ICU Admit
NPO
CBR
check ABCD
check CBC, ABG, Na, K, Ca, Mg, P, BS
check Level Methanol & Ethanol
Serum Ms Lor Iv stat

f. III/c catheter & check I/O
NG Tube

Amp Diazepam stand by (3 amp)
Amp B1 1 m
Amp Bq (2 amp/6hr)
Vial Fomepizol 1/2 gr
Cap folinic Acid

Ethanol 20% Gavage 1cc/kg
DAW

Amp(Vial) NaHCO3 if pH < 7.1
(1 amp/6hr)

Amp B1 (1a B complex)
Amp Naloxone
Vial D5W
D10W

NPO
CBC
Foley catheter with check I/O

oxygen canula 2-4 lit/min
check BS with Glucometry 1.
check CBC, Ra, Ka, P, CPK, LDH, AST, ALT, Bill T, D, ESR, CRP, ABG (Stat, then 2 hr)
PT/PTT INR
AIP

Vial NaHCO3 if pH < 7.1
Serum D5W 2000 cc infusion stat (Serum 1/2 NS for maintenance)
Sorbitol 4 gr po stat then 2 gr TDS
Amp Dexamethasone (4 mg) Iv stat
Amp cimetidine 2 mg Iv stat and Daily
Tab Bq 200 mg po 2 hr
Amp Bq 200 mg
Amp B1 1m (1a Amp B complex)
Ethanol 20% 40 cc po stat then 4 cc/hr po.

تفسیر پلور = پروتئین پلور + LDH پلور + پروتئین سرم + LDH سرم

آنزودا
- پروتئین پلور / پروتئین سرم > ۱/۲
- LDH پلور / LDH سرم > ۲/۳
- LDH سرم > ۲/۳ + ۲PPerlimit

مایع فوق = انتشار و تجمع سلول = عفونت و التهاب = انسداد بدخیمی = تنفس

ترانسودا = میکس ام + CHF + سیروز کبد + سندرم نفروتیک + هایپوآلبومینمی

اگزودا = پنومونی + TB + بدخیمی + پانکراتیت + آمیلاز

RF + TB + کشت و رنگ آمیزی + cellcountBDiff + گلوکز پلور + سیتولوژی پلور

درمان سیروز پلور

اورژانس گوارشی = تهوع و استفراغ و درد کمری شدید
+ اضطراب حالت بیمار

(بررسی تب، CVA تندرس، علائم حیاتی و بیهوشی)

NPO, CBR + CVS

Inf fluid 1000cc H/S IV stat

Amp ketorolac 30mg IM stat

Amp Furosemide 20mg IV stat then 2gr/hr

Amp Hyoscine 20mg IV after 20min stat

K4B sono (در صورت دفورز و سنگ)

مشاوره جراحی و اورژانسی

check CBC Diff / UA / BHCG (خانم)
BUN/creat, PT, PTT, INR

+

Amp ondansetron 8mg IV stat

Amp Pethidine 25-50mg IV slowly / Infusion

+

DRx = پیلوگرافی وریدی / آنژیوگرافی / آنژیوگرافی

+

DKA + EP = کتواسیدوز دیابتی + پاراگی

سنگ کلیه + اپیزود + STD

مشاوره جراحی و اورژانسی

هایپوپروتئینی نوزاد = TSHdo

سیانوتیک

سیانوز هایپوکسی دارد و زردی کوتاه مدت یا بدون زردی + کاهش کشش سرخرگ ریه و سابقه هایپوپروتئینی مادر

کاهش قند و ژنکوم ریه + سابقه زردی و فتق نافی + Poor feeding

اگر آنژیوگرافی کرونری بوده باید از سرم فیزیولوژیک

دارد سرم نیترو گلیسرین

TSH, FreeT4, FreeT3 درخواست شود

همراه با قبل از شروع آنژیوگرافی حتما دارو شروع شود

میدم 10mcg/kg

همراه با قبل از شروع آنژیوگرافی حتما دارو شروع شود

Jaw thrust, chin lift, Head tilt

BLS اطفال (اسکلتی تنفسی) = منطقه خطر نباشد + صدا زدن و تکان دادن و درخواست کمک 115 + چک راه هوایی (الفاظ) و حرکت قفسه سینه (بالا و پایین رفتن) و احساس یا بد آنفاس و نبض مرکزی (در بزرگسال کاروتید و در نوزاد بازوئی) +

اگر بی نفس: 5 ماساژ و 1 تنفس (با دست زیر چانه)
اگر نفس: 5 ماساژ و 1 تنفس (با دست زیر چانه)

(اگر مردن حرکت کند یا سوفر یا تنفس قطع CPR)

(علت: گسترش + شکم + تهاتر + کتف + پیچ + پیچ (الفاظ دهنی))

اگر بی نفس ماساژ تک دست، 2 انگشت انتهای دهانی بین نیپل ماساژ شود صدیم در اگر 2 نفر هست 2 دست و سینه دیزایم و با 2 انگشت ماساژ صدیم (زیر 1 سال)

عمق ماساژ 1/3 تا 1/2 قطر (در بزرگسال (4 تا 5) سانت و در بچه)

(در بزرگسال هر 6 ماساژ یک تنفس)

(در بزرگسال هر 30 ماساژ 2 تنفس)

اگر نبض داشت و تنفس نداشت = تنفس صدیم (هر 5 ثانیه 1 تنفس، هر دقیقه 12 ماساژ قلبی)

اگر نبض داشت و تنفس داشت = به پهلو چپ بخوابد (برای جلوگیری آسپیره استفراغ)

(در بزرگسال گردن بالا و عقب)

دهانه گردن اطفال = گردن عقب و پایین تر بینی و تنفس (صدیم دهن) Cone of light, Handle, Head

IMCR = در حرکت مشکلات بد نباشد + پرسیدن FTT در پیگیری + سر بین قدورزشار و ادرس +

اگر حلقه باشد = خرشید کرو مزدم
اگر دور سر باشد = عفونت، Torch و اکلی و PKU
اگر وزن کم باشد = عفونت، Torch

وزن به کم باشد (A) = کم بودن شیر و شکاف کام و لب و استفراغ و اسهال کلاکس GERD، NEC، شکم و تنگی پیلور و رفلوکس و انترالیب ICP، اختلالی مادر و Abuse = بررسی UA، CMV و 2 نوع تست ژنتیک بدهی

(B) تشنج و سیانوز و رنگ و از دست رفتن تون عضلانی و اسهال مزمن و اورژانس کوتاه CF، نارسایی یا بدکاری کلیه = بررسی

CBC, Diff, Na, K, Ca, Mg, P, BUN, creat, AST, ALT, AlP, Bili TD, Alb, PT, PTT, INR, Amylase, Lipase, ABG

اگر بی هوایی فشار بود غیر باکتری سپتیک + IgE + الکتروفرز SweatTest + SC + Stool fat + OB + UA
Reducing substance

(C) CBC, Diff, Na, K, Ca, Mg, P, BUN, creat, AST, ALT, AlP, Bili TD, Alb, PT, PTT, INR, ABG, LDH, ESR, CRP, AFP, AMA, MC
TSH, free T4
+ CMV, Torch, HTLV, سل و هپاتیت B و C = بررسی، BD، CHD، بدخیمی

(E) CMV, Toxo, HIV, HCV, HBV + (mantoux) = ECG و اکو و سونوگرافی شکم و ماموگرافی

وزن کم هنگام بدو تولد ⇐ هایپوگلیسمی و هیپوکلسمی و هیپوپاراتیروئیدی و هیپو PTH و هیپوپلازی تیموس و هیپوپلازی غدد پاراتیروئید و نقص کروموزومی DiGeorge

وزن کم و دور سر کم ⇐ Torch

دور سر کم ⇐ هیدروسفالی + Torch ⇐ بررسی آسفیکسی زایمان و CPR و احیا نوزاد و اسکن مغز و آسیب کارتیکال و سونوگرافی یا MRI مغز

قدکم ⇐ آکندروپلازی و کمبود GH و فاکتور رشد ⇐ بررسی هورمون هیپوفیز و PTH و گرافی اسکلتی و سونوگرافی شکم و کروموزوم

احیا متعاقب برگشت ⇐

(تاکی آریتمی)

PR) 100

P دارد ⇐ QRS فاصله‌ها یکسان = ST (اورژانس و استریس)

QRS فاصله‌ها یکسان = PAC ، MAT + P شکل متفاوت = PAC
P با شکل متفاوت = MAT

PJC یا PVC

P ندارد ⇐ QRS فاصله‌ها یکسان
QRS narrow = PSVT
QRS wide = VT (بطن) ← مونومورف / پلی مورف

QRS فاصله‌ها نامنظم = AFib (AF شایع‌ترین علت QRS نامنظم + CHB) ☆

QRS فاصله‌ها نامنظم "عمدتا" یا نامنظمی و فاصله‌ها بین QRS narrow دارد = AFlutter

QRS و T ندارد = VF (∿∿)
(سریع کاملا نامنظم)

بیماران شوک زیر کاور و کلید است
هیپو شوک، فعالیت اندام‌ها ضعیف کاپیلاری

VT pulseless ☆

برای شوک، تمامی موارد بالا شوک سنکرونیزه دارند به جز VF که شوک آسنکرون دارد (دفیبریلاتور)

آسنکرون دارد (ابتدا 200 ژول) + اگر بعد از شوک نبض برگشت دید شوک نمیدهیم و اگر نبض برگشت علائم نمیدهیم

اگر BP زیر 90 یا 70 و RR بالای 100 (تاکی آریتمی بود)، چک کرد میکنیم اگر نبض داشت شوک میدهیم و اگر نبض نداشت CPR میکنیم (اگر آسیستول یا PEA بود و سونوگرافی نرمال بود، نباید شوک بدهیم، ابتدا 3 دقیقه CPR میکنیم و اگر باز ریتم شوکی داد شوک میدهیم)

200 ژول ← 2 دقیقه بعد میزنیم، اگر PR کمتر شد 2 دقیقه دیگر 300 ژول میزنیم)

شوک اطفال ⇐ 2 ژول بر کیلو هست در ژول بعدی (10 ژول) و 4 ژول بر کیلو یا 200 ژول هر کدام بیشتر بود

شوک اول 2 J/kg
شوک دوم 4 J/kg

معاینه انتقال خون = ثبت فشار خون و نبض و تعیین فشار تب و تعریق و استفراغ و اداره و حالی کاردکا و هلچوری و کهیر و تنگی نفس در پرسنل و ...

چک + ABO RH + زردی پوست + تب V/S هر ۱۵ دقیقه + پسرم N/S تب جبوبی از A+ و چک + ABC

چک ادرار بالای ۱۰۰ باشد + درشت باکتری Ab وسیع الطیف با بررسی BC + بررسی CBC Diff + BUN Creat + ...

UA + VBG + PT PTT + ESR + Bilirubin + LDH + DAT + هاپتوگلوبین

اگر V/S نرمال و ... باشد ← قطع خون (خصوصا حاکمی یا ناسازگاری ABO RH + دانش هولیتیک)

اگر فقط تب دارد (بهتر بود) کاهش سرعت تزریق و ادامه خون میدهیم

اگر شرایط ناخوشایند دارد (کهیر و تنگی نفس و کاهش سطح هوشیاری و هایپوتانسیون و ...) تزریق خون را متوقف میکنیم و شرایط ناخوشایند را بررسی میکنیم

اگر تنگی نفس و افت سطح هوشیاری بود و علائم شوک ناخوشایند بود بررسی TALO و اکسیژن و دوز شوک میدهیم و گرفتن CXR (بعد از نشستن دارو از نکس)

تزریق خون را متوقف میکنیم و شوک TRALi

غربالگری کولورکتال = سن ریسک بالای ۵۰ سال + هر سالی FIT یا FOBT در صورت مثبت شدن کولونوسکوپی میکنیم

سن ریسک بالای ۴۵ سال + هر سالی کولونوسکوپی میشوند + اگر خانواده درجه یک سابقه دارد ۱۰ سال یا ۳ سال قبل از سن ابتلا کولونوسکوپی

بررسی علائم خانواده درجه یک + بررسی علائم هاضمه‌ای و درد شکم و یبوست و IBD و اسهال و یبوست و ... + خونریزی گوارشی CBC و V/S و اندوسکوپی +

بالای ۵۰ سال کولونوسکوپی و زیر ۵۰ سال رکتوسیگموئیدوسکوپی میکنیم اگر خونریزی شدید یا غیر قابل کنترل کولونوسکوپی شبیه

ابتدا FOBT سایانید میگیریم و اگر مثبت شد کولونوسکوپی میکنیم

در کولیت اولسر ← شروع غربالگری بعد از ۸ سال سیر از شروع علائم کولونوسکوپی شبیه

اگر کل کولون درگیر باشد ۸ سال سیر از شروع علائم کولونوسکوپی شبیه ← هر دو هر ۱ سال یا زودتر کولونوسکوپی شبیه

در کرون ← از ابتدا سال هشتم کولونوسکوپی شبیه و هر ۲ سال بعدش کولونوسکوپی شبیه

افت ریوی = بررسی ABG (عدد مهم افت PO2 با ماسک غیر ریبریتر، افت PCO2، وضعیت تهویه و آتلکتازی و شیردهی پرولاکتین)

ارتشیر شدن پوست ساقها و دست و پاها و سیانوز پوست

(تست پاتزری ۲mm)

تشخیص آنمی ← آزمون آنمی آنمی سرم SAAG

SAAG بالای ۱/۱ ← هایپرتنشن پورت + پسرو
SAAG زیر ۱/۱ ← سندرم نفروتیک
WBC زیر ۵۰۰۰
PMN زیر ۲۵۰۰
پروتئین آنمی زیر ۲/۵

+

WBC زیر ۵۰۰۰ و PMN زیر ۲۵۰۰ = پانکراتیت عفونی
WBC بالای ۵۰۰۰ و PMN بالای ۲۵۰۰ (عفونی) ← TB = ۲۵۰۰ زیر PMN و WBC بالای ۵۰۰۰ (عفونی)

SAAG بالای ۱/۱ + WBC زیر ۵۰۰۰ و PMN زیر ۲۵۰۰ و پروتئین بالای ۲/۵ = مرحله اول بودکیاری CHF
SAAG بالای ۱/۱ + WBC زیر ۵۰۰۰ و PMN زیر ۲۵۰۰ و پروتئین زیر ۲/۵ = مرحله آخر بودکیاری سیروز

WBC بالای ۵۰۰۰ + PMN بالای ۲۵۰۰ = پانکراتیت + پریتونیت موضعی باکتریال + پریتونیت عمومی باکتریال
(همیشه آنمی بالای هزار) SBP (ABP)

آنمی زیر هزار
علل پریتونیت
باکتری (TB) = کشت
بیهوشی = برفی

تروما به سر = حبس ABCD

حبس LOC
دارد
ندارد = آسپیراسیون و کلوپیدوگرل = راکسین موارد CT اسکن مغز لازم میگیریم
نیاز به کاردیولوژی هست = پیروتکنیک LOC
نیاز به کاردیولوژی نیست = CPR میکنیم

EP = حبس پانکراتیت و پانکراتیت (درمان تسکین) + پسرین تاکی کاردی + هایپوتنشن + معاینه دوره تحریم (کلیک) + معاینه داخل با اسکوپ + مرتوتیک + LMP + داشتن قاعدگی
جراحی یا تشنج کبدی
دردهای شکمی و AUB

Com PAM + Serum N/S + Reserve Punit Packcell + check BHCG titre + ABO RH + CBC + TVS (سونوگرافی مهبلی)
NPO, CBRT + check V/S y/Admin + Foley fix Bchart I/O + مشاوره زنان
اکسیژن ناوال

معاینه راکسن مادر باردار = بردی سرفه تا ایام عجیب باردار نشود + اینتوبه کردن از آنژیوگرافی بیشتر نمیشه + فعال انقباض اگر هست
راکسن آنفولانزا نداریم + راکسن هپاتیت B نزنید

PPH = مشکلات ویژه + اعزام زنان در زایمان

Positions: ترندلنبرگ (سر پایین یا بالا) + Upo CBR com pom + CBC, Burs, creat + PT/PTT, INR + AB+RH + T&S (ساعته ۲۴ در خطر تقل)

Serum N/S Split tiger

Reserve 4 unit packcell Iso Group Iso RH Crossmatch

Amp oxytocin 20 unit in 1 lit NS IV Infusion Ringer

Amp methergine 0.2 mg IM (در صورت فشار خون بالا)

Tab misoprostol 400 mcg Rectal

Amp carboprost 250 mcg IM (در صورت نداشتن Fe)

(هر ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت بعد)

+

مشاوره زنان + ثبت مقدار خونریزی از شیت زایمان

عکس پارو و نوع بخیه در پرونده مامایی

سقط خودبخودی = ارجاع زنان و پیگیری آنها توسط ماما بر اساس تعاریف سطح مراقبت (آموزش)

Positions: ترندلنبرگ

IV line کانولا

Serum N/S 1 lit

Oxytocin 20 unit/lit

Reserve 4 unit packcell Isogroup Iso RH

Folley catheter & check I/O

check V/S q 15 min

CBC, ABO RH, crossmatch + PT & PTT INR + BUN, creat

Na, K, Ca + BHCG titre + DOC, TUS (سونوگرافی رحم و ضمائم)

Upo DOC (آنکولوژی) CBR com/pom

Amp oxytocin 20 unit in 1 lit NS infusion

Amp methergine 0.2 mg IM stat

Tab misoprostol

+

مشاوره زنان

مراقبت بارداری = هفته ۰ - ۲۴ = در هفته کنار

هفته ۲۴ - ۲۷ = هر ۲ هفته یکبار

هفته ۲۷ تا زایمان = هر هفته یکبار

سونوگرافی بارداری هفته ۱۸ - ۱۸ = بررسی ساختارها و تعیین جنسیت

سونوگرافی بارداری هفته ۲۴ - ۲۷ = بررسی جنین

هماتوکریت و هموگلوبین مادر IQ بیماریابی میکرو

غربالگری ۱۲ هفته اول = معرفی حارداری + معاینه دندان و دهان + معاینه پستان (Endo) + ABO RH + شکل دیابت قبلی + سابقه VDRL + سابقه TSH + پاپ اسمیر + سابقه مصرف سیگار و دخانیات + سابقه مصرف الکل و مواد مخدر + سابقه تغذیه قبلی + سابقه بیماری قلبی + سابقه بیماری کلیوی + سابقه بیماری تیروئید + سابقه بیماری کبدی + سابقه بیماری عفونی + سابقه بیماری روانی + سابقه بیماری ژنتیکی + سابقه بیماری خونی + سابقه بیماری عصبی + سابقه بیماری پوستی + سابقه بیماری چشمی + سابقه بیماری گوش و حلق و بینی + سابقه بیماری دهان و دندان + سابقه بیماری ارتوپدی + سابقه بیماری اورولوژی + سابقه بیماری نفرولوژی + سابقه بیماری روماتولوژی + سابقه بیماری ایمونولوژی + سابقه بیماری آلرژی + سابقه بیماری عفونی + سابقه بیماری روانی + سابقه بیماری ژنتیکی + سابقه بیماری خونی + سابقه بیماری عصبی + سابقه بیماری پوستی + سابقه بیماری چشمی + سابقه بیماری گوش و حلق و بینی + سابقه بیماری دهان و دندان + سابقه بیماری ارتوپدی + سابقه بیماری اورولوژی + سابقه بیماری نفرولوژی + سابقه بیماری روماتولوژی + سابقه بیماری ایمونولوژی + سابقه بیماری آلرژی

CBC, PH + BHCG titre + VDRL + HBSAg + HA + HC + FBS + ABO RH + Anti Rubella Ab ⇒ (۲۴-۲۶ هفته)

+ مکمل یدید پتاسیم (۹۰۰ mg) + مکمل کلسیم و ویتامین D + بررسی تیروئید و HIV

(۳۰ mg Fe و ۴۰۰ Bq فولیک اسید)

غربالگری ۲۴ تا ۲۸ هفته = بررسی قند خون ناشتا و ساعته FBS + تغییر GCT + FHR

آنتی‌بادی منفی بود ۲۸ هفته دوز از Amp ۳ تا ۴ روز اضافه میکنیم حتی تاریخ دوزی را بیان

صلاحیت بالینی

بخش اول: بخش داخلی ـ مقدمه و ریه

نحوه شرح حال گیری

✓ در مورد زردی به یاد **Ichter** بیفتید که از 2 جزء تشکیل شده است:

Ich: خارش ter: اسهال، استفراغ، ادرار

نکته: در تمام شرح حال ها به **سابقه شغل زحمت کش** دقت کنید.

سابقه: سابقه آن بیماری در فرد و خانواده اش

- س = سفر: مسافرت اخیر
- ا = سوزن و تزریقات: IV drug abuser، انتقال خون، واکسن
- ا = چاقو: جراحی و تروما
- ا = آلت تناسلی: روابط جنسی
- ا = سیگار
- ا = الکل
- ب = بیماری: دیابت، هایپرتنشن، هایپرلیپیدمی، بیماریهای روماتولوژی، ...
- ق = قرص و دارو
- ه = حساسیت/ حیوان خانگی

زحمت:

- ز = زمان
- ح = حالت (کیفیت و کمیت)
- م = مکان

کلیات اردرنویسی

❖ ADDAVIDOF:

- At service of: در چه بخشی surgery ، CCU ، ICU
- Dx Pneumonia
- Diet: چه رژیمی برای بیمار در نظر گرفتید uremic ، Diabetic ، NPO ، PO ، Regular
- Activity CBR ، RBR
- Vital sign و CM ، Pox
- آزمایشات = CBC Diff ، BUN ، Cr ، Na ، K ، BS
- Imaging: نوار قلب، اکو، سی تی اسکن، سونوگرافی، CXR، ...
- Drug: داروهای موضعی، خوراکی، تزریقی، DVT prophylaxis
- اکسیژن + pulse oximetry + { canula 2-4 Lit/min ; mask 4-8 Lit/min
- Fluid: سرم، serum N/S 500cc IV Infusion ، IV fluid

fix Foley catheter & check I/O + NG Tube if fixed

تنگی نفس: شغل و پرسیدن آسم ، COPD ، TB ، HF ، PTE ، DVT + تنگی نفس فعالیتی یا غیرفعالیتی و نامهای تشریحی +

- تریاد سخت = سرفه، خلط، تنگی نفس و درد هم دست دارد یا (تنگی نفس کشنده و انگشتر)
- تنگ شدن (انگشتر) = ادم: در برخی بیماران مثل بیماران CHF شرح حال تنگی نفس و ادم دارند.
- تا نشستی = تنگی نفس با نشستن یا با راه رفتن ایجاد می شود؟ (تنگی نفس فعالیتی) یا در اثر کمتر از خواب بیدار می کند
- " سابقه شغل زحمت کش " را اینجا هم بررسی کنید.
- حالت تنگی نفس = با دراز کشیدن ایجاد می شود (ارتوپنه) یا از خواب بیدار می کند (PND)
- سابقه بیماری های ریوی و قلبی و کبدی و کلیوی را سوال کنید. (هر بیماری که ادم می دهد) بیماری های دیابت و هایپرتنشن و هایپرلیپیدمی و بیماریهای روماتولوژیک را در همه جا سوال کنید.
- علائم احتقان محیطی و شکم (آسیت) و درد در سندرم حاد کرونری RUQ
- B symptoms: کاهش وزن، تب، تعریق شبانه
- سابقه سیگار و الکل و دیابت خانگی
- با چه مواردی بهتر و بدتر می شود؟
- سه ارگان مهم که ادم می دهند: قلب، کبد، کلیه

سرفه

- ✓ در بیماریهای ریوی دو کلمه ی "سخت" و "سوت" را سوال کنید.

سخت = سرفه، خلط، تنگی نفس

سوت = سرفه، ویز، تنگی نفس

- ✓ سخت نشان دهنده COPD و سوت نشان دهنده آسم است.
- ✓ سرفه = سینوزیت، ریفلاکس، حساسیت فصلی، صرف کردن دارو (دارو های ACEI)
- ✓ سابقه شغل زحمت کش و B symptoms را بررسی نمایید.
- ✓ زمان: از کی دچار سرفه شدید و چقدر طول کشیده است؟
- ✓ حالت سرفه: حمله ای (متناوب)، مداوم
- ✓ سابقه: الکل، مواد مخدر، واکسیناسیون، تروما و جراحی، روابط جنسی
- ✓ چه عواملی باعث تشدید سرفه می شوند؟ (دود سیگار، فعالیت، ...)

آمبولی ریه

بیماری بدنبال جراحی/ بی حرکتی/ بارداری دچار تنگی نفس شده ...

معیار های ولز : به فرد سابقه دار میگن بی حرکت، ضربان قلبش بالا میرود و 1/5 قدم به عقب بر می گردد.

سابقه دار = سابقه DVT و آمبولی (1/5)

بی حرکتی = 3 روز یا بیشتر تا 4 هفته/ جراحی یکماه اخیر (1/5)

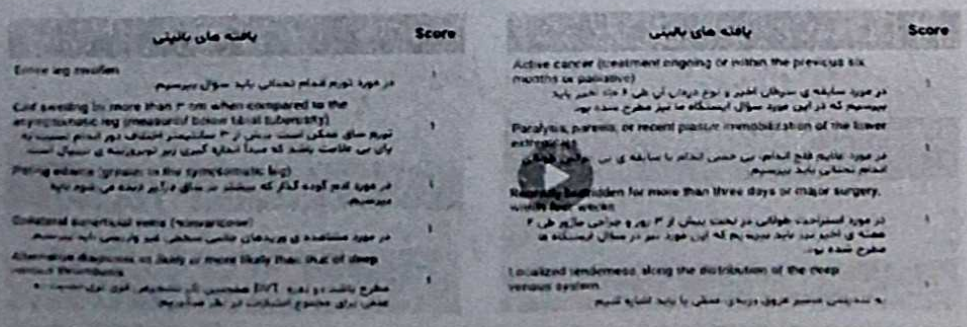
ضربان قلب بالا (1/5)

همسر = هموپتزی (1)/ سرطان فعال (1)

DVT یا آمبولی در حال حاضر (3)

تشخیصی دیگری غیر از آمبولی مطرح نباشد (3)

نمره ی بالای 4 نیازمند CTA است و نمره ی زیر 4 نیازمند بررسی D dimer است.



ABG کلاژن Loc + مشکل تنفسی = شک

At service of ICU
imp
con
Dict
Act
please =>
cvs
Routine fix
Lab (CBC, BUN, creat, Na, K, VBG, UA)
ECG
CoM, PoM
CXR
BS & Vbr
opinasal
serum
Amp
شماره

نسخه دارویی پنومونی (بستری، غیر شدید و خفیف)

- At service of: بخش ICU /
- Dx: pneumonia
- Diet: PO / NPO
- Activity: CBR / RBR
- V/S: check V/S q 6hr as Routine / check V/S q30min till 2hr then hourly then
- Drug: خوراکی، تزریقی
  1. Azithromycin 250mg PO Tab stat then daily
  2. Amp Ceftriaxone 1gr Stat and 1gr bid.
  3. Amp clexane 40mg SC Daily (برای پروفیلاکسی DVT)
- Imaging: CXR
- Lab: CBC/ diff/ BUN/ Cr/ FBS/ Na/ K/ Ca/ ABG + PT, PTT, INR (در صورت وجود عیر هموپتزی)
- Fluid: 1000 cc NS / IV Line (اگر بیمار در شوک قرار دارد ذکر شود که 2 IV Line خاکستری از دو رگ گرفته شود)
- O2 Therapy 3-4 lit/min with Nasal Canula (بالای 5 لیتر در دقیقه را باید از ماسک استفاده کنید) with Pox
- Foley sond fix catheter

Amp Heparin 5000 unit SC BD
Heparin 5000 unit + BD ← هپارین جلوگیری بذارم

در درمان ریه: قرص آزیترومایسین Kmay روزاول و تا سه روز بعدی تا ۵ روز
کپسول داکسی سیکلین ۱۰۰ mg هر ۱۲ ساعت و یا آبسیار بخورد و تا نیم ساعت دراز نکشد
قرص استامینوفن ۵۰۰ mg هر ۶ ساعت در صورت تب

کاندیدیازیس دهانی: افتراق با استوماتیت + پوشتر نیستاتین داره و پوشتر با اسمیر KOH بررسی میشه + گرفتن پوست (هایفا و میسلیوم) +
درمان: نیستاتین موضعی یا قرص و خارش و تحریک

یا (شامپو سلنیم سولفید ۲/۵٪ = روزانه ۱۵ دقیقه بمالند روی پوست)

در صورت عدم بهبودی با شامپو = کپسول فلوکونازول + قرص کتوکونازول (چک کردن شاخص های کبدی قبل از شروع درمان)

Asthma Attack

نسخه درمانی آسم

CBC, Na, K, BUN, Creat, VBG + ECG + Pam, Com

- At service of :ICU
- Dx :Asthma attack /Asthma
- Diet :NPO ← بدون بدحالی
- Activity :CBR
- V/S :q6hr as routine /q30min till 2hr and q 1hr till 4hr then 2 Hr
- Imaging :CXR
- Drug
- O2 Therapy 4-1 lit/min with Mask (اگر در پالس اکسیمتری زیر 94% بود)
- O2 Therapy 2 lit/min with Nasal Canula (اگر در پالس اکسیمتری بالای 94% بود)
- در بیمار حمله آسم نیاز به کاتتر فولی و NGT نداریم
- Fluid :30 cc/kg serum NS ← در 24h ساعت

IVF Mid NS 20cc/kg → 1/2 NS 1/2 D5W 12h

دارو درمانی آسم: اُ SABA بیوه ای که عطر زده پری عمه من است

- اُ: اکسیژن
- SABA: Spry Salbutamol 4 puff q20min x 3 stat then
- عطر: Spry Atrovent 4 puff q20min x 3 stat then
- بیوه: IV β agonist (اپی نفرین)
- پری: Amp Hydrocortisone 100mg IV Stat and 50 mg q8hr

Amp Hydrocortisone 100mg IV stat ↓ 50 mg

بجای آمپول می توان نوشت: Tab prednisolone 40mg Stat & Daily

Neb Ventolin (Salbutamol) ← در صورت سرپایی نبودن

بخش دوم: بخش داخلی ـ نفرولوژی

برخورد با پتاسیم بالا

A

D

D

A

V

I: حتما ECG باید گرفته شود. در آزمایشات هم حتما ABG لازم است.

D: به شکل مخفف ECG (G: گلوکونات کلسیم و گلوکز-انسولین/ C: کی اگزالات و کربنات سدیم/ E: ادرار آور)

- Amp Calcium Gluconate 10% IV in 10min
- Amp Dextrose 50% IV Stat
- Amp Insulin Regular 10u IV Stat

Powder Kayexalate 30gr in 30cc water Stat

1 Vial NaCO3 IV Stat in 5min

- Amp Lasix 40mg IV Stat

O

F

انسداد ادراری:

✓ انسداد = آن + س + داد

آن = مدفوع: بررسی وضعیت مدفوع دارد؟

س = 3: چند بار در روز اتفاق می افتد؟ 3بار یا بیشتر یا کمتر/ چه ساعتی در شبانه روز اتفاق می افتد؟/ قطره قطره می آید؟/ طول مدت بیماری چقدر است؟

داد = آیا درد و سوزش دارد؟ محل درد کجاست و به کجا انتشار دارد؟ آیا در ناحیه کمر یا لگن درد دارد؟ (درگیری های کمر انسداد ادرار یا مدفوع می دهند)

- ✓ بررسی سابقه دارویی بیمار: تمام داروهای آنتی شیشره (آنتی کولینرژیک ها، آنتی هیستامین ها، آنتی سایکوتیک ها، آنتی دپرسان ها) که هم مانع ادرار و هم مدفوع می شوند.

پلی اوری:

پ = پرنوشی

لی = لیتیم: می تواند دیابت بی مزه ایجاد کند

پلو = کریوهیدرات است که در اثر مصرف کربوهیدرات ها دیابت می گیریم. دیابت پر ادراری می دهد.

زمان شروع علائم

سوزش ادرار:

- ✓ از سایر علائم ادراری مثل پلی اوری، ناکچوری، فرکوئنسی، ... سوال کنید.
- ✓ درباره سوزش در نواحی مختلف سوال کنید. (سوزش مقعد، سوزش سردل (دل درد)، سوزش واژن)

نکته: در بدن آقایان 3 مجرا (دهان، مقعد، ادراری) و خانمها 4 مجرا (دهان، مقعد، ادراری، واژن) وجود دارد. هنگام سوال درباره مشکل یکی از مجاری باید درباره وضعیت سایر مجرا ها هم سوال کنید.

- ✓ آیا تهوع و استفراغ، درد شکم، درد کمر، تب ولرز، خون در ادرار، یبوست یا اسهال دارد؟
- ✓ آیا ترشح واژن یا پیشابراه دارد؟
- ✓ سابقه بیماری های مرتبط سوال شود.
- ✓ از چه روشی برای جلوگیری از بارداری استفاده می کنند؟
- ✓ درباره وضعیت قاعدگی بیمار سوال کنید.

بی اختیاری ادرار:

- ✓ سایر علائم ادراری را بپرسید.
- ✓ ببی اختیاری = شرح حال سزارین یا NVD/ اپیزیوتومی/ سقط/ آیا از ببی پد استفاده می کنی؟ چندتا؟
- ✓ آخ = مدفوع: آیا بی اختیاری مدفوع دارد؟ اسهال یا یبوست؟
- ✓ تی = چای، کافئین (درباره مصرف مایعات)
- ✓ داروها: دیازپام (درازپام = ادرار از پا دراز می شود روی زمین)، دوپامین (با دوپا میری دستشویی)، لازیکس (از لات ادرار میره)، دیورتیک ها

ادم جنرالیزه:

- ✓ ا = یک: ادم یکطرفه است یا دوطرفه؟
- ✓ ا = شبیه رگ لنفاوی و رگ خونی است (اختلالات لنفاوی و DVT باعث ادم یکطرفه می شوند)
- ✓ ا = شبیه باتوم یا چوب است که به پا ضربه می زند (تروما)
- ✓ ا = شبیه کبریت است (هر سوختگی باعث ادم یکطرفه می شود)
- ✓ ا = شبیه باسیل است (عفونت ها مثل سلولیت)
- ✓ د = دو: آلبومین کمتر از 2 است یا بیشتر؟

نکته: آلبومین زیر 2 معمولا در کسانی که سوء تغذیه دارند دیده می شود. (دو = دویدن: لاغر می شوند) در بیماران سیروز بی اشتهایی و سوء تغذیه (سیروز = سیر بودن) دیده می شود. بیماران سندروم نفروتیک هم از غذا خوردن نفرت دارند. (بی اشتهایی)

نکته: علل آلبومین بالای 2 و بخصوص بالای 2/5 قلبی و یا کلیوی هستند. برای نارسایی قلبی به JVP و cardiac output نگاه می کنیم. در نارسایی کلیوی هم BUN Cr افزایش می یابد.

- ✓ م = قرص: اگر برای ادم دوطرفه نارسایی کلیوی و قلبی مطرح نبود، دارو ها می توانند علت ادم باشند.
  مثل: استروئیدها، استروژن ها
- ✓ م = شبیه تیر: علل تیروئیدی مثل هایپوتیروئیدی (بیشتر ادم دوطرفه نان پیتینگ می دهد)

درمان ادم:

- ❖ در هر بیماری که ادم می دهد به NVD دقت کنید.

N = نمک: نمک به کمتر از 2 گرم در روز محدود شود.

V = حجم: محدودیت مایعات به کمتر از 1 لیتر در روز

D = دیورتیک: Tab Lasix 40mg (روزانه نصف قرص بخورد)

نکته: یکسری داروها باعث ادم می شوند که اگر بتوانیم آنها را قطع می کنیم. مثل: تیازولیدیندیون ها (پیوگلیتازون، رزی گلیتازون)، استروئید ها و استروژن ها، آملودیپین (آبلودیپین)، NSAIDs (ایبوپروفن)

هماچوری:

- ✓ همانند تمام شرح حال ها B symptoms و "سابقه شغل زحمت کش" را می پرسیم.
- ✓ س = سابقه ی هماچوری در خود یا خانواده، سفر
- ✓ ا = انتقال خون، واکسن، سیگار، الکل، تروما، جراحی، بیماریهای جنسی،
- ✓ ب = سابقه ی بیماریهای دیابت، هایپرتنشن، بیماریهای روماتولوژی، بیماریهای کبدی و زردی، لوپوس و وگنر
- ✓ ق = دارو ها: فنازوپریدین، مترونیدازول و ریفامپین و مصرف لبو رنگ ادرار را قرمز می کنند
- ✓ ه = حساسیت، شغل (ارتباط با رنگها و دخانیات و فعالیت کمتر)
- ✓ ز = از کی شروع شده؟
- ✓ ح = مداوم یا متناوب، شدت، کمیت، کیفیت درد
- ✓ م = مکان درد و انتشار درد

- Hem = در اپروچ به هماچوری ابتدا ببینید که هم دفع می کنید (مثل همولیز) یا RBC

اگر تنها هم دفع کنند Blood مثبت شده ولی RBC نرمال است. اگر RBC دفع کنید Blood هم مثبت می شود.

- Turia = همه جور چرکیا: در ادرار WBC بالاست و علائم سوزش و تکرر ادرار داریم یا نه؟ دفع لخته؟
- Turia = همه جور دردیا: آیا درد داری؟ درد پهلو؟ درد بیضه؟
- Turia = همه جور جریا: جراحی، تروما، درد قاعدگی

نکته: سن بیشتر مساوی 45 سال یا سیگاری باید با شک تومور مثانه سیستوسکوپی شود. در سن زیر 45 سال که سیگاری نیست بیشتر به گلومرولونفریتها شک می کنیم.

تفسیر آزمایش ادرار:

- ✓ SG: (specific gravity) مقدار نرمال بین 1010-1020 است. بیشتر از 1020 یعنی ادرار غلیظ شده و کمتر از 1010 یعنی ادرار رقیق شده است.
- ✓ pH: مقدار نرمال ادرار بین 4/5 تا 7/5 است.
- ✓ Pr: در ادرار نرمال پروتئین نداریم.
- ✓ Glu: در ادرار نرمال نباید قند داشته باشیم. اگر قند خون به بالای 180 برسد قند در ادرار دفع می شود. تنها در حاملگی ممکن است به شکل فیزیولوژیک قند در ادرار دفع شود.
- ✓ Ketone: تا 2+ در ادرار بیشتر بعلت گرسنگی است. اگر کتون ادرار 3+ شد باید از نظر DKA بررسی کنیم.
- ✓ Blood: در مواقع هماچوری، هموگلوبینوری، میوگلوبینوری مثبت می شود.
- ✓ RBC: بیشتر مساوی 3 تا در ادرار به معنای دفع ادراری RBC است. در اینصورت Blood هم مثبت می شود. گاها اجزای درونی RBC مثل هم دفع می شود که در این مواقع RBC منفیه و Blood مثبت است.
- ✓ WBC: بیشتر مساوی 5 تا در ادرار به معنای زیاد بودن دفع ادرار WBC و عفونت احتمال است.
- ✓ معمولا وقتی WBC بالاست و عفونت داریم تست نیتریت هم مثبت است.

- ✓ کریستال: تنها کریستال اسیداوریک در ادرار مهم است (به معنای بالا بودن اسید اوریک و ریسک سنگ های اسیداوریکی است). سایر کریستال های ادراری تنها نشان دهنده غلیظ بودن ادرار است.
- ✓ کست ها: کست گرانولر گران تمام می شود. در CKD یا ATN دیده می شود. waxy broad cast هم نشان دهنده ی آسیب کلیوی است. تنها کست هیالن نشان دهنده تغلیظ ادرار است که خیلی نگران کننده نیست.

دستور دارویی فشارخون بالا

در نوشتن نسخه برای بیمار هایپرتنشن از قانون ABCD تبعیت کنید.

- ACEI / ARB = A
- B = بتا بلاکر: هیچگاه در قدم اول نمی دهیم و معمولا در stage 2 و به عنوان دومین دارویی که اضافه می کنیم می توانیم بدهیم. (بتا = دو)
- CCB = C: آملودیپین
- D = دیورتیک ها

بنابراین در stage 1 فشار خون:

- Tab Losartan 25/50mg po Daily (نصف قرص 50mg)
- Tab Captopril 25/50mg po Daily
- Tab Triamterene-H 50mg po Daily
- Tab Hydrochlorothiazide 25/50mg po Daily
- Tab Amlodipine 5mg po Daily
- اگر با اینها کنترل نبود می توان Tab Metoral 25/50mg می توان روزانه داد.

نکته: سعی کنید هیچگاه CCB و دیورتیک را به عنوان دو دارو با هم ندهید.

نکته: همه آزمایشات روتین را برای بیمار هایپرتنشن می خواهیم بجز آزمایشات کبدی

بخش سوم: بخش داخلی ـ خون

اپروچ به آنمی

آنمی = Hb زیر 14 در آقایان و زیر 12 در خانمها

1- ابتدا براساس Retic به آنمی اپروچ می کنیم.

2- اولین اقدام در آنمی های همولیتیک که Retic ≥ 2/5% است: BLH را چک می کنیم. (بله بله لیز دارم)

B = بیلی روبین غیر مستقیم L = LDH H = هاپتوگلوبولین

اگر بیلی روبین و LDH افزایش و هاپتوگلوبولین کاهش پیدا کرده باشد = آنمی همولیتیک داریم. (بله بله لیز دارم)

اگر BLH تغییری نداشته باشد علت خون ریزی است.

3- اگر لیز داشته باشیم قدم بعدی لام خون محیطی است که در لام خون محیطی شیستوسیت/ تارگت/ اسفروسیت/ هاینزبادی می بینیم.

یاد آوری: علل شیستوسیت: (شکستوسیت) HUS/ اکلامپسی و پره اکلامپسی و HELLP/ دریچه مصنوعی قلب/ لوپوس/ DIC/ APS/ TTP

یادآوری: اسفروسیت در اسفروسیتوز ارثی و AIHA دیده می شود که برای افتراق اینها direct Coombs چک می کنیم. Direct Coombs در AIHA مثبت می شود.

یادآوری: target cell در تالاسمی ها و Heinz body در G6PD deficiency دیده می شود.

Bill کنژوگه یا direct کبدی است. (ک = کنژوگه = کبدی) / Bill غیر کنژوگه یا indirect غیر کبدی است.

2- اگر Retic < 2/5% است به MCV نگاه می کنیم:

MCV > 100 = ماکروسیتیک: کمبود B12 و فولیک اسید/ هایپوتیروئیدی/ بیماریهای مزمن کبدی/ الکلیسم

بنابراین آزمایشات: AST, ALT, ALP, Bill (T,D), Alb, PT, PTT, INR, TSH, B12, Acid folic را درخواست می دهیم.

100 > MCV > 80 = نرموسیتیک: بیماریهای مزمن و RA

MCV < 80 = میکروسیتیک: فقر آهن/ تالاسمی/ مسمومیت با سرب و آلومینیوم/ آنمی سیدروبلاستیک/ CKD

LFT TSH Retic LDH B1 Bill(D) هاپتوگلوبین

نکته: Mentzer index برابر است با نسبت MCV به RBC که اگر زیر 13 باشد به تالاسمی و اگر بالای 13 باشد به فقر آهن شک می کنیم.

اپروچ به پلاکت پایین: بر اساس PLT پیش می رویم.

1- P = پان سیتوپنی: کاهش رده های PLT و WBC و RBC (HB) / بای سیتوپنی. در این صورت قدم بعد بیوپسی مغز استخوان است. (P شبیه سوزن است)

2- اما اگر ترومبوسیتوپنی ایزوله دارد ابتدا ترومبوسیتوپنی کاذب را رد کنیم. (با محلول گران قیمت تری در آزمایشگاه بررسی می کنیم)

3- L = لام خون محیطی: اگر ترومبوسیتوپنی کاذب نبود لام خون محیطی می گیریم.

نکته: اگر در لام خون محیطی شیستوسیت دیدیم چند بیماری مطرح می شود: HUS/ اکلامپسی و پره اکلامپسی و HELLP/ دریچه مصنوعی قلب/ لوپوس/ DIC /APS /TTP

4- اگر شیستوسیت نداشتیم 2 تکه را بررسی می کنیم:

ANA (بیماریهای روماتولوژیک) و MONA (مونونوکلئوز عفونی، بیماریهای وایرال، هپاتیت ها، HIV)

5- اگر هیچکدام از اینها نبود می توانیم بگوییم ITP است.

نکته: افت PLT پتشی و پورپورا می دهد.

مجدد B symptom و سابقه را سوال کنید.

نکته: HUS شیستوسیت و BUN/Cr بالا دارد. اگر به این علائم تب و علائم نورولوژیک (تشنج/ TIA) را اضافه کنید TTP مطرح می شود. بنابراین TTP دارای یک پنتاد است:

1) آنمی همولیتیک میکروانژیوپاتیک

2) پورپورای ترومبوسایتوپنیک

3) اختلالات نورولوژیک

4) تب

5) بیماری کلیوی

لنفادنوپاتی:

- ✓ سیستم رتیکولواندوتلیال: غدد لنفاوی / طحال / کبد
- ✓ بنابراین درباره هر کدام از 3 مورد بالا صحبت شد باید 2 مورد دیگر را بررسی کنید.
- ✓ B symptoms اینجا خیلی مهم است. (تب، تعریق، کاهش وزن)
- ✓ سابقه شغل زحمت کش را سوال کنید.

سابقه لنفادنوپاتی و بیماریهای خونی در خود یا خانواده/ سابقه سرفه خلطی مزمن

ا = سوزن و تزریقات: IV drug abuser، انتقال خون، واکسن

ا = چاقو: جراحی و تروما

ا = آلت تناسلی: روابط جنسی

ا = سیگار

ا = الکل

س = سفر: بیماریهایی مثل TB و بروسلوز

ب = بیماری: دیابت، هایپرتنشن، هایپرلیپیدمی، بیماریهای روماتولوژی،بیماریهای نقص ایمنی دهنده ...

ق = قرص و دارو

ه = حساسیت/ حیوان خانگی: مواجهه با حیوانات (توکسوپلاسموز)

شغل بیمار را حتما سوال کنید

ز = زمان: از کی؟

ح = حالت (کیفیت و کمیت): لنفادنوپاتی تندر؟ سفت یا نرم؟ چسبیده یا متحرک؟

م = مکان: آیا در محل دیگری هم لنفادنوپاتی داریم؟

ک = آیا با کاری تشدید می یابد؟

نسخه درمانی آنمی مگالوبلاستیک:

درخواست آزمایشات: CBC, diff, Bill (T,D), LDH, هاپتوگلوبین, ALT, AST, ALP, TSH, T3, T4

تشخیص افتراقی های آنمی مگالوبلاستیک:

بیماریهای کبدی/ مشکلات تیروئیدی (هایپوتیروئیدی)/ همولیز (همه جور اندازه RBC میدهد)/ آنمی پرنیشیوز/ کمبود اسیدفولیک و B12

نسخه درمانی کمبود اسیدفولیک:

✓ Amp B12 1000 N=10

در هفته اول هر روز یک عدد و سپس هفته ای یک عدد

Tab folic acid 1mg N=

دوبار در روز

بخش چهارم: بخش داخلی ـ قلب

DVT = درد ساقا پا + فلج عضلات خم شدگی عضلات + ادم حجیم یکطرفه + وجود سابقه بستری (بخصوص ارتوپدی)

- ✓ بیمار با درد و تورم یکطرفه اندام تحتانی مراجعه کرده است.
- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.
- ✓ قدم بعد: محاسبه DVT score

DVT محدود:

DV = درد و ورم: آیا درد در مسیر ریشه های عروق بزرگ است؟ (1) / دیو: گرمای منطقه: گرمی و قرمزی

T = تورم اندام تحتانی (1): گوده گذار؟ (1) یکطرفه یا دو طرفه؟ اختلاف اندازه بیشتر از 3 سانتی متر؟ (1)

محدود: محدودیت حرکت: بیشتر از 3 روز بی حرکتی یا جراحی ماژور در 4 هفته اخیر (1)

فلج یا بی حسی اندام یا سابقه بی حرکتی طولانی (1)

سرطان فعال در 6 ماه اخیر (1)

مشاهده کلترال های سطحی (1)

اگر سلولیت و پارگی کیست بیکر مطرح باشد 2 نمره کم می شود. (-2)

- ✓ اگر بیمار 2 نمره بگیرد احتمال DVT مطرح است و باید سونو داپلر اندام تحتانی انجام بدیم.

CBR, Po

Elevation Limb

CVS

CBC, BUN, creat, Na, K, VBG, Alb, PT, PTT, INR, UA

ECG, Pam, Cam

CXR

2 nasal musk

Serum N/S 500 cc IVstat

Amp Heparin 5000 units stat then 1000-1200 unit/hr infusion

Amp Fwosmide 40mg IVstat

دستور دارویی ACS

- A: CCU
- D: ACS
- D: NPO
- A: CBR
- V: چک VS هر 6 ساعت یا کمتر
- Troponin, CKMB, CPK, LDH
- I: ECG serial (0-1-2hr)
- D
- O
- F: foley sond /check I/O
- Fluid: 500 cc IV/2hr با سمع ریه ها

نسخه دارویی: SO MAN TABAH

- S = استاتین: Tab Atorvastatin 80mg po stat
- O2Therapy with Nasal Canula 2-4 lit/min
- M = Amp morphine sulfate 3-5mg IV stat if SBP ≥ 90
- N = نیترات: serum TNG 5 macro/min if SBP ≥ 90
- A = Tab ASA 80mg x4 po stat یا Tab ASA 325mg po stat
- Tab Plavix 75mg x 4 po stat
- B = بتا بلاکر: Tab Metoral 25-50 mg po stat if SBP ≥ and PR ≥ 60
- ACEI = A: Tab Losartan 25-50mg po stat if SBP ≥ 90
- H = Amp Heparin 4000u IV stat and 800u/hr IV

بخش پنجم: بخش داخلی ـ عفونی

گلودرد

- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.
- ✓ هر وقت کلمه "درد" در هر جای بدن آمد، ویژگی های درد Typical را سوال کنید.

T = تایم: از کی شروع شده و چه مقدار طول کشیده؟

Y = وای: ماهیت درد (مبهم، شدید، خنجری)

P = pain killer: آیا از مسکن ها استفاده کردی؟ بهتر شدی؟ (در درد سایر مناطق ممکنه پردنیزولون، PPI، ...)

Ach all = درد همه جا: آیا به سایر مناطق انتشار دارد؟ انتشار به دندان، سینوس، گردن ...

نحوه برخورد با هاری:

- ✓ هر کسی که دچار گاز گرفتگی حیوانات شد هم ایمونوگلوبولین و هم واکسن نیاز دارد.
- ✓ محل زخم کاملا با آب و صابون شسته شود و از مواد سوزاننده مثل بتادین و الکل استفاده نشود.
- ✓ واکسن 5 دوز دارد: 0 - 3 - 7 - 14 – 28
- ✓ اگر سگ موجود باشد و مشکلی نداشته باشد 3 دوز کفایت می کند.
- ✓ ایمونوگلوبولین: نصف در محل گاز گرفته شده و نصف در عضله دلتوئید بزنید. دقت کنید محل تزریق واکسن و ایمونوگلوبولین متفاوت باشد.
- ✓ بررسی از جهت واکسیناسیون کزاز
- ✓ انتی بیوتیک: کوآموکسی کلاو 625 پروفیلاکسی می دهیم.

دستور دارویی زونا:

- ✓ زونا = زن ها: زنها به Trip، کارتون و استحمام علاقه مندند. سیکل قاعدگی دارند.
- ✓ کارتون = کورتون: Tab Prednisolone 20mg TDS (برای یک هفته)
- ✓ سیکل = Tab Acyclovir 400mg 5 بار در روز
- ✓ Trip = Cap Gabapentin 100mg po TDS /Tab Amitriptyline 10-25mg po Daily

- ✓ برای خارش: Oint Calamin-D/ آنتی هیستامین
- ✓ استحمام روزانه نیز توصیه می شود.

مشاوره تلفنی فرد مشکوک به کرونا

- ✓ اینجا هم CURB-65 کمک کننده است
- ✓ بنابراین پرسیدن سن اهمیت پیدا می کند. سن بالا احتمال بستری را بالا می برد
- ✓ C = confusion: وضعیت منتال و هوشیاری بیمار را بررسی کنید.
- ✓ U = urea: وضعیت هیدراسیون و تغذیه و اشتهای بیمار
- ✓ R = RR: تنگی نفس، استفاده از عضلات فرعی، سرفه
- ✓ B = BP: ارتواستاتیک هایپوتنشن، افت فشار، وضعیت
- ✓ بررسی VS: تاکی کاردی، تب
- ✓ B symptoms و سابقه را در شرح حال بررسی نمایید.

نحوه برخورد با Needle stick شدن

- ✓ حتما منطقه را با آب و صابون بشویید. نیازی به الکل و فشار دادن و مک زدن یا دوشیدن نیست.
- ✓ حتما برای همه CBC/ diff/ ALT/ AST/ ALP/ HBsAg/ HCV-Ab/ HIV-Ab درخواست کنید
- ✓ سوپروایزر بخش را در جریان بگذارید.
- ✓ پروفیلاکسی هپاتیت B: اگر واکسن نزده HBIg و واکسن تزریق شود. اگر قبلا واکسن زده HBsAb را چک می کنیم. اگر زیر 10 بود مجددا هم ایدونوگلوبولین و هم واکسن بزنند. اگر بالای 10 بود اقدامی نیاز ندارد.
- ✓ در رابطه HIV: ابتدا 3 دارو برای HIV شروع می کنیم.

Tab Lamivudine 150mg bd

Tab Zidovudine 300mg bd

Tab Efavirenz 600 mg bd

✓ در حال حاضر برای HCV پروفیلاکسی نداریم. حتما HCVAb و HIVAb همان موقع و یکماه بعد و ماه سوم و ماه ششم باید چک کنیم. همزمان با انجام هر کدام از این تست ها CBC, diff, AST, ALT, ALP در خواست می کنیم.

بخش ششم: بخش داخلی ـ جراحی

توده پستانی

✓ در هر جایی که توده داریم به بررسی موارد زیر می پردازیم:

✓ اندازی توده، تندرنس، چسبندگی، قوام

✓ پست = پستی بلندی پستان: زخم و فرورفتگی پستان؟ / ارتباط با PMS و قاعدگی؟

✓ تان = تندرنس: درد، حساسیت، قرمزی، خارش؟

✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.

✓ از کی متوجه توده شده اید؟

✓ سرعت رشد توده چطور بوده؟

✓ ترشح در پستان؟

✓ وضعیت تاهل و تعداد فرزندان؟

✓ سن اولین حاملگی و وضعیت شیر دادن بعد از حاملگی؟

تخلیه پنوموتوراکس

وسایل مورد نیاز: آنژیوکت 14، گاز، نوار 3m

1- ابتدا کلاویکل را پیدا کنید.

2- فضای بین دنده ای دوم در خط میدکلاویکولر را پیدا کنید.

3- با آنژیوکت از بالای دنده ی سوم (کف فضای بین دنده ای دوم) وارد شوید. (چون عروق در بالای فضای بین دنده ای قرار دارند)

4- دور آنژیوکت را با گاز محکم کنید

5- به بیمار اکسیژن می دهیم و برای گذاشتن chest tube انتقالش می دهیم.

نکته: chest tube را در فضای بین دنده ای 4 و در خط آنتریور آگزیلاری وارد می کنیم.

بخش هفتم: بخش داخلی ـ گوارش

خون ریزی های گوارشی

- ✓ G = معده: حتما از PPI استفاده کنیم.
- ✓ I = شبیه مری و NGT: داروی اکترئوتاید داده و NGT می گذاریم
- ✓ I = شبیه سوند فولی: باید برون ده ادراری را بررسی کنیم که بیمار بعلت خون ریزی پره رنال نشود.
- ✓ bleeding = B: تزریق سرم یا خون

A: ICU

D: GIB

D: NPO

A: CBR

V: q30min till 2hr

I: CXR، سونوی شکم و لگن

D:

- Amp Pantoprazole 80mg IV stat IVdrip 8mg/hr
- Amp Octreotide 50 macro IV stat and 50 macro/hr drip
- Reserve of 4 unit PC ISO group and ISO RH and cross matched
- Serum NS 2000cc stat
- FFP or PLT

O: O2therapy with Nasal Canula 2-4lit/min

Pulse oximetry q6hr

F: folly and NG tube fixed

Check I/O q 6hr

درد شکم = صرف بیشتر از دل

- ✓ بررسی TYPICAL

T = time: چقدر طول کشیده است؟

Y = کیفیت درد: شدید، خفیف، خنجری، مداوم، متناوب، کولیکی یا غیر کولیکی، احساس سنگینی

P = سابقه مصرف PPI

Ach all = انتشار درد، تغییر محل درد یا محل انتشار درد

- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.
- ✓ آیا با تهوع و استفراغ و بی اشتهایی همراه است؟
- ✓ ارتباط درد با غذا خوردن چگونه است؟

نکته: در شرح حال شکم باید وضعیت مقعد را هم مشخص کنید. در معاینه شکم هم باید TR انجام داد.

- ✓ آیا دفع گاز و مدفوع داشته است؟
- ✓ علائم ادراری دارد؟ (اگر از یکی از 3 مجرای دهان و مقعد و مجرای ادراری پرسیدیم از دو مجرای دیگر هم بپرسید)
- ✓ Cough sign/ psoas sign/ obturator sign
- ✓ سابقه زردی؟ در بیماران حتما رنگ پوست، ادرار و مدفوع را بپرسید.

نکته: در درد شکمی بررسی بیماری های تیروئیدی مهم است. (درد تیر کشنده = بررسی تیروئید)

مدفوع خونی

- ✓ ملنا: مدفوع سیاه رنگی که بیشتر از 14 ساعت در دستگاه گوارش مانده است و بیشتر بعلت خونریزی های دستگاه گوارش فوقانی است.
- ✓ هماتوشزی: می تواند از علل upper باشد و بیمار را unstable کند.
- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.
- ✓ سفر به مناطقی که E.coli یا آمیب گرفته است.

- ✓ در خانمها ممکن است خونریزی واژینال یا هماچوری باشد و از مقعد نباشد.
- ✓ در مورد هر چیزی که مرتبط با مقعد است سوال کنید: هموروئید، شقاق، سابقه کولونوسکوپی، تماس جنسی، درد و خارش، جراحی های ناحیه مقعد، کنسر

- ✓ هر چیزی که به واریس مرتبط است مثل بیماریهای کبدی و قلبی را همواره بررسی کنید.



زردی

- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.

کش = کم شونده یا زیاد شونده: کارهایی که باعث تشدید یا تخفیف علائم می شود.

- ✓ در مورد زردی به یاد Ichter بیفتید که از 2 جزء تشکیل شده است:

Ich: خارش ter: اسهال، استفراغ، ادرار

- ✓ هر گاه در رابطه با رنگ ها صحبت شد، درباره رنگ تمام مایعات بدن صحبت کنید. مثل تغییر رنگ ادرار و مدفوع
- ✓ بررسی تماس اخیر با فرد مبتلا به زردی
- ✓ سابقه ی بیماریهای روماتولوژیک و کبدی را حتما سوال کنید.
- ✓ سابقه مصرف قارچ های سمی
- ✓ آزمایشات درخواستی: HBsAg/ HBcAb IgM/ HCV Ab/ HAV Ab/ EBV
- ✓ سونوگرافی شکم و لگن
- ✓ سابقه مصرف داروهای بدنسازی و گیاهی

سوزش سردل

- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.
- ✓ عادات غذایی و اینکه با چه غذاهایی بهتر و یا بدتر می شود.
- ✓ Alarm sign: سن بیشتر از 55 سال، لمس توده یا غده لنفاوی، درد شدید، کاهش وزن، تب و تعریق شبانه، آنمی، خونریزی، سابقه کنسر در خانواده، تهوع و استفراغ، دیسفاژی
- ✓ آیا با داروهای مسکن بهتر می شوید؟

بخش هشتم: بخش داخلی ـ نورولوژی

نسخه درمانی کاهش هوشیاری

✓ در کاهش سطح هوشیاری از TNG کمک بگیرید.

T: تیامین (در ایران تیامین نداریم و بجاش B Complex می دهیم)

N: نالوکسان

G: گلوکز

A: ICU

D: loss of consciousness

D: NPO

A: CBR

V: Check VS q

ABG, ... :

I: brain CT, CXR, ECG

D:

- Amp B Complex IV stat
- Amp Naloxone IV stat
- Amp Dextrose 50% IV stat
- Serum DW 5%/10% 100cc/hr
- Check BS q6hr

O: O2therapy with nasal canula 2-4lit/min (اگر پالس اکسیمتری زیر 94 بود 5-6 لیتر با ماسک می دهیم)

F: folly sond and NG Tube

F: 1000cc NS stat

نکته: همواره در مسائل brain و airway از مریض ABG گرفته شود.

بخش نهم: بخش داخلی ـ مسمومیت های دارویی

نسخه دارویی مسمومیت با سموم ارگانوفسفره

ICU :A

D

NPO :D

CBR :A

V

I

:D

Amp Atropine IV stat

Amp Pralidoxime 1000mg in 100cc NS in 10min (زمانی که عوارض نیکوتینی داریم)

O2therapy with Nasal Canula 2-4lit/pulse oximetry :O

1 lit NS IV stat :F

Folly sond and NG Tube

- ارگان = در آوردن لباس آن ارگان تا دیده شود.
- فسفر = ماده فسفری: با آب و صابون شست و شو دهید

مسمومیت با الکل

- در مسمومیت با متانول باید اتانول بدهیم. (Ethanol 95% 60cc stat)
- Amp Dexamethasone IM stat
- Amp Pentazole 40mg IV stat (هرجا کورتون دادیم پروفیلاکسی PPI هم بدهید)
- حتما باید برای بیمار NG Tube و catheter folly بگذارید و I/O را نیز چک کنید.
- سرم تراپی هم باید انجام دهید
- مشاوره چشم پزشکی
- مشاوره گذاشتن شالدون و دیالیز اورژانسی

بخش دهم: بخش داخلی ـ روماتولوژی

کمردرد:

- ✓ هر جا درد داشتیم باید درباره TYPICAL صحبت کنیم.
- ✓ کیفیت درد سوال شود؟ با فعالیت و با استراحت چه تغییری می کند؟
- ✓ B Symptoms و سابقه شغل زحمتکش بررسی شود.
- ✓ بررسی سابقه مصرف پردنیزولون؟
- ✓ مدت زمان کمردرد چقدر بوده است؟ ۶ هفته که بعد اهمیت پیدا می کند
- ✓ آیا درد از کمر به پایین انتشار دارد (سیاتیک)
- ✓ کمر = در افراد کم سن و سال مهم است
- ✓ آیا درد التهابی؟ شبانه؟
- ✓ از کمرت در میره = بی اختیاری ادرار و مدفوع ؟ (اورژانس)
- ✓ سابقه مصرف کورتون؟

بخش یازدهم: بخش داخلی ـ پوست

خارش

- ✓ B symptoms و سابقه شغل زحمتکش را بررسی کنید.
- ✓ خ = ناخن: شکل ناخن مهم است
- ✓ خ = خشکی پوست
- ✓ ا = اعصاب: همراهی با بیماریهای اعصاب
- ✓ ش = شست وشو و استحمام: آیا با استحمام تشدید می شود؟
- ✓ ش = شامپو
- ✓ ر = رنگ: زردی، رنگ ناخن
- ✓ بیماریهای تیروئیدی خارش و ناخن تکه تکه و شکسته می دهد. (ناخن را با تیر زدن) خارش هم در پرکاری و هم کمکاری تیروئید دیده می شود.

نکته: بیماریهای کلیوی خارش و ناخن دو نیمه رنگ می دهند

نکته: بیماریهای کبدی خارش و ناخن های سفید می دهد

نکته: هرگاه از رنگ سوال کردید از سه رنگ پرچم آلمان بپرسید (زرد و قرمز و سیاه)

- ✓ بررسی آنمی فقر آهن و بیماریهای هماتولوژیک
- ✓ سابقه مصرف دارویی: کورتون، آنتی سایکوتیک، فنوتیازین (کورتون خواهر (خارش) آدم را جلوی چشمش میاورد و برای همین بهش آنتی سایکوتیک می دهیم)

ریزش مو

- ✓ از کی شروع شده است؟
- ✓ علائم مشابه در سایر نواحی سر؟
- ✓ کیفیت موها چگونه است؟ نازک و شکننده شده است؟
- ✓ آیا موقع حمام و زدن شامپو بیشتر می شود؟
- ✓ آیا علائم همراه مانند خارش، درد و التهاب و قرمزی دارد؟
- ✓ مصرف داروهای ضد انعقاد، ضدتشنج، کاپتوپریل، کتوکونازول، لیتیم؟
- ✓ مایع ظرفشویی پریل باعث ریزش مو می شود. (کاپتوپریل)
- ✓ کتوکونازول = کتوکونازک: باعث نازک شدن مو
- ✓ لیتیم = لیز کننده مو
- ✓ آیا از کرم یا دارو های موضعی استفاده می کند؟
- ✓ آیا رژیم غذایی خاصی دارد؟
- ✓ آیا کاهش وزن اخیر داشتی؟ (ریز شدی = ریزش مو)
- ✓ بیماریهای زمینه ای مثل کمبود آهن / بیماریهای تیروئیدی / لیکن پلان / آکنه /
- ✓ مو مثل تیره = در هایپوتیروئیدی تیر های بدن کم میشه
- ✓ مو شبیه آهن = کاهش داربست آهنی باعث ریزش مو می شود
- ✓ استرس و اضطراب؟

Check CBC TSH FreeT4 + HbsAg HCVAb HAVAb + HPylori + UA

بخش دوازدهم: بخش داخلی ـ غدد

دیابت

- ✓ حتما به عوارض دیابت دقت کنید: پای دیابتی، مشکلات کلیوی، فشارخون بالا، مسائل چشمی
- ✓ معاینه چشم: در دیابت نوع دو بلافاصله بعد تشخیص / در دیابت نوع یک 5 سال بعد تشخیص
- ✓ معاینه روزانه پا، چرب کردن پا با وازلین، کفش مناسب
- ✓ رژیم غذایی: کاهش مواد پر کربوهیدرات مثل نان، برنج، مواد نشاسته دار
- ✓ ورزش: حداقل 3 روز در هفته 45 دقیقه پیاده روی سریع
- ✓ همه دیابتی های بالای 40 سال نیازمند آتورواستاتین هستند
- ✓ زیر 40 سال آتورواستاتین با دوز کم می دهیم
- ✓ چک پروفایل چربی، HbA1C، آزمایشات کلیه و ادرار و الکترولیت ها هر 3 ماه
- ✓ معاینه سالانه چشم
- ✓ معاینه سالانه پا توسط پزشک

کبد چرب

- ✓ کاهش وزن بسیار مهم است (حداکثر 1 کیلوگرم در هفته)
- ✓ کنترل قند و کلسترول خون
- ✓ مصرف داروی نیورگل 140mg روزانه، متفورمین
- ✓ Vit E: اگر مشکل قلبی داره 200 واحدی و اگر نداره 400 واحدی مصرف کنند
- ✓ الکل باعث کبد چرب می شود
- ✓ هشدار به بیمار در رابطه با عوارض کبد چرب = سیروز

هیرسوتیسم

- ✓ در رابطه با ریزش مو اندروژنیک
- ✓ رویش مو در قفسه سینه و صورت، آکنه
- ✓ بررسی مسائل تیروئید
- ✓ مسائل قاعدگی: پلی منوره، الیگومنوره، آمنوره ...
- ✓ P = پرولاکتین چک شود
- ✓ P = هیپوفیز: درخواست LH, FSH
- ✓ TSH, T3, T4 چک شود
- ✓ C = کوشینگ: کورتیزول ادرار 24 ساعته چک شود
- ✓ C = CAH: 17 هیدروکسی پروژسترون چک شود
- ✓ O = شبیه تومور های تخمدان: چک تستوسترون و DHEA
- ✓ Virilization: صدای مردانه، ...

انسولین

- ✓ انسولین NPH گدر و انسولین regular شفاف است.
- ✓ NPH = نمک و پلو و هلو داره: کدره

سوال: **فردی میخواهد 10 واحد regular و 18 واحد NPH بزند. به چه شکل اینکار را انجام دهد؟**

- ✓ اول باید regular و بعد NPH را بکشیم. اعداد داده شده را تقسیم بر 2 می کنیم. به اندازه 5 خط کوچک انسولین رگولار و به اندازه 9 خط کوچک انسولین NPH می کشیم. (5 خط کوچک رگولار = 10 واحد رگولار)
- ✓ ابتدا به همان میزانی که از هر کدام می خواهیم برداشت کنیم با سرنگ هوا به داخل ویال آن وارد می کنیم. طبق فیزیک اینکار باعث هل دادن مایع به داخل سرنگ در هنگام کشیدن مایع خواهد شد.
- ✓ نواحی تزریق انسولین: دلتوئید، دور شکم، قدام ران، پهلو و [illegible]، خلف پهلو ها

- ✓ برای تزریق ابتدا الکل می زنیم و صبر می کنیم تا خشک شود. سپس با زاویه عمود یا 45 درجه تزریق کرده و تا زمان تخلیه کامل نگه می داریم. بعد از تزریق به هیچ عنوان ماساژ نمی دهیم.
- ✓ انسولین را تا یکماه در دمای اتاق می توان نگه داشت. دمای نگهداری انسولین 3 تا 30 درجه است.

تیروئیدیت تحت حاد

- بیمار با گلودرد، تب، تعریق که در لمس تیروئید تندر است.
- تیروئیدیت های تحت حاد بیشتر وایرال و تیروئیدیت های حاد بیشتر باکتریال هستند.

سوال: چه آزمایشاتی درخواست می دهیم؟

TSH, T3, T4, ESR, CRP

- ممکن است فاز هایپوتیروئیدی یا هایپرتیروئیدی شوند.

درمان تیروئیدیت تحت حاد

- Tab Prednisolone 40mg-60mg po Daily

معمولا تا 10 روز یا تا زمان کاهش درد گلو با همین دوز می دهیم و بعد از آن با کاهش هفتگی 10mg تیپر می کنیم.

Tab Naproxen 500mg BD

می توان بجای کورتون از ناپروکسن به میزان 500mg صبح و 500mg شب استفاده کرد.

بخش سیزدهم: بخش اطفال

سبب‌سی، دفع گاز، مدفوع + بررسی اسفنکتر + هشدار رنگ + هفته‌ای که ۲ برابر وزن تولد شده؟

پیوست: = بی‌حال بودن + مدفوع داره + وضعیت تغذیه و اخراج دارد + صدک رشد و تغذیه + وزن‌گیری + کبودی اطراف + الکزدن + دفع خون در مدفوع + دفع گاز + گمنگ و خرام + مدفوع + بی‌اختیاری ادراری + مدفوع + اورژانس بودن دفع + علت شکم + مدفوع + وضعیت تغذیه + مایع + شب +

- ✓ پیبس = بی حال: آیا کودک بی حال است؟
- ✓ آیا لباس زیر کودک خیس است یا نه؟
- ✓ پیوصد = صدک ها: صدک رشد و تغذیه کودک به چه شکل است؟

بررسی وضعیت دوره‌ی ادراری + نشستن + صرف آب و میوه و سبزی

نکته: هر گاه در رابطه با یک مجرا مثل مقعد صحبت کردیم، درباره وضعیت سایر مجاری مثل دهان و واژن و مجرای ادراری هم سوال کنید.

- ✓ آیا علاوه بر پیبوست دوره های اسهال هم دارد ؟ دفع خون همراه مدفوع دارد یا نه؟
- ✓ دفع گاز ؟
- ✓ وضعیت ادراری چگونه است؟ بی اختیاری دارد یا نه؟ هماچوری؟
- ✓ تهوع و استفراغ ؟
- ✓ ترشح واژینال ؟
- ✓ سابقه جراحی؟
- ✓ وضعیت فعالیت فیزیکی چگونه است؟ با کمک نشستن

دهیدریشن

3 سطح دهیدریشن داریم:

- Mild (5%): مقداری کاهش ادرار داشته است
- Moderate (10%): مقداری خشک شده (6%)، فونتانل فرو رفته (7%)، تورگور پوستی کاهش یافته (8%)، بی حالی (9%)، تنفس تند

- Severe: (15%): افت فشار خون، تاکی کاردی

اسهال و نحوه تجویز پودر ORS

- ✓ اس = اسپاسم: دل درد؟ بی قراری؟
- ✓ هال = حال و شرایط بالینی: بی حال؟ ضعف؟ شیر میخوره؟
- ✓ یک بسته پودر کامل را در یک لیتر آب یا 4 لیوان بزرگ می ریزیم.
- ✓ آب باید جوشیده و سرد شده باشد.
- ✓ ابتدا آب را در لیوان ریخته و سپس پودر را اضافه می کنیم.
- ✓ ابتدا در 4 ساعت اول 75cc/kg پودر ORS را هر 5 دقیقه 3-5 می سی به بیمار می دهیم تا تمام شود.

بعد از آن 10cc/kg به ازای هربار دفع به بیمار می دهیم.

- ✓ بعد از 24 ساعت پودر را به بیرون می ریزیم.

رشد و تکامل کودک

- ✓ 6 تا 8 هفتگی: کودک به مادر نگاه می کند و لبخند می زند.
- ✓ 3 ماهگی: راست نگه داشتن سر
- ✓ 4 تا 5 ماهگی: با کمک نشستن / گوش فرا می دهد / سعی می کند به اشیاء دست بزند / مادرش را می شناسد
- ✓ 6 تا 8 ماهگی: بدون کمک برای مدت کوتاهی می نشیند / سر و صدا / اشیاء را دست به دست می کند
- ✓ 9 تا 10 ماهگی: سینه خیز / صداهای بیشتری در می آورد / پرت کردن اشیاء / حس غریبی
- ✓ 10 تا 11 ماهگی: ایستادن / نخستین کلمات / بلند کردن اشیاء با استفاده از انگشتان
- ✓ 12 تا 14 ماهگی: راه رفتن / بکار بردن کلمات مامان و بابا با درک معنا / دو مکعب را روی هم می گذارد
- ✓ 18 تا 21 ماهگی: کلمات را بهم وصل می کند / خارج کردن اشیا از داخل شیشه مربا خوری/ فهمیدن دستورات دومرحله ای
- ✓ 24 ماهگی: دویدن / جملات کوتاه / می تواند ستون 6-7 مکعبی درست کند / نیاز به توالت را خبر می دهد

FTT

- ✓ female = F: از وضعیت مادر سوال کنید: فرزند چند؟ سن بارداری؟ سابقه سقط؟ وضعیت زایمان؟ سیگار؟ عفونت زایمانی؟
- ✓ T = تغذیه، وضعیت گوارشی: اسهال، دیسفاژی
- ✓ T = ترازو: وزن کودک
- ✓ T: ترم بودن + وزن و قد و دور سر در آبگیر + سابقه زردی در PKU + شیردهی + ... + تموز + ... + تفسیرات قیاسی + ... (سنسرم دون)

نکته: در معاینه FTT از سر تا پای بیمار را باید معاینه کامل کنید.

آزمایش‌های تشخیصی:

CBC diff, UA, UC, BUN, Cr, AST, ALT, HIV ab, Sweat test for CF, Zinc level, TB test, S/E

شروع تغذیه تکمیلی کودک

- ✓ First line = فرنی یا حریره بادام (فرنی با شیر و آرد درست می کنند)
- ✓ هفت = شبیه کاسه سوپ: سوپ از 7 ماهگی

برای جلوگیری از آمیبیازیس حتما باید آب باید جوشیده باشد

نکته: قطره آهن روزی 1-2 قطره تا دو سالگی می دهیم

- ✓ میوه: بصورت پوره مثل سیب و پرتقال به مقدار کم
- ✓ تخم مرغ: قبل یکسالگی نمی دهیم

واکسیناسیون

- ✓ واکسن های زنده: کلمه رنگ دارند (تب زرد، سرخک (MMR))، آبله مرغان (مرغ زنده است)، BCG (بسیج همیشه زنده)، فلج اطفال خوراکی
- ✓ واکسن های زنده را در طبقه فوقانی یخچال و دمای 2-8 درجه سانتی گراد نگهداری می شوند.
- ✓ راه تجویز:

زیر جلدی: تب زرد ، MMR (رنگی ها زیر جلدی اند)

داخل جلدی: BCG (بسیج = نسیج = نسج)

عضلانی: سایر موارد

- ✓ BCG مصرف نشده بعد از 4 ساعت از آماده سازی و واکسن MMR بعد از 6 ساعت و واکسن آبله مرغان بعد از 30 دقیقه دور ریخته شود.
- ✓ واکسن با ویال های چند دوزی (فلج اطفال خوراکی و دوگانه و سه گانه، پنج گانه، هپاتیت ب، کزاز) بعد از باز شدن ویال در مراکز تا یکماه در شرایط مناسب نگهداری کرد.

سوال: کدام واکسن معمولا گیلن باره می دهد؟

واکسن آنفولانزا

زمان تزریق واکسن ها:

- بدو تولد: BCG، هپاتیت ب، OPV
- ۲ و ۴ و ۶ ماهگی: پنتاوالان، OPV
- در ۴ ماهگی فلج اطفال هم خوراکی و هم تزریقی می دهیم.
- ۱۲ ماهگی: MMR

معاینه مفصل هیپ نوزاد

- ✓ حتما قبل از معاینه دست تان را بشویید
- ✓ نوزاد به صورت سوپاین روی تخت باشد
- ✓ کودک باید عریان شود
- ✓ دو مانور مهم شامل بارلو و ارتولانی می باشد.

نحوه معاینه:

۱) مشاهده: دو زانو را به صورت فلکشن قرار داده و ارتفاع آنها را مقایسه میکنیم

۲) بارلو: دو زانو را ابداکت کرده و سعی می کنیم دو زانو را با فشار از بالا از مفصل خارج کنیم.

۳) ارتولانی: با اددااکشن جا اندازی مفصل را انجام می دهیم.

رشد طبیعی کودک

- ✓ کاهش وزن در چند روز اول: ۵ تا ۱۰ درصد وزن تولد که در ۷ تا ۱۰ روزگی به وزن تولد برمیگردند
- ✓ دو برابر شدن وزن تولد در ۴ تا ۵ ماهگی
- ✓ سه برابر شدن وزن تولد در یک سالگی
- ✓ چهار برابر شدن وزن در دو سالگی

وزن متوسط :

- هنگام تولد : ۲ تا ۴ گیلوگرم
- یکسالگی: ۱۰ کیلوگرم
- ۵ سالگی: ۲۰ کیلوگرم
- ۱۰ سالگی: ۳۰ کیلوگرم
- متوسط افزایش وزن روزانه: ۲۰ تا ۳۰ گرم در ۳ تا ۴ ماه اول

- افزایش وزن متوسط سالانه ۲ کیلوگرم از دو سالگی تا بلوغ

رشد طبیعی قد:

- متوسط قد در زمان تولد : ۵۰cm
- یکسالگی: ۷۵cm
- سه سالگی: ۹۰cm
- ۴ سالگی: ۱۰۰cm
- متوسط افزایش سالیانه قد: ۶ سانتی متر از ۴ سالگی تا بلوغ

دور سر:

- زمان تولد: ۳۵cm
- یک سانتی متر در هر ماه در سال اول (۲ سانتی متر در ماه در سه ماه اول و سپس آهسته تر) و ۱۰ سانتی متر در ادامه زندگی افزایش دور سر خواهیم داشت

گوش درد

- ✓ گ = گوارش: دفع دارد یا نه؟ یبوست یا اسهال؟
- ✓ و = وزن گیری
- ✓ ش = شیر: شیر میخورد؟
- ✓ در مورد درد همواره TYPICAL پرسیده شود
- ✓ علائم b symptoms را همیشه سوال کنید
- ✓ سابقه مصرف دارویی
- ✓ سابقه بیماری های خانوادگی و قبلی و قد و وزن هنگام تولد و وزن گیری پس از آن را بپرسید
- ✓ تزریق دقیق واکسن ها و سرماخوردگی مکرر را بپرسید

بخش چهاردهم: بخش زنان و زایمان

نسخه دارویی پره اکلامپسی

- ✓ بیمار را NPO و CBR می‌کنیم
- ✓ در هر بیمار باید دو رگ بزرگ بگیریم، سرم بگذاریم و اکسیژن وصل کنیم
- ✓ پ = پردنیزولون
- ✓ ه = هیدرولازین
- ✓ ل = لورازپام
- ✓ سی = سولفات منیزیم: ۴ گرم

۴ سی سی از محلول ۵۰ درصد سولفات منیزیم = ۲ گرم . بنابراین باید ۸ سی سی سولفات منیزیم بکشیم و در ۲۰۰ سی سی دکستروز ریخته و در عرض ۲۰ دقیقه تجویز می کنیم.

- Internal foley + check I/O
- Amp Diazepam 5 mg standby
- MgSo4 6gr in 200 cc DW5% IV in 20min then 40gr in 1000cc DW5%
- Amp Betamethasone 12mg IM

اگرفشار بالای ۱۶ باشد :

- Amp Hydralazine 5mg IV q20min till 30mg

- ✓ در خواست آزمایشات:

BUN, Cr, PT, PTT, INR AST, ALT, ALP, PLT, CBC, Retic, Bil,

- ✓ باید رزرو خون (۲واحد PC) داشته باشیم و سرم به میزان نیاز می گذاریم

PROM

- ✓ P = PR: اولین اقدام بررسی پالس مادر و جنین است
- ✓ = شبیه رحم: اندازه گیری ارتفاع رحم
- ✓ M = شبیه پای مادر در پوزیشن لیتوتومی: مشاهده ترشحات و انجام تست نیترازین
- ✓ معاینه انگشتی ممنوع است

ریسک فاکتور های PROM:

1. عفونت بالا رونده
2. سیگار کشیدن
3. بارداری چند قلویی
4. سابقه زایمان پره‌ترم و PROM
5. پرولاپس بند ناف
6. کوریوآمنیونیت

A\B
لکه بینی

- ✓ ل = LMP کی بوده؟ بررسی قاعدگی؟
- ✓ ک = کومارین (وارفارین): آیا مصرف داروهای ضد انعقاد داشته ای؟
- ✓ بینی = شبیه پولیپ: آیا پولیپ یا میوم در رحم داشتی؟
- ✓ بین پا = روش جلوگیری از بارداری؟
- ✓ لکه بیبی = بررسی حاملگی با B-HCG
- ✓ بررسی postcoital bleeding
- ✓ ه = هایپوتیروئیدی
- ✓ درمان: استروژن خوراکی، مفنامیک اسید

بخش پانزدهم: بخش نورولوژی

- ✓ ABCD را رعایت کنید
- ✓ TNG در پروتکل کما را انجام دهید: تیامین، نالوکسان، دکستروز ۵۰ درصد
- ✓ هایپوکسی ها هم تشنج می دهند بنابراین حتماً سچوریشن اکسیژن را بررسی نمایید.
- ✓ بیمار باید NPO و CBR باشد.
- ✓ محافظ برای تخت بیمار لازم است.
- ✓ تشنج Complex:

C = کانفیوژن

O = اورا

M = موتور: تونیک، تونیک کلونیک، آتونیک ...

P = post ictal

L = طول مدت تشنج

- ✓ درمان دارویی دارویی:

ت = تب: علائم حیاتی بسیار مهم است

ش = شنکوپ: سنکوپ

ج = جدید: اولین بار یا سابقه دار؟

- ✓ اگر جدید باشد باید یکسری آزمایشاتی برای بیمار بخواهیم:

CBC, diff, BUN, Cr, LFT, UA

- ✓ دیازپام یا میدازولام هم به بیمار می دهیم:

Amp Diazepam 0/2 mg/kg IV/IM

Amp Midazolam 0/1 mg/kg IV/IM

- ✓ دقت کنید که هیچکدام را بیشتر از 10mg نمیزنیم

✓ اگر بازهم مجدد تشنج کرد فنی توئین می دهیم.

✓ نکات فنی توئین:

تنها در سرم نرمال سالین میریزیم و اصلاً نباید در سرم قندی ریخته شود

دوز: mg250 ← هر آمپول ۲۵۰ هست.

mg/kg15 می زنیم

بنابراین در یک بیمار kg60 به میزان mg900 فنی توئین لازم است. بنابراین چهار آمپول فنی توئین را باید در cc250 سرم نرمال سالین در عرض min25 تجویز می کنیم. اگر جواب نداد دوباره تکرار می کنیم.

✓ درخواست MRI و CT مغز برای بیمار

✓ گذاشتن محافظ بین دندان ها جهت جلوگیری از گاز گرفتن زبان اما در هنگام تشنج به هیچ عنوان نباید اقدام به باز کردن دهان بکنیم و تنها بیمار را به سمت چپ می خوانیم

سردرد

✓ سابقه شغل زحمتکش را پرسید

✓ در هر دردی TYPICAL را بپرسید

✓ T = تایم: چقدر طول کشیده

✓ Y = وای: ماهیت درد

✓ P = پروفن: آیا سردردت با مسکن ها بهتر می شود؟

✓ Ach all = انتشار درد به جای دیگر

✓ تهوع و استفراغ، تعریق، فتوفوبی را بپرسید

✓ سَر = سرکشیدن الکل

✓ سِر = آیا بدنت سر و بی حال می شود و گزگز مورمور داری؟

✓ س = سیاهی رفتن چشم ها

سرگیجه

- ✓ سابقه شغل زحمتکش را بپرسید
- ✓ حالت سردرد چطوری است؟ دور سرت می چرخد یا به صورت سبکی سر است
- ✓ آیا همراه با سرگیجه، درد در محل خاصی از سر یا گوش درد داری؟
- ✓ سر = سرکشیدن الکل
- ✓ سِر = آیا بدنت سر و بی حال میشود و گرگز مورمور داری؟
- ✓ سرگوشه = گوش درد یا مشکل گوش داری؟
- ✓ گیج شدن و کاهش هوشیاری و زمین خوردن را سوال کنید؟
- ✓ سابقه مصرف آمینوگلیکوزید ها و لازیکس را بپرسید

منژیت

Meningitis

Icu

CBR

NPo

Foley/catheter&checkI/O

VIS q1hr, call if BP<90/60 or PR>120 or T>39

CXR+ECG+Brain cTor MRI

LP (cell&Glu&Pro&PCR&Gram stain&culture)

CBC Diff, ESR, CRP, VDRL, BCXT + VBG + UA + UC + Blood

AST+ALT/AP, BilliT/D, Pro total, Alb+BS+BUN/Creat+

Na, K, Ca, mg, P + PPD + Ab level After 4th dose

Iv Fluid D5 1/2 NS 1200 cc/hr with kcl 20mEq/Lit + Ceftriaxone 2gr/Lit + Vancomycin 2gr/Lit

Amp Heparin 5000 unit sc q12hr

Tab/syrup Famotidine 20mg Iv/Po q12hr + Amp Pantoprazole 40mg IVStat

Tab Pantoprazol 40mg Daily

Tab Acetaminophen 500-1000mg Po q6-8hr if T>39

Dextrose Sodium 100-200 mg Po q6h

Amp Dexamethasone 4mg IVstat (قبل از آنتی بیوتیک یا همزمان)

B) Amp Ampicillin 2gr IV q4hr + Amp Gentamycin 5mg/kg IV q24hr = Amp Vancomycin 1gr IV q12hr

A) Amp Ceftriaxone 2gr IV q12hr (max 4gr/d)

Amp Cefotaxim 2gr IV q6hr

Amp Ceftazidim 2gr IV q8hr

Amp Acyclovir 10mg/kg IV q8hr

شرح حال آنمی مگالوبلاستیک

لام خون محیطی: نوتروفیل هایپرسگمانته

سوال: چه آزمایشاتی در خواست می کنیم؟

B12, acid folic, MMA, TSH, T3, T4, AST, ALT, ALP, Alb, PT, PTT, INR, Bil

PSGN

- ✓ بیمار با شرح حال گلودرد در ۱-۲ هفته قبل که الان با پروتئینوری و هماچوری و ادم اندام ها آمده است.
- ✓ لام خون با کست RBC
- ✓ ۳ آزمایش برای تشخیص:
  1. اسمیر و کشت حلق
  2. ASO
  3. Anti DNase B
- ✓ در سندروم های نفریتیک زیر ۱ گرم پروتئین در ادرار دارد

HUS

- ✓ لام خون محیطی: شیستوسیت: RBC شکسته
- ✓ شرح حال اسهال و افزایش BUN, Cr و یا تب و علائم عصبی دارد. در آزمایشات: پلاکت پایین،
- ✓ 2/5% دارد
- ✓ اگر همراه با اینها تب، علائم عصبی گفته شد دیگر TTP مطرح می شود.

HUS + TT = TTP

بخش هفدهم: بخش عملی ـ ریه

معاینه ریه

- ✓ لباس بیمار را در می آوریم و در سمت راست بیمار می ایستیم.

نکته: همیشه برای معاینه در سمت راست بیمار می ایستیم

- ✓ مسیر معاینه را پیش می رویم که شامل : مشاهده، لمس، دق، سمع

1. مشاهده: اسکار جراحی، توده، ضایعات جلدی، پتشی، پورپورا، شکل قرینه قفسه سینه،
2. لمس:

A) بررسی و یافتن نقاط تندر

B) Tactile Fremitus: به بیمار می گوییم عدد ۹۹ را تکرار کند و قرینگی ارتعاش را با گوشه اولنار دست بررسی می کنیم. این معاینه را درقدام و خلف قفسه سینه انجام می دهیم. اگر ارتعاشات بشکل یکسان به دست نخورد به معنای وجود کانسولیدیشن است. ارتعاشات از جامدات بهتر عبور می کنند. اگر ارتعاشات کمتر شد ممکن است مایع یا نوموتوراکس وجود داشته باشد.

نکته: برای معاینات پشت بیمار باید بخواهیم که دست هایش را بشکل ضربدری روی شانه هایش قرار دهد تا اسکاپولا ها از هم فاصله گیرد.

3. دق: تمام فضاهای بین دنده ای را بشکل قرینه دق می کنید. در حالا نرمال باید رزونانس شنیده شود.

هنگامی که به دیافراگم برسیم مات می شود.

4. سمع: به بیمار میگوییم با دهان نفس بکشد. و هر فضای بین دنده ای را سمع می کنیم. صدای طبیعی به صورت برونکووزیکولر و در ناحیه تراشه تراکئال است.

Fine crackle: صدای شبیه ساییدن مو بین انگشتان

Coarse crackle: شبیه ترکیدن حباب آب

ویز: صدای پرفرکانس شبیه سوت

رونکای: فرکانس کمتر

استریدور: هنگام وجود انسداد که بدون گوشی هم معمولا شنیده می شود.

اگوفونی: از بیمار بخواهید ee بگوید. در حالت نرمال یک صدای خفه شده طولانی E می شنوید اما اگر ضایعه ای وجود داشته باشد A می شنوید

پکتوریلوکی نجوا شده: (vocal fremitus) از مریض می خواهیم کلماتی را زمزمه کند. این صدای زمزمه به طور محو و نامفهوم شنیده میشود. اگر این صدا واضح شنیده شود نشان دهنده وجود کانسولیدیشن است.

- ✓ در انتها با نگاه به قفسه سینه ریت تنفس را در یک دقیقه حساب می کنیم. به بیمار نباید بگوییم که می خواهیم تعداد تنفس او را حساب کنیم.
- ✓ بررسی ناخن ها از جهت وجود کلابینگ یا سیانوز
- ✓ مخاط دهان را از جهت وجود سیانوز نیز بررسی میکنیم

نحوه استفاده از اسپری های تنفسی

- ✓ همیشه باید از جهت پر بودن چک شوند
- ✓ استفاده از دمیار باعث می شود حجم بهتری از اسپری به ما برسد و عوارض اسپری ها مثل کاندیدا و گرفتگی صدا را کمتر میکند.
- ✓ ابتدا بیمار یک بازدم عمیق انجام می دهد و سپس دمیار را جلوی دهانش گرفته و اسپری را دو پاف بزند و با بینی و دهان یک دم عمیق انجام داده و ۱۰ ثانیه نفسش را حبس کند تا جذب بصورت کامل جذب شود
- ✓ بعد از استفاده از اسپری باید دهان را با آب بشوید

عکس قفسه سینه ـ بخش اول

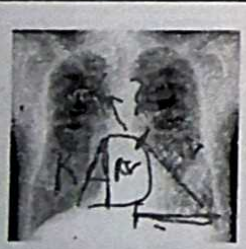
- ✓ تطابق دادن اسم بیمار با خود بیمار
- ✓ تعیین AP (خوابیده) یا PA (ایستاده) بودن تصویر:

1. نبود اسکاپولا در فیلد ریه نشان دهنده ایستاده بودن تصویر است
2. هوای بالای کلاویکل نشان دهنده ایستاده بودن تصویر است

- ✓ از کلاویکل برای بررسی وجود چرخش استفاده می کنیم. فاصله سر کلاویکل تا زوائد خاری مهره ها باید به یک اندازه باشد در غیر این صورت نشان دهنده وجود چرخش است
- ✓ از زوائد خاری مهره ها برای بررسی میزان اشعه استفاده می کنیم. زوائد خاری نباید محو یا خیلی واضح باشد.
- ✓ بررسی باز بودن زوایای کوستوفرنیک دیافراگم
- ✓ دیافراگم راست بعلت وجود کبد حدود ۲ سانتی متر بالاتر از دیافراگم چپ است
- ✓ دنده ها باید به پلور چسبیده باشند.
- ✓ شمارش دنده ها: شمارش تعداد دنده هایی که خط میدکلاویکولر را قطع کرده‌اند. اگر بیشتر از ۷ عدد دنده قدامی و یا ۱۰ عدد دنده خلفی این خط را قطع کرده باشد به معنای وجود پرهوای است.



عکس قفسه سینه ـ بخش دوم



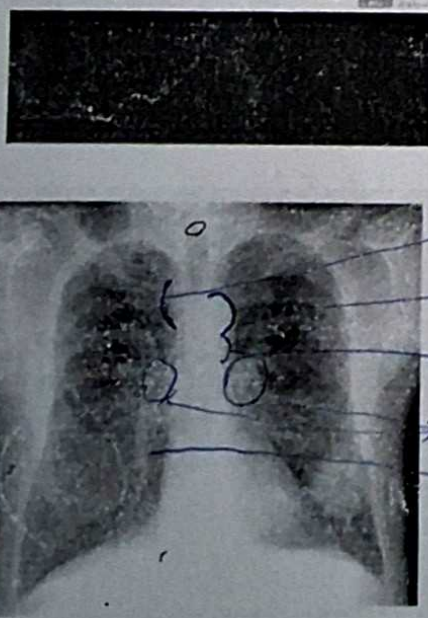
- ✓ تراشه در خط وسط باشد و جابجا نشده باشد
- ✓ بررسی حفرات قلب:

LA: در عکس ساده دیده نمی شود

LV: در سمت چپ

RA: در سمت راست

RV: در وسط



- ✓ بررسی قوس آئورت، پولمونر، SVC
- ✓ سایز قلب:

عریض ترین قسمت قلب در هر طرف اسپاینوس پروسس را با هم جمع میکنیم و بر عریض ترین قسمت قفسه سینه تقسیم می کنیم. اگر این نسبت بیشتر از ۵۰ درصد شد نشان دهنده بزرگ شدن قلب است.

- ✓ ناف ریه: اگر بیشتر از ۳ میلی متر باشد نشان دهنده برجسته بودن ناف های ریه است
- ✓ بررسی عروق پارانشیم ریه که معمولاً تا یک سوم انتهایی بیشتر کشیده نمی شود/ بررسی شریان برونشیال

عکس قفسه سینه ـ بخش سوم

- ✓ ضایعات غیر طبیعی ریه :

۱) ضایعات سفید رنگ (consolidation)

Con = مایع: افیوژن یا پنومونی

مایع ها را به سمت مقابل هول میدهند (پنومونی اینکار را نمی کند)

Solid = جامد: توده ها و اتلکتازی

اتلکتازی برخلاف توده ها همه چیز را به سمت خود می کشند اما توده ها می توانند باعث آتلکتازی شوند و از آن طریق باعث کشش احشای سمت مقابل شود

آمبولی

۲) ضایعات سیاه رنگ: پنوموتوراکس یا بول آمفیزماتو

- ✓ Meniscus sign: مایعات معمولاً از خاصیت مویینگی استفاده کرده و حالت نعل اسبی پیدا می کنند
- ✓ خطوط air bronchogram: خطوط سیاه رنگ در داخل سفیدی هستند که در پنومونی دیده می شوند
- ✓ Hampton hump: مثلثی که در آن به سمت ناف ریه و قاعده آن به قفسه سینه چسبیده است و در آمبولی ریه دیده می شود
- ✓ توصیف ندول ها: دوطرفه یا یکطرف؟ حاشیه مشخص؟ اندازه؟ میکروکلسیفیکاسیون دارد؟
- ✓ پنوموتوراکس همانند مایع همه چیز را به سمت مقابل هل می دهد.

- ✓ سارکوئیدوز: ناف ریه دوطرف بیشتر از سه سانتیمتر برجسته شده‌اند. غده لنفاوی پاراآدورت هم برجسته شده است
- ✓ برجسته شدن یکطرفه ناف ریه بیشتر به نفع TB و لنفوم است

نبض پارادوکس

- ✓ در بیماریهای ریوی شدید و تامپوناد دیده می شود و معمولاً بیمار بدحال بوده و نیازمند اقدامات اورژانسی می باشد
- ✓ نحوه بررسی: ابتدا کاف فشارسنج را بسته در فشار سیستولیک مریض را چک می کنیم. اولین صدای کورساکوف را بعنوان حدفوقانی در نظر می گیریم. زمانی که صدا ممتد شد و دیگر به تنفس ما کاری نداشت حد تحتانی ما است
- ✓ اگر فاصله حد فوقانی و تحتانی بیشتر از ۱۰ میلی متر جیوه باشد پالس پارادوکس ما مثبت است

بخش هجدهم: بخش عملی ـ عفونی

نحوه انجام LP:

- ✓ قبل از انجام LP از بیمار مطمئن شویم داروهای ضد انعقاد خون مصرف نکرده باشد
- ✓ پشت بیمار را از جهت وجود ضایعه در محل انجام LP معاینه کنید
- ✓ بیمار در پوزیشن لترال دکوبیتوس می خوابد و زانوهایش را کاملا در شکم جمع می کند و لبه ی تخت قرار می گیرد
- ✓ بعد از پیدا کردن PSIS به محاذات مهره ی L3-L4 میرسیم که بهترین جا برای زدن سوزن است
- ✓ حتما منطقه را باید انستزی بزنیم (لیدوکائین را به شکل سطحی و عمقی تزریق می کنیم)
- ✓ چون اسپاینوس پروسس ها به شکل اریب به سمت پایین قرار می گیرند باید سوزن را با زاویه ۴۵ درجه به سمت ناف وارد می کنیم
- ✓ بعد از کشیدن ماندرن قطرات شروع به ریزش میکند
- ✓ قطرات را در سه ظرف و هر کدام ۴ تا ۵ سی سی میریزیم. یکی برای سرولوژی و یکی برای کشت واسمیر و یکی برای قند و پروتئین و گلوکز
- ✓ بعد از خارج کردن سوزن حتماً باید منطقه را الکل زده و پک کنیم تا خونریزی قطع شود. بعد از آن پانسمان می کنیم.

معاینه تحریک منتن

- ✓ ابتدا وضعیت منتال بیماران بررسی می کنیم. آگاهی به زمان و مکان را در فرد بررسی می کنیم.

بررسی کانفیوژن و GCS را محاسبه میکنیم:

۱. چشم (۴نمره): ۴ چشمی دیدن

چشم باز است و می بیند = ۴ نمره

با صدا چشمش را باز میکند = ۳ نمره (صدا = سه)

۲. وریال (۵ نمره)

کسی که صحبت می کند = ۵ نمره

بی ربط گویی = ۳ نمره (سه صحبت میکند)

۳. موتور (۶نمره) : موتور شش سیلندر

با تحریک دردناک withdrawal می کند = ۳ نمره

✓ ۳ معاینه مهم:

۱. Stiffness گردنی: مقاومت در برابر خم کردن گردن

کرنیگ: زانوی بیمار را خم کرده و زمانی که میخواهیم اکستنت کنیم بیمار از شدت درد گردنش را خم می کند

(کرنیک = curve knee کنی neck خم میشه!)

برودزینسکی: با خم کردن گردن، بیمار زانوها را خم میکند

تست PPD

✓ در افرادی که به سل مشکوک هستیم انجام می دهیم

✓ ابتدا منطقه‌ای بین آرنج و مچ دست بیمار را انتخاب کرده که در آن منطقه زخم، عفونت، علائم التهابی نداشته باشد. آن منطقه را با الکل ضدعفونی می کنیم

✓ سرنگ را به صورت اینترا درمال (۰ تا ۱۵ درجه) وارد می کنیم

✓ میزانی تزریق باید بین ۶ تا ۱۰ میلی متر پهنا داشته باشد

✓ بعد از ۴۸ ساعت ایندوریشن را حساب می کنیم

مفصل Tap = تمیز التهابی + التهابی + چرکی + فوق چرکی

(تروما) (سپتیک آرتریت) (RA) (OA)

بررسی = WBC + PMN + G14 + Pro

معاینه شکم

- ✓ همواره سمت راست بیمار بایستید
- ✓ قبل از معاینه دستتان را گرم کنید
- ✓ لباس بیمار را کنار بزنید

۱. مشاهده: اسکار جراحی، توده ها، ضایعات جلدی، پتشی، پورپورا، نبض روی شکم، غیرقرینگی ناف و شکم و رکتوس، عروق کلترال دور ناف (کاپوت مدوزا)

۲. سمع:

- ✓ ابتدا گوشی را گرم می کنیم
- ✓ گوشی را در یک کوادران شکم نگه داشته و به صداهای روده ای گوش می دهیم. صدای طبیعی شکم بین ۵-۳۵ عدد می باشد.
- ✓ قسمت های کناری ناف را از جهت عروق کلیوی سمع می کنیم
- ✓ آئورت شکمی را هم سمع میکنیم

نکته: ابتدا به بیمار می گوییم سرفه کند و منطقه‌ای که درد احساس می کند را به ما نشان دهد. لمس و دق را دور از منطقه تندر شروع می کنیم

۳. لمس

- ✓ سطحی: بررسی از جهت توده و تندرنس
- ✓ عمقی: به کمک دو دست یا لمس همزمان با نفس کشیدن بیمار
- ✓ مورفی ساین: دست را در ناحیه RUQ گذاشته و بیمار هنگام نفس کشیدن ناگهان جلوی نفسش را می گیرد

(RLQ)

- ✓ بررسی تندرنس نقطه مک برنی از جهت آپاندیسیت
- ✓ لمس دور ناف و نواحی اینگوینال از جهت بررسی غدد لنفاوی
- ✓ برای بررسی لبه تحتانی کبد از پایین با نوک انگشتان با سمت بالا شروع به لمس می کنیم.
- ✓ برای لمس طحال به شکل هلالی از ناف شروع میکنیم

۳. دق: انگشت میانی را هایپراکستنت می کنیم و ضربه را با چرخش از مچ دست مقابل به DIP انگشت اکستنت شده وارد می کنیم. صدا باید تیمپان باشد. توده و مایع صدا را مات می کند.

- ✓ در کسانی که صدای مات شنیده می شود باید Shifting dullness را بررسی کنیم. از ناف به پهلو دق می کنیم و محل دال شدن صدا را علامت می زنیم. از بیمار می خواهیم به صورت لترال دکوبیتوس به سمت ما بچرخد. سپس مجدد سمت مقابل را دق می کنیم و می بینیم منطقه تیمپان گسترش یافته است که نشان دهنده حجم مایع آن منطقه است.
- ✓ دق کبد و طحال هم حتما انجام می دهیم.
- ✓ برای اسپن کبد از خط میدکلاویکولر از محاذات ناف شروع به دق می کنیم. هر جا دال شد حد تحتانی کبد است. از بالا هم از فضای بین دنده ای دوم دق می کنیم و هر جا که دال شد حد فوقانی کبد است. معمولاً اسپن کبد بین ۸ تا ۱۲ سانتی متر است.

رژه‌ی دال تیمپان

- ✓ معاینه castle: در خط آگزیلاری قدامی در فضای بین دنده ای ۹ دق می کنیم که باید تیمپان باشد. از بیمار می خواهیم دم انجام دهد و نفسش را نگه دارد و مجدد دق می کنیم. اگر باز هم تیمپان بود یعنی بزرگ نشده است ولی اگر مات شود نشان دهنده بزرگ شدن طحال است.

معاینه غدد لنفاوی

چهار خط افق را باید معاینه کنیم:

1. یک خط افقی از اکسی پوت به مندیبل رسم کنید.
2. یک خط افق دیگر ترقوه است.
3. خط افقی دیگر آخرین دنده ها به محاذات دیافراگم است که شامل کبد و طحال می شود.
4. خط افقی دیگر اینگوئینال است

دو خط عمودی را هم باید معاینه کنیم:

1. خط عمودی از محاذات گوش به سمت استرنوکلیدوماستوئید به پایین
2. زیر بغل به سمت پایین

- معاینه همواره باید دو دستی انجام شود
- قسمت فوقانی و زیر ترقوه ها را باید معاینه کنیم
- برای زیر بغل از بیمار می خواهیم دستش را بالا بیاورد. آنتریور و مرکز و پوستریور را معاینه می کنیم.

همینطور قسمت خارجی یا پکتورالیس را معاینه می کنیم

- کبد و طحال را نیز معاینه می کنیم زیرا معاینه سیستم رتیکولواندوتلیال (غددلنفاوی و کبد و طحال) با هم است و در معاینه هر قسمت باید دو مورد دیگر را هم معاینه کنیم.
- اگر غده لنفاوی لمس شود به معنای بزرگ بودن آن است زیرا در حالت عادی نباید لمس شود.
- بعد از لمس غده لنفاوی باید خصوصیات آن را ذکر کنیم: قوام، سایز، تندرنس، تعداد، چسبنده بودن

تب و بزرگی طحال

- ✓ سابقه شغل زحمتکش و B symptoms را بررسی کنید.
- ✓ B: B symptoms = b اهمیت زیادی دارد
- ✓ حال = حال کردن: خور و خواب و خشم و شهوت
- ✓ خور و خواب: مصرف اخیر لبنیات از جهت بروسلوز
- ✓ خشم = قشم: مالاریا و لشمانیا
- ✓ شهوت = بیماری های جنسی مثل HIV، سیفلیس
- ✓ وقتی از طحال صحبت کردیم باید شرح حال غدد لنفاوی و کبد را نیز سوال کنیم. مثلا سابقه لنفوم
- ✓ در رابطه با تغییر رنگ ادرار و ادم اندام نیز سوال کنید زیرا بیماری های کبدی ممکن است باعث ادم و تغییر رنگ ادرار شود
- ✓ چه آزمایشاتی درخواست می دهیم:

CBC, LDH, PBS, U/A, ESR, CRP, PSA

- ✓ CEA لازم نیست زیرا تومور مارکرها جزء غربالگری های اولیه نمی باشند
- ✓ اقدامات تشخیصی:

CXR, abdominal sonography, لام خون محیطی بصورت تهیه گسترش نازک و ضخیم

ABG

- ✓ ابتدا باید تست آلن را انجام دهید. به این صورت که ابتدا بیمار دستش را چند بار بدوشد و سپس سفت مشت می کند، بلافاصله ماه دو شریان رادیال و اولنار را می بندیم. از بیمار می خواهیم دستش را باز کند سپس شریان اولنار را باز میکنیم. صورتی رنگ شدن کف دست به معنای سالم بودن این شریان است مجدداً از بیمار می خواهیم دستش را بدوشد و مشت کند و این دفعه شریان رادیال را آزاد می کنیم اگر کف دست صورتی شود نشان دهنده سلامت این شریان است.
- ✓ سابقه مصرف آلرژی، بیماری های انعقادی، مصرف داروهای ضدانعقاد را سوال کنید.
- ✓ وسایل مورد نیاز: دستکش استریل، گاز، انستزی موضعی، نوار، سوزن ABG

- ✓ چون شریان‌ها خون را به سمت پایین می آورند باید سوزن را قسمت بالا وارد کنیم تا خون به داخل سرنگ جت کند
- ✓ دقت کنید که سرنگ باید هپارینه باشد.
- ✓ بعد از لمس نبض رادیال سوزن را با زاویه ۴۵ دقیقا وارد آن می کنیم.

بخش بیست و یکم: بخش عملی _ غدد

معاینه تیروئید

۱. مشاهده: عمل جراحی، ضایعات جلدی، تراشه، توده

۲. لمس: برای معاینه پشت بیمار می ایستیم

- ✓ محل غضروف تیروئید: اگر دو انگشت بالای سوپرا استرنال ناچ بگذاریم انگشت بالایی روی ایسم تیروئید می افتد. ایسم تیروئید را از جهت وجود ندول لمس میکنیم. اگر ندول داشت از بیمار می خواهیم آب دهانش را قورت دهد. اگر ندول هم بالا و پایین شد یعنی مربوط به تیروئید است.
- ✓ بعد از یافتن ایسم، به آرامی با انگشتان دو عضله استرنوکلیدوماستوئید را کنار میزنیم و از بیمار می خواهیم آب دهانش را قورت دهد. اگر ندول داشته باشد لمس می شود. دقت کنید که معاینه باید جنتل انجام شود و فشار داده نشود.
- ✓ در قدم بعدی لوب راست تیروئید را با دست راست و چپ تیروئید را با دست چپ از جهت وجود ندول بررسی می کنیم
- ✓ حتماً غدد لنفاوی را در معاینه تیروئید باید بررسی کنیم
- ✓ پمبرتون ساین: از بیمار می خواهیم دو دستش را بالا بیاورد. اگر صورتش قرمز شد و تنگی نفس گرفت نشان دهنده ی تیروئیدیت ساب استرنال است.

برای بررسی هایپر تیروئیدی:

- از بیمار می خواهیم دو دستش را در جلو نگه داشته و از جهت ترمور بررسی می کنیم

- معاینه چشم: برای بررسی lid lag از بیمار میخواهیم همزمان با اینکه انگشتمان را از بالا به پایین می اوریم به انگشتمان نگاه کند. در بیمارانی که lid lag دارند سفیدی بین عنبیه و پلک فوقانی دیده می شود.
- ممکن است بیماران ادم پری اربیتال هم داشته باشند.
- پروپتوز: در فرد طبیعی وقتی از پشت و بالای سرش به پایین نگاه می کنیم تنها ابروی بیمار را می بینیم ولی در پروپتوز کره چشم یا قرنیه دیده می شود

معاینه پای دیابتی

- ✓ مشاهده: بررسی پاها از نظر وجود خشکی پوست، ریزش موی پاها، زخم، دفورمیتی
- ✓ لمس: بررسی از نظر وجود گرمی (التهاب و سلولیت)
- ✓ بین انگشتان و ناخن ها را از جهت پوستهای کراسته و ضخیم شدگی بررسی می کنیم. حتما کف پا، پاشنه، تاندون آشیل را از جهت وجود زخم بررسی کنید.
- ✓ معاینه JVPT:

J = Jong position: انگشت شست را از دو طرف گرفته و بالا و پایین می بریم و از بیمار می خواهیم با چشمان بسته به ما بگوید که انگشت پایین یا بالا رفته است

V = vibration: دیاپازون مرتعش را روی قسمت MTP اول می گذاریم

P = pressure: مونوفیلامان را روی قسمت داخلی و پلانتار شست می گذاریم

T = touch: با پنبه به پاش میزنیم و درباره داشتن حس از او سوال می کنیم

- ✓ در پای دیابتی حتماً باید رفلکس های پا را چک بکنید
- ✓ همچنین در آخر باید معاینه عروقی انجام دهید. بین انگشت اول و دوم وقتی امتداد دهیم و روی برامدگی پا برسیم نبض دورسالیس پدیس لمس می شود. در پشت مالئول داخلی پا نبض تیبیالیس پوستریور لمس می شود. نبض پوپلیتئال را در پشت زانو حتما باید لمس کنیم
- ✓ refill test نباید بیشتر از ۲ ثانیه طول بکشد

کار با گلوکومتر

- ✓ حتماً به تاریخ انقضای نوار ها دقت کنید
- ✓ ابتدا با پنبه الکل نوک انگشت بیمار را تمیز کرده و حتماً باید صبر کنیم تا خشک شود.
- ✓ سوزن را به گوشه انگشتان بزنید. (چون بیشترین خون در گوشه انگشتان است)
- ✓ از دومین قطره خون استفاده می کنیم.
- ✓ در انتها نیز پنبه الکل می زنیم.

بخش بیست و دوم: بخش عملی ـ روماتولوژی

آرتریت روماتوئید

- ✓ سابقه شغل زحمتکش و B symptoms را بررسی نمایید.
- ✓ در بیماری های مفصلی سابقه سفر بسیار مهم است. (بروسلوز و TB)
- ✓ واکسیناسیون، تزریق خون، مسائل جنسی، چاقو و تروما، الکل، سیگار را بررسی کنید.
- ✓ برای درد TYPICAL را نیز سوال کنید.

سیستم نمره دهی:

- ۱ مفصل بزرگ = صفر
- ۱ تا ۱۰ مفصل بزرگ = ۱ امتیاز
- ۱ تا ۳ مفصل کوچک = 2 امتیاز
- ۴ تا ۱۰ مفصل کوچک = 3 امتیاز
- بیشتر از ۱۰ مفصل که حداقل یکی کوچک باشد = 5 امتیاز
- RF OR Anti ccp منفی باشد= صفر
- اگر low positive = 2 امتیاز
- اگر high positive = 3 امتیاز

- ESR OR CRP = نرمال صفر و غیر نرمال یک امتیاز دارد
- بیشتر از ۶ هفته طول کشیده باشد ۱ امتیاز دارد.

اگر بالای ۶ نمره بگیرد تشخیص قطعی است.

نکته: مچ دست مفصل کوچک و مچ پا مفصل بزرگ است.

معاینه مفصل زانو

- DVT محدود:

D = درد

VT = ورم و تورم

محدود = محدودیت حرکت

۱. مشاهده: اسکار، ضایعات جلدی، دفورمیتی، واریس، تورم و قرمزی

۲. لمس:

- تست انتقال موج مایع: پایین پاتلا را کامل‌می گیریم و از بالا شروع به دوشیدن می کنیم
- تست بالوتمان: از بالا و پایین محکم می گیرید و انگشت اشاره را روی پاتلا گذاشته و کمی فشار می دهید. اگر زیرش مایع زیاد باشد پاتلا کاملا حرکت می کند
- تست رنده: پاتلا را گرفته و به ~~جلو~~ پایین تکان می دهیم. در بیماران استئوارتریت نامنظمی افزایش یافته و حتی بیمار درد احساس می کند
- معمولاً عضوی که درد دارد کمی فلکشن پیدا می کند. باید برای زانو فلکشن و اکستنشن انجام دهیم و به محدودیت حرکت و درد بیمار نمره بدهیم.
- اگر محدودیت حرکت زیادی نداشت باید تست پاشنه تا لگن را هم انجام بدهیم
- تست cool patella: ابتدا پشت دست را روی پاتلا و سپس روی تیبیا میگذاریم. همیشه پاتلا باید خنک تر باشد. اما اگر هم دما یا گرمتر باشد یعنی التهابی است.

- برای بررسی ACL و PCL هم زانو را در حالت فلکشن به جلو و عقب می کشیم.
- برای لیگامان های داخلی هم زانو را به سمت والگوس فشار می دهیم.
- تست مک موری: زانو را خم کرده و همزمان با اینترنال روتیشن زانو را اکستنت می کنیم. اگر هنگام صاف کردن زانو صدای کلیک شنیدیم یا مریض درد احساس کرد نشان دهنده آسیب منیسک خارجی است. اگر در اکسترنال روتیشن این اتفاق افتاد مشکل در منیسک داخلی است.

معاینه مفاصل پا

۱. مشاهده

۲. لمس: پای بیمار را دورسی فلکشن و پلنتار فلکشن می کنیم و از جهت محدودیت حرکت و درد بررسی می کنیم

انگشتان پا: در صورت ایجاد تورم فرورفتگی بین انگشتان پا پر میشود. انگشتان را فشار میدهیم و از جهت وجود درد بررسی می کنیم

انتهای پاشنه و آشیل را فشار می دهیم و از جهت وجود درد بررسی می کنیم.

معاینه لگن

بررسی محدودیت حرکت:

- تست پاتریک =
- فلکشن زانو به داخل شکم و هایپر اکستنشن مفصل لگن را بررسی می کنیم
- از بیمار می خواهیم prone بخوابد و با دو دست روی باسن از جهت بررسی مفصل ساکروایلیاک وارد کنید. همچنین توبروزیته چپ و راست را از جهت وجود تندرنس لمس میکنیم

معاینه مفاصل اندام فوقانی

- ✓ مشاهده از نظر قرمزی، التهاب، اسکار، غیر قرینگی
- ✓ بررسی محدودیت حرکت و درد مفاصل دست
- ✓ لمس مفاصل از جهت وجود هبردن و بوخارد
- ✓ تورم ارنج را می توان با بررسی گودی ها سنجید
- ✓ در شانه نقاط تندر را در جلو و شانه بررسی می کنیم، حرکات اکتیو ابداکشن و اددکشن و فلکشن و اکستنشن را می خواهیم که انجام دهد. سپس دستش را پشت سر و کمرش می بریم.

معاینه گردن و کمر

- ✓ بیمار بایستد و لباسش را دربیارد. ابتدا مشاهده کنید (از پشت و عقب)
- ✓ فلکشن کمر: از بیمار می خواهیم که انگشتانش را بدون خم شدن زانو ها به پاهایش برساند. اگر فاصله ای وجود داشت یادداشت می کنیم و با دفعات بعدی مقایسه می کنیم.
- ✓ هایپر اکستنشن کمر
- ✓ خم شدن به لترال
- ✓ لترال روتیشن: باید بتواند ۹۰ درجه بچرخد
- ✓ لمس اسپاینوس پروسس ها و دق با چکش
- ✓ لمس عضلات پاراورتبرال
- ✓ تست شوبر: بعد از پیدا کردن PSIS۵ سانتی متر پایین تر و ۱۰ سانتی متر بالاتر را علامت می زنیم. از بیمار می خواهیم که خم شود، در این حالت این فاصله ۱۵ سانتی متری به بیشتر از ۲۰ سانتی متر افزایش یابد (اگر کمتر از ۵ سانتی متر افزایش داشته باشد تست مثبت است)

تزریق مفصل زانو

- ✓ بهترین حالت این است که بیمار خوابیده باشد و زیر زانویش بالش گذاشته شود. نقطه ی اتصال
- قسمت فوقانی و خارجی پاتلا را مشخص می کنیم و این نقطه را حتماً با بتادین به صورت دوار از داخل به خارج ضدعفونی می کنید.
- ✓ حتما از دستکش استریل استفاده کنید.
- ✓ لیدوکائین را در همین منطقه تزریق می کنیم. سرنگ را باقی گذاشته و کورتون را تزریق می کنیم.
- ✓ مفصلی که می خواهیم تزریق کنیم نباید ادم داشته باشد

بخش بیست و سوم: بخش عملی ـ نورولوژی

معاینه زوج های عصبی

۱. زوج یک یا بویایی: یک سوراخ بینی بیمار را گرفته و قهوه یا ماده ای که بوی زننده نداشته باشد را مقابل سوراخ بینی دیگر می گیریم و بررسی میکنیم که بو را متوجه می شود یا نه

۲. زوج دو یا بینایی:

- ابتدا نگاه می کنیم که مردمک ها قرینه است؟ افتادگی پلک؟ اسکار؟
- برای بررسی نیستاگموس یک خودکار را جلوی بیمار گرفته و از او می‌خواهیم که بدون تکان دادن سر با چشمانش آن را دنبال کند
- برای بررسی رفلکس به نور از بیمار می خواهیم که دستش را بین دو چشمش حائل کند سپس نور می اندازیم و بررسی میکنیم که مردمک ها رفلکس به نور دارند یا نه و این کار را برای چشم مقابل هم انجام میدهید
- حدت بینایی: با اسنل چارت از فاصله ۶ متری بررسی می کنیم. اگر بیمار نتوانست ببیند فاصله را به ۳ متر کاهش می دهیم اگر باز هم مشکل داشت و نتوانست ببیند فاصله را به یک متر کاهش میدهیم اگر باز هم در فاصله یک متری نتوانست ببیند از شمارش انگشت استفاده می کنیم اگر باز هم

نتوانست ببیند دست خود را در مقابل چشمش تکان میدهیم اگر باز هم متوجه حرکات دست نشد در قدم آخر نور می اندازیم

- میدان بینایی: از بیمار می خواهیم هم سطح ما و در مقابل ما روی صندلی بنشیند و انگشت خود را از اطراف وارد به سمت داخل بیاوردی و از بیمار بخواهید وقتی انگشتتان را دید اعلام کند.

زوج ۳ و ۴ و ۶: از بیمار می خواهیم بدون تکان دادن سرش انگشتمان را با چشمانش دنبال کند. اگر مشکلی در حرکت چشم به بالا و پایین و خارج نبود یعنی زوج های ۳ و ۴ و ۶ سالم هستند

زوج ۵: از بیمار می خواهیم چشمانش را ببندد و با پنبه حس سطحی سه منطقه صورت را در دو طرف بررسی می کنیم. این کار را همچنین با یک جسم نوک تیز انجام میدهیم

برای معاینه حس قرنیه گوشه دستمال کاغذی را به گوشه سفیدی چشم میزنیم و بیمار پلک میزند

برای معاینه قسمت حرکتی زوج ۵ از بیمار می خواهیم دندان هایش را به هم فشار دهد و با دست انقباض عضلات ماستر و تمپورالیس را بررسی می کنیم.

زوج۷: از بیمار می خواهیم ابروهایش را بالا بیاورد، چشمش را محکم ببند، لبخند بزند، فوت کند، دندان هایش را نشان دهد، که متوجه‌شویم می تواند این حرکات را بشکل قرینه انجام دهد.

دوسوم جلویی قدام زبان مربوط به زوج ۷ است. با قند یا نمک این ناحیه را بررسی می کنیم

زوج ۸: در فاصله یک متری جمله ای را می گوییم و جمله ای را هم در فاصله نزدیک تر می گوییم و از بیمار می خواهیم برایمان تکرار کند.

تست رینه: دیاپازون را روی استخوان ماستوئید می گذاریم و از بیمار می خواهیم هر وقت صدا یا ارتعاش قطع شد اطلاع دهد و ما بلافاصله دیاپازون را مقابل گوشش میگیریم

تست وبر: دیاپازون را روی استخوان گلابلا گذاشته و از بیمار می پرسیم که در دو طرف ارتعاش یکسان حس میکند

زوج ۹ و ۱۰: از بیمار می خواهیم دهانش را باز کرده و aa بگوید. انحراف اولا به یکطرف نشان دهنده ی مشکل زوج ۹ است. برای زوج ۱۰ از بیمار میخواهیم که سرفه کند آیا یک لیوان آب را قورت دهد

زوج ۱۱: از بیمار می خواهیم شانه هایش را بالا بیاورد و در مقابل فشار ما مقاومت کند.

زوج ۱۲: از بیمار می خواهیم زبانش را بیرون بیاورد تا از جهت انحراف و فاسیکولاسیون بررسی می کنیم

تست های مخچه ای

1. تاندوم گیت
2. بررسی صحبت کردن مریض
3. بررسی چشم
4. تعادل

- ✓ از بیمار می خواهیم که راه برود سپس حرکت گردو شکستن را انجام دهد
- ✓ تست رومبرگ: از بیمار میخواهیم پاهایش را جفت و دستهایش را در کنارش قرار دهد و چشمانش را ببندد. باید مراقب بیمار باشیم که نیفتد
- ✓ چشم بیمار را از جهت وجود نیستاگموس بررسی می کنیم
- ✓ وربال: یک جمله به بیمار می گوییم و از او می خواهیم که تکرار کند.
- ✓ Finger to nose: از بیمار می خواهیم نوک انگشتش را به بینی و سپس به انگشت ما بزند
- ✓ به بیمار می گوید دست هایش را در جلو نگه دارد و در مقابل حرکت فشاری و رو به پایین ما مقاومت کند (بررسی از نظر ریباند)
- ✓ دیس دیادو کینزی
- ✓ در آسیب مخچه رفلکس ها معمولا هایپو میشن و تون عضلانی کم میشه

احیای نوزاد

1. ابتدا ۱۰ ثانیه فرصت داریم که ببینیم نوزاد به تحریک ما پاسخ می دهد یا نه
2. اگر نوزاد پاسخی نداد ده ثانیه فرصت داریم که پالس شریان براکیال را بررسی کنیم.
3. اگر نبض نداشت سریع ماساژ را با دو انگشت در روی گزیفوئید شروع میکنیم.
4. سعی می کنیم عمق ماساژ یک سوم قطر قفسه سینه باشد.
5. به ازای هر ۱۵ ماساژ دو تنفس به نوزاد می دهیم.
6. در یک دقیقه حداقل صد ضربان لازم است.
7. اگر دیدیم که تنفس برنمی گردد سریعاً بیمار را به دستگاه وصل می کنیم و نوزاد رابه NICU انتقال می دهیم

مانور هایملیخ اطفال

- ✓ در نوزاد با آسپیراسیون جسم خارجی این مانور را انجام می دهیم که با بزرگسالان تفاوت دارد.
- ✓ کودک را روی دست غیر غالب قرار داده و پنج ضربه محکم بین دو کتف وارد میکنیم سپس کودک را برمی‌گردانیم و با دو انگشت روی گزیفوئید فشار وارد می کنیم
- ✓ اگر جسم خارج نشد و کودک نفس نمی‌کشید احیا را با دو انگشت شروع میکنیم

NVD

نحوه گرفتن نوزاد: مادر مانور والسالوا را انجام دهد تا نوزاد راحت تر بیرون بیاد. دست سمت چپ را پس سر نوزاد گذاشته و دست راست را زیر چانه قرار میدهیم تا آن را از پرینه آزاد کنیم؟ اجازه می دهیم خود نوزاد بیرون بیاد تا زمانیکه شانه چپ را ببینیم. در اینجا یک زاویه ۴۵ درجه به صورت و سر نوزاد می دهیم تا شانه سمت چپ آزاد شود و سپس سر را به سمت بالا آورده تا شانه سمت راست هم خارج شود

پاپ اسمیر

وسایل: اسپکولوم، لوبریکنت، براش، دستکش استریل

1. بیمار را در پوزیشن لیتوتومی قرار داده و اسپکولوم را لوبریکنت می زنیم.
2. حتماًاز بیمار بپرسید حامله نباشد، IUD نداشته باشد. سابقه حساسیت، و بیماری های خاص را بپرسید.
3. بعد از باز کردن اسپکولوم سرویکس را معاینه کنید.
4. براش را وارد کرده و ۵ دور در جهت عقربه های ساعت بچرخانید.
5. بعد از در اوردن براش انرا در محل انتقال به آزمایشگاه قرار داده و اسپکولوم را خارج کنید.

نکته: حتما باید نوشته شود: بیمار خانم ... ساله که چه بیماریهای دارد و با LMP ... در تاریخ... مراجعه کرده است و برای پاتولوژی بفرستیم

مانور لئوپولد زنان

مانور اول: برای بررسی قطب فوقانی و تعیین اجزای جنینی در فوندوس رحم

روبروی بیمار بایستید

لمس فوندوس رحم با انگشتان دو دست

در مانور اول دودستی فوندوس رحم را لمس می کنید که پوزیشن جنین و بریچ یاغیر بریچ بودن را تشخیص دهید

مانور دوم: برای تعیین موقعیت کمر جنین

در همان طرف به ایستید. کف دست های خود را در طرفین شکم مادر قرار دهید. شکم را با ملایمت به طور عمقی فشار دهید.

مانور سوم: برای لمس قطب تحتانی جنین

در همان طرف بایستید

بخش تحتانی شکم مادر را با استفاده از انگشت شست و انگشتان دیگر بگیرید

مانور سوم تک دستی بوده و با انگشت شست دست غالب و انگشت دوم و سوم بخش تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس را به طور محکم در میان انگشتان بگیرید و انگاژه شدن سر جنین را بررسی می نماید

مانور چهارم: برای تایید قسمت نمایش و تعیین مکان محل برجستگی سفالیک

در کنار بیمار به طرف پاهای مادر قرار گیرید

دست ها را در دو طرف قسمت تحتانی شکم قرار دهید

با نوک انگشت فشاری عمیق در جهت محور دهانه ورودی لگن وارد نمایید.

برای مانور چهارم باید جابجا شوید و پوزیشن خود را عوض کنید به طوری که به سمت پاهای بیمار نگاه کرده و مانور چهارم را انجام دهید با نوک سه انگشت اول هر دو دست طرفین شکم مادر را لمس کنید و فشاری عمقی در جهت محور دهانه ورودی لگن وارد کنید

بخش بیست و ششم: بخش عملی - جراحی

شستن دست جراحی

1. دست هارا با آب و صابون بشویید
2. زیر ناخن ها را تمیز کنید
3. دست هارا مجددا با آب و صابون بشویید
4. از قسمت hard اسفنج همانند سمباده زدن سی بار روی ناخن ها می کشید. سپس با قسمت soft اسفنج کف دست و پشت دست و کنار دست و بین انگشتان را هر کدام ده بار بکشید.
5. دست را به صورت رو به بالا زیر آب بیارید. بعد از اتمام شست وشو دست را با زاویه ۹۰ درجه نگهدارید تا قطرات آب بریزند.

بخیه زدن

- ✓ کلمپ را در یک سوم خارجی سوزن می‌گیریم
- ✓ همیشه ابتدا و وسط زخم را بخیه زده و بعد بالا و پایین آن را بخیه میزنیم

مانور هایملیخ بزرگسالان

دست راست را مشت کرده و در زیر دیافراگم قرار داده و با دست چپ دست مشت شده را گرفته و یک فشار به داخل و بالا سریعا وارد میکنیم

انتوباسیون

- ✓ اول مانور chin lift و سپس jaw trust انجام می دهیم. به بیمار با آمبو اکسیژن می دهیم تا سچوریشن بهتر شود.
- ✓ لارنگوسکوپ را با دست غیر غالب میگیریم و با دست دیگر دهان را باز نگه میدارد.
- ✓ بعد از مشاهده ی تار های صوتی لوله تراشه را از بین آن وارد می کنیم.
- ✓ در نتها باید با گوشی صدای تنفس بیمار و حرکات قرینه قفسه سینه را چک می کنیم

نحوه رگ گیری و سرم تراپی

- ✓ حتما گارو ببندید
- ✓ سعی کنید از رگ های پایین دست استفاده کنید چون اگر رگهای بالایی را خراب کنید نمی توانید از رگ های پایین دست استفاده کنید.
- ✓ الکل زده و صبر کنید خشک شود
- ✓ پایین رگ را با انگشت شست فیکس کنید
- ✓ آنژیوکت را با زاویه مماس یا نهایتا ۱۵درجه‌وارد کنید.
- ✓ به محض ورود خون ماندرن را خارج کرده و قسمت پلاستیکی را به داخل می فرستید. تورنیکه را باز می کنیم و ست سرم را فیکس می کنیم.

کات دان وریدی

- ✓ زمانی که بیمار بسیار دهیدراته است و نمی توانیم رگ بگیریم از ناحیه داخلی ساق پا یا آرنج استفاده می کنیم
- ✓ یک سانت بالاتر از مالئول داخلی به سمت بالا ۰ داخل بتادین می زنیم.
- ✓ با یک تیغ بیستوری سایز ۱۵ بصورت عرضی برش می دهیم و با کلامپ فاسیا ها را باز می کنیم.
- ✓ کلامپ را زیر رگ انداخته و وریدرا بالا می آوریم و نخ بخیه سیلک را زیر رگ انداخته تا در دید باشد و سپس با تیغ بیستوری سطح فوقانی رگ را برش می دهیم و آنژیوکت را که سوزنش را خارج کرده ایم وارد ورید صافنوس می کنیم. ست سرم را بدان وصل می کنیم.

معاینه پستان

- ✓ مشاهده: بیمار دستانش را پشت سرش قرار دهد. از جلو نگاه کرده و از جهت وجود غیر قرینگی، توده، فرو رفتگی، ضایعات جلدی، تغییر رنگ و اسکار بررسی می کنیم.
- ✓ لمس: از دور نیپل در جهت عقربه های ساعت و بصورت دوایر به سمت خارج می رویم و در انتها زیر بغل و غدد لنفاوی را معاینه می کنیم و از جهت ترشحات بررسی می کنیم.

نحوه قرار دادن NG Tube

- ✓ وسایل: دستکش استریل، ژل
- ✓ برای محاسبه طول لوله که باید وارد کنیم: از نوک بینی تا لاله گوش و سپس تا ۵ سانتی متر پایین گزیفوئید اندازه می زنیم.
- ✓ به سر NGT ژل زده و حتما باید بصورت افقی وارد کنیم.
- ✓ لوله را از سوراخی که خوب نفس نمی کشد وارد کنید.
- ✓ همزمان با اینکه لوله به حلق می رسد و می خواهد رفلکس گگ ایجاد کند لیوان آب را بنوشد.
- ✓ در انتها با یک سرنگ ۵۰ سی سی هوا را وارد لوله می کنیم و با گوشی گوش می دهیم که ببینیم وارد معده شده است یا نه
- ✓ در انتها هم لوله را به بگ وصل کرده و فیکس می کنیم.
- ✓ CXR می گیریم که از نحوه درست تعبیه لوله مطمئن شویم.

معاینه آپاندیس

- ✓ همانند معاینه شکم تنها در ابتدا از بیمار میخواهیم سرفه کند و از او می‌پرسیم کجای شکم درد گرفته است و ما لمس را دور از منطقه درد شروع میکنیم
- ✓ برای فهمیدن درد به چهره بیمار نگاه می کنیم
- ✓ ریباند تندرنس را در RLQ بررسی می کنیم.

- ✓ Rovsing sign: اگر در LLQ ریباند تندرنس را بگیریم سمت مقابل (RLQ) درد ایجاد می شود
- ✓ Obturator sign: ژانوی راست را فلکس کرده و پارا به سمت [illegible] می آوریم
- ✓ Psoas sign: بیمار به پهلوی چپ می خوابد و پای راستش را به صورت هایپر اکستنت ت به عقب بیاوریم

تخلیه مایع آسیت

- ✓ میتوان سمت راست یا چپ بیمار ایستاد. حتی وارد کردن سوزن در سمت چپ بهتر است و احتمال پرفوراسیون کمتراست.
- ✓ برای پیدا کردن محل تپ: ASIS را به ناف و وصل می کنیم. قسمت یک سوم خارجی بهترین جا برای زدن آنژیوکت است
- ✓ معمولا از انژیوکت ۱۸_۲۰ استفاده می کنیم
- ✓ حتماً قبل از وارد کردن آنژیوکت باید z-line رعایت کنیم. یعنی پوست را کشیده و انژیوکت را وارد می کنیم
- ✓ حتماً باید دستکش استریل داشته باشیم
- ✓ حتماً منطقه را از جهت عدم وجود ضایعات جلدی بررسی کنیم
- ✓ حتماً منطقه را به صورت دوار بتادین بزنید
- ✓ لیدوکائین را در منطقه مورد نظر بزنید
- ✓ حتما قبل از انجام پروسیجر دق کرده باشیم و صدای دال را شنیده باشیم.
- ✓ به ازای هر یک لیتر تخلیه مایع آسیت یک ویال آلبومین ۲۰ درصد باید تزریق کنیم.

کریکوتیروئیدستومی

- ✓ اگر بیماری را بیاورند که جسم خارجی وارد گلوی شده و دچار دیسترس تنفسی شده است از طریق کریکوتیروئیدستومی می توانین اکسیژن را به بیمار برسانیم تا دچار سیانوز نشود.
- ✓ وسایل: تیغ بیستوری، لوله بوژی، اندوتراکئال تیوب سایز ۶

- ✓ فضای بین غضروف تیروئید و کریکوئید را که غشای کریکوتیروئید نام دارد بصورت عرضی با تیغ بیستوری برش داده و تیغ را می چرخانیم و لوله بوژی را وارد کرده و لوله تراشه را با کمک آن وارد تراشه می کنیم و آمبو را به لوله وصل می کنیم.

توراکوسنتز

- ✓ بررسی نبود ضایعات جلدی در محل تپ
- ✓ به بیمار پوزیشن می دهیم. دستهایش را بشکل ضربدری روی شانه هایش قرار داده تا اسکاپولا ها از فیلد خارج شوند.
- ✓ در محلی که صدای ریه شنیده نمی شود یا دق مات است به معنای تجمع مایع است.
- ✓ در خط میدلاین در فضای بین دنده ای هفتم تپ می کنیم.
- ✓ معمولا از آنژیوکت ۱۸_۲۰ استفاده می کنیم و آنژیوکت را به یک سرنگ ۵۰ سی سی متصل می کند
- ✓ منطقه را بتادین زده و به صورت دوار می چرخانیم
- ✓ با لیدوکائین منطقه را بی حس می کنیم
- ✓ در زمان خروج سرنگ حتماً به مریض بگویید نفسش را کاملاً به بیرون داده باشد
- ✓ هنگامی که سرنگ ۵۰ سی سی را خارج می کنیم تا به بگ وصل کنیم حتماً دستمان را بگذاریم که هوا وارد نشود.

سوند ادراری

- ✓ دستکش استریل بپوشید
- ✓ نحوه بتادین زدن به آلت تناسلی بشکل از گلنس پنیس به شفت پنیس می باشد. (از بالا به پایین و نه مدور)
- ✓ بعد از بتادین زدن مجددا دستکش را تعویض کنید
- ✓ سرنگ را از لوبریکنت پر کرده و به مجرا وارد می کنیم.
- ✓ قبل از ورود سوند به مجرا به بگ وصل کرده باشید

- ✓ اگر سوند به سختی وارد می شود قسمت پرینه را کمی فشار دهید و تلاش کنید سوند را با حمایت ماساژ پرینه وارد مثانه کنید
- ✓ در انتها با تزریق دو ویال آب مقطر سوند را فیکس کنید.
- ✓ بگ را پایین تر از تخت بگذارید

پک قدامی بینی

- ✓ ابتدا باید ABC را رعایت کنید
- ✓ ۱۵ دقیقه بینی را فشار دهید تا خونریزی بند آید
- ✓ از یک رول نخی به طول حدودا یک متر استفاده می کنیم.
- ✓ ابتدا رول را با لوبریکانت یا کرم آنتی بیوتیک مثل تتراسایکلین چشمی یک درصد مرطوب می کنیم
- ✓ رول هارا با فواصل خیلی کوتاه به داخل میفرستیم
- ✓ حتما برای بیمار آنتی بیوتیک شروع کنید

برش و تخلیه آبسه

آبسه سطحی نباشد تا ۳۰ تخلیه میکنیم و برزخم عمیق و مشکلات حس و حرکتی دست تخلیه نمیکنیم
با تیغ برش طولی هم متوازی دست میدهیم و نرمال سالین میزنیم و با انگشت کوچک دست (۵) تخلیه میکنیم و با شماره
نرمال سالین دوباره میشوریم و داخلش را گاز میزاریم و تعبیه نمیزنیم

درد قفسه سینه

- ✓ سابقه شغل زحمت کش را بررسی نمایید
- ✓ TYPICAL را بررسی نمایید
- ✓ دردی که بین ۲ تا ۲۰ دقیقه طول می کشد.
- ✓ درد فشارنده
- ✓ با pearl TNG بهتر می شود.
- ✓ بررسی تهوع و استفراغ و عرق سرد
- ✓ زونا هم ممکن است باعث درد شود
- ✓ شغل و سابقه بیماریهای زمینه ای را سوال کنید

معاینه قلب

- ✓ سمت راست بیمار بایستید
- ✓ مشاهده از نظر اسکار جراحی، ضایعات جلدی، توده، قرینگی قفسه سینه، برامدگی، فرورفتگی

کانون های قلب:

- ✓ فضای بین دنده ای دوم سمت راست: کانون ائورت
- ✓ فضای بین دنده ای دوم سمت چپ: کانون پولمونر
- ✓ در فضای بین دنده ای چهارم سمت چپ (left sternal border): کانون تریکاسپید
- ✓ در فضای بین دنده ای پنجم در خط میدکلاویکولر: کانون [redacted]

- ✓ لمس: برای حس لرزش ها از نوک انگشتان و حس ضربه از برجستگی پالم دست استفاده می کنیم.
- ✓ در کانون ها نوک انگشتان را می گذاریم تا تریل یا لرزش هارا لمس کنیم.
- ✓ heave: ضرباتی که بطن ها یا شریان ها بدلیل نارسایی آئورت یا هایپرتنشن پولمونر به دست می خورد
- ✓ heave بطن راست: لمس در ناحیه ی LSB
- ✓ heave بطن چپ: لمس در PMI
- ✓ PMI: خط میدکلاویکولر در فضای بین دنده ای پنجم است. ممکن است به علت بیماری های مختلف جابجا شود
- ✓ قسمت باید بگوییم PMI لمس شد و apical beat مطابق فضای بین دنده پنجم است یا جابجا شده است.

سمع:

- ✓ ابتدا هم گوشی و هم دستها را به هم ساییده تا گرم شود
- ✓ گوشی را چک کنید که از دیافراگم باشد
- ✓ کانون ها را سمع کنید
- ✓ بعضی سوفل ها انتشار دارند و باید گوشی را بالاتر و پایین تر هم بگذاریم
- ✓ بابل گوشی و بدون فشار در ناحیه میترال ممکن است S3 و S4 را سمع کنیم.

معاینه عروق

- ✓ شریان کاروتید: در کنار غضروف تیروئید پالس را لمس کنید/ دوطرفه نگیرید/ سمع کاروتید از نظر سوفل یا بروئی انجام دهید.
- ✓ اندازه گیری فشار JVP: بیمار را در زاویه ۳۰_۴۵ قرار دهید. سر بیمار را به سمت چپ می چرخانیم. ورید ژوگولار داخلی در بیمارانی که JVP برجسته دارند دارای پالس است. حد فوقانی این پالس را علامت بزنید سپس خط کشی را روی زاویه لوئیس گذاشته و حد فوقانی پالس را عمود کرده و عدد

ورید ژوگولار: قابل لمس نیست و ۲ شریان
شریان کاروتید: قابل لمس است و ۲ شریان

بدست آمده را به عدد ۵ به اضافه میکنیم تا فشار JVP به دست آید. هر عددی به دست آمد آن را به ۱.۳۶ تقسیم می کنیم تا بر حسب میلی متر جیوه به دست بیاد. فشار JVP نباید بیش از ۹ میلی متر جیوه باشد.

- ✓ تمام نبض ها را چک کنید. نبض کوبیتال، براکیال، رادیال و اولنار در اندام فوقانی چک شود. نبض در هر دو دست باید قرینه باشد. غیر قرینگی نبض ها می تواند نشان دهنده دایسکشن باشد.
- ✓ نبض فمورال، پوپلیتئال، تیبیالیس خلفی و دورسالیس پدیس را نیز در اندام تحتانی بررسی می کنیم. ضعیف تر بودن نبض یا فشار اندام تحتانی از فوقانی، کوارکتاسیون ائورت مطرح می کند
- ✓ بعد از نبض ها، فشار دو دست را اندازه میگیریم
- ✓ اختلاف فشار دو دست نباید بیشتر از ۱۰ میلی متر جیوه باشد وگرنه دایسکشن آئورت مطرح می شود.

نحوه گرفتن فشار خون

- ✓ بیمار باید یک ربع نشسته باشد
- ✓ سیگار و قهوه و غذا نخورده باشد
- ✓ کاف باید ۸۰ درصد طول بازو را بگیرد و قسمت تحتانی کاف دو انگشت بالاتر از چین آرنج باشد.
- ✓ ابتدا نبض براکیال را لمس میکنیم و سپس کاف را تا وقتی که نبض لمس نشد پر می کنیم که این حد فوقانی فشار خون است.
- ✓ سپس مجددا کاف را تا حد فوقانی باد کرده و سپس کاف را خالی کرده و با سمع حد تحتانی را تعیین می کنیم.
- ✓ حتما فشار هر دو دست گرفته شود

گرفتن نوار قلب

- ✓ ابتدا کالیبره بودن دستگاه را چک کنید کالیبره بودن یعنی سرعت گرفتن نوار قلب ۲۵ میلی متر بر ثانیه باشد و ولتاژ ۱۰ میلی متر بر میلی ولت باشد
- ✓ حتماً روی نوار قلب اسم بیمار را بنویسید
- ✓ حتماً ژل برای لیدها بزنید.

مکان لیدها:

- V1 = زاویه بین دنده ای ۴ سمت راست
- V2 = زاویه بین دنده ۴ سمت چپ
- V4 = فضای بین دنده ای ۴ و ۵ درخط میدکلویکولر
- V3 = بین v2 و v4
- V5 = در محاذات فضای بین دنده ای ۴ و ۵ در خط اگزیلاری قدامی
- V6 = در محاذات فضای بین دنده ای ۴ و ۵ در خط میداگزیلاری
- لید زرد: دست چپ
- لید سبز: پای چپ
- لید قرمز: دست راست
- لید سیاه: پای راست
- قناری روی درخت و آتش روی خاکستر
- حتما در انتها به بیمار دستمال برای پاک کردن ژل بدهید

احیای قلبی ـ بخش اول تاکی آریتمی ها

۱) P دارند:

- A: فاصله ی QRS ها از هم مساوی است = سینوس تاکی کاردی
- B: فاصله QRS ها نامنظم = MAT, PAT (پت و مت)

۲) P نداره:

- A: فاصله بین QRS منظم: PSVT (پست فطرت)
- B: فاصله بین QRS ها نامساوی: AF (ای فلان شده)

✓ VT مشابه PSVT است ولی wideQRS دارد

تشخیص تفاوت = تاریخچه + معاینه بالینی + ECG + آزمایشات اولیه (پنیک)

سنکوپ (غش) = از دست دادن هوشیاری ناگهانی و موقت به دلیل کاهش جریان خون مغز

سنکوپ قلبی: ناشی از مشکلات ساختاری یا الکتریکی قلب (مثل VT، AF، VT)

سنکوپ غیرقلبی: ناشی از عوامل عصبی یا عروقی (مثل واسووگال، هیپوتانسیون)

علائم هشدار: درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب، سابقه خانوادگی

معاینه بالینی: فشار خون، نبض، صدای قلب، ریه‌ها

آزمایشات: CBC، BUN، Cr، Na، K، Ca، Mg، FBS، HbA1c، TSH، CRP، ESR، Troponin، CK-MB، BNP، ABG، CXR، Echo

درمان: بستگی به علت دارد

پیگیری: مراجعه به متخصص قلب و عروق، انجام آزمایشات تکمیلی

بخش بیست و هشتم: بخش عملی ـ ارتوپدی

نحوه گچ گیری و آتل گیری:

- ✓ برای هر عنصری که می خواهید آتل بگیرید حتما ۱ تا ۲ لایه ویبریل بگذارید.
- ✓ برای عضوی مثل پا برای گچ گیری از کف پا تا زیر زانو سایز بزنید
- ✓ حتما انگشتان در کف پا خارج از آتل قرار گیرد.
- ✓ حتما برای پا ۱۸ تا ۲۲ لایه و برای دست ۱۰ تا ۱۲ لایه گچ استفاده شود.
- ✓ گچ را در آب ولرم قرار دهید و بعد آبش گرفته شود.
- ✓ هنگام گچ گیری مچ پا باید بشکل ۹۰ درجه باشد. برای زانو حتماً یک بالش زیر زانو بگذاریم تا کمی قوس داشته باشد.
- ✓ در دست انگشتان نسبت به مچ به حالت ۹۰ درجه باشد.
- ✓ بعد از اتل باید از باندکشی استفاده شود.

سندروم کمپارتمان

- ✓ بیماری بدنبال گچ گیری با درد شدید و تورم و قرمزی آمده است.
- ✓ علائم p: pulselessness/ پوئیکیلوترمی/ پارستزی اندام/ پارالزی
- ✓ روش درمان: هر چیزی که به اندام فشار میاره باید باز شود و بعد فاسیوتومی در ۲ منطقه با تیغ بیستوری بشکل عمودی باید در انترولترال و پوسترولترال انجام شود.
- ✓ انترولترال در فضای بین تیبیا و فیبولا و پوسترولترال در ۲ سانتی متر در خلف تیبیا زده می شود.
- ✓ علل: شکستگی استخوانی/ جسم خارجی/ سوختگی/ تورم/ انقباضات شدید عضله/ گچ/ مشکلات خونرسانی و هایپوکسی بافتی

- ✓ دو علامت شایع درد و pulselessness است. درد شارپ که با حرکات پسیو بدتر می شود
- ✓ نکروز: در اثر افزایش فشار ممکن است علائمی ایجاد کند در عضلات فلکسور ساعد باعث volkman contracture شود/ رابدومیولیز
- ✓ معاینه: [illegible] شدید آن سفت و سخت سخت و دردناک میشود.
- ✓ Ck و میوگلوبین افزایش می یابد
- ✓ ادرار سیاه رنگ بعلت دفع میوگلوبین

تروما به لگن

- ✓ اول: ABCD: برقراری راه هوایی/ بررسی تنفس و نیاز به احیا/ ۲ رگ بزرگ از بیمار گرفته شود و درصورت نیاز سرم تراپی انجام شود
- ✓ فیکس لگن با پارچه
- ✓ بررسی نبض تحتانی که موقع گره زدن فشار زیاد باعث قطع نبض نشده باشد

بخش بیست و نهم: بخش عملی ـ گوش و حلق و بینی

شست و شوی گوش

- ✓ ابتدا گوش را از جهت سلامت پرده معاینه کنیم
- ✓ ساخت محلول: ۱۰ سی سی سالین + ۱ سی سی ابتادین ۱۰٪
- ✓ از دو روز قبل قطره گلیسیرین تجویز کنید که مو ها شوند و بعد شستشو دهید
- ✓ گوش را به بالا و عقب بکشید و جرم را مشاهده کنید
- ✓ رسیور را در زیر گوش قرار دهید
- ✓ محلول را مستقیما به گوش وارد نکنید و از دیواره گوش استفاده کنید تا پرده گوش آسیب نبیند
- ✓ در انتخاب مجدد گوش را معاینه کرده که جرم ها خارج شده اند یا نه

معاینه حلق =

لب (رنگ و شکاف) + کام و دهان (لکه و زخم زبان) + زبان (بیرون و به جهت مختلف بررسی) +
بررسی لوزه ها + بررسی PND + بررسی غده بناگوشی و زیر فکی

معاینه گوش = اسکار و فیستول خلف و عقب گوش

شروع معاینه از گوشی که بهتر میشنود یا درد ندارد + عدم ورود لامپ و تماس گوش + گوش را به سمت گوش دیگر بکشید
(به سمت عقب فیستول)
بررسی داخل گوش (کاهش شنوایی سنسوری عصبی) + اتوسکوپ برای گوش راست دست راست و برای گوش چپ دست چپ +
اسپکولوم با بزرگترین سایز را انتخاب میکنیم + بررسی Handle Malleus و رفلکس نور و پارسنتسا و وبر و رینه فلسیرا +

معاینه بینی = مشاهده عدم هماهنگی و دفورمیتی
اسپکولوم بزرگترین سایز قبل از معاینه
با اسپکولوم بررسی گوشکار و سپتوم + کلس بال بینی برای تنگی نفس + بررسی کریستال اکون و تیغه بینی +
احتمال بررسی CT + (در صورت وجود فاکتور کسیر بیش از ۲۸ ساعت) + مرحله گوگل و آینه حرکت کام نرم بدهیم +
اسپکولوم مرتب خارج کردن در حالت باز بودن بیلیون

سوند سوپراپوبیک

- ✓ وقتی نتوانیم سوند ادراری را به صورت عادی بگذاریم و مشکلی باشد از سوپراپوبیک استفاده می کنیم
- ✓ ابتدا با سونوگرافی محل قرار گرفتن را مشخص میکنیم که کمترین فاصله پوست تا مثانه باشد
- ✓ معمولاً بی حسی به صورت موضعی و لوکال انجام می‌شود
- ✓ با اسکالپل سوراخ ایجاد کرده تا بتوان گاید را وارد کنیم که از طریق آن کاتتر وارد شود
- ✓ کاتتر را به گاید فیکس می کنیم و به بگ وصل می کنیم.

لوله باید توسط بخیه فیکس شود و بعد پانسمان انجام می دهیم.

همراه با صنم هاشم بین

بخش سی و یکم: بخش عملی ـ روانپزشکی

خودکشی

زمان / مکان / حالت — نقل / مواد / وسایل صنی

خلق و خواب و شهوت

- ✓ در شرح حال سابقه شغل زحمتکش را بررسی نمایید
- ✓ سن بیمار؟
- ✓ سابقه خانوادگی خودکشی؟
- ✓ علائم افسردگی؟
- ✓ سابقه بیماریهای نورولوژیک؟ تروما به سر؟ صرع؟ MS؟ بیماریهای نورولوژیک؟ بیماریهای جسمی؟ HIV؟
- ✓ مصرف الکل و مواد مخدر؟
- ✓ دارو: بنزودیازپین ها (دیازپام دراز و بی حالت می کند)، دیگوکسین، نیفدیپین، والپرات (مثل وال چاق میشی و حس بدی داری)، خواب آور، کموتراپی، بتابلوکر (ادمو بلاک میکنه)
- ✓ از خود بیمار خیلی سوال کنید: تاهل؟ مذهب؟ بچه؟ شرایط مالی؟ حمایت خانوادگی؟ باور مذهبی؟ وضعیت کودک و همسر؟
- ✓ اقدام قبلی یا افکار خودکشی؟ که در این صورت نیازمند ارجاع به روانپزشک و اگر بیمار نمیاد باید به خانواده اطلاع داد و اگر در دسترس نبودن به اشنایان یا دوستانشان اطلاع دهید.

مانیا

- ✓ سابقه شغل زحت کش را سوال کنید
- ✓ money: آدم پولدار لباس رنگی می پوشد، ولخرج هسن، مسافرت میره، آرایش تند،سکس متعدد
- ✓ خور و خواب و خشم و شهوت را بپرس
- ✓ مِنیا = وضعیت جنسی
- ✓ مانیا = مِن و مِن کردن

افسردگی

- ✓ سابقه شغل زحمت کش
- ✓ خور و خواب و خشم و شهوت را بپرسید
- ✓ اختلال ارگانیک؟
- ✓ Demonth: نمیدونه امروز چه روزیه (از دشت رفتن نوشتن اورینتیشن به زمان و مکان)

حمله پانیک

- ✓ بررسی سابقه شغل زحمتکش
- ✓ حمله پانیک در چه محل هایی رخ می دهد؟
- ✓ حالت: تپش قلب، پرخاشگری، احساس مرگ، ...
- ✓ سابقه بیماریهای روانپزشکی و قلبی و افسردگی و وسواس و مانیا و خودکشی ...
- ✓ مسائل هورمونی مثل بیماری های تیروئید و مسائل مغز و اعصاب را حتما سوال کنید
- ✓ داروها: TCA/ SSRI/ انتی سایکوتیک/ ریتالین/ محرکها/ کوکائین/ ...
- ✓ در پانیک از پا تا فرق سر سوال کنیم: گیجی و سبکی سر؟ تاری دید، دوبینی؟ خشکی دهان؟ احساس خفگی؟ تپش قلب؟ احساس تنگی نفس؟ اسهال؟ دردشکم؟ پرادراری؟ احتباس ادرار؟ سوزش؟ گرگرفتگی؟ گزگز و مورمور؟ کاهش تون عضلانی؟ آگورفوبیا؟ اضطراب اجتماعی

اختلال وسواسی

- ✓ سابقه شغل زحمتکش بررسی شود
- ✓ بررسی دارویی: SSRI، TCA، ...
- ✓ بسیاری از داروها اختلال وسواسی میدهند پرسش درباره شروع علائم؟
- ✓ افکار مزاحم و احساس اجبار به انجام آن؟ مصرف مواد مخدر؟
- ✓ حس همدلی و همدردی با بیمار

PTSD

- ✓ سابقه شغل زحمتکش را بررسی نمایید
- ✓ با سوالات باز شروع کرده و به سمت سوالات بسته حرکت کنید
- ✓ PT = pitty: حس تاسف یا احساس گناه داری؟
- ✓ P = pulselessness: تپش قلب، pressure
- ✓ T = تعریق و تب
- ✓ SD = پژو sd: صحنه تصادف را به یاد میاره حالش بد میشه؟
- ✓ زمان: در یک ماه گذشته به چه صورت بوده است
- ✓ موقعیت و افرادی که بیاد آن صحنه می اندازنت؟
- ✓ شاهد مرگ یا خودکشی بوده؟
- ✓ تهدید به مرگ شده؟
- ✓ آسیب خاصی دیده؟
- ✓ شدت ترس؟

مصرف لیتیوم

- ✓ تثبیت کننده خلق است در بیماران دو قطبی و مانیک
- ✓ لی tea = چای روی شلوار لی: پر ادراری: دیابت بی مزه = بنابراین مایعات زیاد مصرف کند
- ✓ tea = قرص را با مایعات فراوان و مواد غذایی مصرف کند
- ✓ Three = سه بار در روز مصرف کند
- ✓ تی = طی: اسهال و استفراغ/ طی به سر: کچلی
- ✓ مراقب مصرف نمک باشد زیرا به علت دهیدراسیون اسمولالیته خون زیاد میشه
- ✓ از جایی که تعریق زیاده پرهیز کنند
- ✓ تا سه هفته ممکن است تاثیری نکند و بعد از آن اثرش شروع شود
- ✓ همه مقداری خواب آورند و بگویید موقع رانندگی حواسشان باشد

- ✓ در صورت فراموشی از مصرف دارو به محض یادآوری مصرف کنند مگر اینکه فاصله تا قرص بعدی کمتر از ۴ ساعت باشد
- ✓ عوارض مسمومیت: تهوع و استفراغ شدید و دوبینی، تشنج، کما

اسکیزوفرنی

- ✓ سابقه شغل زحمتکش را بررسی نمایید
- ✓ کلوزاپین: ممکنه آگرانولوسیتوز بدهد بنابراین در صورت تب تب و گلودرد دارو را قطع کرده و مراجعه کند.

پرخاشگری

- ✓ سعی کنید با بیمارِ چشم تو چشم نشوید
- ✓ امنیت خود را رعایت کنید
- ✓ وسایل پر خطر در اطراف نداشته باشید
- ✓ بیمار را تحریک نکنید
- ✓ سوالات باز بپرسید
- ✓ حرکات سریع انجام ندهید
- ✓ بررسی از نظر تصمیم به خودکشی و دگر گوشی
- ✓ بررسی حمل سلاح

سوگ

- ✓ سابقه شغلی زحمتکش ؟
- ✓ شرایط زندگی؟
- ✓ سن ؟

- ✓ خور و خواب و خشم و شهوت؟
- ✓ خودکشی و افکار خودکشی؟
- ✓ افسردگی؟ دوقطبی؟ وسواس؟
- ✓ بیماری های نورولوژیک؟ تشنج؟ بیماری های جسمی؟ بیماری های تیروئیدی؟ داروهای روانپزشکی؟ آنتی سایکوتیک؟ کاهش انرژی و تمرکز؟ ناامیدی و گناه؟

عوارض اکستراپیرامیدال

داروهای مثل متوکلوپرامید، انتی سایکوتیک مثل هالوپریدول

- ✓ اسپاسم دهان و زبان و تورتیکولی، دیستونی حاد
- ✓ درمان: بی پریدین: آمپول ۵ میلی گرم عضلانی، حالت بپر بپر از بین میره
- ✓ بی پریدین آنتی کولینرژیک است و بیمار را خشک میکند برای همین با دوز ۲.۵ میلی گرم میزنیم

مشاوره ترک اعتیاد

- ✓ سابقه شغل زحمت کش؟
- ✓ سن، وضعیت درامد؟
- ✓ کارتون خواب؟
- ✓ حالت مصرف: تزریقی، خوردن، کشیدن
- ✓ چه نوع موادی؟
- ✓ سابقه بیماری روانپزشکی یا جسمی که اگر درمان نشود نمی توانند ترک کنند
- ✓ بیماری های تیروئیدی افسردگی می دهند
- ✓ بررسی سوء مصرف الکل بسیار اهمیت دارد
- ✓ شروع درمان با متادون نیازمند رضایت آگاهانه است و بگوییم هر زمان خواست می تواند از ادامه درمان انصراف دهد.
- ✓ متادون معمولاً در افراد مصرف کننده تزریقی که حداقل یکبار در با مصرف می کنند استفاده می شود.

- ✓ بی پروایی جنسی، هروئین، سابقه زندان، کراک و کریستال، منطقه ۳بار مصرف دوباره بعد از درمان
- ✓ وضعیت اجتماعی و خانواده ؟
- ✓ حامی دارد یا نه؟
- ✓ سابقه رفتار های پرخطر و وضعیت HIV و HCV بررسی شود .
- ✓ معاینات قلبی و عضلانی و ریوی و مغز و اعصاب قبل از شروع متادون انجام شود
- ✓ آزمایشات خون جهت رد HIV, HCV و انجام LFT, CBC قبل از شروع متادون انجام شود
- ✓ شرح حال کامل بیماری روانپزشکی و بارداری و شیردهی بررسی شود.

GAD = نگرانی یا بیش از حد + سه یا بیش از علائم دیگر + بررسی Panic Attack + بی قراری + عصبی بودن + تداخلی + تندرس بی دلیل + خسته آسان + حواس پرتی + اختلال در خواب + اشکال در عملکرد (اختلال در اجتماعی و شغلی و فعالیت)

وسواس = خواسته ها (افکار ناخواسته مکرر مشخص) و حافظه تحمل (انجام کارهای دوره) + دیدن و یا شنیدن + ۶ ماه تکرار + بیش از یک ساعت + استرس و اضطراب +

SSD = بیماری یا نگرانی از آنکه فرد دچار بیماری جدی است + اشتغال ذهنی + نگرانی بیش از حد + دارو و پزشک عوض میکند + آزمایش متعدد میدهد + علائم لازم است + اضطراب و استرس و اختلال در بیمار + CBT (درمان) + مدیریت استرس

linom.ir