمار این تشخیص مطرح میشود. ضایعه کیستیک مورد جراحی قرار گرفت و تشخیص درمویید در پاتولوژی مطرح گردید.

بحث و نتیجه گیری: سندرم کورارینو از اختلالات مادرزادی نخاع و ستون فقرات میباشد که مرتبط با اختلال در نرولاسیون ثانویه میباشد و با تریاد ناهنجاری آنورکتال، ضایعه پره ساکرال و دیسژنری ساکرال شناخته میشود. آشنایی با این سندرم میتواند به تشخیص صحیح این بیماری توسط متخصص رادیولوژی منجر شود.



کلید واژه‌ها: سندرم کورارینو، ام آر ای، یبوست

Figure 1: Sagittal T2 MRI shows tethered cord (yellow arrow), sacral dysgenesis (red arrow), presacral cystic lesion (black arrow) and anorectal malformation (white arrows)

چکیده مقالات سخنرانی
محور جراحی**A case report of largest rectal prolapse in the literature successfully treated with Altemeier's procedure**

Mojtaba Ahmadinejad , Yeganeh Farsi , **Mohammad hadi bahr** , Ramin bozorgmehr ,
Ali soltanian , Javad zebarjadi bagherpour

Introduction: The rectal prolapse is defined as the concentric protrusion of full or partial thickness of the rectum or rectosigmoid via the anus. This is an increasing clinical concern that is usually found in old female patients.

Cases presentation: A 39-year-old male patient was referred due to an un-reduceable rectal projection from a week ago. The primary endeavor for reduction of the projection under sedation and after local mannitol treatment at the operation room was unsuccessful, so surgical resection and reduction were planned for the patient.

Conclusion: Management of rectal prolapse has always been one of the challenges of colorectal surgery. For patients with incarcerated prolapse manual reduction under sedation is used. If the reduction is unsuccessful, surgical procedures are used.

Key words: Rectal prolapse, Altemeier's procedure



Fig. 1. Large rectal prolapse

made with electrocautery on the entire rectal wall two cm from the dentate line (Fig. 2 and 3). Following ligature of the mesorectum and the hemorrhoids, the prolapsed mesorectum was resected and anastomosis, interrupted by hand in two planes, was created (Fig. 4). Then in the supine position with an incision in the RLQ, an open double



Peritoneal tuberculosis pretending an acute abdomen; a case report and literature review

Javad Zebarjadi Bagherpour , Soheil Bagherian Lemraski , Alireza Haghbini Toutounchi ,
Hojatollah Khoshnoudi , Mohammad Aghaei , Seyed Pedram Kouchak Hosseini

Introduction: Peritoneal tuberculosis (PTB) is an infrequent clinical condition that frequently eludes diagnosis. The scarcity of PTB cases underscores the necessity for heightened vigilance within clinical settings to detect its presence. Notably, there has been a noticeable increase in PTB incidence in recent years. *Mycobacterium tuberculosis* is the causative agent responsible for PTB, affecting multiple gastrointestinal components such as the peritoneum and hepatobiliary system. Peritoneum is a rare site for TB with broad unspecific symptoms. It can be asymptomatic to periodic signs or mimic the positive peritonitis examinations like our case.

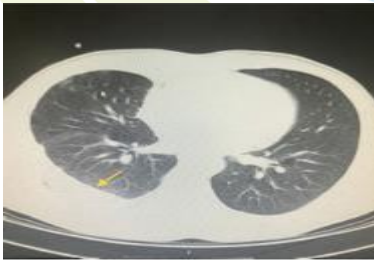
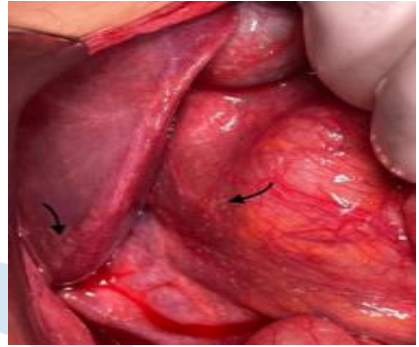
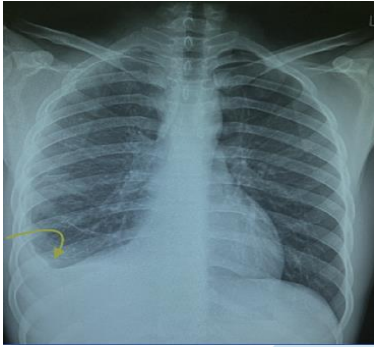
Cases presentation: We have reported a case of 19-year-old male experiencing progressive abdominal pain. The presence of generalized tenderness and guarding on physical examination prompted us to perform an urgent laparotomy due to suspicion of peritonitis. During the surgery, we observed the peritoneum exhibiting widespread nodularity, resembling a disseminated seeding pattern, along with mild ascites, which raised our suspicion of peritoneal tuberculosis. Subsequently, cytological analysis of the ascitic fluid and histopathological examination of the lesions confirmed our diagnosis of peritoneal TB.

Conclusion: We have shared our experience in facing PTB and reviewed recent papers to find further relevant information. The common presentations, probable causes, the role of imaging in diagnosis and the management are discussed for better management strategy and the best surgical decision. **Conclusion:** Peritoneal tuberculosis is a rare condition with challenging diagnosis. Key symptoms include vomiting, abdominal pain, ascites, weight loss, and fever. Prompt recognition and treatment are vital for better outcomes.

Key words : Case report Acute abdomen Peritonitis Peritoneal tuberculosis *Mycobacterium tuber*

چکیده مقالات سخنرانی

محور جراحی



Biliary duct injuries due to blunt abdominal trauma

رامین بزرگمهر(*)، جراحی عمومی، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی، کرج، ایران
 زهرا ایروانی، پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی
 البرز، کرج، ایران

معرفی بیمار: تشخیص و درمان آسیب‌های مجاری خارج کبدی به دنبال ترومای بلانت شکمی چالش برانگیز است؛ زیرا این آسیب‌ها نادر اند و مطالعات بیشتری جهت یافتن روش قطعی تشخیص و درمان این آسیب‌ها لازم است. علاوه بر این، بسیاری از بیماران مبتلا به ترومای بلانت شکمی در حال حاضر با استفاده از روش‌های غیرجراحی درمان می‌شوند که احتمال تشخیص تصادفی آسیب مجاری صفراوی حین جراحی را کم می‌کند. این مطالعه با هدف به اشتراک گذاری اطلاعات ۳ بیمار دارای آسیب مجاری صفراوی خارج کبدی به دنبال ترومای بلانت شکم انجام شد. سه مورد ارائه شده در این تحقیق به شرح زیر است:

(۱) آقای ۲۳ ساله به دلیل ترومای شدید ناشی از تصادف در بیمارستان بستری شد. در ارزیابی اولیه، همودینامیک بیمار پایدار بود. پس از یک هفته بستری در بیمارستان، بیمار دچار افت هموگلوبین شد و تشخیص اولیه، آسیب شریان کبدی بود. بیمار تحت آنژیوآمبولیزاسیون شریان کبدی قرار گرفت. چهار روز بعد بیمار با اتساع شکم به دلیل تجمع مایع آزاد در حفره شکم مراجعه کرد. بیست و چهار روز پس از حادثه، بیمار تحت ERCP قرار گرفت و نشت واضحی در قسمت پروگزیمال CBD مشهود بود. درمان انتخابی برای بیمار، قرار دادن استنت CBD تحت هدایت فلوروسکوپی بود.

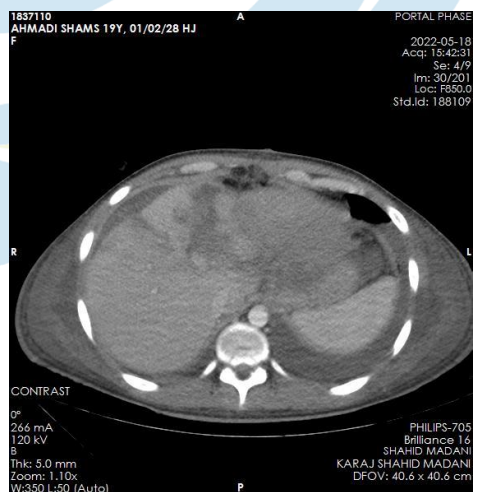
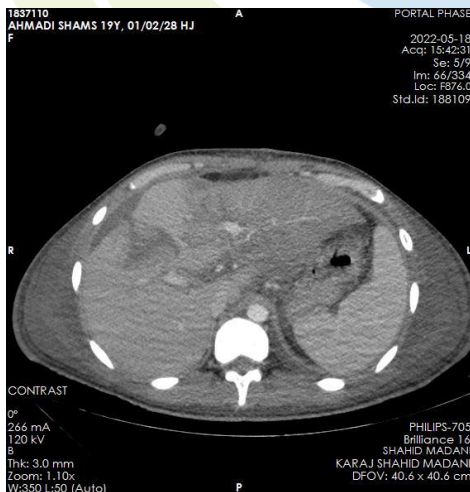
(۲) آقای ۱۹ ساله که از ارتفاع ۲.۵ متری سقوط کرده بود. همودینامیک بیمار در بدو مراجعه به بیمارستان پایدار بود. در سونوگرافی FAST مایع آزاد در فضای اطراف کبد مشاهده شد. بیمار تحت لاپاراتومی تشخیصی قرار گرفت و laceration کبد مشاهده و ترمیم شد. سه روز پس از عمل، بیمار مجدداً دچار درد شکم شد. در سونوگرافی، مایع غلیظ در بالای مثانه و در بالای کبد را نشان داد. بر اساس یافته‌های سی تی اسکن، با شک به biliary leak، بیمار تحت ERCP قرار گرفت و استنت CBD قرار داده شد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور جراحی

۳) بیمار آقای ۱۸ ساله به دنبال برق گرفتگی از ارتفاع ۳ متری سقوط کرد. همودینامیک بیمار پایدار بود. دو روز پس از بستری، بیمار دچار درد منتشر شکمی شد. در لاپاراتومی تشخیصی، ۷۰۰ میلی لیتر مایع صفراوی در شکم و laceration کبدی مشاهده شد. Laceration کبد ترمیم شد و آسیب مجاری صفراوی تحت درمان conservative قرار گرفت.

کلید واژه‌ها: Common bile duct injury, extra hepatic biliary tract injury



Sigmoid volvulus secondary to undescended testicle ,Report of first case in the literatures

Mojtaba Ahmadinejad , Mohammad hadi bahr , Ramin bozorgmehr , Ali soltanian ,

Javad zebarjadi bagherpour

Department of Surgery, Shahid Madani Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Alborz, Iran

Introduction: Sigmoid volvulus accounts for 20% to 50% of colonic obstructions in Eastern countries. This occurs mostly in patients with lack of mobility and a history of chronic constipation. There are some very known complications of a undescendent intra-abdominal testicle such as cancer, ischemia and infertility; But the rotation of the colon around the spermatic cord of one UDT, it is a very rare phenomenon that there is no similar report.

Cases presentation : a 67-year-old man, came to the emergency department with a complaint of abdominal pain and obstipation. On examination patient was febrile (T:38.5) and mild general tenderness . according to the appearance of coffee beans in the X-ray, the diagnosis of sigmoid volvulus was made. In the requested tests, leukocytosis was observed. Rectosigmoidoscopy was unsuccessful The patient underwent laparotomy. After manual untwisting, a tubular structure at the base of the meso-sigmoid was noticed. With further exploration the testis was observed intra abdominally. orchidectomy and sigmoidectomy was performed by Hartmann's method.

Conclusion: Sigmoid volvulus is one of the common cases that surgeons frequently encounter. The case scenarios are often the same, and from experience, most cases result from a long meso and an elongated sigmoid secondary to prolonged constipation. Therefore, it is clear that a scrotal examination would not be part of the routine examination of a patient with sigmoid volvulus. In this article, by reporting a very rare etiology for a very common pathology, we tried to point out the importance of head to toe examination in all patients.

Key words : Sigmoid volvulus ,undescended testicle



مدیریت جراحی یک مورد بلغ سوزاننده فاجعه‌بار: گزارش موردی و بررسی متون

نویسنده اول*: رامین بزرگمهر(*)، جراحی عمومی، گروه جراحی عمومی بیمارستان مدنی، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده دوم: محمد پورهوشمندی، پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده سوم: محمدمسجد باقری چوکامی، پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده چهارم: احمدرضا صادقی، پزشکی عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده پنجم: نازنین علی‌بیک، داخلی، گروه داخلی بیمارستان فیروزگر، دانشکده پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه/ بیان مساله: بلغ مواد سوزاننده در کودکان اغلب تصادفی و در بزرگسالان به قصد خودکشی رخ می‌دهد. بلغ این مواد می‌تواند درجات مختلفی از آسیب را به لوله گوارش وارد نماید. بر اساس شدت آسیب، جراحی ممکن است قسمتی از برنامه درمانی باشد که در تعداد اندکی از موارد گسترده است.

معرفی بیمار: یک مرد ۳۲ ساله پس از بلغ مایع لوله بازکن به بیمارستان ما ارجاع داده شد. وی بابت وجود شواهد پریتونیت و نتایج آندوسکوپی تحت عمل جراحی اورژانسی قرار گرفت. حین جراحی، بخش‌های نکرورز شده شامل، مری، معده، دئودنوم، سر پانکراس و قسمت ابتدایی ژژنوم رزکت شد. بیمار پس از چندین روز بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و سپس بخش جراحی، با حال عمومی خوب مرخص شد. بعد از ۶ ماه جهت بازسازی مسیر گوارشی، بیمار تحت جراحی colon interposition قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری: هدف از این گزارش موردی، توصیف تجربه ما در مدیریت یک مورد آسیب بلغ ماده سوزاننده همراه با نکرورز وسیع لوله گوارش بود. اهمیت این موضوع، شیوع کم موارد آسیب بلغ مواد سوزاننده و فقدان گایدلاین‌های مبتنی بر شواهد است.

کلید واژه‌ها: گزارش موردی، مواد سوزاننده، مواد خورنده، ازوفاگوگاسترکتومی، پانکراتیکودئودنکتومی

گزارش یک مورد سندرم رباط کمانی میانی در جوان ۱۸ ساله

سید مسعود حسینی*

فوق تخصص جراحی عروق، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد ایران

بیان مساله : سندرم رباط کمانی میانی (MALS) یا Median arcuate ligament syndrome

یک بیماری نادر است که با درد شکمی منتسب به فشردگی شریان سلیاک مشخص می شود. این بیماری زمانی اتفاق می افتد که رباط کمانی میانی بر شریان سلیاک فشار می آورد. از علایم بیماری درد شکم بعد از وعده های غذایی، کاهش وزن و صدای بروت شکمی است

معرفی بیمار : آقای ۱۸ ساله با شکایت درد شکمی از دوسال قبل، در نواحی اطراف ناف (periumbilical) که به دنبال غذا خوردن به خصوص غذا های چرب و قلیان تشدید میشده مراجعه کرده است. در ابتدا درد به صورت یکبار در هفته با حالت افزایش و کاهش یابنده بوده کی طی سه ماه قبل از جراحی تشدید شده، بطوری که بیمار به خاطر درد شدید از غذا خوردن اجتناب میکرد و در طول مدت ۶ ماه ۵ کیلو کاهش وزن داشته است. بیمار چندین نوبت به خاطر درد بستری شده بود اما بدون هیچ تشخیص مشخصی مرخص شده بود.

بحث و نتیجه گیری : در آخرین بررسی در سی تی اسکن با تزریق شکم و لگن متوجه تنگی تنه عروقی سلیاک میشوند که در آنژیو گرافی تکمیلی در هنگام دم تنگی کمتر و در بازدم تنگی تشدید میشده است و با تشخیص median arcuate ligament syndrome تحت جراحی آزاد سازی باندهای فیبروزه اطراف تنه عروق سلیاک قرار گرفت. بیمار بعد از مرخص شدن و بهبودی نسبی مجددا مورد بررسی قرار گرفت. درد ها شکمی بهتر شده بود و بعد از دو ماه علایم بیمار به صورت کامل برطرف شده بود .

کلید واژه ها: سندرم رباط کمانی میانی، درد ناحیه شکمی، Median arcuate ligament syndrome، periumbilical pain

A Case Report of Emergency Thoracotomy following A Penetrating Thoracic Wound in A Young Woman

- (۱) آیدین محمودعلیلو، پزشک متخصص طب اورژانس و تروما، مجتمع آموزش عالی سلامت مردن، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
- (۲) سید محمدجواد حیدری یزدی، پزشک متخصص جراحی عمومی، ریاست شبکه بهداشت و درمان و مجتمع آموزش عالی سلامت شهرستان مردن، مردن، ایران
- (۳) امیررضا بناء نسلی، دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مردن، گروه پرستاری، مردن، ایران
- (۴) سیده الهام سلیمانی وند آذر، دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مردن، گروه پرستاری، مردن، ایران
- (۵) آیلار آزموده، دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مردن، گروه پرستاری، مردن، ایران
- چکیده:** ترومای قفسه سینه از علل اصلی (۲۵-۵۰ درصد) صدمات تروماتیک و مرگ ومیر ناشی از آن است. دو مشکل اصلی در صدمات تروماتیک قفسه سینه اختلال در عملکرد تنفسی و اختلالات همودینامیک می باشند. توراوتومی اورژانسی در موارد خاصی از آسیب های قفسه سینه همزمان با احیای قلبی عروقی (ACLS/ATLS)، جهت کنترل آسیب های داخل توراسیک وتامپوناد قلبی وآسیبهای آئورت انجام می شود.مورد معرفی ما خانم ۳۲ ساله ای هستند که به دلیل ترومای نافذ قفسه سینه، در حال احیا توسط اورژانس پیش بیمارستانی وارد اورژانس شد. با توجه به فقدان نبض مرکزی و آسپستول در مانیتورینگ قلبی، احیای قلبی ریوی (ACLS/ATLS) برای بیمار ادامه یافت و با توجه به معاینات بالینی و سونوگرافی بر بالین بیمار (FAST) برای بیمار لوله سینه ای Chest Tube قرار داده شد و با توجه به خروج ۱۵۰۰ سی سی خون، بیمار کاندید توراوتومی اورژانسی شد. با توجه به پارگی عضله ی قلبی ضمن ادامه ی احیا، محل پارگی توسط سوندفولی مسدود شد و بیمار بعد از ۵ دقیقه از اتمام توراوتومی اورژانس، بازگشت خودبخودی جریان خون (ROSC) یافت.

بیمار سریعاً به اتاق عمل انتقال داده شد و بعد از اتمام ترمیم محل پارگی اقدامات لازم، به واحد مراقبت‌های ویژه انتقال داده شد. در طی ارزیابی‌های بعدی علائم حیاتی بیمار پایدار شد و رفته رفته هوشیاری بیمار بهتر شد. بیمار پس از ۱۷ روز از زمان بستری با حال عمومی خوب از بیمارستان با دستورات دارویی ترخیص شد. طی پایش‌های ۳ ماهه بیمار در پلی کلینیک تخصصی، حال عمومی بیمار بسیار عالی بود. بر اساس مطالعه ما، اگرچه ریسک بقا بعد از انجام توراکتومی اورژانسی پایین است، اما در موارد ترومای نافذ قفسه‌ی سینه بخصوص شرایط ناپایدار، مثل مورد معرفی ما، باید به عنوان یک اقدام نجات‌دهنده مد نظر قرار داده شود.

عکس

Traumatic carotid-cavernous fistula in a child with nasal penetrating injury

۱. سیما شیخ قمی متخصص چشم پزشک، گروه چشم، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. حمیدرضا حسنی متخصص چشم پزشک و فلوشیپ قرنیه، گروه چشم، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۳. محمد قربانی متخصص جراحی مغز و اعصاب، گروه جراحی اعصاب، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

A traumatic carotid-cavernous fistula occurs when a penetrating injury or blunt trauma rupture carotid arteries or their branches inside the cavernous sinus. Subsequently, the arterial blood flow with high pressure is shunted into the cavernous sinus, leading to a retrograde blood flow in its emerging veins.

In this article, we describe an unusual case of traumatic type A carotid-cavernous fistula (CCF) in a 2.5-year-old boy following a penetrating skull base injury by a screwdriver which had been accidentally inserted deeply into his nose. From day 2, the left eye became hyperemic and a gradual proptosis appeared which, over the following days was accompanied by limited ocular movements. On the brain CT scan, no orbital pathology could be found and with the suspicion of orbital cellulitis, the patient received systemic intravenous antibiotics for 3 weeks. Nevertheless, the patient's symptoms didn't improve. Meanwhile, the patient developed acute nausea and vomiting and became lethargic; and his repeated brain CT scan revealed an acute hydrocephalus and intraventricular hemorrhage. Urgently, the patient underwent an external ventricular drain (EVD) placement surgery with success.

On the same day fine cut orbital CT scan, the typical engorgement of the superior ophthalmic vein was detected and with the diagnosis of traumatic carotid cavernous fistula (CCF), the patient underwent the digital subtraction angiography (DSA) in which a severe laceration of the internal carotid artery siphon was detected. Endovascular embolization of venous part of fistula by coiling and reconstruction of ICA wall by stenting was done.

Discussion: Diagnosis of the traumatic CCF with any evidence or any severity of the face or head trauma in pediatrics especially the preverbal age group needs a high index of suspicion for to prevent permanent visual and neural deficits. Furthermore, it is important to utilize a prompt, sensitive imaging ,directed at obtaining the diagnosis, as soon as it is suspected.

Key words :Trauma, carotid cavernous fistula, carotid artery

Packing is the last solution to control the bleeding that threatens the life of a mother

MARYAM HASHEMNEJAD

Maternal and Fetal Medicine Subspecialist, Alborz University of Medical Sciences

Introduction :Hemorrhage is the most important cause of death of pregnant mothers in the world and accounts for 27% of the causes of maternal death. One of the causes of severe and fatal bleeding is placenta percreta, which is not easily controlled despite hysterectomy due to placental invasion to the pelvic organs and can cause coagulation disorders and maternal death.

Case presentation :The patient is a 34-year-old G3P2L2 woman, twin pregnant at 35 weeks of pregnancy, with chief complain of abdominal pain and urinary retention from 10 days ago, had referred to the perinatology clinic of Kamali Hospital. The patient mentioned a history of 2 previous cesarean sections - one urinary tract infection in the current pregnancy and high blood pressure since 3 months ago. The patient's pregnancy was dichorionic- diamniotic twin pregnancy. The placenta of first fetus was posterior and previa. In the color Doppler ultrasound performed at the 28th week of pregnancy, the possibility of placenta accreta of the first placenta was raised, and an MRI of the placenta was requested for further investigation. Unfortunately, the patient had not done proper follow-up for MRI and continued prenatal care and had performed MRI with a delay of one and a half months. Of course, when the patient referred to the perinatology clinic with an MRI result of placenta percreta, she was 35 weeks pregnant and had symptoms and was hospitalized as an emergency. At the time of admission, the patient had severe oliguria, creatinine=3.1 , BUN=46 , AST=225 , ALT=279 , LDH=1103 and Hb=10.2. Due to non-reassuring NST of the fetuses, the patient was a candidate for emergency cesarean hysterectomy. A surgical team including anesthesiologist, gynecologist, vascular surgeon, urologist and perinatologist was formed. The decision to insert a ureteral catheter was made before starting the laparotomy, but this procedure was unsuccessful due to severe bilateral ureteral obstruction. Laparotomy started with a midline incision. A classic caesarean section was performed and two babies were born with good general health and Apgar scores of 9 and 10.

Then hysterectomy was performed, but despite the total hysterectomy, severe uncontrollable bleeding continued from the pelvic floor and vaginal cuff. Bilateral hypogastric vessels were ligated, but the bleeding continued and the hemodynamic status of the patient was deteriorating. Finally, the surgical team decided to pack the pelvis. Two long gauzes were packed inside the vagina and 4 more long gauzes were packed in the pelvic floor, and the peritoneum of the pelvic floor was closed. During the operation, the patient received two grams of fibrinogen, 6 units of packed-cells, 6 units of Fresh Frozen Plasma and 6 units of platelets. Due to unstable hemodynamics, she was transferred to the ICU intubated. During the first day after the operation, the patient had anuria and underwent 2 hours dialysis. 16 hours after the end of the operation, the patient was extubated. On the second day after the operation, the patient's urination was established and the vaginal long gauzes were removed. On the third day after the operation, the patient underwent a laparotomy again, and the long gauzes inside the pelvis were removed. Fortunately, complete homeostasis was maintained. The patient was discharged from the hospital 8 days after the first operation with a good general condition and no complications.

Conclusion:In cases of placenta percreta, it is not possible to establish hemostasis with usual methods such as suturing due to the invasion of the placenta into the pelvic organs. In these cases, prolonging the operation time will have no result other than increasing the probability of coagulation disorders and the death of the patient. Packing the vagina and pelvis at the same time is a very simple and low-cost solution in these cases, which can save the patient's life and has no complications for him.

Ovarian Hyperstimulation Syndrome with dyspnea and Dimer increased

مینا عطایی

Abstract

Nowadays, despite the new invasive treatments in the field of infertility, the problem of many infertile couples has been solved. One of these methods is IVF, which has increased dramatically in the last 10 years, and for this reason, the complications of this type Treatments have also increased. One of these complications is ovarian hyperstimulation syndrome, which can cause the patient to go to the emergency room with the main complaint of dyspnea.

We present a case of a 21-year-old lady who had recently undergone IVF and presented with dyspnea and Abdominal pain and distention and nausea. In the emergency department, a d-dimer returned as mildly elevated. Ultrasound scan of the abdomen subsequently confirmed the diagnosis of severe OHSS. The d-dimer should therefore be used to negate and not to substantiate a diagnosis of VTE. This case report aims to highlight the importance of OHSS as an uncommon cause of dyspnea but whose prevalence is likely to increase in the forthcoming years.

Keywords: ovarian hyperstimulation syndrome, D-dimer, dyspnea

سمیرا عبدالهی

سندروم Ogilvie یا انسداد حاد کولون به اختلالی گفته می‌شود که در غیاب ضایعه‌ی آناتومیکی اتساع حاد کولون رخ میدهد و جریان محتویات روده را مسدود میکند. در این بیماری معمولاً سکوم و همی کولون راست درگیر میشود و گاهی اتساع کولون به سمت روده‌ی بزرگ گسترش می‌یابد. این وضعیت بیماری بسیار نادری است که حدود ۱ از ۱۰۰۰ بیمار را درگیر میکند. میزان سندروم Ogilvie با افزایش میزان سزارین افزایش یافته است. میزان کم موارد و وجود عوامل دیگر برای درد شکم پس از جراحی برای تشخیص چالش برانگیز است. میزان مرگ و میر به دلیل این سندروم بالاتر از ۴۵٪ می‌باشد و تشخیص و

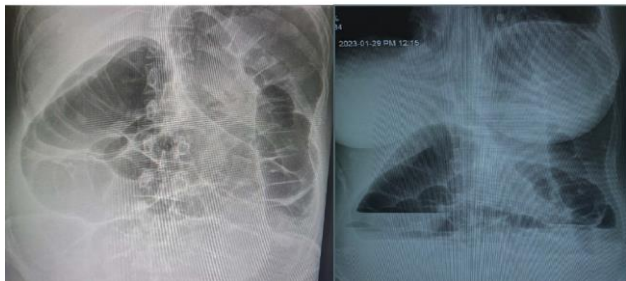
درمان سریع تر پیش آگهی را بهتر می‌کند. در این مطالعه گزارش موردی یک خانم حامله با ریسک فاکتور مصرف طولانی مدت داروی ایمنوساپرسیو پردنیزولون و خونریزی پس از زایمان است معرفی میشود که علایمی از التهاب با مصرف داروی پردنیزولون ساپرس می‌شوند و تشخیص را چالش برانگیز می‌کند.

معرفی کیس

بیمار خانم باردار ۳۶ ساله G3Ab2 با سن حاملگی ۳۹ w+2d در بیمارستان با شکایت درد زیر شکم و آبریزش بستری شد. بیمار سابقه مصرف پردنیزولون از ۷ سال قبل به دلیل آرتریت روماتوئید داشته است. سابقه دو بار کورتاژ در ۱۲ هفتگی به دلیل سقط فراموش شده و ۱۸ هفتگی به دلیل سندرم ادوارد داشته است که آمپول انوکسپارین تا انتهای ماه هفتم و قرص آسپرین تا انتهای ماه هشتم بارداری برای وی تجویز شده است. سابقه ترومبوسیتوپنی از اوایل بارداری داشته است. پلاکت بیمار در روز بستری ۱۰۴۰۰۰ بوده است. بیمار با توجه به سابقه ۲ بار سقط و پلاکت پایین ۲ نوبت IVIG در بارداری فعلی دریافت کرده است. در لیبر به دلیل پلاکت پایین برای بیمار هیدروکورتیزون تجویز شد. برای بیمار اینداکشن با اکسی توسین انجام شد. به دلیل عدم پیشرفت و دیسترس جنینی و کوریوآمیونیوت و تندرست رحمی سزارین با بی حسی اسپینال برای بیمار انجام شد. بیمار تب دار بوده ولی میزان WBC وی نرمال بود. نوزاد پسر زنده با وزن ۳۴۰۰ و آپگار ۹-۱۰ برای دقیقه یک و پنج متولد شد. پس از زایمان به دلیل خونریزی و آتونی رحم علیرغم تزریق اکسی توسین و مترژن و تجویز رکتال میزوپروستول، سوچور B-lynch انجام شد. سپس به دلیل خونریزی شدید ادامه دار شریان رحمی و تخمدانی رحمی بسته شد و با قرار دادن یک درن همووک در حفره‌ی لگن جراحی پایان یافت. پس از جراحی بیمار به ICU منتقل شد و ۲ واحد پلاکت و ۲ واحد پکسل و ۲ واحد FFP و ۲ واحد فیبرینوژن دریافت کرد. برای بیمار آنتی بیوتیک تزریقی و پنتاسیم به میزان ۲۰ میلی گرم برای اصلاح و هیدروکورتیزون تجویز شد. از روز بعد از جراحی رژیم مایعات شروع و درن خارج و هیدروکورتیزون وریدی برای بیمار آغاز شد. در روز دوم جراحی (روز سوم بستری) بیمار حالت تهوع و استفراغ داشته است. تحمل خوراکی داشت، شکم نرم بوده و گاردینگ نداشته است. دیستاسیون متوسط شکم داشت میزان WBC افزایش یافته بود ولی بیمار تب نداشت. برای بیمار چک الکترولیت و گرافی ایستاده و خوابیده شکم و لگن و سی تی اسکن در خواست شد که نشان دهنده اتساع لوپ های روده دیلاته هستند. برای بیمار NGT تعبیه شد.

روز سوم پس از جراحی در معاینه دیستانسیون شکم افزایش داشته گاردینگ و تندرns در نواحی مختلف شکم وجود داشت. بیمار با وجود NGT تهوع و استفراغ داشت و میزان WBC افزایش بیشتری یافته بود. در سونوگرافی اتساع کولون صعودی و ترانسورس و نزولی تا خم سیگموئید مشاهده شد که همگی به نفع ایلئوس بودند. در روز پنجم بستری بیمار تاکیکارد و دیستانسیون و درد ژنرالیزه داشته و تبار شدو به دلیل پارگی سکوم و پریتونیت برای بیمار Right hemicolectomy و کولکتومی کولون عرضی و جراحی هارتمن انجام شد و ایلئوستومی تعبیه شد.

بحث و نتیجه گیری: انسداد کاذب کولون برای اولین بار توسط William Ogilvie مطرح شد. شایعترین ریسک فاکتورها برای آن بیماری‌های حاد، جراحی اخیر، اختلالات متابولیک و سایر علل جراحی می باشد. یکی از شایع ترین علل این سندرم جراحی لگن و سزارین است که به دلیل تروما، بیهوشی و داروهای تاثیر گذار بر سیستم اتونوم می باشد. همچنین موارد Post partum hemorrhage و پره اکلامپسی شایعترین هستند که در مقاله Ying peng مطرح شده است. بیمار معرفی شده بعد از زایمان دچار Post partum hemorrhage شد. علایم تب و لکوسیتوز، تندرns شکم و دیلاتاسیون بیش از ۱۲ سانتی متر می تواند ایسکمی کولون یا پرفوراسیون را نشان دهد. درمان آن نیازمند دکمپرسیون کولون می باشد. درمان کانزرواتو رایج می باشد تا زمانی که لاپاراتومی اورژانس اندیکاسیون ندارد. موفقیت درمان کانزرواتو در صورتیکه شواهد لاپاراتومی اورژانس (پریتونیت یا ایسکمی) نباشد بین ۷۷ تا ۹۶ درصد می باشد. درمان کانزرواتو شامل اصلاح پروتئین، اصلاح اسید و باز و اصلاح الکترولیت و اصلاح مایعات و دکمپرسیون گاسترو اینتستینال و درمان هر عفونت احتمالی و استفاده از نفوستیگمین در صورت ضرورت است. اگر درمان کانزرواتو موثر نبود درمان جراحی توصیه می شود. متدهای جراحی شامل کولوستومی و ترمیم پرفوراسیون یا همی کولکتومی است که موفقیت درمان بین ۹۵-۱۰۰ درصد است. در این بیمار علیرغم درمان کانزرواتو، در روز پنجم با شک به پرفوراسیون بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت و با تشخیص پرفوراسیون سکوم همی کولکتومی انجام شد.



Primary fallopian tube HIGH GRADE SEROSE carcinoma: a case report

Shima Mohamadian¹. Assistant Professor, Gynecology oncology Department, , Kamali Teaching Hospital, Alborz University of medical sciences, Karaj, Iran .

Introduction: Primary fallopian tube carcinoma(PFTC) is on of the rarest gynecologic malignant conditions and has incidence of 0.14 to 1.8% of all gynecologic cancers and has been rising during last decades which varies between 2.9/1,000,00 and 5.7/1,000,000. 20-30 new cases are reported each year on average. Since 1888, over 2000 cases of PFTC are reported.(1,2)

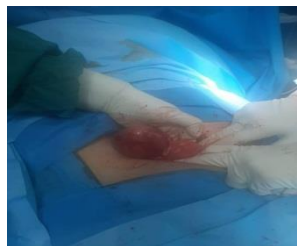
Molecular, histological and genetic finding showed that the origin of 40-60% of peritoneum or ovary high-grade serous carcinomas are fimbriae and fallopian tube. The definite Etiology of this condition is unknown but is suggested to be related to infertility, chronic salpingitis, tuberculous salpingitis and tubal endometriosis. BRCA germline mutation and TP53 mutation are related to fallopian tube malignancies same as ovarian malignancies. PFTC has clinical symptoms including lower abdominal pain, pelvic pain, serous vaginal discharge and pelvic mass which are non-specific and most cases are diagnosed intraoperatively with histopathological findings.(2)

We are reporting PFTC in a 59-years-old female who had lower abdominal pain as her chief complaint.

Case presentation: A 59-years-old female, Gravida 4, para 4 and 7 years post-menopausal consulted for lower abdominal pain which had started a couple of years before. She had past medical history of diabetes mellitus. No surgical history was remarkable. She had familial history of breast cancer in her aunt which was cured.

. Her history of vaginal bleeding, vaginal discharge or any gynecologic condition was negative. On her abdominopelvic ultrasound a solid mass was seen on her right adnexa. Her CA-125 tumor marker was 109 IU/mL and ROMA index was 40%.

A midline laparotomy was done and solid vegetation on her right fallopian tube was found, while both ovaries and left fallopian tube were grossly intact (figure1-2-3). A tumor biopsy was sent to frozen section for histopathology and the result showed high grade serous carcinoma of fallopian tube. She underwent total hysterectomy plus bilateral salpingoophorectomy. Omentectomy and lymphadenectomy was also done. She was discharged 2 days post operation after having defecation. Her CA-125 after surgery was 6 IU/mL and ROMA index was 15%. After surgery because of serosal involvement she was given 6 sessions of chemotherapy with carboplatin and Taxol regimen. She had been under control for 2 years and no sign of recurrence was seen.



Discussion:

Primary fallopian tube carcinoma is a very rare condition which accounts about 1% of female genital malignancies. PFTC usually happens in between 4th and 6th decades of life. Age of our patient is within the range (3). The actual incidence of PFTC is underestimated because its histological similarity to ovarian carcinomas. Bilateral form is very rare (4).

The etiology for this malignancy is clear yet. High parity and use of oral contraceptives are reported to be protective which our patient used condom for contraception and was multi-par (2).

The Patient in our case report was postmenopausal. She had past medical history of recurrent Pelvic inflammatory disease that was risk factor for salpinx cancer.

Histopathology is still the gold standard for diagnosis of PFTC. Recent studies on nature of these kind of tumors has shown TP53 mutation. The treatment of choice for PFTC is surgical treatment. Most important prognostic factors is stage of tumor and after that there are residual volume of tumor and having ascites that are important. Our patient did not have ascites and her tumor stage was Ic (3).

Conclusion

PFTC is a very rare condition which has non-specific symptoms and the diagnosis is usually made after the surgery with histopathology. ctscan. The main etiology of cancer is not clear yet but High parity in our case doesn't protective however past medical history of recurrent pid maybe effective.

همزمانی سرطان سه ارگان سیستم تناسلی در یک خانم ۴۲ ساله نابارور

(۱) سیده رقیه میرمجیدی

(۲) سهیلا امینی مقدم

(۳) مریم معتمدی نسب

معرفی بیمار : خانم چهل و سه ساله نولی گروید با سابقه نا باروری اولیه دوساله تحت درمان های مختلف با شکایت کمردرد و جواب ام ار ای مبنی بر کنسر اندومتر پیشرفته و جواب پاپ اسمیر asc-us کولپوسکوپی و بیوپسی سرویکس شد و با جواب آدنوکارسینوم سرویکس گزارش شد . بیوپسی از لنف نود رترو پریتوین متاستاتیک آدنوکارسینوما و جواب بیوپسی آندومتر آدنوکارسینوم گزارش می شود . بعد از ۴ دوره NACT جراحی میشود . رحم و سرویکس در جراحی نرمال و تخمدان حاوی توده و جواب پاتولوژی نهایی سرور کارسینوما بوده است . بعد از جراحی ادامه کموتراپی انجام شد .

بحث و نتیجه گیری : نیوپلاسمهای بدخیم اولیه مولتیپل بعنوان دو یا چند بدخیمی اولیه که در یک فرد اتفاق می افتد به جای متاستاز تعریف می شود . MPMN دو نوع است : دیاکرونیک که شایعتر است و MPMN همزمان . به ندرت بیشتر و مساوی سه مورد کنسر در یک فرد گزارش می شود . دلایل بروز آن مولتی فاکتوریان است . در صورت شک باید معاینه فیزیکی و بررسی کامل صورت بگیرد از جمله بررسی مولکولی و ژنتیکی . در حال حاضر هیچ پروتکل درمانی استاندارد برای سرطانهای متعدد وجود ندارد .

کلید واژه‌ها: سرطانهای اولیه همزمان – کنسر تخمدان – کنسر آندومتر – کنسر سرویکس

:

Infertility and Recurrent Implantation Failure

Dr. Roshanak jazayeri*

Assistant Professor of Medical Genetics, Faculty of medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Introduction: Couples, male or female, with balanced translocations have a risk for recurrent pregnancy losses, affected child, and infertility. Chromosomally abnormal embryos is a common cause for IVF failure. Currently, genetic counseling is based on karyotypes found among the products of conception.

Case report: A healthy couple referred after 18 months of infertility. In semen analysis, the male was oligosperm. They were referred for IVF. Only one embryo reached 13 weeks, which was aborted. The aborted embryo was checked at their own request. MLPA finding was compatible with partial trisomy of chromosome 13q. To find its origin, karyotyping was done for the couple, the female was normal 46, XX, but the male had balanced Robertsonian translocation 45, XY, rob(13, 14)(q10, q10). Balanced carriers of Robertsonian translocation s are usually asymptomatic . they are, however , at a high risk of pregnancy loss or the production of abnormal offspring due to unbalanced segregations. Carriers of a balanced (13, 14) have a risk for trisomy 13 in their liveborn children of approximately 10% for female carriers and less than 1% for male carriers, and they are also at a high risk of recurrent abortions. PGD is therefore indicated to prevent possible unbalanced outcomes. However, successful pregnancies are also possible when the couple accept the above risk. Given the familial origin of the most translocations, chromosome analysis of the patient's first-degree biological relatives should be considered. Genetic counseling in either case is suggested.

Conclusion: Balanced parental translocations may be implicated in the pathogenesis of infertility, and so in the IVF-implantation failure. Genetic evaluation should be considered as part of the investigation of these patients.

Key words: Infertility , genetic counseling, chromosome translocation, IVF failure

گزارش یک مورد بیمار خانم ۷۲ ساله با عفونت همزمان کووید ۱۹ و آنفلوانزا

علیرضا سلیمانی

مقدمه : بیماری ویروسی کووید ۱۹ از ۴ سال قبل تاکنون در کل دنیا منتشر شده است و در پیک های متعدد با سوش های مختلف منجر به بروز علایم تنفسی و غیر تنفسی در بیماران مبتلا شده است. شدت علایم از یک بیماری خفیف و بدون علامت تا یک بیماری شدید و کشنده متغیر بوده است. بیماری آنفلوانزا هم هرساله با تغییر آنتی ژنی ویروس آنفلوانزا بروز و شیوع داشته است که البته با تظاهرات بالینی متنوع در بیماران دیده می شود. در اینجا یک مورد بالینی از بیمار مبتلا به عفونت همزمان کووید ۱۹ و آنفلوانزا را گزارش می دهیم که تشخیص و درمان چالش برانگیزی را منجر می شود.

معرفی بیمار : بیمار مراجعه کننده به بیمارستان خانم ۷۲ ساله با شکایت تب ، تنگی نفس و اسهال بود که با سچوریشن اکسیژن ۹۰ و آزمایشات ESR و CRP بالا پذیرش گردید . در ابتدا آزمایشات PCR برای هر دو ویروس منفی گزارش شد. در سی تی اسکن ضایعات گراند گلاس وجود داشت که با تشخیص احتمالی کووید رمدمسیویر و دگزامتازون شروع شد. به دلیل تب بالا و لزوم تایید یا رد عفونت ویروسی و در جهت شروع آنتی بیوتیک برای عفونت باکتریال احتمالی مجدداً آزمایش PCR تکرار شد که اینبار جواب برای هر دو عفونت کووید و آنفلوانزا مثبت گزارش شد . برای بیمار داروی اختصاصی هر دو که اسلتامیویر و رمدمسیویر بود شروع شد و دگزامتازون به دلیل بیماری آنفلوانزا قطع گردید. بیمار بعد از یک هفته با حال عمومی خوب مرخص شد . یک هفته بعد ترخیص هم از نظر علایم بیماری پیگیری شد که مشکلی وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری : تشخیص و درمان عفونت کووید و آنفلوانزا در زمانی که هر دو عفونت در جامعه وجود دارد یکی از چالشهای پزشکان درمانگر می باشد. چراکه ضمن شباهت برخی علایم در هر دو ، درمانهای اختصاصی متفاوتی وجود دارد که حتی گاهی برخی داروها برای یکی مفید و برای دیگری مضر می باشد. بنابراین تسلط بر علایم هر کدام از بیماریها توسط پزشک معالج در کنار امکانات آزمایشگاهی در شناسایی دقیق بیماری و درمان مناسب و کمک به بهبودی و نجات جان بیمار بسیار موثر است.

Tuberculosis lymphadenitis: An unusual swelling of salivary glands, a case series study in Iran

Mohammad-Hossein Keivanlou*, Ehsan Amini-Salehi, Naeim Norouzi, Soheil

Hassanipour, Fariborz Mansour-Ghanaei

Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Introduction: Tuberculosis is a chronic granulomatous infection and has become a global concern. This disease commonly caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Lymph node tuberculosis is one of the manifestations of extrapulmonary tuberculosis. The involvement of salivary glands with tuberculosis is an uncommon condition. Here we present three cases with tuberculosis salivary gland lymphadenitis.

Case presentation : In 2022, Three patients with signs of salivary gland lymphadenitis were referred to Razi Hospital (Rasht, north of Iran). The TB lymphadenitis was confirmed by biopsy and anti-TB drugs were initiated for them.

Discussion: Although, salivary gland involvement with tuberculosis is not common, it should be considered a differential diagnosis in patients with swelling of salivary glands. In addition, the diagnosis confirmation should be based on biopsy, and normal laboratory tests and negative purified protein derivative tests should not confuse us.

Keywords: Case report, Case series, Salivary gland, Tuberculosis lymphadenitis

Presentation of a Patient With Neurobrucellosis: A Case Report in Iran

Naeim Norouzi*, Ehsan Amini-Salehi, Mohammad-Hossein Keivanlou, Tofigh Yaghubi-Kalurazi, Fariborz Mansour-Ghanaei

Affiliations

1,2,3,5: Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4: Department of Health, Nutrition & Infectious Diseases, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

: Introduction: Brucellosis is a common zoonotic infection caused by the bacterial genus *Brucella*. It is one of the infectious diseases transmissible between humans and animals. One of these manifestations is central nervous system involvement.

Case presentation : In this study, we introduce a sixteen-year-old patient who complained of fever, low back pain, dizziness, and headache for two months. A detailed history of our patient revealed previous contact with sheep and consumption of unpasteurized milk. Further clinical tests confirmed the diagnosis of *Brucella* meningitis in this patient.

Discussion: Patients with brucellosis can show a wide variety of clinical symptoms. In a country like Iran, where brucellosis is endemic, any patient who presents with complex and unexplained neurological complaints, especially those with a history of brucellosis, should be considered for neurobrucellosis

Keywords: Neurobrucellosis, *Brucella* meningitis, Meningitis, Case report, Iran

درمان یک مورد لیشمانیوز جلدی در خطای تشخیصی با زخم پای دیابتی

۱- دکتر فاطمه سخنوری ، پزشک عمومی مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

ایران

۲- دکتر منصور سیاوش، فوق تخصص غدد و متابولیسم، اصفهان ، ایران، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- عطیه باقری- دانشجوی پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- **دکتر مجتبی اکبری** ، PHD پیدمیولوژی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه : لیشمانیوز به طیفی از بیماری‌ها اطلاق می شود که توسط یک تک یاخته ایجاد می گردد. شکل جلدی بیماری به عنوان یک/مشکل اساسی در بسیاری از مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری مطرح است و سالانه ۱ تا ۱/۵ میلیون نفر رادر معرض خطر قرار می دهد. دیابت از بیماریهای مزمن است که شیوع آن در دنیا در سال ۱۹۸۰، ۱۰۸ میلیون نفر بوده است. زخم پای یکی از مهمترین عوارض دیابت است که خطر آن طی سال های حیات بیماران دیابتی به ۱۵ درصد می رسد. معرفی بیمار : بیمار خانم ۶۸ ساله ای است که

بیش از ۱۰ سال سابقه دیابت داشته است. حدود یکسال پیش روی پای راست بیمار ضایعه ای کوچک ایجاد شده که تاوی شده و دردوخارش نداشته است . با توجه به ابتلا به دیابت تشخیص زخم دیابت برای وی داده شده است. علیرغم درمان در طی یکسال ضایعه بزرگتر شده است. با توجه به ازمان بیماری و شکل ضایعه جهت تایید اسمیر گرفته و سالک تایید گردید. بیمار تحت درمان موضعی با 50 % TCA قرار گرفت.و در طی ۵ هفته درمان موضعی بهبودی حاصل گردید .

بیث و نتیجه گیری : درشکل خشک بیماری سالک پس از گذشت دوره نهفتگی در محل گزش پشه پاپول قرمز رنگی ظاهر می شود که ۳ تا ۴ میلیمتر قطر دارد و نرم و بی درد است و بر اثر فشار محو نمی شود و گاه خارش مختصری هم دارد. سپس پاپول فعال شده شروع به رشد می کند. بیماری سالک پوستی باید از بیماری های پوستی دیگرکه سبب ایجاد ضایعات زخمی در روی پوست می شود تشخیص افتراقی داده شود. توجه به ظاهر هر ضایعه پوستی و گرفتن شرح حال کامل در معاینه اولیه در تشخیص افتراقی آن

کمک کننده است .

کلید واژهها: خطای تشخیصی ، لیشمانیوز جلدی ، زخم پای دیابتی

Meningitis Induced by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: A Case Report

(1) زهرا جاوید عربشاهی* (2) سارانجفی- (3) ساراراجی

Abstract

Introduction: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) emerged in December 2019 in China and caused a catastrophic pandemic in 2020. Significant manifestations of COVID-19 are related to the respiratory system; however, other organs, such as the brain and heart, can also be involved.

Case presentation: A 44-year-old-male was hospitalized in our referral emergency center due to being febrile and dizzy. He experienced five episodes of convulsion in the hospital. Within a day, the respiratory symptoms developed. The polymerase chain reaction of cerebrospinal fluid (CSF) was positive for COVID-19. The analysis of CSF and findings of chest computed tomography scan revealed that the case was infected with meningitis induced by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and pneumonia.

Conclusions: It has been reported that neurological symptoms of COVID-19 can appear earlier than other symptoms. To the best of our knowledge, few articles have represented COVID-induced meningitis. This case study reported the first case of meningitis induced by SARS-CoV-2 in Iran.

Introduction: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) emerged in December 2019 in China and caused a catastrophic pandemic in 2020. Significant manifestations of COVID-19 are related to the respiratory system; however, other organs, such as the brain and heart, can also be involved..

Case presentation: A 44-year-old-male was hospitalized in our referral emergency center due to being febrile and dizzy. He experienced five episodes of convulsion in the hospital. Within a day, the respiratory symptoms developed. The polymerase chain reaction of cerebrospinal fluid (CSF) was positive for COVID-19. The analysis of CSF and findings of chest computed tomography scan revealed that the case was infected with meningitis induced by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and pneumonia

Conclusions: It has been reported that neurological symptoms of COVID-19 can appear earlier than other symptoms. To the best of our knowledge, few articles have represented COVID-induced meningitis. This case study reported the first case of meningitis induced by SARS-CoV-2 in Iran.

SARS-CoV-2, Meningitis, Fever, Confusion, Convulsion

مدیریت TTP (Thrombotic thrombocytopenic purpura) در تریمستر سوم حاملگی : یک گزارش موردی
منصوره یزدخواستی*^۱، مریم هاشم نژاد^۲
۱-دکترای تخصصی بهداشت باروری و جنسی، عضو هیئت علمی گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز
۲-متخصص زنان و زایمان، فوق تخصص پریناتولوژی، عضو هیئت علمی گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

مقدمه: پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک (TTP)، یک بیماری همولیتیک میکرو آنژیوپاتیک است که در دوران بارداری با اکلامپسی، پره اکلامپسی، سندرم HELLP، کبد چرب حاد حاملگی، سندرم اورمیکهماتولیتیک و انعقاد منتشره داخل عروقی (DIC) تشخیص افتراقی دارد.

معرفی بیمار: خانم باردار ۳۵ ساله، گراوید- ۱، سن حاملگی ۳۸ هفته و ۳ روز، با شکایت از تهوع، استفراغ، افزایش وزن و فشارخون بالا ۱۴۵ سیستول و ۹۵ دیاستول (میلی متر جیوه)، و طبیعی بودن سایر علائم حیاتی، با افزایش وزن ۹ کیلوگرم در طی هفته اخیر و ادم +۳ در اندام تحتانی با عدم وجود خونریزی واژینال و انقباض رحمی و FHR طبیعی آزمایشات در بدو پذیرش به شرح جدول ذیل می باشد:

زمان	LDH	ALT	AST	BUN	Cr	PT	PTT	Hb	Hct	Proteinuria	PLT
بدو پذیرش	۲۴۹ ۹	۱۱۰	۱۴۲	۶۵	۰.۹	۱۴	۴۰	۶.۱ ۲	۱۹.۲	+۲	۱۴۰۰ ۰

همانطور که مشاهده می شود به دلیل فشارخون بالا، افزایش آنزیم های کبدی، همولیز و پلاکت پایین بیمار با شک به سندرم HELLP بستری شد. سولفات منیزیم بیا دوز اولیه ۴ gr و دوز نگهدارنده ۲ گرم در ساعت شروع شد. ۱۰ واحد پلاکت و ۴ واحد packcell کراس مچ و آماده شد. آزمایشات ۶ ساعت پس از بستری به شرح ذیل می باشد

زمان	LDH	ALT	AST	BUN	Cr	PT	PTT	Hb	Hct	Proteinuria	PLT
۶ ساعت	۲۸۰۰	۱۱۳	۱۱۴	۴۳	۱.۱	۱۵	۵۸	۱۰.۵	۳۰.۸	۰	۳۰۰۰

چکیده مقالات سخنرانی محور مامایی

زمان	LDH	A L T	A S T	B U N	Cr	P T	P T	H b	H C t	Proteinuria	PLT
۶ ساعت بعد از پذیرش	۲۸۰۰	۱	۱	۴				۵	۱		۳۰۰۰
		۳	۸					۵	۸		

بعد از دریافت ۲ واحد پک سل و ۱۰ واحد پلاکت بیمار تحت بیهوشی عمومی (به علت ترومبوسیتوپنی) سزارین اورژانسی قرار گرفت. نوزاد پسر ترم به ظاهر سالم به وزن ۳۱۰۰ به دنیا آمد و بیمار به ICU منتقل شد.

زمان	LDH	A L T	A S T	B U N	Cr	P T	P T	H b	H C t	Proteinuria	PLT
۶ ساعت پس از سزارین	۳۸۰۰	۱	۱	۵	۷			۴	۱		۵۵۰۰۰
		۴	۵	۵				۲			

نوزاد پسر ترم به ظاهر سالم به وزن ۳۱۰۰ به دنیا آمد و بیمار به ICU منتقل شد. در معاینه پس از رایمان رحم منقبض، ۲ انگشت زیر ناف و بیمار خونریزی واژینال نداشت. علائم حیاتی و فشارخون ۶/۱۱ (نرمال) و بیمار هوشیار بود. در سونو اورژانس شکم، لگن و کبد همه چیز نرمال بود. برای اصلاح آنمی ۴ واحد پک سل دریافت شد.

جهت افتراق سندرم HELLP با TTP لام خون طبیعی، همولیز و قطعه قطعه شدن اریتروسیت ها + شیسیتوسیتوز (۵ درصد) گزارش شد. تعداد رتیکولوسیت ها و گلبول های قرمز هسته دار افزایش یافت. میزان LDH باز افزایش یافت و غلظت HB کاهش یافت. با توجه به آنمی همولیتیک و ترومبوسیتوپنی + شیسیتوسیت تشخیص TTP محرز گردید. بدین منظور کاتتر ورید ژوگولار برای بیمار گذاشته شد و پلاسما فرز روزانه شروع شد. ۲۴ ساعت بعد از شروع درمان با پلاسما فرز LDH= 2500، AST=120 و ALT=96 رسید.

نتیجه گیری: TTP در سیر سندرم HELLP بایستی مد نظر قرار گیرد. در بیمار مذکور، علائم نورولوژیک و کلیوی نداشت. جهت تشخیص TTP گرچه اندازه گیری ADAMIS_13 است ولی در حال حاضر اندازه گیری آن به طور روتین وجود ندارد با این حال وجود شیسیتوسیت در لام خون محیطی + علائم بالینی پاراکلینیکی، آنمی همولیتیک مطرح کننده آن است. در درمان آن پلاسما فرز به عنوان درمانی موثر استفاده می شود. بنابراین پیشنهاد می شود زمانی که از نظر بالینی و آزمایشگاهی شک قوی به آن وجود دارد، درمان با پلاسما فرز شروع شود.

گزارش یک مورد هم پوشانی علائم آپاندیسیت حاد با تورشن تخمدان در خانم باردار

مهسا خوشنام راد^۱، مینا عطایی^۲، پیمان نقدی دورباطی^{۳*}

دکترای تخصصی سلامت باروری، عضو گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، البرز

استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی البرز، البرز، کرج

دانشجوی دکترای تخصصی سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس، تهران ایران و ماما مسئول بخش زنان، مجتمع

آموزشی، درمانی حضرت علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج

چکیده:

مقدمه: در دوران بارداری تغییراتی در فیزیولوژی و آناتومی بدن خانم و آزمایشات وی روی می‌دهد که تشخیص بالینی برخی از بیماری‌های داخلی و جراحی را دشوار می‌کند. یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین این موارد آپاندیسیت است. در این مطالعه موردی از درد شکم به علت تورشن تخمدان گزارش شد که تظاهرات آن مشابه آپاندیسیت بود.

معرفی مورد: بیمار خانمی باردار ۳۰ ساله، ۲۵ هفته و ۴ روز با شکایت درد شکم در قسمت تحتانی راست (RLQ) و تهوع و استفراغ به درمانگاه مراجعه کرد. درد غیر پوزیشنال بود و از سه روز قبل شروع شده بود و به ناحیه پری امبیلیکال انتشار داشت. مادر بی‌اشتهایی و تب و استفراغ داشت. سابقه آلرژی و جراحی نداشت و تنها مکمل‌های دوران بارداری را مصرف می‌کرد. برای بیمار سونوگرافی انجام شد. شواهدی دال بر درگیری تخمدان یا آپاندیسیت مشاهده نشد. با توجه به علائم حاد و لکوسیتوز در آزمایش، بیمار با تشخیص آپاندیسیت به اتاق عمل فرستاده شد. در حین عمل جراح متوجه تورشن تخمدان سمت راست در حد گانگره شد و اوفورکتومی و سالپنژکتومی برای بیمار انجام شد.

بحث و نتیجه‌گیری: تشخیص تورشن تخمدان به ویژه در اوایل بارداری به علت علائم غیر اختصاصی آن دشوار است. ضروری است به احتمال تورشن تخمدان در فهرست تشخیص‌های افتراقی شکم حاد توجه کرد، زیرا عدم انجام اقدام جراحی به موقع نه تنها باعث آسیب دیدن بافت تخمدان می‌شود بلکه بارداری و حیات مادر را نیز تهدید می‌کند.

کلید واژه‌ها: آپاندیسیت، تورشن تخمدان، شکم حاد بارداری، تشخیص افتراقی

بررسی روند و پیامد بارداری در بیمار مبتلا به سکنه مغزی و پارگی کیسه آب زود هنگام: یک گزارش موردی

نویسندگان : زهرامهدوی (۱)، مریم هاشم نژاد (۲)

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، ماما، واحد توسعه و تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران *

۲. مریم هاشم نژاد، فوق تخصص پریناتولوژی، رئیس بیمارستان، واحد توسعه و تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: یکی از اختلالات نورولوژیکی که عملکرد قسمتی از بدن و درک فیزیکی از وضعیت بدن را تغییر می دهد؛ سکنه مغزی است، که عدم درمان به موقع آن می تواند عواقب زیادی را به همراه داشته باشد، همچنین پارگی زود رس کیسه آب با عوارض جنینی و مادری گسترده ای همراه است. از آنجا که درمان مناسب سکنه مغزی و مدیریت پارگی زود هنگام کیسه آب از اهمیت بالایی در جلوگیری از عوارض مادری و جنینی برخوردار است، بر آن شدیم تا روند درمانی و پیامد بارداری یک مورد بیمار با شرایط مشابه را مورد بررسی قرار دهیم.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۴۴ سال $GA=23W+6D$ ، $G6P2Ab3L2$ با شکایت عدم توانایی حرکت اندام های سمت چپ بدن مراجعه نمود، بیمار دارای سابقه تشنج، سکنه مغزی و دیابت بود. پس از پذیرش بیمار در بخش مراقبت های ویژه طی اقدامات تشخیصی اولیه CVA تشخیص داده شد. ۸ روز پس از بستری علائم پارگی زود رس کیسه آب داشته که پس از مثبت شدن آمینوشور به بخش زنان ۲ انتقال یافت. به دلیل عدم رضایت به ختم بارداری تحت مراقبت تیم پزشکی مشتمل بر پزشک زنان، پریناتولوژیست، داخلی، نورولوژیست و قلب قرار گرفت. در طی دوران بستری دستورات دارویی پزشکان و اقدامات تشخیصی از جمله سونو جهت تشخیص AFI، آزمایشات CBC و CRP برای وی اجرا می شد. سرانجام ۲۷ روز پس از بستری به دلیل شروع علائم لکه بینی به زایشگاه انتقال یافت. با شدت گرفت علائم با تشخیصی دکولمان به صورت سزارین اورژانسی ختم داده شد. نوزاد وی با آپگار ۶ و وزن ۱۲۵۰ به NICU انتقال یافت.

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاصل از بررسی مطالعه فعلی نشان داد که درمان همه جانبه با تیم پزشکی جامع برای بیمار با شکایت سکنه مغزی و پارگی کیسه آب که دارای سوابق نورولوژیک و دیابتیک است، می تواند پیامد بارداری نسبتاً مطلوبی را در پی داشته باشد. از مهمترین نکته این مطالعه در نظر داشتن، تیم پزشکی جامع و بیمارستان مجهز به تیم احیای نوزاد و NICU جهت درمان این نوع بیماران است.

کلید واژه: سکنه مغزی، بارداری، پارگی زود هنگام کیسه آب، پیامد بارداری

شکستگی استخوان فمور نوزاد با پرزانتاسیون بریج حین سزارین : عارضه ای نادر اما محتمل

دکتر فاطمه جنانی^۱ * ، دکتر حدیث سوری نژاد^۱ ، سارا مسعودی^۲

۱. بهداشت باروری ، گروه مامایی ، دانشکده پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی لرستان ، ایران

۲. دانشجوی پزشکی ، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی لرستان ، ایران

مقدمه : شکستگی استخوان فمور نوزاد طی زایمان نادر است و بروز آن در ۰.۰۷۷ تا ۰.۱۳ در هر ۱۰۰۰ زایمان گزارش شده است. سزارین انتخابی روش ایمن ختم بارداری در نمایش بریج جنین، می باشد و میزان تروماهای نوزادی را کاهش میدهد، در موارد نادر کشش جنین حین خروج طی سزارین با افزایش خطر شکستگی فمور همراه است.

معرفی بیمار : نوزاد پسر با وزن ۳۷۸۰ گرم از یک بارداری ۳۸ هفته و ۵ روز بدلیل پرزانتاسیون بریج به روش سزارین متولد گردید. کبودی وتورم ران راست نوزاد همراه با درد و حساسیت در لمس، طی روز دوم تولد مشاهده گردید. با انجام سونوگرافی و رادیوگرافی اندام تحتانی ، شکستگی و در رفتگی استخوان فمور راست تشخیص داده شد. بلافاصله نوزاد به بخش مراقبتهای ویژه نوزادان منتقل و توسط پزشک ارتوپد معاینه. و نوزاد تحت آتل کوتاه پا ، کشش و بیحرکت نگه داشتن پا قرار گرفت. ارزیابی سه ماه بعد از درمان ، بهبودی بدون عارضه استخوان فمور راست را در نوزاد نشان داد.

بحث و نتیجه گیری : احتمال بروز تروماهای نوزادی از قبیل شکستگی فمور در حین سزارین نادر ولی غیر ممکن نیست مدیریت زود هنگام و مراقبت از نوزاد بویژه در صورت وجود سزارین های چالش برانگیز و عوامل خطر از قبیل جنین درشت ، نمایش بریج امری ضروری است. در صورت وجود علائم غیر طبیعی در نوزاد ، معاینه بالینی کامل و مشاوره مناسب ارتوپدی کودکان مفید خواهد بود. این شکستگی ها پیش آگهی نسبتاً مطلوبی دارند و در صورت بی حرکتی کاملاً بهبود می یابند.

کلید واژه ها : سزارین ، نمایش بریج ، تروما ، شکستگی ، فمور

Important of early diagnosis in Methanol Toxicity

1. HOORVASH FARAJI DANA*: Assistant Professor, Fellowship of Clinical Toxicology, Kosar Hospital, Emergency Department, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
2. LIDA SHOJAEI ARANI: Assistant Professor, Fellowship of Clinical Toxicology, Kosar Hospital, Emergency Department, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3. AKRAM SADAT RAZAVIZADEH: Department of Emergency Medicine, Kosar Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
4. ALI FARAJI: Student in Medical Sciences, Student Research Committee, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
5. HANIEH TOGHROLI: Student in Medical Sciences, Student Research Committee, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Introudaction: Methanol can cause many acute complications when ingested, either intentionally or accidentally. One rare complication is cerebral hemorrhage, which can present with focal neurologic deficits, decreased consciousness, and fixed, dilated pupils. With vigilant monitoring of patients in the acute period of toxicity, rapid identification, and initiation of treatment, outcomes can potentially be improved in these patients. This case illustrates the importance of early diagnosis of methanol intoxication in outcome of the patient.

Case Report : A 62-year-old man complaining of abdominal pain, loss of consciousness and hypertension with a history of alcohol consumption 2 days ago presented to Rajaei hospital. There he was worked up for aortic dissection. In echocardiography dilation in aorta was reported and ejection fraction was 50-55%. He was admitted in CCU. Due to blurred vision and continued not justifiable loss of consciousness as well as alcohol consumption history beside acidosis in VBG as followed: pH: 7.21, PaCO₂: 13.8 mmHg and HCO₃: 5.6 mmol/L, toxicology consultation was done. As the acute cardiac problems were rolled out. Methanol intoxication came to mind and emergent hemodialysis was performed for 4 hours. After hemodialysis the VBG were: pH: 7.31, PaCO₂: 28.8 mmHg and HCO₃: 15 mmol/L. The patient referred to Kowsar hospital for more investigations. On admission he was intubated and vital signs were: BP: 99/71 mmHg (on dopamine), PR: 85. On physical examination pupils were mydriatic and non-reactive to light. Thus, brain CT scan was done.

Important of early diagnosis in Methanol Toxicity

Hypodense areas were reported on subcortical white matter of bilateral frontal, parietal and occipital lobes. Intracranial hemorrhage sized in 32*55 mm right in basal ganglia was observed. During admission in ICU, brain edema and Cushing reflex (PR:85, BP:189/107) was observed and unfortunately the patient became asystole on 4th day and despite CPR he expired.

Discussion: Although the exact mechanism of intracranial hemorrhage and necrosis following methanol intoxication remains uncertain, we know beyond doubt that it can progress rapidly and lead to severe and irreversible complications, so identifying and treating it immediately is essential. As in this case which initially was diagnosed as a cardiac patient and late methanol intoxication diagnosis caused hemorrhage.

Keywords: Intracranial Hemorrhages, Methanol intoxication, Renal Dialysis

A Case of Ethylene Glycol intoxication with Acute Renal Injury: Successful Recovery by Renal Replacement Therapy

1. LIDA SHOJAEI ARANI: Assistant Professor, Fellowship of Clinical Toxicology, Kosar Hospital, Emergency Department, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
2. HOORVASH FARAJI DANA: Assistant Professor, Fellowship of Clinical Toxicology, Kosar Hospital, Emergency Department, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3. **AKRAM SADAT RAZAVIZADEH**: Department of Emergency Medicine, Kosar Hospital, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
4. ALI FARAJI: Student in Medical Sciences, Student Research Committee, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
5. HANIEH TOGHROLI: Student in Medical Sciences, Student Research Committee, School of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Introudaction : Ethylene glycol (EG) is a sweet-tasting, odorless organic solvent found in many agents, such as anti-freeze. EG is composed of four organic acids: glycoaldehyde, glycolic acid, glyoxylic acid and oxalic acid in vivo. These metabolites are cellular toxins that can cause cardio-pulmonary failure, life-threatening metabolic acidosis, central nervous system depression, and kidney injury. This case illustrates the importance for clinicians to be careful about ethylene glycol complications and their management.

Case report: A 28-year-old male patient was admitted to the emergency room of Shariati hospital with impaired consciousness after ingesting antifreeze incidentally about 18 h earlier. At the time of admission, the patient had a blood pressure of 120/80 mmHg, pulse rate of 80 beats/min, and respiration rate of 19 breaths/min at the time of admission; his body temperature was 37°C and SpO₂ was 98% in room air. He showed signs of acute illness and presented with lethargic consciousness and restlessness in addition to weakness, dizziness, vomiting and abdominal pain. He had a history of smoking and alcohol consumption. On physical exam, the pupils were dilated and reactive to light and no other specific findings were found. The initially venous blood gas analysis (VBG) on Shariati hospital results showed: pH 7.21, PaCO₂ 30.2 mmHg, PaO₂ 18 mmHg, bicarbonate 12.2 mmol/L...

Serum biochemical analysis showed sodium 141 mEq/L, calcium 8.3 mg/dL, phosphorus 3.3 mg/dL, potassium 4 mEq/L, glucose 101 mg/dL, blood urea nitrogen (BUN) 58 mg/dL, creatinine 1.3 mg/dL, CPK 447 U/L, ALT 37 U/L, AST 32 U/L, WBC 7700 /mm³, Hb 13.2 mg/dl, Platelet 149000 /mm³. Electrocardiogram findings showed normal sinus rhythm with a heart rate of 85 beats/min. Urinalysis was normal with no proteinuria and hematuria

According to initial metabolic acidosis hemodialysis was performed then VBG results showed: pH 7.33, PaCO₂ 31 mmHg, bicarbonate 16.5 mmol/L. As ethylene glycol toxic metabolites including glycolaldehyde, glycolate, glyoxylate, and oxalate can cause metabolic acidosis with high anion gap and calcium oxalate crystal formation and hypocalcemia resulting in Acute Renal Injury, serial kidney function tests were done. (Table 1) Kidney ultrasonography showed Increased echogenicity of the kidney parenchyma and corticomedullary differentiation in addition to mild fluid collection around spleen. He gradually became oliguric and anuric. Nephrology consultation started hemodialysis every day for 2 hours each time after several times of hemodialysis the patient was awake and aware and vital signs were stable, he had no neurologic defects and he discharged.

Discussion: The role of various EG metabolites in producing the kidney injury have been widely debated over the years. the possibility of ethylene glycol poisoning should be considered when a patient presents with a significantly elevated osmolar gap, high anion gap metabolic acidosis, impaired consciousness, and renal dysfunction. Furthermore, minimizing the toxic effects of metabolites through aggressive treatment within a short period will help prevent kidney failure and death.

Keywords:

Ethylene glycol intoxication, Acute tubular necrosis, Hemodialysis

مرگ خانم ۱۸ ساله دارای زخم فاشیته نکروزان به دنبال سندروم شوک توکسیک استرپتوکوکی (STSS)

داریوش شیری* (۱)، جواد قربانی (۲)، مهدیه السادات میرزائیان (۳)، سارا پارسایی (۴)، هومن سوری (۵)

داریوش شیری، متخصص طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 جواد قربانی، کارشناس پرستاری، سوپروایزر اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 مهدیه السادات میرزائیان، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 سارا پارسایی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 هومن سوری، کارشناس فوریت‌های پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه / بیان مساله : عفونت ناشی از استرپتوکوک باعلائم بالینی هیپرترمی، هیپوولمی، اختلال عملکرد ارگان‌های متعدد، فاشیته نکروزان، درد غیر متناسب با معاینات فیزیکی، اختلال بیوشیمی و ABG و تغییرات سطح هوشیاری است و مورتالیتی بالای ۸۰ درصد، از آن گزارش شده است. ضعف سیستم ایمنی، بیماری‌های متابولیک و لوسمی‌ها، فرد را در معرض خطر ابتلای بالاتری به این سندروم قرار می‌دهد. تشخیص و مداخله فوری، از مورتالیتی آن می‌کاهد.

معرفی بیمار : مددجو خانم ۱۸ ساله، حدود ۵ روز قبل، به دنبال بیدار شدن از خواب با رینوره، متوجه گزش توسط یک حشره در ساعد دست راست می‌شود. در ۲۴ ساعت اولیه بعد از گزش، دچار ضعف و بی‌حالی پیش‌رونده شده و با مراجعه به مرکز درمانی تحت سرم‌تراپی قرار گرفته و ترخیص می‌شود. با گذشت سه روز از مراجعه اول، بهبودی حاصل نشده و حال عمومی بیمار وخیم‌تر می‌گردد. در ساعت ۲۲:۳۰ توسط EMS به مرکز درمانی دوم منتقل می‌شود V/S بدو پذیرش HR:150/min، BP:85/45، T: 39، GCS:12/15 بوده و زخم نکروزه‌ای به ابعاد ۳۰ در ۳۰ میلی‌متر در ساعد دست راست به همراه تغییر رنگ در اندام و درد شدید با نمره ۸/۱۰ ثبت گردید. بلافاصله با تشخیص اولیه STSS و فاشیته نکروزان، بستری و پروتکل درمانی با اولویت احیای حجم مایعات، حمایت تنفسی، دبریدمان جراحی و آنتی‌بیوتیک‌تراپی با نظر متخصص عفونی اجرا شد و بیمار در کمتر از ۴۵ دقیقه جهت دبریدمان به اتاق عمل منتقل شد. با توجه به Wbc:132,000 و Hb:3.8، بیمار حین و بعد از عمل جراحی ۳ واحد پیکسل و ۸ واحد پلاکت دریافت نمود.

آمفی‌زم زیرجلدی در CT scan، فاشیته نکروزان، Bun:43.4 و Cr:4.28 و Plt:40,000 و اختلالات CBC و لام خون، که خبر از ابتلای بیمار به آنمی سرکوب‌استخوان می‌داد، یافته‌های تشخیصی پاراکلینیکی بیمار بود. بیمار یک نوبت در ساعت ۵:۳۰ و بار دیگر ساعت ۷:۳۰ دچار ارست قلبی تنفسی شد و متأسفانه احیا نوبت دوم موفقیت‌آمیز نبود و بیمار اکسپایر شد.

بحث و نتیجه گیری :

سندرم STSS (و فاشیت نکروزان ایجاد شده بدن بال آن) یک موجودیت بالینی بسیار شدید با میزان مرگ و میر بالا است که استراتژی‌های مدیریت و درمان شامل: تشخیص سریع، احیا (مایع درمانی و ساپورت تنفسی)، برداشتن منبع عفونت، دبریدمان جراحی زخم و حذف تامپون در (TSS)، انتخاب آنتی بیوتیک مناسب، درمان کمکی (کلیندامایسین و ایمونوگلوبولین داخل وریدی) و در نهایت بررسی سیر پیشرفت به کاهش نرخ مرگ و میر کمک می‌کند. نمونه ارائه شده، گواهی بر لزوم پیشگیری از این عفونت و مداخله سریع در صورت بروز علائم مربوطه می‌باشد، بنابراین مانیاز به سوختن شدید به این سندرم را به ویژه در بیمارانی دیابتی و نیز زمینه ای (AML) که با ضایعات پوستی مراجعه می‌کنند را جهت حفظ زندگی بیمار برجسته می‌کنیم.

کلید واژه‌ها: شوک توکسیک استرپتوکوکی، فاشیت نکروزان، لوسمی، مورتالیتی

مدل پنیر سوئیسی (خطای پزشکی)

نویسندگان: محمدرضا مقصودی* (۱) مریم فدایی دشتی (۲)

۱-۲ متخصص طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

چکیده: بیمار خانم ۲۸ ساله با شرح حال تشنج مکرر طی یک ساعت قبل از مراجعه، تحت اقدامات تشخیصی و درمانی قرار میگیرد که به نظر در انتخاب اندیکاسیون‌ها، تصمیمات بالینی و پیگیری‌های لازم دارای خطاهای قابل توجه بوده و از نظر بازبینی و آموزش حرفه‌ای دارای ارزش طرح میباشد

مقدمه/ بیان مساله: در بیماران مراجعه کننده با تشنج، در خصوص مدیریت راه هوایی و شرایط بیمار و همچنین مراقبت‌های ایشان، توجه به شرایط کلی بیمار، توجه به حالت post ictal و انجام اقدامات ضروری و اجتناب از تحمیل درمان غیر ضروری و مانیتورینگ بیمار پس از هر اقدام و ارزیابی و واکنش به موقع بسیار حائز اهمیت میباشد. خطای پزشکی غیر قابل اجتناب بوده اما توجه به رخداد و واکنش به موقع در تامین ایمنی بیمار و اصلاح فرایند درمان بسیار دارای اهمیت است

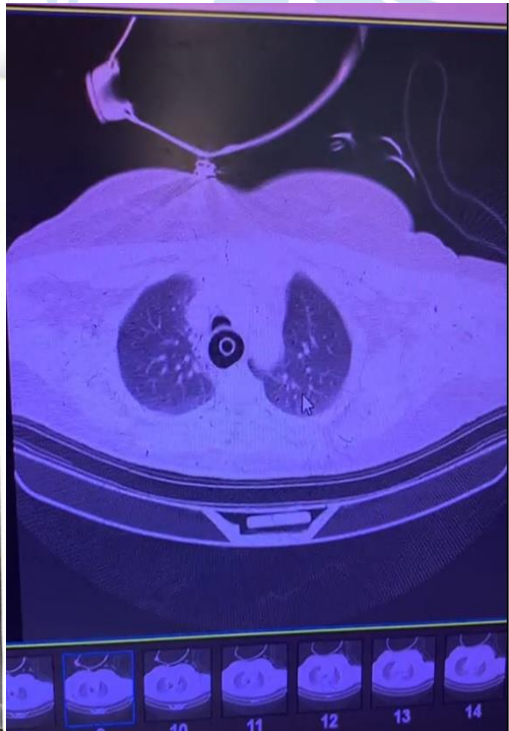
معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۸ ساله، با سابقه مشکلات شناختی و تشنج که تحت درمان با دپاکین بوده است. با شرح حال سردرد و گیجی از دو روز قبل و تهوع از صبح مراجعه که یک نوبت تشنج در ساعت ۱۲ داشته و در ساعت ۱۵ به مدت یک ساعت چندین نوبت تشنج تونیک کلونیک جنرالیزه را تجربه نموده است توسط EMS به بیمارستان منتقل میشود. در بدو ورود فشار خون و ضربان در حد نرمال و سطح هوشیاری ۱۰ و سچوریشن اکسیژن ۹۰ داشته است. بیمار در اتاق احیا با ثبت علت افت اکسیژن و هوشیاری تحت انتوباسیون قرار میگیرد. ساعتی بعد به علت دیستانسیون شکم و تندرنس (!! در بیمار غیر هوشیار و تحت سداسیون و ونتیلاسیون مکانیکی)، مشاوره جراحی میشود. جراح بدون ویزیت بر بالین و بدون توجه به شکایت اصلی بیمار در خواست مشاوره مجدد پس از انجام سی تی با کنتراست شکم و تصمیم اولیه بر جراحی با تشخیص انسداد را طرح مینماید. سچوریشن بیمار در پرونده ۹۲ درصد ذکر شده است. توسط سرویس نورولوژی با تشخیص استاتوس و کاهش هوشیاری درخواست مشاوره بیهوشی و بستری در بخش ویژه میشود. متخصص بیهوشی با توجه به علت درخواست مشاوره که انتقال به بخش ویژه بوده و در آن زمان تخت خالی موجود نبوده است با تاخیر ۲.۵ ساعته و صرفاً با نیت تکمیل مشاوره بر بالین حاضر میشود. تا این لحظه بیمار مدت ۵ ساعت تحت تهویه مکانیکی بوده است. در ارزیابی بیهوشی، خطای لوله گذاری داخل مری رویت و اصلاح میشود. بیمار در بخش بستری و پس از ۴ روز هوشیار و تحت درمان تشنج میباشد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور طب اورژانس و مسمومیت

بحث و نتیجه گیری : در هر بیمار انجام هر اقدام تشخیصی، درمانی، حمایتی (همچون حمایت تنفسی) میبایست با لحاظ دقیق اندیکاسیون ها و همچنین شرایط بالین هر بیمار صورت گیرد. انجام انتوباسیون در بیمار با سچوریشن ۹۰ و هوشیاری ۱۰ که حتی پس از انتوباسیون خطا و علی رغم دیستانسون شدید شکمی با تلاش تنفسی خود بیمار زیر سداسیون ، سچوریشن ۹۲ را تامین نموده است جای ارزیابی مجدد دارد . عدم ارزیابی مکرر بیمار پس از انتوباسیون و عدم توجه به رخداد عارضه یا یافته جدید غیر مرتبط با شرح حال اولیه و بررسی علت رخداد آن نیز حائز توجه است. عدم ویزیت بر بالین در مشاوره جراحی و طرح تشخیصی درمانی بدون توجه به شکایت اصلی بیمار نیز چنین میباشد. عدم انجام مشاوره بیهوشی در بیمار کریتیکال در زمان استاندارد نیز قابل تامل است . در مجموع به وضوح رویت میشود که یک خطای اولیه در کنار کم توجهی و خطاهای پسامد آن میتواند بیمار را دچار عارضه های جدی و گاهی غیر قابل جبران نماید.

کلید واژه‌ها: انتوباسیون، مانیتورینگ صحیح، خطای پزشکی



گزارش یک مورد سندرم نورولپتیک بدخیم (NMS)

دکتر نوید خسروی، سم شناسی بالینی، مسمومیت و پزشکی قانونی، علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده: بیمار آقای ۲۷ ساله که به دنبال ضعف و بی حالی و توهم و با شرح حال خوردن تعدادی قرص آلپرازولام و مصرف مزمن آلپرازولام به اورژانس آورده شد. در بدو ورود تاکی کارد بود و ارتباط کلامی محدود برقرار می کرد. یک روز پس از بستری بیمار بدون دلیل اقدام به درآوردن پیراهن خود می کرد. روز دوم بستری بیمار دچار بی اختیاری ادرار و بی ربط گویی شد. روز چهارم ترمور و ریجیدیتی بصورت چرخ دنده ای برای وی شروع شد. روز پنجم بیمار سفتی عضلانی لوله سربی پیدا کرد و تب ۳۸.۱ درجه داشت. بیمار به دنبال کاهش سطح هوشیاری اینتوبه و به ای سی یو منتقل شد. در طی بستری سی تی اسکن و MRI از مغز، بررسی مایع مغزی نخاعی و آنتی بیوتیک‌های مروپنم و وانکومايسين و بنزودیازپین برای بیمار تجویز شد. در نهایت با توجه به سیر بیماری و عدم پاسخ به درمانهای انجام شده، سندرم نورولپتیک بدخیم (NMS) برای بیمار مطرح و بیمار با دریافت دیازپام، دانترولن و بروموکریپتین پس از چند روز بهبود یافت.

کلید واژه‌ها: سندرم نورولپتیک بدخیم، NMS، سندرم سروتونین، بروموکریپتین، دانترولن

گزارش یک مورد عوارض ریوی به دنبال خوردن نفت

دکتر نوید خسروی، سم شناسی بالینی، مسمومیت و پزشکی قانونی، علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده :

هیدروکربن ها شامل آلیفاتیک، آروماتیک، و هالوژنه می باشند. نفت جزو هیدروکربنهای آلیفاتیک با زنجیره متوسط (۵-۱۹ کربن) است که به علت ویسکوزیته کمتر از ۶۰ ریسک بالای آسپیراسیون به دنبال بلع را دارد. آسپیراسیون نفت می تواند منجر به پنومونیت شیمیایی، ادم ریه، سرفه، دیس پنه، gasping، سوختگی دهان و یا chocking شود. بیمار آقای ۶۶ ساله ای است که به علت خوردن یک لیوان نفت که به دنبال آن دو نوبت استفراغ کرده بود به اورژانس بیمارستان مراجعه کرد. در بدو ورود از تهوع، سرگیجه شکایت داشت، علائم حیاتی اش پایدار بود و $O_2sat=96\%$ داشت. سمع ریه ها در بدو ورود clear بود، درد شکم و دسترس تنفسی نداشت و معاینات نورولوژیک بیمار نرمال بود. در آزمایشات اولیه لکوسیتوز $WBC=16400$ و CRP منفی و $ESR=40$ داشت. یک روز پس از بستری دچار تب 38.5 درجه شد که برایش Spiral Lung CT Scan انجام و با تشخیص aspiration pneumonia، سفتریاکسون و کلیندامایسین تزریقی و قرص NAC شروع شد. در روز چهارم بستری بیمار مجدداً تب دار شد و آنتی بیوتیکهای دریافتی بیمار به تازوسین و کلیندامایسین تبدیل شد و ناپروکسن و برومهگزین نیز اضافه شد در مشاوره ریه تشخیص پنومونی آسپیراسیون به همراه پنومونیت شیمیایی برای وی داده شد. با ادامه درمانهای فوق طی جمعا یک هفته حال عمومی بیمار بهبود مناسبی یافت و بیمار با ادامه درمان دارویی خوراکی مرخص شد.

کلید واژه‌ها: مسمومیت، نفت، پنومونیت، پنومونی

چالش مدیریت بول ریوی فشارنده در شرایط اورژانس

مأذنه اثناعشری امیری، علی بیداری

متخصص طب اورژانس، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مرکز تحقیقات مدیریت اورژانس، پژوهشکده مدیریت سلامت، تهران، ایران

متخصص طب اورژانس، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مرکز تحقیقات مدیریت اورژانس، پژوهشکده مدیریت سلامت، تهران، ایران

مقدمه/ بیان مسأله: بیماران با بیماری ریوی انسدادی ریه مستعد ابتلا به بول ریوی آمفیژماتو حجیم هستند، بول ریوی حجیم در این بیماران ممکن است به بول ریوی فشارنده تبدیل شده یا با پنوموتوراکس فشارنده عارضه‌دار شود. درمان این دو تشخیص با هم متفاوت است و دستورالعمل‌ها در مورد مدیریت بیماران با بول ریوی فشارنده واضح نیستند.

معرفی بیمار: آقای میان‌سالی، مورد شناخته شده بیماری انسداد مزمن ریه، با شکایت اصلی تنگی نفس شدید به بخش اورژانس مراجعه کرد. در هنگام مراجعه، بیمار در دیسترس تنفسی شدید بود و بر اساس سونوگرافی ریه، گرافی قفسه سینه و شرایط بالینی، دو تشخیص مهم بول ریوی آمفیژماتوی فشارنده و پنوموتوراکس فشارنده مطرح شد. (شکل ۱) درمان پنوموتوراکس فشارنده توراکوستومی سوزنی و سپس تعبیه چست تیوب است که در بول ریوی کنترااندیکاسیون نسبی دارد. بولکتومی درمان انتخابی بول ریوی حجیم است اما دستورالعمل‌ها در مورد مدیریت بیماران با بول ریوی فشارنده با شرایط بالینی ناپایدار به خوبی توصیف نشده است. با توجه به نیاز به افتراق این دو تشخیص سی‌تی‌اسکن قفسه سینه انجام شد که تایید کننده تشخیص بول ریوی فشارنده بود. مشاوره جراح توراکس انجام شد و به دلیل وجود تنگی نفس شدید و نیاز به درمان فوری، تصمیم به تعبیه چست تیوب گرفته شد که با بهبود سریع تنگی نفس و بهبود وضعیت بالینی بیمار همراه بود، اما دو روز بعد حباب‌های هوای فراوان در محفظه چست تیوب دیده شد که مطرح کننده ایجاد فیستول برونکوپلورال بود و به این علت بیمار کاندید توراکتومی شد. (شکل ۲)

بحث و نتیجه گیری: این بیمار چالش متخصصین اورژانس و جراحان را در تشخیص و مدیریت این علت نادر تشدید حاد تنگی نفس، یعنی بول ریوی فشارنده نشان می‌دهد و نیاز به وجود دستورالعمل‌های مشخص در چنین مواردی را یادآوری می‌کند. استفاده از کتترهایی با قطر کم جهت جلوگیری از ایجاد فیستول برونکوپلورال می‌تواند یک پیشنهاد باشد.

مت هموگلوبینی ناشی از استفاده موضعی از ژل زایلویی

مأده اثناعشری امیری *متخصص طب اورژانس، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران مرکز تحقیقات مدیریت اورژانس، پژوهشکده مدیریت سلامت، تهران، ایران

فاطمه محمدی متخصص طب اورژانس، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران مرکز تحقیقات مدیریت اورژانس، پژوهشکده مدیریت سلامت، تهران، ایران

مقدمه / بیان مساله : استفاده از بی‌حس‌کننده‌های موضعی گروه آمید مانند لیدوکائین و پریلوکائین بدون عارضه به نظر می‌رسد ولی در مواردی، مانند استفاده از حجم زیاد آن‌ها در سطوح وسیع، عوارض مسمومیت سیستمیک مانند عوارض مغزی، قلبی و به طور نادرتر مت‌هموگلوبینمی ممکن است دیده شود.

معرفی بیمار : بیمار خانم جوانی است که با شکایت از تشنج به اورژانس آورده شده است. در شرح حال گرفته شده بیمار در کلینیک لیزر، کمی بعد از استفاده موضعی از ۸ عدد ژل زایلویی که حاوی ۶ گرم لیدوکائین و ۶ گرم پریلوکائین است، جهت بی‌حسی موضعی دچار تشنج شده بود. در هنگام ویزیت در اورژانس شرایط بالینی بیمار پایدار بود و تنها از ضعف و سرگیجه شکایت داشت. علائم حیاتی نرمال بود، بجز اشباع اکسیژن ۸۳٪ که با دریافت اکسیژن به ۸۸٪ رسید. با شک به بروز علائم مسمومیت سیستمیک با ژل زایلویی و مت‌هموگلوبینمی تصمیم به اندازه‌گیری میزان اکسی‌هموگلوبین خون با استفاده از کواکسیمتر گرفته شد که در دسترس نبود. بنابراین از سچوریشن گپ که تفاوت میان میزان سچوریشن خون شریانی و میزان سچوریشن شده توسط پالس اکسیمتر است، برای تایید تشخیص استفاده شد. در این زمان آزمایش ABG میزان اشباع اکسیژن خون را ۹۹ درصد گزارش کرد در حالیکه پالس اکسیمتر سچوریشن ۸۸ را نشان می‌داد. با توجه به این تفاوت تشخیص مت‌هموگلوبینمی تایید شد. در نهایت به علت در دسترس نبودن متیلن بلو، درمان انتخابی مت‌هموگلوبینمی، بیمار تحت درمان با اکسیژن قرار گرفت و بعد از ۴۸ ساعت با حال عمومی خوب ترخیص شد.

بحث و نتیجه گیری : پریلوکائین عوارض مسمومیت سیستمیک کمتری نسبت به سایر آمیدها دارد اما به علت احتمال بالای بروز مت‌هموگلوبینمی استفاده از آن محدود شده است. هر پماد ۳۰ گرمی زایلویی محتوای ۷۵۰ میلی گرم لیدوکائین و ۷۵۰ میلی گرم پریلوکائین است بنابراین احتمال بروز علائم سیستمیک مسمومیت در استفاده از بی‌حس‌کننده‌های موضعی گروه آمید باید در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: مسمومیت با زایلویی، مت‌هموگلوبینمی، سچوریشن گپ

Prosthetic rehabilitation with over denture and removable prosthesis a 12-year-old male patient with Ectodermal Dysplasia: a case report.

(۱) پارسا مهری نژاد (۲) خشایار غضنفری (۳) بهاره عبدالعلی

رشته دندانپزشکی، پروتز، دانشکده دندانپزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده : اکتودرمال دیسپلازی یک اختلال ارثی نادر است که بر دندان‌ها، موها، ناخن‌ها، و غدد عرق تأثیر می‌گذارد. این اختلال ممکن است به صورت ناهنجاری‌های منفرد یا به عنوان بخشی از یک سندرم ظاهر شود و شامل دیستروفی‌های رشدی در ساختارهای اکتودرمی می‌شود. تظاهرات دهانی این اختلال شامل هیپودنشيا، اولیگودنشيا، آنودنتیا، میکرودنشيا و دندان‌های مخروطی است که بر عملکرد جویدن، بلع، و گفتار تأثیر منفی دارد.

یک بیمار مذکر ۱۲ ساله با این اختلال و علائمی از جمله الیگودنشيا، زروستومیا، ویژگی‌های رنگدانه‌ای اطراف چشم، موی سر نازک، ابروهای کم پشت، و صورتی تخت با لب‌های برجسته به کلینیک دندانپزشکی مراجعه کرده است. در معاینه داخل دهانی، دندان‌های peg shape در فک بالا و ریج knife edge بی دندان در فک پایین مشاهده شدند. درمان این بیمار قبل از ۸۱ سالگی اغلب بصورت پروتزهای موقت اکریلی یا ترنزیشنال تا بعد از بلوغ می‌باشد. در این بیمار به دو فاز تقسیم شد. فاز اول شامل درمان موقت تا سن ۱۸ سالگی با ایمپلنت‌های پایه‌ای اوور دنچر برای مندیبل و پروتزهای موقت برای ماگزینا است. زیرا امکان قراردادی پروتز اکریلی در فک پایین با توجه به شدت تحلیل وجود نداشت و فاز دوم که بعد از ۱۸ سالگی شروع می‌شود و شامل پیوند های استخوانی ایلپاک در ترکیب با GBR و ایمپلنت برای خلف فک بالا و روکش ثابت سرامیکی برای قدام ماگزینا می‌شود. همچنین، اوور دنچر مندیبل نیز نیاز به تعویض یا بازچینی دارد. درمان پروتزی این بیماران باعث تنظیم بعد عمودی، و حمایت از بافت‌های نرم صورت و تسهیل در جویدن و حفظ اعتماد بنفس نوجوانان مبتلا به اکتودرمال می‌شود. بررسی‌ها و درمان در دوره ۲ ساله منجر به رضایت بیمار در زمینه ظاهر و عملکرد دهان شده است. استفاده از ایمپلنت‌ها به بیمار امکان مدیریت آسان پروتزهای متحرک را می‌دهد و توانبخشی با این تکنیک انگیزه روانی بیشتری برای افراد زیر ۱۸ سال ایجاد می‌کند.

کلید واژه‌ها: اکتودرمال دیسپلازی، الیگودنشيا، پروتز متحرک، اوور دنچر، توانبخشی پروتز

Desmoplastic Fibroma in maxilla: A Rare Case Report Case with Review of Literature

Arezoo Aghakouchakzadeh*: Department of oral and maxillofacial pathology, School of dentistry, Alborz university of medical sciences, Karaj, Iran

Mostafa Mortazavi: Clinical Research Development Unit of the Dental school, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Arghavan Etebarian: Department of oral and maxillofacial pathology, School of dentistry, Alborz university of medical sciences, Karaj, Iran

Introduction: Desmoplastic fibroma is a rare, benign, and locally aggressive, but non metastasizing, tumor with connective tissue origin. It usually presents during the first three decades of life and clinically presents as a slow growing, painless swelling. In the maxillofacial region, the posterior mandible is the most commonly involved site. Clinical and radiographic features often suggest the diagnosis of DF, but definite diagnosis can only be made by histopathological examination.

Case Report: A 20-year-old female patient referred to the Department of Oral and Maxillofacial surgery, Alborz University of Medical Sciences, with an expansive mass with pain in the left side of posterior for the past 6 months. In extra-oral examination, clear asymmetry was observed. The panoramic view showed well defined radiolucent lesion in periapical area of left side of maxilla (Mesial area of first premolar to distal of third molar). According to radiographic view, odontogenic and bone lesions such as ameloblastoma and central giant cell granuloma were considered in differential diagnosis (Figure 1). Incisional biopsy of the lesion was done under general anesthesia and sent for histopathological examination. Microscopic examination revealed a proliferation of uniform, spindle cells distributed in compact interlacing fascicles showing herring-bone pattern and also disorganized fashion. The fibroblasts are plump but not atypical with absent mitoses (Figure 2). Based on clinical-radiographic and histopathologic features, desmoplastic fibroma was the final diagnosis. For treatment, an extensive segmental resection in addition to removal of involved surrounding soft tissues was done (Figure 3). Postoperative follow-up, there was no evidence of recurrence.

Discussion DF of bone is comparable with soft tissue fibromatosis or intraosseous counterpart of soft tissue fibromatosis. The most common symptom of DF of the jaw is presence of a painless swelling that causes facial asymmetry. Different treatment methods have been suggested for DF that are the source of controversy. Enucleation, curettage, resection, radiotherapy and chemotherapy are usual implemented treatment modalities. Most clinicians seem to favor surgical resection of the lesion with a wide margin, in order to avoid recurrence.

Keywords: Desmoplastic fibroma, Maxilla, Bone lesion, Jaw

Diagnosis of oral pigmented mucosal lesion

Arghavan Etebarian¹, Mostafa Mortazavi², Arezoo Aghakouchakzadeh¹

مقدمه/ بیان مساله :

Differential diagnosis of an oral pigmented lesion may include, reactive, traumatic, associated with systemic disease as well as neoplastic pathologies. A complete investigation of dental, medical and familial histories is necessary for accurate clinical diagnosis and in most cases, pathology and immunohistochemical studies may be essential for definite diagnosis.

معرفی بیمار :

A 52-year-old woman with a greyish mucosal lesion in interdental gingiva of premolars in the maxilla extending from buccal to palatal area. The clinical differential diagnosis were peripheral giant cell granuloma and hemangioma. In radiography, there was a slight crestal bone resorption in the lesion area. The incisional biopsy and histopathology examination was under taken. In microscopy, there was aggregations of atypical melanocytes resembling epithelioid cells proliferating in the connective tissue with abundant melanin pigment formations. To exclude the possibility of the malignant melanoma immunohistochemical studies was necessary.

بحث و نتیجه گیری :

Many pigmented lesions can be diagnosed based on colour, size with clinical information. Melanotic macule, melanocytic nevus, blue nevus and oral melanoma lie in differential diagnosis for this patient. This case report includes the pathologic approach for definitive diagnosis of this pigmented mucosal lesion along with reviewing the proper diagnosis and treatment options.

کلید واژه‌ها:

Oral mucosal lesion, Pigmentation, Melanocytes, Malignant Melanoma

بازسازی یک طرفه مندیبل با گرفت ایلپاک با استفاده از روش استریولیتوگرافی در بیمار با آملوبلاستومای مندیبل

Seyed Mostafa Mortazavi

Department of Oral and Maxillofacial surgery, School of Dentistry, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

چکیده : آملوبلاستوما، یک تومور خوش خیم از نوع ادنتوژنیک می باشد که درصد بالایی از عود موضعی و ایجاد بدخیمی احتمالی در صورت درمان ناکافی دارد. از نظر درمان و همچنین ظاهر و عملکرد، برداشتن کافی و کامل تومور، با بازسازی فوری در صورت لزوم، درمان انتخابی است. متداول ترین فناوری شبیه سازی سریع، استریولیتوگرافی و چاپ سه بعدی (3D Printing) هستند. چاپ سه بعدی با استفاده از استریولیتوگرافی با توجه به دقت بالاتر، زمان چاپ سریعتر و هزینه کمتر روش مفیدی است.

بیمار حاضر آقای ۱۷ ساله با تشخیص آملوبلاستومای مندیبل می باشد که جهت درمان از روش استریولیتوگرافی و پرینت سه بعدی استفاده شد. ضایعه بیمار با استفاده از اپروچ داخل دهانی به صورت کامل خارج شد و با کمک پللیت ریکانستراکشن و گرفت ایلپاک بازسازی فوری انجام شد. پس از فالوآپ ۶ ماهه و اطمینان از عدم عود ضایعه درمان ایمپلنت برای بیمار انجام شد.

با توجه به کاربرد روش های جدید و فرم دهی پللیت قبل از عمل جراحی بر روی مدل شبیه سازی شده عوارض بعد از جراحی و احتمال بیرون زدگی یا اکسپوژر پللیت کاهش پیدا کرد که از مزایای این روش نسبت به روش های قدیمی تر می باشد.

در این بیمار جهت کاهش اسکار و برش پوستی از روش داخل دهانی استفاده شد که نسبت به روش خارج دهانی ریسک بروز عفونت بیشتری دارد.

با توجه به هزینه بالای پروتزهای شخصی سازی شده و ریسک اکسپوز شدن آنها به محیط دهان از روش بازسازی فوری با گرفت ایلپاک و پللیت ریکانستراکشن استفاده شد.

بیمار با ضایعه دهانی التهابی و مبتلا به هایپرپاراتیروئیدیسم

عذری محیطی*، بخش بیماریهای دهان فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج ایران

مقدمه/ بیان مساله : دهان پنجره ای به داخل بدن می باشد و بسیاری از بیماریهای سیستمیک اولین بار با علائم دهانی بروز می نمایند. بسیاری از موارد برای درمان موفق ضایعه دهانی باید بیماری سیستمیک زمینه ساز تشخیص داده شده و سپس درمان شود. گاهی برخلاف ظاهر ساده یک ضایعه دهانی میتواند اولین علامت یک مشکل سیستمیک بسیار جدی تر باشد.

معرفی بیمار : آقای ۵۴ ساله با شکایت از ضایعه قرمز رنگ و گاهی خونریزی دهنده به بخش بیماریهای دهان مراجعه نموده است. بیمار سابقه برداشت ضایعه و عود مجدد آن را ذکر میکند. در تاریخچه پزشکی بیمار یک عمل ستون فقرات به علت کمر درد عنوان میشود که بیمار بهبودی را حتی پس از جراحی ذکر نمی کند. برای بیمار نمونه برداری انجام شد و ضایعه کاملاً حذف شد و عوامل تحریکی موضعی نیز توسط کورتاژ زیر لثه ای حذف گردید. پاسخ پاتولوژی بیمار Peripheral Giant Cell Granuloma بود. با توجه به احتمال وجود هایپرپاراتیروئیدیسم در این بیماران تست های PTH, ALK PHOSPHATE, CA, P درخواست گردید. بیمار دارای کلسیم افزایش یافته و همچنین مقادیر بالای نرمال PTH بود. بیمار جهت اصلاح اختلال هورمونی به همکاران پزشک مربوطه ارجاع شد و تحت عمل جراحی قرار گرفت. در معاینه فالوپ یک ساله تمام علائم بیمار رفع شده بود و ضایعه دهانی عود نداشته و همچنین کمر درد بیمار نیز رفع گردیده بود.

بحث و نتیجه گیری : با توجه به احتمال علائم اسکلتی از جمله تومور براون و هایپر پاراتیروئیدیسم در بیماران با ضایعات ژانت چه بصورت مرکزی چه بصورت محیطی غربالگری این بیماران با آزمایش های هورمونی مربوطه به نظر ضروری می رسد. در اینجا ضرورت همکاری بین بخشی پزشکی و دندانپزشکی واضح تر بوده و درمان کامل این بیمار تنها با این مهم میسر گردید.

کلید واژه‌ها: هایپر پارا تیروئیدیسم، ژانت سل، تومور براون

گزارش یک مورد مرگ ناشی از آمبولی ریه، نقص در آموزش حین ترخیص و پیگیری پس از آن

نسرین مهرنژاد سرپرستار بخش سی سی یو بیمارستان امام خمینی بناب دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه/ بیان مساله : آمبولی ریه سومین علت مرگ و میر ناشی از اختلالات قلبی عروقی می باشد. آمبولی ریه در اثر اختلال در خونرسانی شرایین ریوی در اثر وجود لخته خون یا مواد دیگر ایجاد میشود. از علل ایجاد آمبولی ریوی ایجاد ترومبوز در رگهای عمیق (DVT) و حرکت آن به سمت ریه میباشد. بیحرکتی طولانی مدت، جراحات، چاقی از عوامل مستعد کننده برای ایجاد DVT می باشند.

معرفی بیمار : خانم ۷۳ ساله با شکایت تنگی نفس ناگهانی و با تشخیص اسیدوز و آمبولی ریوی در بخش مراقبتهای ویژه بستری میشود. بیمار سابقه جراحی ثابت کردن استخوان ران در اثر شکستگی یک و نیم ماه قبل دارد. برای بیمار پس از ترخیص به مدت هفته آمپول انوکسپارین ۴۰ میلی گرم که نوعی ضد انعقاد می باشد تجویز شده بود. بیمار پس از آن علی رغم عدم توانایی در حرکت ، انوکسپارین را قطع و بدون پیگیری ادامه درمان، در منزل استراحت مطلق داشت. بیمار با وزن ۱۱۰ کیلوگرم ، دیابتیک و در معاینه ضربان قلب ۱۰۵ و رال در نیمه تحتانی ریه داشت. در آزمایشات انجام شده بیمار در اسیدوز بود و دی دایمر مثبت داشت. در سی تی آنژیوگرافی ریه انجام شده وجود لخته در شرایین ریوی مشهود بود. علی رغم شروع درمان، بیمار در پنجمین روز بستری دچار ارست تنفسی شده و تحت حمایت مکانیکی تنفسی قرار گرفت و در دومین هفته بستری فوت نمود.

بحث و نتیجه گیری : ترخیص از بیمارستان یکی از دغدغه های مهم ایمنی بیماران می باشد. کارکنان بالینی همیشه باید توجه داشته باشند که فرآیند ترخیص نه به معنای قطع مراقبت و درمان بلکه به عنوان یک مرحله از زنجیره مستمر مراقبت می باشد. آموزش اثربخش حین ترخیص توسط پزشک و مراقبین سلامت یک فرآیند کلیدی برای تضمین تداوم مراقبت ایمن بیمار می باشد.

کلید واژه ها: آمبولی ریه، بی حرکتی، ترخیص ایمن، آموزش حین ترخیص

حفظ ایمنی بیمار با مراقبت صحیح، استاندارد و به موقع

نویسندگان: مینا گائینی*، احمد پریزاد

* پرستاری (دانشیار)، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

۱ آموزش پزشکی (استادیار)، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه / بیان مساله : مراقبت بعد از عمل یک مرحله بسیار حیاتی برای بیمار است. بطوریکه یک مراقبت صحیح، و با کیفیت در این مرحله می تواند از بروز بسیاری از عوارض برای بیمار پیشگیری نماید. هدف: ارزیابی صحیح و به موقع از بیمار بعد از عمل در جهت تامین ایمنی بیمار.

معرفی بیمار : بیمار خانم ۴۲ ساله با تشخیص هرنی دیسک بین مهره ای ستون فقرات به طور الکتیو جهت جراحی به یکی از بیمارستانهای دانشگاهی مراجعه می نماید و تحت جراحی لامینکتومی قرار می گیرد. بعد از تحویل بیمار از اتاق عمل و انتقال به بخش جراحی، به علت همزمانی با ساعت ملاقات و شلوغی بخش، کنترل علائم حیاتی بیمار فقط یکبار انجام می شود و کنترل متناوب و استاندارد بعد از عمل صورت نمی گیرد. همراهان بیمار متوجه تغییر رنگ پوست بیمار و سخت نفس کشیدن بیمار می شوند و به پرستار بخش اطلاع می دهند. بنابراین آمادگی نبودن اورژانسی تجهیزات اکسیژن تراپی در بخش، فرایند اکسیژن رسانی به بیمار با تاخیر انجام شده و بیمار دچار ایست تنفسی، هایپوکسی و دیس ریتمی قلبی می شود و علیرغم انجام عملیات احیاء، بیمار دچار هایپوکسی شدید و تشنج می شود. که پس از تلاش فراوان جهت احیا، بیمار با اختلال همودینامیک شدید و علائم تشنجی به بخش مراقبتهای ویژه منتقل می گردد. در بخش مراقبتهای ویژه بیمار تحت حمایت مراقبتهای تنفسی و قلبی قرار می گیرد. بدلیل هایپوکسی شدید بیمار علائمی از انقباضات تشنجی را بروز می دهد. که در سی تی اسکن بعمل آمده از بیمار ادم شدید مغزی گزارش می شود. حدود ۴ ماه بیمار در بخش مراقبتهای ویژه، با وضعیت بالینی شامل: تراکئوستومی، تحت حمایت ونتیلاتور و با وضعیت هوشیاری نباتی (vegetative)، بستری بوده است. و نهایتاً با عوارض ناشی از بیحرکتی، زخم بستر و.... فوت می نماید.

بحث و نتیجه گیری : با توجه به مورد معرفی شده، ضرورت دارد که به کنترل علائم حیاتی و همودینامیک به عنوان یک مراقبت ضروری و حیاتی بویژه در بعد از عمل توجه شود و اهمیت و چگونگی انجام صحیح و استاندارد این مراقبت در اقدامات پرستاری در برنامه های آموزشی دانشجویان پرستاری و همچنین دوره های آموزشی ضمن خدمت برای پرستاران، گنجانده شود. چه بسا که با بروز یک خطای به ظاهر ساده، ادامه زندگی و حیات یک انسان تهدید و خانواده یا خانواده هایی به سوگ می نشینند.

کلید واژه‌ها: مراقبت صحیح، مراقبت استاندارد، ایمنی بیمار

نقش آموزش پرستاری در مراقبت از بیمار در منزل: گزارش موردی

علی جمال محمدی

دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده:

پیش‌زمینه و هدف: امروزه آموزش به بیمار بخشی از مراقبت‌های بهداشتی و برای بیماران به عنوان یک حق و برای ارائه دهندگان خدمات سلامت به عنوان یک مسئولیت شناخته می‌شود. هر چند در بسیاری از موارد، آموزش همراه و خانواده بیمار نیز ضروری بوده و زمینه مراقبت اصولی و مناسب از بیمار را در منزل فراهم خواهد آورد. آموزش به بیمار (همراه و خانواده) بخش مهمی از مراقبت‌های سلامت مدرن محسوب می‌شود. اجرای آموزش ساختار یافته بر اساس شناسایی منظم و رسمی نیازها از ابتدای تشخیص برای بیماران ضروری است. آموزش مراقبت در منزل یکی از محورهای مهم در برنامه سیستم بهداشت می‌باشد. آموزش به بیمار (همراه و خانواده) را می‌توان به دو بخش آموزش بالینی و آموزش بهداشت تقسیم کرد. آموزش بالینی به بیمار (همراه و خانواده) یک فرایند برنامه ریزی شده، نظام مند، متوالی و منطقی است که در آن آموزش و یادگیری در تمام محیط‌های بالینی برای بیماران و مشتریان فراهم می‌شود. اهداف آموزش بالینی بر ارزیابی، ارزشیابی، تشخیص، پیش‌آگهی بیمار و نیازهای مرتبط با مداخلات مبتنی است. آموزش بهداشت نیز فرایندی مانند آموزش به بیمار (همراه و خانواده) است، اما بر سلامتی، پیشگیری و ارتقاء سلامت مبتنی است. همچنین آموزش بهداشت بر افراد، جوامع و گروه‌ها تمرکز دارد و اساس آن تغییر و بهبود رفتارهای بهداشتی اجتماعی است. امروزه در آموزش بهداشت و آموزش به بیمار (همراه و خانواده)، هر دو مشتری، نقش فعال و آگاهانه‌ای در تصمیم‌گیری‌ها دارد. در این رویکرد ارزیابی و کاهش خطر بستگی به درک فرد از شدت و اهمیت خطر دارد. لذا آموزش به بیمار (همراه و خانواده) کمک می‌کند تا ایمنی بیماران، تبعیت آنان از مداخلات درمانی و رضایتمندی آنان افزایش یابد. آموزش به بیمار (همراه و خانواده) می‌تواند هزینه‌های درمان را تا حد زیادی از طریق کمک به بیمار (همراه و خانواده) برای مدیریت شرایط مزمن بیماری‌ها کاهش دهد. استفاده از مواد آموزشی موثر جهت آموزش به بیمار (همراه و خانواده) کمک می‌کند تا پیچیدگی‌های فرایندهای پزشکی برای بیمار (همراه و خانواده) قابل فهم گردیده و سطح استرس و اضطراب بیمار (همراه و خانواده) کاهش پیدا کند. منابع آموزشی این توانایی را دارد تا ارتباطات را به عمل مبدل کرده و سلامت را بهبود بخشد. افزایش دانش بیمار (همراه و خانواده) می‌تواند پیامدهای درمان بسیاری از بیماری‌های حاد و مزمن را گسترش دهد. در هنگام بروز بیماری افراد انگیزه پیدا می‌کنند تا به دنبال درمان رفته و از آن تبعیت داشته باشند. آموزش به بیمار (همراه و خانواده) استقلال افراد برای انجام ورزش در منزل و فعالیت‌های جسمی را افزایش می‌دهد و همچنین استقلال آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره را ارتقاء می‌بخشد.

آموزش به بیمار (همراه و خانواده) تداوم دریافت مراقبت‌ها را تضمین می‌کند و مشکلات ناشی از ناخوشی و بروز اختلال را کاهش می‌دهد. آموزش به بیمار (همراه و خانواده) سبک زندگی سالم را بهبود می‌بخشد و پزشکی پیشگیری را ترویج می‌کند. پرستاران نقش عمده‌ای را در آموزش، هماهنگی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در منزل ایفا می‌کنند و اولین گام در آموزش موثر مراقبت در منزل، نگرش مثبت پرستاران می‌باشد. برخی شواهد موجود بیانگر کمبودهایی در این زمینه می‌باشد؛ آموزش‌های داده شده می‌تواند مبنایی مناسب جهت هرگونه تصمیم، برنامه ریزی و اقدام لازم در این خصوص باشد.

مواد و روش کار: مددجو خانم ۳۱ ساله به دنبال علائم سرماخوردگی (تب و سرفه) به درمانگاه مراجعه و پس از تجویز دارو، به دنبال تزریق داروی کترولاک در منزل دچار دو نوبت تشنج شده و به دلیل آپنه تنفسی، با حضور تیم اورژانس پیش بیمارستانی، اینتوبه شده و در بدو ورود به بیمارستان دچار ارست قلبی تنفسی و احیاء شده است. مددجو سابقه آسم و تشنج در کودکی و سابقه دارویی سالبوتامول (در کودکی) و حساسیت به ژلوفن را دارد. بیمار به بخش ICU منتقل شده است. با توجه به عدم بازگشت هوشیاری و تنفس، بیمار تراکئوستومی و پگ گذاری شد. با پایدار شدن علائم حیاتی و عدم نیاز به تهویه مکانیکی، مددجو به بخش منتقل شد. در بخش آموزش لازم در ارتباط با مراقبت در منزل از جمله گاوژ، تغییر پوزیشن، بررسی علائم حیاتی و ... به همراهان آغاز شد. همراهان به واحد مراقبت در منزل معرفی شدند. با توجه به بهبود شرایط بیمار و موثر بودن آموزش‌های مراقبت در منزل، بیمار ترخیص گردید. بیمار در منزل تحت مراقبت‌های لازم قرار گرفت و همراهان حضور موثر در مراقبت منزل دارند. پس از مدتی تراکئوستومی بیمار خارج گردید و بیمار تنفس خود به خود دارد و تغذیه هم چنان از طریق پگ ادامه دارد و ارتباط چشمی با خانواده برقرار می‌کند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد آموزش در تقویت ارائه خدمات و مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان تاثیر به سزایی دارد. بهبود ارائه خدمت، کاهش هزینه‌ها، تحقق اهداف سلامت و ... بخشی از مزایای ارائه آموزش توسط پرستار به بیمار (همراه و خانواده) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که ارائه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان در تکمیل فرایند ارائه خدمات درمانی نقش مهمی دارد و این مراقبت نیازمند دریافت آموزش‌های لازم قبل از ترخیص می‌باشد و در نهایت، ارائه خدمات مراقبت در منزل پس از ترخیص از بیمارستان باعث بهبود ارائه خدمت، کاهش هزینه‌ها و تحقق اهداف سلامت می‌شود. بنابراین برنامه ریزی برای تقویت فرایند آموزش به بیمار (همراه و خانواده) امری ضروری می‌باشد.

اهمیت شناسایی علایم و تریاژ صحیح در بیمار مبتلا به هماتوم رتروپتونال خودبخودی

اکرم زاکانی (کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران)

سیما فیض اله زاده (دکتری سلامت در حوادث و بلایا، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران)

سعیده موری (کارشناس ارشد اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران)

فاطمه رحیمی (کارشناس ارشد پرستاری ویژه، واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج،

ایران)

ربابه حق وردی (کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی

البرز، کرج، ایران)

بیان مساله : تریاژ یک ابزار مناسب جهت ارتقای کیفیت خدمات درمانی به بیماران همسو با مدیریت صحیح منابع ارزشمند

در نظام سلامت است. انجام تریاژ صحیح می‌تواند باعث مدیریت ارجاع بیماران به مراکز درمانی، افزایش کیفیت خدمات درمانی

ارائه شده، استفاده حداکثری از منابع موجود، کاهش هزینه‌ها، کاهش اتلاف زمان و کاهش میزان مرگ و میر شود.

معرفی بیمار : مددجو خانم ۳۸ ساله $GCS=14-15$ ، بدون سابقه بیماری به دنبال دردمشک و faint در محیط کار به اورژانس

بیمارستان مراجعه کرده است. توسط پرستار تریاژ در سطح تریاژ چهار قرار گرفته و توسط پزشک عمومی وزیت می‌گردد. با

توجه به اختلال هوشیاری گذرا در محل کار و درد شدید شکم ($Pain\ Score=10/8$) جهت بیمار درخواست اسکن مغز و

سونوگرافی شکم می‌شود و بیمار بدون درخواست تغییر در سطح تریاژ و بستری در همان مرکز، به مرکز مجهز جهت انجام

سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن ارجاع داده می‌شود. بیمار هوشیار با $BP=68/90$ ، $PR=150$ ، $RR=22$ ، $SpO_2=98\%$ ، $BS=312$ به مرکز

دیگر مراجعه می‌کند. در نوار قلب اولیه PVC و در سونو فست در ناحیه LUQ، Mass like بدون مایع آزاد در فضای شکم

مشاهده گردید. هموگلوبین اولیه بیمار ۱۰، رزرو پک سل انجام و پس از دو ساعت $Hb=4/2$ گزارش و انفوزیون پک سل آغاز

شد. $EF=55\%$ اولیه و بیمار آنوریک است. پس از انجام اسکن شکم و لگن و مراجعه به اورژانس، به دلیل اسیدوز تنفسی انتوبه و

وصل به دستگاه ونتیلاتور شد. به دلیل نبود جراح در مرکز و هماهنگی با جراح مرکز دیگر بیمار پس از ۴ ساعت از زمان

مراجعه، به اتاق عمل منتقل شد. یک نوبت قبل از انتقال به اتاق عمل، ارست کرده و احیای قلبی ریوی انجام گردید. پس از

انجام عمل جراحی بیمار به ICU منتقل و مجدد در بدو ورود ارست کرد اما این بار ختم CPR پس از ۶۰ دقیقه اعلام و

متاسفانه بیمار فوت شد.

بحث و نتیجه گیری : طبق مطالعات انجام گرفته میزان بروز خطای تریاژ (درجه بندی به دسته بالاتر یا پایین تر) در سراسر دنیا

بالاست. بروز بالای خطای تریاژ خود شاهی بر وجود چالش‌ها و کاستی‌ها در زمینه آموزش و اجرای تریاژ می‌باشد. آموزش

تریاز باعث بهبود و تسریع روند ارائه خدمات به بیماران می‌شود، بنابراین آموزش تریاژ به پرستاران بخش اورژانس توصیه

می‌گردد.

کلید واژه‌ها: اولویت بندی- خطای تریاژ- ارتقاء کیفیت خدمات

چکیده مقالات سخنرانی محور طب پرستاری

سقوط (وقایع ناخواسته) در بیمار کاندید جراحی

نویسنده اول و اصلی: زهره رحمانی-سرپرستار بخش CCU1-کارشناس ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه-مرکز آموزشی درمانی شهیدرجائی-دانشگاه علوم پزشکی البرز-ایران
نویسنده دوم: ثریا محسنی-پرستار بخش CCU1-کارشناس پرستاری-مرکز آموزشی درمانی شهیدرجائی-دانشگاه علوم پزشکی البرز-ایران
نویسنده سوم: زهرا سرشار-پرستار بخش CCU1-کارشناس پرستاری-مرکز آموزشی درمانی شهیدرجائی-دانشگاه علوم پزشکی البرز-ایران
نویسنده چهارم: ژیلا کاظمی-سرپرستار بخش POST CAT-کارشناس پرستاری-مرکز آموزشی درمانی شهیدرجائی-دانشگاه علوم پزشکی البرز-ایران

مقدمه: در بیمارستان یکی از بارزترین شاخص‌های حساس‌دگر شده در مورد ایمنی بیمار میزان بروز حوادث ناگوار ۲۸ گانه از جمله سقوط است. سقوط از تخت و پیامدهای ناشی از آن منجر به افزایش هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی شده است. سقوط بیمار یک مشکل شایع برای بیماران بستری در بیمارستان هاست که منجر به ترس و درد یا صدمات جدی و افزایش مدت اقامت در بیمارستان و به‌طور بالقوه کیفیت زندگی بیماران را کاهش می‌دهد. صدمات در ارتباط با سقوط در بیش از ۰.۵٪ بیماران اتفاق می‌افتد که ۱ تا ۱۵٪ از آنها جدی و خطرناک است و منجر به شکستگی و همتوم زیر سخت شامه و حتی مرگ می‌شود. بروز بالای سقوط بیماران در بیمارستان، نگرانی مهمی در هر سیستم درمانی ایجاد کرده و مسئول بیش از ۰.۵٪ حوادث گزارش شده در طی بستری شدن در بیمارستان است. هدف: افتادن از تخت یکی از مشکلاتی است که برای بیماران اتفاق افتاده و بیمارستان‌ها و پرستاران با آن مواجهه می‌باشند. لذا برای بالا بردن ایمنی بیمار و پیشگیری از افتادن بایستی مداخله در محیط انجام شده، از بروز این موارد جلوگیری کرد. پیشگیری از سقوط به یک فرایند مراقبتی چندجانبه و تیمی نیازمند است. برنامه ریزی جهت پیشگیری از سقوط باید به‌طور اختصاصی و متناسب با نیازهای بیمار و ریسک فاکتورهای شناسایی شده، تدوین و اجرا شوند. هم‌چنین لازم است که فعالیت‌های پیشگیرانه با دیگر ملاحظات همانند کاهش مهار فیزیکی و حفظ تحرک و فعالیت فیزیکی بیمار متعادل شود تا بهترین مراقبت ممکن برای بیمار فراهم شود. بنابراین، بهبود در پیشگیری از سقوط نیاز به یک سیستم متمرکز دارد که در صورت نیاز بتواند تغییرات لازم را ایجاد کند.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۷۸ ساله ای است که بدنبال طپش قلب به بیمارستان مراجعه نموده و پس از انجام اکو تخصصی بدلیل Severe M.R کاندید جراحی دریچه قلب شده و در بخش داخلی قلب جهت انجام آزمایشات و مشاورات لازم آمادگی جراحی بستری میشود. روز سوم بستری در بخش بیمار درحالیکه درکنار تخت نشسته و پاها آویزان از تخت مشغول خوردن ناهار بوده که به ناگاه دچار ریتم V.T و کاهش سطح هوشیاری شده و با سر در کنار تخت سقوط میکند. بلافاصله پرستار مسئول بیمار حاضر شده و پس از بررسی دقیق بیمار و مانیتورینگ بیمار و تشخیص ریتم V.T شوک به بیمار داده و عملیات CPR جهت بیمار انجام و بیمار اینتوبه وصل به بنت به بخش CCU منتقل میشود.

چکیده مقالات سخنرانی محور طب پرستاری

بخش CCU بیمار همچنان PVC های پراکنده داشته و پس از ویزیت متخصص قلب جهت بیمار داروهای آنتی آریتمی شروع و آریتمی بیمار کنترل میگردد. بیمار پس از ۳ روز بدنبال دریافت درپپ های آمیودارون-هیالین-نوراپی نفرین و مراقبتهای پرستاری مربوطه بدلیل کفایت تنفسی از دستگاه بنت جدا و اکستوب میگردد و پس از اخذ عدم رضایت انجام CAG و CABG با درمان دارویی از بیمارستان ترخیص میگردد. لازم بذکر میباشد که سی تی اسکن مغزی بیمار انجام و فاقد مشکل بوده است. بحث و نتیجه گیری:

برنامه پیشگیری از سقوط به چهار مرحله تقسیم می شود:

۱-مراقبتهای عمومی پیشگیری از سقوط شامل پروتکل برنامه ریزی شده

۲-بررسی معیارهای سقوط استاندارد مثل معیار موریس

۳-برنامه مراقبتی و مداخلات که با ریسک فاکتورهای شناسایی شده در برنامه جامع مراقبتی بیمار مرتبط است

۴-مراقبت پس از سقوط شامل بررسی بالینی بیمار و تحلیل ریشه ای علل سقوط. (RCA)

زمانی برنامه پیشگیری از سقوط موفقیت آمیز است که منطبق با دیگر اولویت های بیمار و بیمارستان باشد. اولین اولویت بیمارستان، مراقبت و درمان حاد، بیماری است. بیمار به دلیل بیماری به بیمارستان مراجعه میکند و هدف اصلی و اولیه وی از مراجعه، درمان آن بیماری است. بنابراین همیشه باید به این نکته توجه داشت که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط را با سایر اهداف و اقدامات درمانی که در بیمارستان به بیمار ارائه میشود هماهنگ کرد. نکته کلیدی دیگری که باید به آن توجه داشت این است که پیشگیری از سقوط نمی تواند به تنهایی هدف برنامه پیشگیری از سقوط باشد. به عنوان مثال در تئوری، ما می توانستیم از تمام موارد سقوط با استفاده از مهار فیزیکی بیماران و عدم اجازه خروج از تخت، پیشگیری کنیم (در واقعیت ممکن است مهار فیزیکی از تمام موارد سقوط پیشگیری نکند). اما مهار فیزیکی بیماران، می تواند غیراخلاقی باشد و نشان دهنده مراقبت ضعیف است. هم چنین با استقلال بیمار در تضاد است و میتواند علت بروز تمام عوارض استراحت مطلق در تخت همانند تغییر در وضعیت بدنی بیمار، زخم فشاری، آسپیراسیون و ترمبوز وریدهای عمقی باشد. بنابراین منجر به اقامت طولانیتر در بیمارستان و سختتر کردن امکان بهبودی بیمار شود. این مثال نشان میدهد که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط نیاز دارد که با هدف اصلی مراقبت از بیمار که بهبود عملکرد هر بیمار و خوب بودن وی است؛ هماهنگ شود. اما در بیمار فوق بایستی اولاً ارزیابی دقیق در هر شیفت انجام گردد که با توجه به سن بالای ایشان و تاریخچه بیماری و احتمال بروز هرگونه آریتمی و متعاقب داشتن عدد موریس بالا این بیمار قطعاً نیازمند وجود همراه موثر میباشد و مواردی از قبیل بالا بودن بدساید و آموزش کامل به بیمار و همراه ایشان میتواندست به طور چشمگیری از این حادثه جلوگیری نماید.

کلید واژه ها:

CAG:Coronary Angiography

M.R:Mitral Regurgitation

V.T:Ventricular Tackycardia

CPR:Cardiac Pulmonary Resusiation

PVC:Premature Ventricular Contraction

RCA: Root cause analysis

تأثیر بکارگیری روش آموزشی بازخورد محور در پیشگیری از بستری مجدد مادران باردار دیابتی

هدی سعیدی کیا* (۱)، لیلا چوبدار خوشخوی (۲)، الهام مظفری (۳)، مرسله کرامتی (۴)
 کارشناس ارشد پرستاری، سوپروایزر ارتقاء سلامت، واحد توسعه و تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 کارشناس پرستاری، مدیریت پرستاری، واحد توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، استان البرز، ایران
 کارشناس مامایی، پره ناتال، واحد توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، استان البرز، ایران
 کارشناس مامایی، پره ناتال، واحد توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، استان البرز، ایران

مقدمه / بیان مساله : دیابت بارداری یکی از شایعترین اختلالات متابولیک دوران بارداری است که عوارض خطرناکی برای مادر و جنین دارد. ارائه اطلاعات مناسب به مادران باردار دیابتی باعث ارتقاء دانش خود مراقبتی و عملکرد در مقابل بیماری میشود که با بهره گیری از آن میتوان از عوارض ناخواسته و بستری مجدد پیشگیری نمود.
معرفی بیمار : مددجو خانم ۴۴ ساله باردار ۲۸ هفته به علت دیابت بارداری بستری شده است و با تزریق انسولین دو واحد ترخیص شده است. بیمار مجدد فردای ترخیص با علائم افت قند، شامل ضعف و بی حالی و عرق سرد به اورژانس مراجعه نموده و مجدد بستری گردید. یکی از دلایل اصلی بستری بیماران دیابتی در بخش اورژانس، کنترل غیر مؤثر قند خون و عدم آگاهی کافی بیماران و خانواده از مراقبتهای در منزل میباشد. بنابراین ارزیابی اثربخشی آموزش ارائه شده قبل از ترخیص و آمادگی کافی بیماران میتواند در کاهش میزان مراجعه مجدد تأثیرگذار باشد. طی مصاحبه با مددجو مشخص شد که به علت عدم ارزیابی صحیح و اطمینان از یادگیری بیمار از نحوه استفاده از سرنگ انسولین، بیمار در منزل به جای دو واحد، بیست واحد انسولین به خود تزریق کرده است که باعث افت شدید قند خون شده است.

بحث و نتیجه گیری : در روش آموزش بازخورد محور از مددجو خواسته میشود نکات کلیدی آموزش داده شده را تکرار نماید تا از درک درست اطلاعات ارائه شده به وی اطمینان حاصل گردد. این روش نشان میدهد فرد دریافت کننده آموزش مطالب توضیح داده شده را درک و بازخورد دهد. پرستاران می توانند با به کاربردن این روش در کاهش پیامدهای جبران ناپذیر در بیماران موثر باشند.

کلید واژه‌ها: بارداری، دیابت، آموزش بازخورد محور، خود مراقبتی

چکیده مقالات سخنرانی

محور طب پرستاری و مراقبت از زخم

گزارش موردی ترمیم زخم پای دیابت با روش آپی تراپی

نویسنده اول: * (۱) بهزاد نقاش کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز ایران
 نویسنده دوم: (۲) دکتر حمید خسروی متخصص ارتوپد دانشگاه علوم پزشکی البرز ایران
 نویسنده سوم: (۳) کبری راحتلو شاهوند دانشگاه علوم پزشکی البرز ایران

چکیده: درمان با محصولات طبیعی زنبور عسل را آپی تراپی می نامند این رشته پیشینه تاریخی دارد و شاید بتوان گفت که از هزاران سال پیش شناخته شده و مورد استفاده بشر بوده است. استفاده از فرآورده های زنبور عسل که برای مقاصد درمانی کم خطر می باشد رشته آپی تراپی را تشکیل می دهد (۴). درمان زخم با عسل سالیان درازی است که در طب سنتی استفاده میشود و براساس نوع زخم، عفونت موجود ترکیبات متفاوتی دارد. در این مورد از ترکیبات مختلف عسل برای درمان زخم پای دیابتی استفاده شده است.

مقدمه/ بیان مساله: کنترل عفونت و درمان زخم پای دیابتی یکی از معضلات درمان این گونه عوارض است که با استفاده از ظرفیتهای طب سنتی ایرانی میتوان در مان آنها را انجام داد

معرفی بیمار: بیمار ۶۰ ساله مذکر بدون شغل، با نکرور انگشت شصت پای چپ به مرکز مراجعه نمود. در بررسی های اولیه وضعیت متابولیک غیر ثابت و بدون نبض دورسال پدیس دوطرفه بود. مشاوره عروق انجام شد و تحت درمان آنژیو پلاستی قلبی و عروق پا قرار گرفت و جریان خون پا برقرار گردید سپس طبق نظر متخصص مربوطه داروهای آنتی کوآگولانت شروع شد. مشاوره داخلی انجام و وضعیت متابولیکی و قند خون با تنظیم داروهای مربوطه کنترل و HBA1C به کمتر از ۷.۵ تقلیل یافت. آمپوتاسیون انگشت شصت و دبریدمان متاتارسال اول توسط متخصص ارتوپدی انجام شد. لارو تراپی و سپس وکیوم تراپی انجام شد. پس از ۵ جلسه وکیوم تراپی پانسمان زخم ابتدا با پانسمان نوین شروع گردید. عفونت سرکش مکرر و انتشار عفونت به ناحیه متاتارسال یکی از چالش های اساسی در درمان بود مشاوره عفونی انجام و بیمار در دونوبت بستری و آنتی بیوتیک تراپی سیستمیک استفاده شد. پس از ترخیص بدلیل عدم حصول نتیجه از پانسمان نوین با موافقت بیمار و خانواده روش درمان آپی تراپی با ترکیب عسل آغاز گردید متناسب با وضعیت زخم از ترکیب ۵ واحد عسل + ۲ واحد نمک برای کنترل عفونت و ترکیب عسل به تنهایی یا با پودر کلاژن برای ترمیم استفاده شد. عسل مورد استفاده اروگانیک بوده ودر تولید آن از روشهای صنعتی استفاده نشده بود عسل مورد نظر به صورت سنتی توسط کندو مستقر در باغ واقع در استان آذر بایجان تولید شده بود بدلیل عفونت موجود در زخم ازون تراپی زخم با دستگاههای خانگی روزانه و آنتی بیوتیک خوراکی توصیه گردید. بعد از حدود چهارماه علام بهبودی در زخم مشاهده گردد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور طب پرستاری و مراقبت از زخم

از طرفی بیمار مشکلات گوارشی مانند یبوستهای مزمن، هموریید و خونریزی گوارشی داشت که طی این مدت توسط متخصص گوارش تحت درمان بود برای کاهش ضعف نیز از ترکیب دوسین (عسل و سیاه دانه دوقاشق چای خوری در روز به صورت زیر زبانی توصیه شد) لازم به توضیح است برای درمان از عسل اروگانیك، نمك طعام و پودر كلاژن استفاده شده است .

بحث و نتیجه گیری : زخم مقاوم به درمان با روش اپی تراپی در حدود چهار ماه درمان و بیمار جهت ادامه زندگی آموزش های تغییر سبک زندگی را دریافت و تاکنون زخم عود مجدد نیافته است
کلید واژه‌ها: پای دیابتی . زخم پای دیابتی . عسل . عسل درمانی . آپی تراپی



نقش درمان تیمی در جلوگیری از آمپوتاسیون مجدد ناشی از دهیسنس محل عمل جراحی قبلی

جواد قربانی* (۱)، امیر محمد احمدپور ترکمانی (۲)، سارا پارسایی (۳)، سمیه زندیه (۴)، هومن سوری (۵)
جواد قربانی*، کارشناس پرستاری، سوپروایزر اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)،
دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

امیرمحمد احمدپور ترکمانی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران
سارا پارسایی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
سمیه زندیه، کارشناس ارشد پرستاری، پرستار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم
پزشکی البرز، کرج، ایران
هومن سوری، کارشناس فوریت های پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه
علوم پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه/ بیان مساله : دهیسنس یکی از عوارض معمول جراحی ارتوپدی است. عفونت، کشش بیش از حد پوست ناشی از
بخیه نامناسب و اشکال در پرفیوژن بافتی از دلایل دهیسنس می باشد. در آمپوتاسیون، بیماران دچار آسیب های روحی
نیز می گردند. بر اساس مطالعات، آمار مورتالیتی در ۵ سال اول بعد از آمپوتاسیون بالاست. بنابراین باید از انجام آمپوتاسیون
مگر در شرایط تهدید حیات اجتناب کرد.

معرفی بیمار : مددجو خانم ۶۴ ساله، به دنبال ایجاد زخم و بروز گانگرن متعاقب آن در اندام تحتانی چپ، تحت عمل جراحی
آمپوتاسیون مازور قرار گرفته است. با گذشت حدود ۱۰ روز از زمان ترخیص، بیمار متوجه التهاب، قرمزی، ادم و ترشحات عفونی
از محل بخیه عمل جراحی می شود و با مراجعه به پزشک ارتوپد، مجدداً در لیست آمپوتاسیون بالای زانو قرار می گیرد. بیمار و
همراهان رضایت به عمل دوم نمی دهند و به متخصص عفونی و کلینیک زخم مراجعه می کنند.

ابعاد زخم ۲۰*۴۰*۱۰ میلی متر با بستر اسلافه بود. آنتی بیوتیک تراپی، دبریدمان اتولایتیک، شارپ و جراحی
و استفاده از روش های نوین درمان زخم، تا بهبودی کامل، تحت نظر تیم چند تخصصی ادامه یافت و نهایتاً پروتز مناسب توسط
ارتوپدی فنی برای بیمار طراحی و کارگزاری شد.

بحث و نتیجه گیری :

آمپوتاسیون مجدد بدلیل دهیسنس محل عمل قبلی، بیمار را دچار عوارض روانی وخیم خواهد کرد. بسیاری از
دهیسنس های محل عمل، به صورت درمان تیمی قابل درمان بوده و می توان این بیماران را از عوارض آمپوتاسیون مجدد
مصون داشت.

کلید واژه ها:

دهیسنس، آمپوتاسیون، درمان تیمی، عوارض روانی

چکیده مقالات سخنرانی محور طب پرستاری و مراقبت از زخم



نقش ازون تراپی، بانداز فشاری چهار لایه و درمان تیمی در درمان زخم‌های وریدی

نویسندگان: رضا قربانی* (۱)، جواد قربانی (۲)، سمیه زندیه (۳)، سارا پارسایی (۴)، معصومه فتحی (۵)

رضا قربانی، کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی تخصصی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 جواد قربانی، کارشناس پرستاری، سوپروایزر اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 سمیه زندیه، کارشناس ارشد پرستاری، پرستار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 سارا پارسایی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 معصومه فتحی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه/ بیان مساله : درمان زخم‌های وریدی با چالش‌های زیادی همراه بوده و عود مجدد زخم، عفونت، ادم و ترشحات غیرقابل کنترل آن مشکلاتی را به همراه داشته است. ازون تراپی در غلظت‌های پایین موجب القای خاصیت فیبرینولیتیک و در غلظت‌های بالا باعث القای خاصیت ضد التهابی می‌شود. استفاده از روش‌های علمی می‌تواند در کنترل و درمان این بیماران کمک‌کننده باشد.

معرفی بیمار : خانم ۵۷ ساله با سابقه CABG و DM، دارای زخم ادماتوز از ۹۰ روز قبل، در ناحیه ساق پای راست به دلیل تروما و به ابعاد ۲*۲۵*۴۵ میلی‌متر، به کلینیک زخم مراجعه کرده‌است. در سونوگرافی، نارسایی در وریدها محرز بود. برنامه درمانی چند تخصصی با حضور فوق تخصص عروق، متخصص عفونی و کارشناسان زخم آغاز شد. کنترل عفونت، اصلاح سیستم وریدی و درمان تکنیکال بانداز فشاری چهار لایه، پانسمان‌های نوین و ازون تراپی در غلظت پایین، به صورت یکپارچه صورت پذیرفت.

ادم اندام در ۳ جلسه برطرف گردید و زخم وریدی بیمار، پس از ۱۲ جلسه، بهبود یافت.

چکیده مقالات سخنرانی

محور طب پرستاری و مراقبت از زخم

بحث و نتیجه گیری : این زخم‌ها به دلیل اختلال در سیستم گردش خون و پرفیوژن بافتی، سخت‌تر درمان می‌شوند و نیاز است تا بایه‌ره‌گیری از توانمندی تیم چند تخصصی و استفاده از نظرات متخصصان و استفاده از تکنیک‌های کمکی، درمان را پیش‌برد. اصلاح ادم، کنترل عفونت، تامین پرفیوژن بافتی و اصلاح سیستم وریدی به صورت همزمان، می‌تواند به درمان این بیماران در کم‌ترین زمان ممکن و با حداقل هزینه کمک شایانی نماید.

کلید واژه‌ها: زخم وریدی، ازون تراپی، درمان تیمی، بانداز فشاری



@zakhmkaraj



نقش آموزش در اصلاح سبک زندگی و پیشگیری از آمپوتاسیون اندام‌ها با زخم‌های نوروایسمیک

سمیه زندیه* (۱)، جواد قربانی (۲)، سارا پارسایی (۳)، رضا قربانی (۴)، مهدیه السادات میرزائیان (۵)

سمیه زندیه، کارشناس ارشد پرستاری، پرستار، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 جواد قربانی، کارشناس پرستاری، سوپروایزر اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 سارا پارسایی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 رضا قربانی، کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی تخصصی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 مهدیه السادات میرزائیان، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

چکیده:

مقدمه/ بیان مساله: زخم‌های نوروایسمیک، یکی از انواع زخم‌های پای دیابتی است. این زخم‌ها زمانی ایجاد می‌شود که فرد به صورت همزمان دچار نوروپاتی محیطی و درجاتی از ایسکمیک شده باشد. عدم تشخیص و درمان به موقع چنین زخم‌هایی، می‌تواند منجر به قطع عضو اندام درگیر شود.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۶۵ ساله، مبتلا به دیابت و HTN، اویپوم ادیکت وهوی اسموکر بدون سابقه مصرف دارو است که با شکایت زخم وسیع کف پای راست با مراجعه به کلینیک زخم و ویزیت متخصص عفونی، در بخش عفونی بستری گردید و طبق نظر ارتوپد، کاندید آمپوتاسیون مازور قرار گرفت ولی رضایت به قطع نداد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور طب پرستاری و مراقبت از زخم

با توجه به وسعت بافت نکروز و گانگرن، آنتی‌بیوتیک تراپی و دبریدمان مداوم زخم به صورت روزانه انجام شد و بافت‌های نکروزه پاکسازی و زخم از فاز التهابی وارد فاز تکثیر شد. سپس زخم تحت درمان و کیوم تراپی قرار گرفت. بیمار ترخیص شد و جهت ادامه درمان به صورت سرپایی تحت درمان با روش‌های نوین از جمله اوزن تراپی و کیوم تراپی قرار گرفت و نهایتاً جهت انجام گرفت پوستی به فوق تخصص جراحی پلاستیک ارجاع شد و زخم با گرفت پوستی بسته شد.

به دلیل عدم پیگیری درمان، بیمار با دهیسنس محل گرفت و زخم کانالیزه با تشخیص سلولیت مجدد بستری و بعد از کنترل عفونت زخم مجدداً با روش‌های نوین درمان، زخم بهبود یافت.

بحث و نتیجه گیری: مصرف سیگار و اپیوم و سبک زندگی نامناسب، می‌تواند تهدید کننده حیات فرد دیابتیک باشد. در صورت بروز زخم، بایستی تا بهبودی کامل تحت درمان تیم چند تخصصی قرار گیرد. آموزش به بیمار، پیگیری منظم ادامه درمان و مراقبت تخصصی از زخم، در بسیاری از موارد از آمپوتاسیون عضو پیشگیری می‌کند.

کلید واژه‌ها: زخم نوروایسمیک، آمپوتاسیون، سبک زندگی، درمان زخم، اوزن تراپی، و کیوم تراپی



فاشیت نکروزان، چالش‌ها و مراقبت‌ها

هومن سوری* (۱)، جواد قربانی (۲)، امیر محمد احمدپور ترکمانی (۳)، نگین حسینی (۴)، سارا پارسایی (۵)
 هومن سوری*، کارشناس فوریت‌های پزشکی، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 جواد قربانی، کارشناس پرستاری، سوپروایزر اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع آموزشی پزشکی و درمانی امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 امیرمحمد احمدپور ترکمانی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران
 نگین حسینی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
 سارا پارسایی، کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

بیان مساله : فاشیت نکروزان نوعی عفونت باکتریایی بسیار شدید و منتشرشونده به اطراف ماهیچه‌هاست. از علائم آن می‌توان به درد شدید، تورم، قرمزی و تب اشاره کرد که می‌تواند منجر به قانقاریا شود. استرپتوکوک A از عوامل ایجادکننده آن بوده و زمانی که علائم عفونت لوکال و **end organ damage** بروز می‌کند، شک به سندرم شوک توکسیک مطرح می‌شود. این سندرم با علائم سیستمیک عفونت مثل آنمی، تهوع و استفراغ نیز همراه است. دبریمان، آنتی بیوتیک‌تراپی و مراقبت موضعی زخم تا بهبودی کامل از اولویت‌های درمان این بیماران است.

معرفی بیمار : مددجو خانم ۵۱ ساله با سابقه دیابت (با رنج ۵۳۰-۴۲۰)، آنمی، نفروپاتی و پرکاری تیروئید، ابتدا دچار درد در کتف راست شده و بعد از یک هفته دچار سرگیجه و استفراغ می‌شود. با مراجعه به بیمارستان ارزیابی سرپایی و باتشخیص کوفتگی ترخیص می‌شود. در حین استراحت در خانه، همراه بیمار متوجه تغییر رنگ ماهیچه لترال ساق پا و ناحیه لترال بازوی راست بدون هیچ سایش یا خراشیدگی می‌شود و بعد از دو روز، بیمار دچار عفونت و تب می‌شود. با مراجعه مجدد به مرکز درمانی، آمپوتاسیون از زیرزانو و دست راست از زیرکتف مطرح می‌شود. با رد پیشنهاد توسط بیمار، رضایت به دبریدمان جراحی برای برداشت بافت‌های مرده داده می‌شود، پس از دبریدمان، تحت نظر متخصص عفونی، با آنتی بیوتیک‌تراپی عفونت سیستمیک فروکش کرده و با واکيوم تراپی و پلاسماتراپی و پانسمان‌های نوین، بستر زخم آماده گرافت می‌شود و گرافت‌گذاری توسط جراح پلاستیک انجام می‌شود. بعد از گرافت‌گذاری در ساق پا و دست، دهیپنس گرفت در قسمتی از ناحیه مچ پا را داریم که می‌تواند ناشی از عدم آموزش کافی بعد از ترخیص، در رابطه با حفظ و نگهداری آن بوده باشد.

بیمار بعد از ترخیص از سرویس جراح پلاستیک، با توصیه ایشان، اقدام به خوددرمانی و مراقبت از زخم داشته، که منجر به دهیپنس شد.

چکیده مقالات سخنرانی

محور طب پرستاری و مراقبت از زخم

بحث و نتیجه گیری : مراقبت بعد از عمل در زخم مزمن ناشی از فاشییت نکروزان با مراقبت از زخم حاد کاملاً متفاوت است. نکته مهم و قابل توجه در این نوع زخم، نیاز به تامین پرفیوژن بافتی کافی است که بایستی حتماً مهیا شود و نباید صرفاً به یک شستشوی ساده و ضد عفونی بسنده کرد. مراقبت از اینگونه زخم‌ها تحت نظر تیم چند تخصصی مراقبت از زخم، کمک کننده است.

کلید واژه‌ها: فاشییت نکروزان، گرافت پوستی، مراقبت پس از گرافت، آمپوتاسیون



عدم هماهنگی حوزه بیمارستانی با پیش بیمارستانی برای شروع درمان بیمار سکته قلبی

(۱)*مسعود بهنام ارزنده، کارشناس فوریت‌های پزشکی، کارشناس واحد آموزش اورژانس ۱۱۵ استان البرز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان البرز، کرج، ایران

(۲) عاطفه ورزنده، کارشناس پرستاری، کارشناس واحد ارتباطات اورژانس ۱۱۵ استان البرز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان البرز، کرج، ایران

(۳) محمدمامین افهمی، کارشناس فوریت‌های پزشکی، کارشناس واحد آموزش اورژانس ۱۱۵ استان البرز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان البرز، کرج، ایران

با حضور دستگاه تلمذیسین (الکتروکاردیوگرافی در پیش بیمارستانی) تحول جدیدی در خدمت‌رسانی به مددجویان به ویژه افراد دچار سکته‌ی حاد قلبی شده است. در سال‌های اخیر پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی آموزش‌های متنوعی در زمینه‌ی تشخیص سکته و آریتمی‌های قلبی، انجام اقدامات مناسب درمانی و انتقال سریع بیماران دیده‌اند. خدمت‌رسانی سریع به این گروه از بیماران بدون ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز و هماهنگی و یکپارچگی در حوزه‌های بیمارستانی و پیش بیمارستانی امکان‌پذیر نخواهد بود چراکه مهمترین فاکتور برای بیمار یعنی زمان از دست خواهد رفت.

بیمار آقای ۶۳ ساله است که در پی احساس درد قفسه سینه با اورژانس ۱۱۵ تماس می‌گیرد. در بالین مددجو با توجه به تغییرات نوار قلب کد ۲۴۷ اعلام می‌گردد و به بیمارستان شهید رجایی کرج منتقل می‌شود. در بیمارستان به دلیل عدم هماهنگی لازم و اتلاف زمان مددجو دچار ریتم فیبریلاسیون بطنی می‌شود که خوشبختانه بلافاصله دفیبریلاسیون انجام می‌پذیرد و احیای موفق رقم می‌خورد و مددجو برای انجام به واحد مربوطه منتقل شده و پس از روند درمانی از بیمارستان ترخیص می‌گردد و برای انجام بای‌پس عروق به بیمارستان شریعتی تهران ارجاع می‌گردد.

مقدمه/ بیان مساله : در دهه گذشته بیماری‌های قلبی و عروقی به عنوان مهم‌ترین علت مرگ و میر در دنیا مطرح و به صورت اپیدمی یا همه‌گیری جهانی شناخته شده در سال ۲۰۱۰ بیماری‌های قلبی عروقی عامل ۱۶ میلیون مرگ و ۲۹۳ میلیون از کار افتادگی بوده است. رتبه اول مرگ در کشور ایران مربوط به این بیماری می‌باشد. سکته قلبی یک اورژانس واقعی است و در صورت عدم انجام مراقبت‌های فوریتی بیمار فوت و یا در صورت شانس بقا، تمام عمر از عوارض ناشی از این بیماری رنج خواهد برد و هزینه‌های سنگینی را برای افراد خانواده و یا جامعه تحمیل می‌نماید.

چکیده مقالات سخنرانی محور طب پرستاری و مراقبت از زخم

معرفی بیمار : ماموریتی با عنوان درد قفسه سینه آقای ۶۳ ساله، به کد ۶۲۳۳ اورژانس ۱۱۵ محول میگردد. پس از حضور در بالین، مددجو درد قفسه سینه تپیک، تعریق و ضعف و بیحالی دارد. سابقه مشکلات قلبی و مصرف دارو اعلام نمیکند اما مصرف سیگار به تعداد بالا طی شبانه روز دارد. اخذ نوار قلب در محل انجام میشود و با توجه به تغییرات نوار قلب و علائم بالینی، تشخیص اولیه ant, sep MI در نظر گرفته شده و کد ۲۴۷ فعال میگردد. مددجو 325mg آسپرین و 300mg پلاویکس دریافت میکند و ضمن اکسیژن تراپی و مانیتورینگ مداوم با دفیبریلاتور به بیمارستان شهید رجایی منتقل میشود.

پرسنل حاضر در شیفت بیمارستان با توجه به عدم هماهنگی لازم، از حضور بیمار سکتة حاد قلبی بی اطلاع هستند و اخذ مجدد نوار قلب و ویزیت پزشک اورژانس و تایید کد ۲۴۷، بیش از ۲۰ دقیقه اتلاف زمان در شروع ریپرفیوژن را در پی دارد. در همین حین بیمار دچار ریتم قلبی فیبریلاسیون بطنی میگردد و سریعاً تحت دفیبریلاسیون قرار گرفته و احیای موفقیت آمیزی انجام صورت میپذیرد. در نهایت مددجو پس از انجام مراقبتهای درمانی از بیمارستان ترخیص شده و برای بای پس عروق کرونری به بیمارستان شهید رجایی تهران ارجاع میشود.

بحث و نتیجه گیری : مهمترین فاکتور در روند درمان بیماران سکتة قلبی زمان است. در روند کد ۲۴۷ در استان البرز به دلیل عدم حضور دیسپچ تخصصی (متخصص قلب) برای تایید سکتة قلبی بیمار در حوزه پیش بیمارستانی و عدم هماهنگی با بیمارستان در جهت فراخوانی و آمادگی اعضای تیم کد ۲۴۷ برای برقراری ریپرفیوژن بیمار، زمان از دست خواهد رفت.

کلید واژه‌ها: سکتة ی حاد قلبی ، کد ۲۴۷ ، STEMI.



5th National Congress on Clinical Case Reports

Karaj- Iran November 28-30, 2023



Sponsored and Indexed by
CIVILICA
We Respect the Science

باهمایش
Bahamayesh.com
پایگاه اطلاع رسانی
همایش های کشور



abidi
SINCE 1946

<https://rcrdu.abzums.ac.ir>

ccr.abzums@gmail.com

026-34570029(477)

CCR5 ALBORZ