

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

■ گزارش صبحگاهی

■ ۴ دی ماه ۱۴۰۰

:C.C

درد شکم در ناحیه اپیگاستر

:P.I

خانم ۴۶ ساله که از چند روز قبل دچار درد شکم جنرالیزه شده و ۲ روز قبل تشدید یافته است. ماهیت درد کولیکی بوده و از اپیگاستر شروع شده و به تمام شکم انتشار داشته است.

به پشت انتشار نداشته، با غذای سنگین تشدید می شود.

دفع گاز و مدفوع نرمال بوده است.

صبح امروز، حالت تهوع و ۴ نوبت استفراغ صفراوی داشته است.

:P.M.H

کم خونی / ریفلاکس

:P.S.H.

اسپلنکتومی ۲۰ سال قبل

:G.A

خانم میانسال که روی تخت خوابیده و بی قرار است.

:V.S

BP:125/80

PR:75

RR:16

T:36.6

:Review of System

بیمار علائمی به نفع کووید ۱۹ ندارد.

اسهال یا عدم دفع ندارد.

کاهش اشتها ندارد.

تعریق ندارد.

:Ph.E

شکم بیمار نرم است.

گاردینگ ندارد. ریباند تندرns ندارد.

تندرns مختصر در اپی گاستر و RUQ

مورفی ساین دیتکت شده است.

:Problem List

خانم ۴۵ ساله

با شکایت درد شکم از چند روز گذشته

شروع از اپی گاستر سپس به تمام شکم

تشدید بعد از خوردن غذای سنگین

حالت تهوع و استفراغ ۴ نوبت

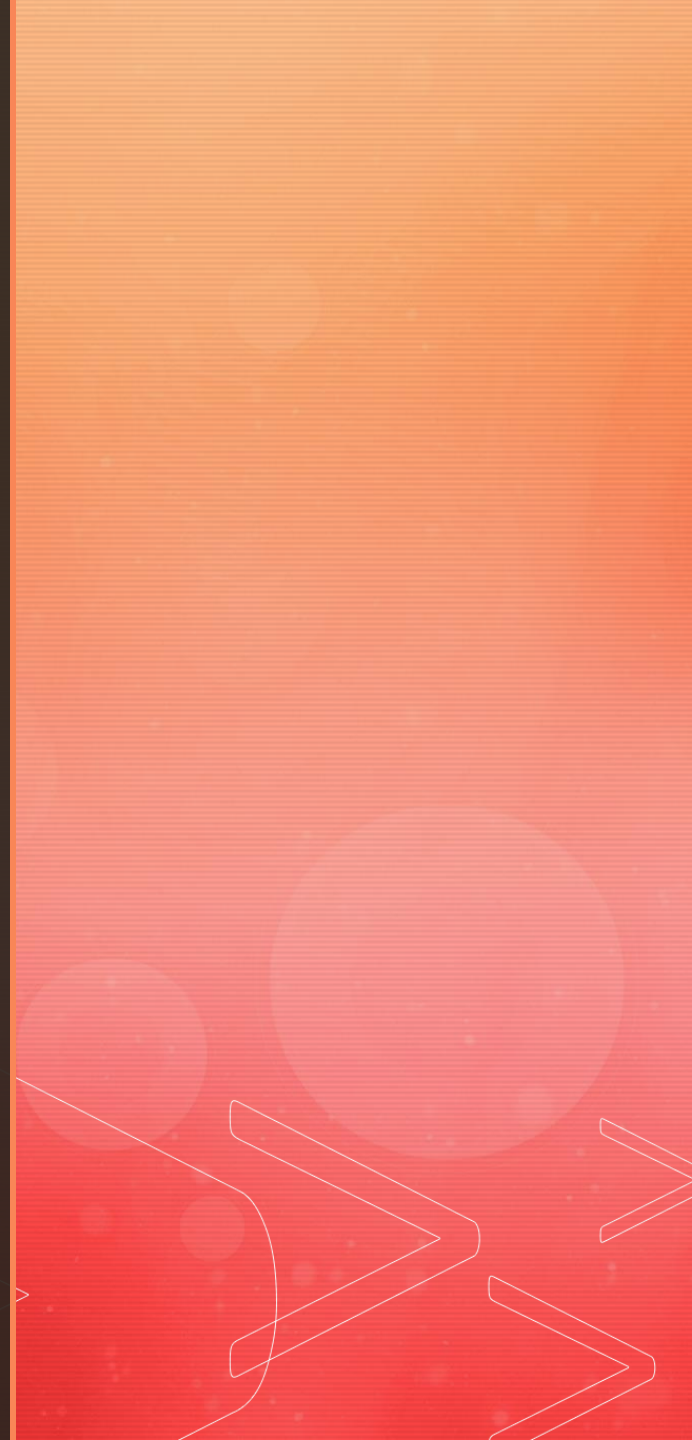
تندرنس اپی گاستر و RUQ

مورفی ساین مثبت

سابقه اسپلنکتومی ۲۰ سال قبل

تشخیص های افتراقی شما چیست؟

۱.؟



تشخیص های افتراقی شما چیست؟

کوله سیستیت

PUD

ACS

آپاندیسیت

دایسکشن آئورت

پریتونئیت ACS

بارداری / EP

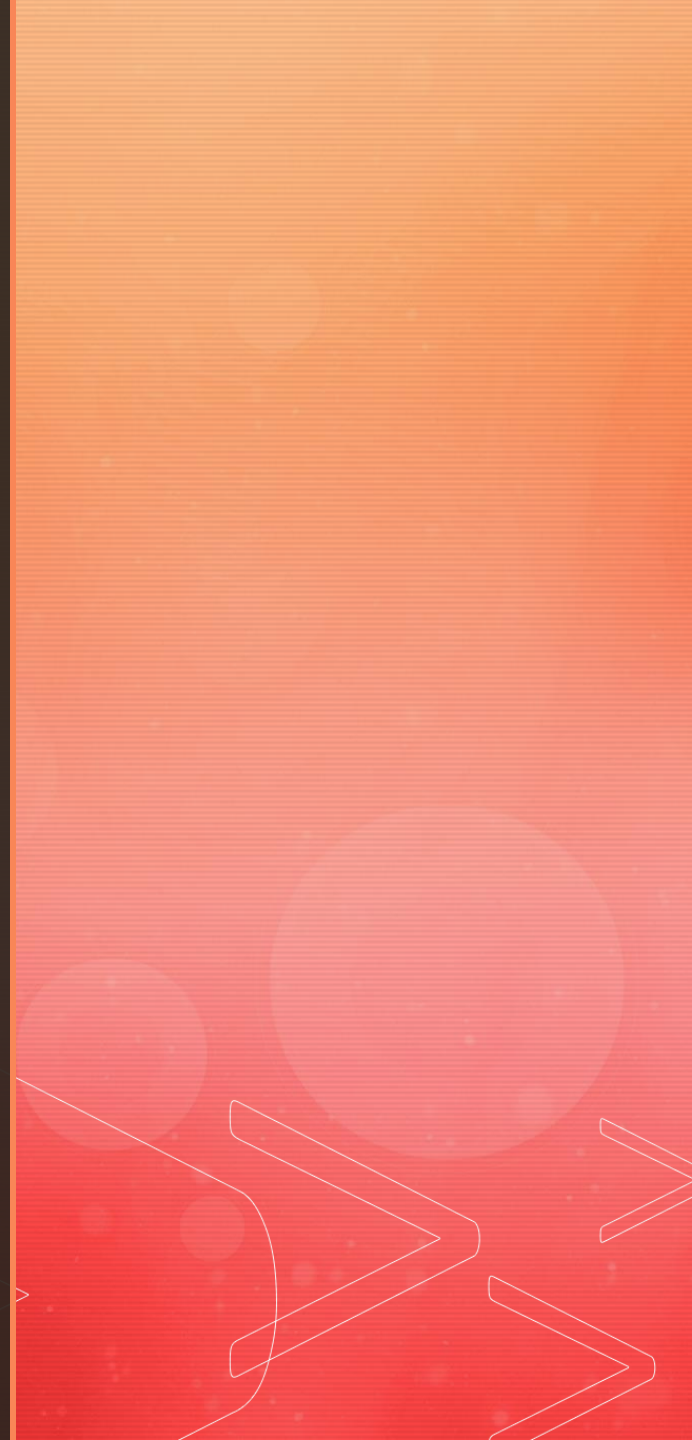
IBD

انسداد

ایسکمی مزانتر

اولین قدم شما چیست؟

۱.؟



آزمایشات:

WBC: 21.2 Seg:79.3%

Hb: 8.0

Plt: 562

BUN: 12

Na: 139

AST: 68

Cr: 0.7

K: 3.7

ALT: 30

Amylase: 77

P.H: 7.37

PCO2: 44.7

HCO3: 26.0

U/A:

Prot: weakly positive

Blood: 2+

RBC: 15-20

WBC: 2-4

متأسفانه در طی بستری، هیچ نوار قلبی از بیمار اخذ نشده است.

سونوگرافي کبد و مجاري صفراوي

در بررسی کبد و مجاری صفراوی:

شواهد هیپاتومگالی خفیف همراه با افزایش اکو پارانشیم کبد مطرح کننده **fatty liver grade I** رویت شد.

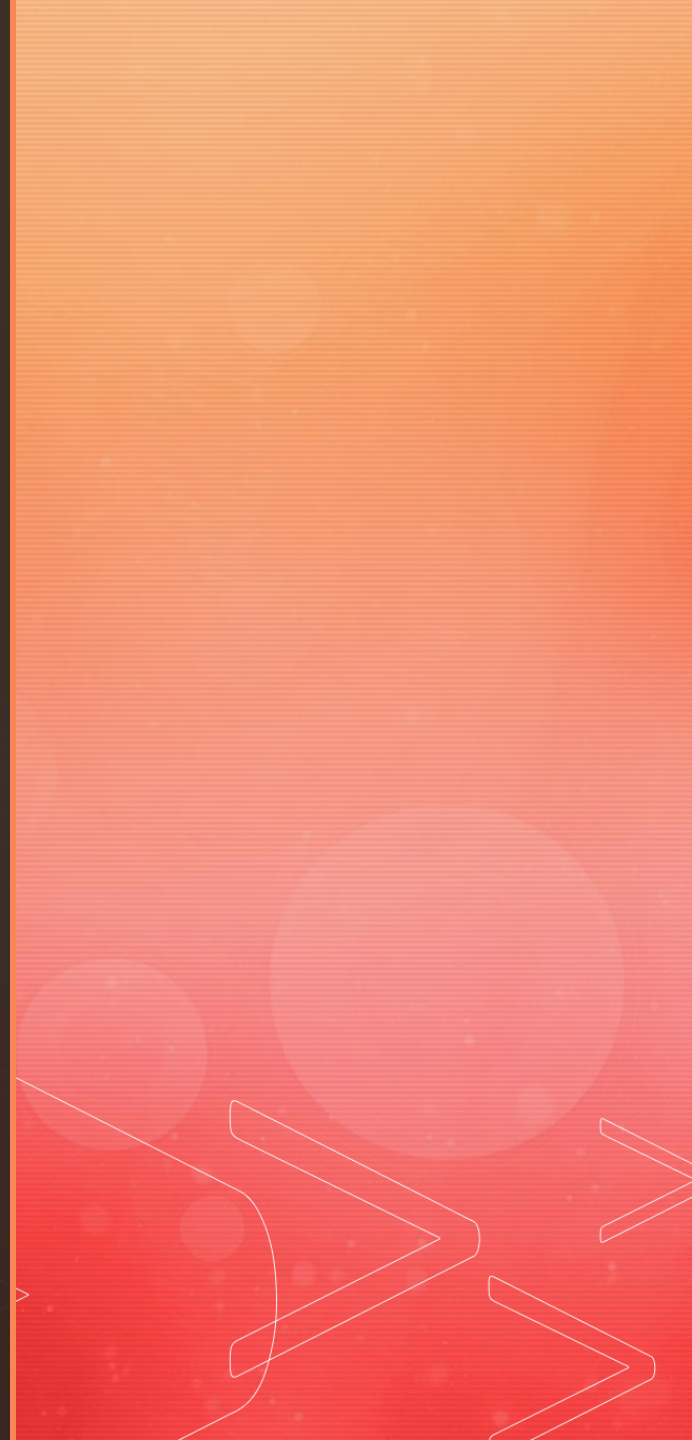
تصویر یک سنگ ۶ م م به صورت غیر انسدادی در **body** کیسه صفرا با ضخامت جداري و دیامتر **AP** نرمال رویت شد.

در حال حاضر شواهد کوله سیستیت حاد رویت نگردید.

Port = 9mm

CBD=3mm

گرافی:



اقدامات انجام شده:

بیمار پس از فالوآپ اولیه، اخذ گرافی، سونوگرافی و آزمایشات، باتوجه به بهبود علائم که احتمالاً در زمینه مسکن تزریقی بوده و باتوجه به ترخیص از سرویس جراحی، با در نظر گرفتن یافته سنگ ۶ م.م کیسه صفرا با توصیه به مراجعه به درمانگاه جراحی، مرخص شد.

اقدامات انجام شده:

بیمار چند ساعت پس از ترخیص، با شکایت بروز مجدد درد به همان صورت قبلی به اورژانس آمده و بستری می گردد.

بستری دوم!

آزمایشات:

WBC: 15.2 Seg:72.4% B hcg: Neg

Hb: 6.9

Plt: 460

BUN: 13 Cr: 0.6

Na: 140 K: 3.9

AST: 36 ALT: 16

AlkP: 129 Amylase: 89

T.Bili: 1.6 D.Bili: 0.8

سونوگرافی شکم و لگن

در سونوگرافی شکم و لگن انجام شده :

کبد با ابعاد طبیعی و اکو پارانشیم افزایش یافته (کبد چرب گرید I) رویت شد.

کیسه صفرا با ضخامت جدار و دیامتر AP طبیعی رویت شد.

تصویر یک سنگ در کیسه صفرا به دیامتر ۵ م م رویت شد.

مجاری صفراوی داخل کبدی و پورت و CBD در حد قابل بررسی طبیعی رویت شدند.

CBD= 4 mm

Port= 7 mm

طحال در محل آناتومیک رویت نشد. (سابقه اسپلنکتومی قبلی)

کلیه راست به طول ۱۱۱ میلیمتر و ضخامت پارانشیم ۱۲ میلیمتر رویت شد. سنگ و هیدرونفروز رویت نشد.

کلیه چپ به طول ۱۰۵ میلیمتر و ضخامت پارانشیم ۱۵ میلیمتر رویت شد. سنگ و هیدرونفروز رویت نشد.

اکوی پارانشیم هر دو کلیه نرمال رویت شدند.

پانکراس و پاراتورت در حد قابل بررسی طبیعی رویت شدند.

مثانه به صورت نیمه پر با ضخامت جدار نرمال بدون سنگ و توده رویت شد.

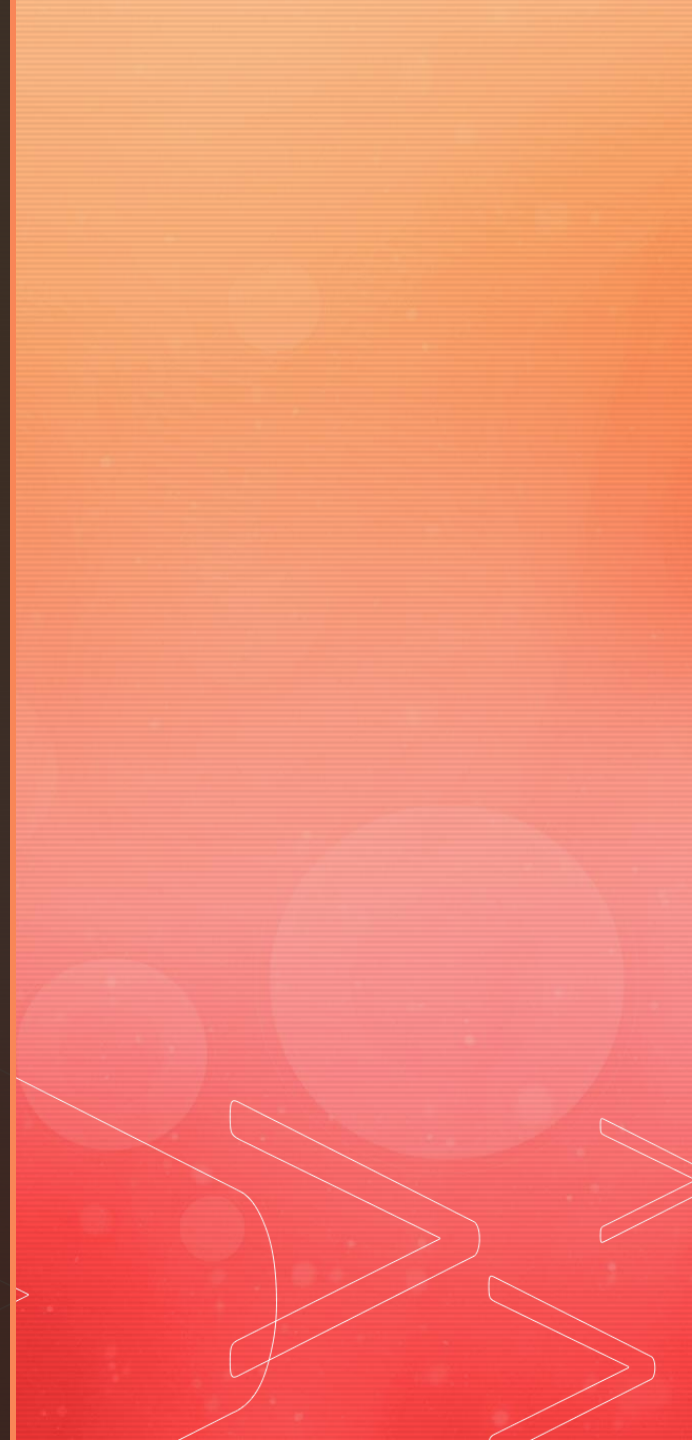
رحم با ابعاد ۴۰×۷۲×۵۰ میلیمتر و اکو میومتر طبیعی رویت شد.

اندومتر با ضخامت ۸ میلیمتر دیده شد.

گرافی:



سی تی اسکن:



اقدامات انجام شده:

جهت بیمار ابتدائاً آزمایشات روتین، کبدی و آمیلاز، سونوگرافی و مسکن اوردر شد.

سپس چک U/A

در نهایت گرافی ایستاده قفسه سینه و مشاوره جراحی

اقدامات انجام شده:

در مشاوره بیمار، آزمایشات و گرافی قبلی درخواست می شود،
باتوجه به عدم تعیین تکلیف توسط سرویس جراحی بیمار بستری بخش
می گردد.

رزیدنت جراحی باتوجه به عدم نکته حائز اهمیت در معاینه و گرافی های
درخواستی، با توصیه به مشاوره عفونی و داخلی، بیمار را ترخیص میکند.
لذا بیمار از سرویس طب نیز با تشخیص نهایی کوله سیستیت ترخیص
می گردد.

اقدامات انجام شده:

چند ساعت بعد، بیمار با تکرار همان درد به اورژانس مراجعه می کند.

در این نوبت بستری برای بیمار Bhcg و Abdominal CT scan درخواست می شود.

جواب بتا منفی و ریپورت شفاهی رادیولوژی مورد پاتولوژیکی را گزارش نمی کند.

اقدامات انجام شده:

در سیر بستری، در خواست مشاوره گوارش از نظر R/O IBD درخواست شد که بیمار در لیست اندوسکوپی قرار گرفت.

اقدامات انجام شده:

روز بعد، باتوجه به گزارش اتندینگ رادیولوژی، بیمار NPO و آماده ی عمل می شود.

CT Report

: سی تی اسکن اسپیرال شکم و لگن با کنتراست. در مقاطع اگزیرال انجام شده

طحال در محل اناتومیک رویت نشد

اتساع لوبهای روده باریک تا قسمتهای پروگزیمال ایلئوم همراه با SMALL BOWEL FECES SIGN و مایع ازاد خفیف در فضای شکم و لگن مشهود است که مطرح کننده high grade partial obstruction در زمینه بزوار می باشد

کبد بزرگتر از نرمال می باشد تطابق با شرح حال قبلی بیمار (بیماری هماتولوژیک) توصیه میشود

لوزالمعده دارای ابعاد و دانسیته طبیعی می باشد. کلیتین فعالیت ترشجی نرمال داشته، متانه کناره های منظم نشان میدهد. x/

گزارش عمل جراحی:

آنتروتومی و آناستوموز روده باریک انجام شد.

شواهد بزوار در داخل لومن ۷۰ س.م تریترز رویت شد که قابل دوشیدن نبود.

متن آماده پیش‌گزیده ، متن آماده با کد ، فهرست متنهاي آماده ، ذخیره متن آماده ، پاک

پس از پرپ و درپ تحت بیهوشی جنرال شکم lower midline باز شد. شواهد مایع ری اکتیو داخل شکم رویت شد روده ها اکسپلور شد. شواهد بزوار در داخل لومن ۷۰ سانتی متری تریترز رویت شد که قابل passing و دوشیدن نبود. آنتروتومی ۲ سانتی متری در محل بزوار انجام شد . بزوار خارج شد ترشحات صفراوی فراوان خارج شد و دیستانسون روده ها کاهش یافت. محل آنتروتومی بصورت عرضی با ویکریل مجدداً آناستاموز شد. شکم با سه لیتر سرم گرم شسته شد درن جکشون داخل لگن قرار داده شد . با سیلک صفر فیکس شد. پس از بررسی هموستاز فاشیا با نایلون لوپ و سپس پوست با نایلون ۳/۰ بسته شد.

چه نکته ای از این کیس دریافت کردید؟

بی

بی

