



کتابچه خلاصه مقالات

ولین کنفرانس

علمی گزارش های

موردی بالینی

۸ آذر ماه ۹۶





اولین کنفرانس علمی گزارش های موردی بالینی

۸ آذر ماه ۱۳۹۶

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

**The First Conference on
Clinical Case Reports (1st CCR)
29 November 2017**

فهرست مطالب

پیام رئیس عالی کنفرانس	۴
پیام رئیس کنفرانس	۵
پیام دبیر علمی و اجرایی کنفرانس	۶
ارکان کنفرانس	۷
برنامه علمی کنفرانس	۱۳

خلاصه مقالات سخنرانی

گروه داخلی ۱۶

گزارشی از آمبولی کلهسترول متعاقب آنژیوگرافی	۱۷
Recurrent respiratory papillomatosis	۱۸
A 34 years old woman with LUQ pain and weakness	۱۹
بیمار آقای ۶۰ ساله با تورم منتشر بدن	۲۰
Follow up of a pregnant woman with multiple Myeloma after velcade	۲۱
administration	۲۱
کم کاری پاراتیروئید مادرزادی	۲۲
خانم جوان با تب با علت نامشخص	۲۳
یک مورد تظاهر جالب از پانکراتیک حاد ناشی از هایپر تری گلیسریدمی	۲۴

گروه قلب ۲۵

Non-compaction cardiomyopathy as an etiology for ischemic	۲۶
cerebrovascular accident	۲۶
A rare case of spinal cord and large bowel ischemia after CHEVAR	۲۷
Left main coronary angioplasty as a replacement for redo coronary artery	۲۸
bypass in a patient with severe unstable angina and recent bypass surgery	۲۸
Complex Redo-operation in complicated type A dissection	۲۹
خانمی با قلب شکسته ، معرفی یک سندرم غیر شایع	۳۰

۳۱	 طوفان الکتریکی <i>Electrical Storm</i>
۳۲	 شوک کاردیولوژیک در سکتة حاد قلبی
۳۳	 Early surgery or medical therapy in tricuspid Valve endocarditis
۳۴	 گرفتگی صدا در بیماری با آنوریسم
۳۵	 Dog Footprint in the heart

۳۶ گروه عفونی

۳۷	 آقای ۵۰ ساله با تب و درد شکم
۳۸	 A 33 years old woman with fever, cough & headache
۳۹	 unilateral osteomyelitis of clavicle in childhood
۴۰	 عفونت مضاعف استرنژیلونیئیدس استرکولاریس در بیمار مبتلا به سرطان خون تحت درمان با استروئیدها
۴۱	 ایزوسپورا بلی عامل اختلالات مزمن گوارشی
۴۲	 Plasmodium Vivax and mixed infections
۴۳	 CMV منتشر
۴۴	 بیمار با مایکوباکتریوم غیرتوبرکلوزیس و درگیری ریوی

۴۵ گروه نورولوژی

۴۶	 سر درد و همی پارزی و کاهش هوشیاری
۴۷	 Wallenberg syndrome or lateral medulla infarct
۴۸	 تشنج در بیمار مبتلا به هایپوکسمی ناشی از هایپوپاراتیروئیدیسم Coexistence of refractory epilepsy and myasthenia gravis (probable autoimmune etiology)
۴۹	
۵۰	 ترومبوز سینوس وریدی
۵۱	 Recognition and management of intraoperative autonomic dysreflexia

گروه پرستاری ۵۲

- ۵۳ *Ovarian dermoid cyst and neuromuscular manifestation*
- ۵۴ اسیدوز متابولیک به همراه دیسترس تنفسی در آقای ۷۲ ساله تحت جراحی پیوند عروق کرونر.....
- تأثیر استفاده از گاز وازلین و ویبریل بر روی پاشنه بیماران بستری در بخش‌های ویژه در
- ۵۵ پیشگیری از ایجاد زخم فشاری در ناحیه پاشنه
- ۵۶ پسر جوان با تنگی نفس شدید به دنبال *DVT*
- ۵۷ سوء رفتار با سالمندان و معلولان
- ۵۸ همراهی اختلال اضطرابی شدید با علائم فیزیکی گسترده

جدول ارائه پوستر ۵۹

پیام رئیس عالی کنفرانس



بسم الله الرحمن الرحيم

با یاری و عنایت خداوند، دانشگاه علوم پزشکی البرز اولین کنفرانس گزارشهای موردی بالینی را برگزار می کند. برنامه های این کنفرانس به همت اعضای هیات علمی، کادر درمانی و پژوهشگران دانشگاه تدوین شده است. برگزاری این کنفرانس ها در بروز رسانی دانش و تبادل تجربه میان اساتید، متخصصین و دانشجویان دانشگاه نقش بسزایی ایفا می کند. همچنین برنامه این کنفرانس به گونه ای طراحی شده است که علاوه بر ارائه و مرور گزارشهای موردی نادر و جالب در حوزه های مختلف داخلی، قلب، نورولوژی، عفونی و پرستاری امکان مشارکت حداکثری اساتید و دانشجویان در بحث ها و تبادل اندیشه فراهم گردد و از حضور همزمان صاحب نظران و اساتید برجسته در پانل های مختلف استفاده شود. از تمامی محققین، اساتید، صاحب نظران و دانشجویان در رشته های بالینی دعوت می نمایم تا با حضور و مشارکت ارزنده خود در این هم اندیشی و گردهمایی علمی مهم، در دستیابی به اهداف عالی آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز سهم بسزایی داشته باشند.

دکتر حمید درفشی
رئیس عالی کنفرانس

پیام رئیس کنفرانس



با عرض سلام و ادب

با عنایت خداوند متعال اولین کنفرانس علمی گزارش های موردی بالینی البرز در آذرماه ۱۳۹۶ در کرج برگزار می شود. در این کنفرانس اساتید و پژوهشگران با توجه تجارب علمی و کلینیکی خود، موارد نادر و جالبی را که با آن مواجه شده اند را در قالب گزارش موردی ارائه خواهند نمود. این کنفرانس در ۵ حیطه داخلی، قلب و عروق، نورولوژی، عفونی و پرستاری برگزار خواهد شد.

امید است در کنفرانس پیش رو با تبادل دانش و ارائه گزارش های موردی بالینی در حیطه های مختلف گامی جدید و موثر در تحقق اهداف والای دانشگاه برداشته شود.

در خاتمه ضمن تشکر از ارسال کنندگان مقالات و مشارکت جامعه دانشگاهی، درمانی - دولتی، خصوصی و تامین اجتماعی؛ از سازمان ها و مراکزی که در برگزاری این کنفرانس همکاری و مشارکت نموده اند صمیمانه سپاسگزاریم .

امیدواریم دانشگاه علوم پزشکی البرز میزبان شایسته ای برای تمامی همکاران عزیزمان باشد.

دکتر محمد نوری سپهر
رئیس کنفرانس

پیام دبیر علمی و اجرایی کنفرانس

سپاس خالق هستی را که همه ی خوبی ها از اوست بسیار خرسندیم که اولین کنفرانس گزارش های موردی بالینی البرز را با همکاری صاحب نظران و اندیشمندان در شهر کرج برگزار می کنیم. این رویداد بزرگ علمی امکان تبادل آخرین اطلاعات و گزارش های موردی بالینی نادر را فراهم خواهد کرد و فرصتی را فرا روی ما قرار داده است که دانش، تجربه و یافته های خویش را در ۵ حیطه تخصصی داخلی ، قلب و عروق ، عفونی ، نورولوژی و پرستاری به اشتراک بگذاریم . از همکاران محترم و اساتید و دانش پژوهان که با ارسال مقالات ارزشمند خویش بر غنای این کنفرانس افزودند، صمیمانه سپاسگزاریم .

این کنفرانس حاصل زحمات چند ماهه اساتید و پژوهشگران و اعضاء گرانقدر تیم علمی و اجرایی و همکاران واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی بوده است. آرزومندم در مدت برگزاری این کنفرانس با بهره گیری از فرصت های ارزشمندی که برای تبادل یافته های علمی و کلینیکی و آگاهی از تجربیات اساتید فراهم گردیده است؛ گامی موثر در ارتقاء سطح علمی جامعه محترم پزشکی و پرستاری و دانشجویان برداشته شود.

دکتر شهروز یزدانی
دبیر علمی کنفرانس

دکتر مرتضی غوغایی
دبیر اجرایی کنفرانس

ارکان اولین کنفرانس گزارش های موردی بالینی

محور های کنفرانس

- ❖ بیماری های قلب و عروق (داخلی قلب، جراحی قلب)
- ❖ بیماری های داخلی (گوارش، روماتولوژی، غدد، ریه، خون، سرطان بالغین، کلیه)
- ❖ بیماری های مغز و اعصاب
- ❖ بیماری های عفونی
- ❖ پرستاری (در همه حیطه های فوق)

برگزارکنندگان:

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
- معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
- مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج
- واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی کرج

رئیس عالی کنفرانس: دکتر حمید درفشی
رئیس کنفرانس: دکتر محمد نوری سپهر
دبیر علمی کنفرانس: دکتر شهروز یزدانی
دبیر اجرایی کنفرانس: دکتر مرتضی غوغایی
مسئول برنامه علمی و سخنرانان: فاطمه رحیمی
مسئول وب سایت، اسپانسری و ثبت نام: محسن لطفی
طراحی و تدوین کتابچه خلاصه مقالات: فاطمه عابدی

اعضای کمیته علمی کنفرانس - به ترتیب حروف الفبای فارسی

زهره رحمانی	احسان زحمتکش
زهره محمودی	احمد مهدوی
سارا اسمعیل زاده	اسماعیل کسانى
سحر چوب تاشانی	امید آثار
سیامک امیری	امیرعباس واعظی
سیامک جبار نیا	آتوسا یزدان پناه
سید علی دهقان	آلاء کیخاوندی
سیما فیض اله زاده	بهرام رحیمیان
شادی آصفی راد	بهروز پورآقا
شبهنم سهیل نادر	بهناز موحدی
شکوفه زمانی	پژمان مرید زاده
شهروز یزدانی	پگاه جغتایی
صغری طاهر	توران بهرامی
طاهره حاج علیخانی	جلال غفارزاده
طاهره کرامتی	حبیبه تقوی
طیبه فصیحی هرندي	حسن کمال زاده
علی احسان حیدری	حمید درفشى
علی جمال محمدی	حوروش فرجی دانا
علی طاهری نیا	داوود صفری
علیرضا دهقان نیری	راضیه لطفی
علیرضا سلیمانی	رامین تاج بخش
غلامرضا حمید	ربابه حق وردی
فاطمه بیات	رخشا حسامی
فاطمه رحیمی	رضا ارجمند تیموری
فاطمه ظهریان	رضا صمدپور
فرانک ناصری	رضا نبی امجد
فرشته نادری	زهره طبیبی
فرهاد حمزه زاده	زهره عطائی
کوروش احمدی	

نیلوفر قدرتی
الهه دولتشاهی پیروز
یاسر سعید
یاسمن شاكر
یزدان محسن زاده

کوروش کبیر
مجتبی هدایت یعقوبی
مجید تقی زاده
محبوبه مهربانی نطنزی
محسن اعرابی
محمد اسماعیلی آبدر
محمد جلالی
محمد حسین دهقان طرزجانی
محمد زیبایی
محمد نوری سپهر
محمدرضا مقصودی
محمودرضا سرزعی
مرتضی غوغایی
مرضیه توکل
مریم اسماعیلی
مریم آقابراری
مریم شفیع ثاب
مریم فدایی دشتی
مصطفی قربانی
معصومه محمد علیخانی
ملیحه فرید
موژان اسدی
مهدی باباپور زریاب
مهدی طیبی آراسته
مهدی موسوی
مهران بهرامیان
مهرداد بابایی
ناهید عباسی خوش سیرت
ندا سلطان نژاد
نسیم بهار
نسیم نیک نام

اعضای کمیته اجرایی کنفرانس - به ترتیب حروف الفبای فارسی

هادی اورنگ
مرتضی مطهری پور
مهدی گودرزوند

اسماعیل کسانی
امراه ابروش
امیر عباس واعظی
بهرز پور آقا
بهزاد کلانتری بنگر
ترانه تهمتنی
جلال غفارزاده
حمید درفشی
رامین آذر بهرام
ربابه حق وردی
سکینه ساعدی
سیما فیض اله زاده
شهرز یزدانی
علیرضا خرد روستا
علیرضا شکیب
فاطمه رحیمی
فاطمه عابدی
کوروش کبیر
محسن اعرابی
محسن لطفی
محمد اسماعیلی آبدر
محمد حسین دهقان طرزجانی
محمد نوری سپهر
مرتضی غوغایی
مرتضی نظری
مصطفی قربانی
معصومه جودکی
ملیحه فرید
مهدی طیبی آراسته

اعضای کار گروه اجرایی کنفرانس - به ترتیب حروف الفبای فارسی

احسان یوسفیان
اکرم زاکانی
آناهیتا احمدی
بابک رجبی
پیمان محمدی
رضا محبی
زهره عابدی
زهره رحمانی
زینب رحیمی
سعید بهادری
سعید صفرلو
علیرضا خاتمی
علی روزبهانی
فائزه عین الهی
فهیمه ایمان خواه
فهیمه ریحانی
فهیمه طاهری
کتابیون صالحی
محدثه سلطانی
محمد واثقی
محیا معارف وند
مریم سهراب زاده
مسعود لطفی
معصومه خلج
معصومه همه وند
مهشید افشارپور

برنامه علمی
اولین کنفرانس علمی گزارش های
موردی بالینی

برنامه تفصیلی

۸ آذر ۱۳۹۶

۸:۰۰ - ۸:۳۰	افتتاحیه
۸:۳۰ - ۹:۴۰	پنل داخلی
۹:۴۰ - ۹:۵۰	سخنرانی علمی شرکت اسپانسر
۹:۵۰ - ۱۰:۰۰	سخنرانی علمی شرکت اسپانسر
۱۰:۰۰ - ۱۰:۲۰	پذیرایی
۱۰:۲۰ - ۱۱:۵۰	پنل قلب
۱۱:۵۰ - ۱۲:۰۰	سخنرانی علمی شرکت اسپانسر
۱۲:۰۰ - ۱۳:۰۰	پنل عفونی
۱۳:۰۰ - ۱۳:۱۰	سخنرانی علمی شرکت اسپانسر
۱۳:۱۰ - ۱۴:۰۰	ناهار و نماز
۱۴:۰۰ - ۱۵:۰۰	پنل نورولوژی
۱۵:۰۰ - ۱۵:۱۰	سخنرانی علمی شرکت اسپانسر
۱۵:۱۰ - ۱۶:۱۰	پنل پرستاری
۱۶:۱۰ - ۱۶:۳۰	اختتامیه

خلاصه مقالات سخنرانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج

گروه داخلی

گزارش موردی از آمبولی کسترویل متعاقب آنژیوگرافی

مریم شفیع ثابته (۱) فرانک ناصری (۲)

(۱) فوق تخصص نفرولوژی، رئیس بخش دیالیز، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

(۲) متخصص داخلی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

آمبولی کسترویل نوعی atheroembolism سیستمیک است که میتواند مغز، چشم، کلیه و اندامها را درگیر کند. اغلب بعلت ورود کریستالهای کسترویل به جریان خون به دنبال دستکاریهای عروقی ایجاد میشود. شیوع آن بین ۰.۶٪ تا ۰.۹٪ است. مورد زیر یک مورد تپیک آمبولی کسترویل است.

معرفی بیمار:

بیمار ۷۵ ساله مورد شناخته شده CKD که ۴ ماه قبل تحت آنژیوگرافی کرونر قرار گرفته متعاقب آن عملکرد کلیه بیمار بدتر شده و از بیست روز قبل تحت همودیالیز قرار گرفته است. بیمار درد سوزشی پا و blue toe syndrome و ضایعات پوستی اکیموتیک بستری شده بود. نبض ها طبیعی و قرینه بودند. بیمار ۱۹.۹٪ eosinophilia داشت. تست های سرولوژیک منفی و فقط CH50 بیمار ۳۶٪ و پایین بود. الکتروفورز پروتیین سرم نرمال بود. داپلر اندام تحتانی فلوی شریانی را نرمال گزارش کرده. اکوی بیمار EF ۳۰٪ همراه با تغییرات آترواسکلروتیک وسیع و پلاکهای متعدد در Aorta گزارش کرده است.

بحث و نتیجه گیری:

آمبولی کسترویل معمولاً به دنبال دستکاریهای عروقی در بیماران مبتلا به آترواسکلروز وسیع مشاهده میشود. تظاهرات پوستی آن بصورت blue toe syndrome و livedo reticularis میباشد. معمولاً این بیماران دچار افت کارکرد کلیه تدریجاً ظرف چند هفته یا بیشتر میشوند. افزایش میزان eosinophilia در خون و گاه ادرار و کاهش کمپلمان از دیگر مشخصات این ضایعه است. بیمار ما با آترواسکلروز شدید تحت آنژیوگرافی قرار گرفته و متعاقب آن دچار کاهش کارکرد تدریجی کلیه شده به دیالیز رسیده است و بطور همزمان نیز دارد که با داشتن هر سه کرایتریای بالینی مورد آمبولی کسترویل تشخیص داده شد.

کلمات کلیدی: آمبولی، آنژیوگرافی، کسترویل

Recurrent Respiratory Papillomatosis

سحر جوب تاشانی (۱) صوفیه فیض آبادی (۲) معین فرقانی (۲)

۱. فوق تخصص ریه ، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی ، دانشگاه علوم پزشکی البرز ، کرج ، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی ، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی البرز ، کرج ، ایران.

مقدمه:

RRP بیماری نادری است که به صورت ضایعات اگزوفیتیک در مجاری هوایی (مخصوصاً لارنکس) ایجاد میگردد. در مردان شایع تر بوده و بیش از ۹۵٪ موارد مرتبط با HPV-11 است. در ۳-۵٪ موارد تبدیل به SCC میشود.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۵۵ ساله با سابقه اسم از دوران کودکی که از ۶ ماه گذشته با hoarsness و تشدید سرفه و wheezing مراجعه کرده است. بیمار (CS افلوئیکازون) مصرف می کرد. شاخص های اسپیرومتری FEV1=90%، FVC=97%، FEV1/FVC=73% است. با توجه به تشدید علائم برای بیمار لارنگوسکوپی Direct و برونکوسکوپی درخواست شد و ضایعات wart-like مشاهده گردید.

بحث و نتیجه گیری:

- RRP دو نوع دارد: juvenile onset، adult onset که شیوع هر کدام ۳/۴ و ۸/۱ به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر است. انتقال hpv در adult onset از طریق Sexual activity است.
- در ارتباط بین آسم و RRP سه نظریه وجود دارد:
- ICS(Inhaled corticosteroid) باعث upregulation پروموتر HPV و افزایش ساخت پروتئین E6,E7 و تکثیر سلولی و کاهش آپوپتوز از طریق تاثیر روی P53,RB می شود.
 - ICS(Inhaled corticosteroid) باعث آتروفی مخاط لارنکس و افزایش T-reg و مهار سیتوکاین های التهابی می شود و محیطی مساعد برای تکثیر سلولهای الوده به HPV ایجاد می کند.
- تشخیص بیماری با لارنگوسکوپی و CXR یا CT-scan از لارنکس و PFT است که در flow-volume loop یا plateau در نمودار دمی یا plateau در هر دو نمودار مشاهده می شود.
- درمان ارجح، resection ضایعه با استفاده از angiolytic laser یا co2 laser یا microdebrider یا cryotherapy و در موارد شدید: adjuvant therapy تزریق cidofovir داخل ضایعه یا indol-3-carbinol یا INF و ... است.

کلمات کلیدی: پاپیلوماتوز، گرفتگی صدا، سرفه

A 34 years old woman with LUQ pain and weakness with diagnosis of mastocytosis**Niloofar Ghodrati (1)**

1. Shahid Bahonar Hospitals Clinical Research Development Unit, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Introduction:

Mastocytosis comprises a heterogeneous group of disorders characterized by expansion and accumulation of neoplastic mast cells in one or more organ systems. In patients with systemic mastocytosis (SM), neoplastic MCs form focal and/or diffuse infiltrates in various internal organs. Regardless of the type of SM, the BM is involved in virtually all patients. Skin involvement is usually found in patients with indolent SM, is less frequently detected in aggressive SM, and is rarely seen in MC leukemia. Its clinical course has a wide spectrum, ranging from indolent disease with normal life expectancy, to highly aggressive disease, associated with multi-systemic involvement and poor prognosis.

Case report:

A 34 years old woman with LUQ pain and weakness from one year ago and a history of thrombocytopenia came to our clinic. She had episodes of headache and flushing, tachycardia that became better after vomiting. Sometimes these symptoms were associated with using of NSAIDs. Also she had a history of easy bruising and epistaxis, and skin rash from 7 years ago. In physical examination she had huge splenomegaly and hyper-pigmented maculae. She underwent BMA/B and after second opinion and IHC the diagnosis of SM was done.

Conclusion:

Systemic mastocytosis is a rare disease that is difficult to diagnose. The key point for diagnosis is to contemplate the possibility of systemic mastocytosis in any patient with skin rash and splenomegaly.

Key words: Mastocytosis, Splenomegaly, Skin rash, Flushing

بیمار آقای ۶۰ ساله با تورم منتشر بدن

مرتضی غوغایی (۱) امیر سبزکاری (۲)

۱. متخصص داخلی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

پیچیدگی های بیماری های داخلی بسیار زیبا و بحث بر انگیز است. مشاهده همین پیچیدگی های زیبا و تامل بر انگیز در بالین ما را بر آن داشت تا گزارش موردی حاضر که آقای ۶۰ ساله با تورم منتشر بدن به بیمارستان شهید رجایی کرج مراجعه کرده اند را ارائه دهیم.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۶۰ ساله راننده، متاهل و دارای ۳ فرزند با تورم منتشر بدن که به صورت پیشرونده در چند هفته ی گذشته بدون سابقه ی خاصی از بیماری قبلی بدون مصرف داروی خاصی با ادم گوده گذار ۳+ در هر دو اندام تحتانی در معاینه و با آلبومین ۲ گرم بر دسی لیتر و پروتئین اوری در آنالیز ادراری به بیمارستان شهید رجایی کرج مراجعه نمودند.

بحث و نتیجه گیری:

در مجموع با توجه به هایپو آلبومینمی منجر به ادم جنرالیزه و پروتئین اوری در محدوده ی نفروتیک، با توجه به عدم مصرف داروی خاص و وایرال مارکر منفی بیمار و با توجه به سونوگرافی پروستات و PSA بالا با تشخیص نفروپاتی ممبرانو در زمینه ی کانسر پروستات طی تاکید آدنو کارسینوم پروستات در بیوپسی تحت اقدامات لازم قرار گرفت.

کلمات کلیدی: ادم جنرالیزه، هایپو آلبومینمی، پروتئین اوری، نفروپاتی ممبرانو، کانسر پروستات

Follow up of a pregnant woman with multiple Myeloma after velcade administration

موژان اسدی (۱) حوریه روحانی (۲) مریم معصوم زادگان (۳) محدثه راستگو (۴)

۱. فوق تخصص انکولوژی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

Introduction:

Multiple myeloma (mm) is a conclusion of proliferation of malignant plasma cells which are from the same single clone.

The etiology is still unknown and most common manifestation in mm is bone pain.

Only 3% of MM appears in people under 40 years old. It's also more common in men, so it's so very rare to be seen in young ladies let alone young pregnant ladies.

Case report:

35 years old female with bone pain, anemia, elevated ESR and negative rheumatology tests. In electrophoresis of the serum proteins, a peak in Mono clonal Gama globulin is seen and positive lab tests are : normocytic normochromic anemia

ESR :94 , Urea:90 , Cr:2.1 , Hb:9.2 , Alk.p:910 , Ca :9.6 , MCV:84

In bone analysis lots of lytic lesions were seen. Biopsy results and aspiration of bone marrow showed 25% plasma cells with dysplastic features. Cell genetic evaluation shows mild prognosis. Serum IgG is about 4270 and IgM and IgA were in normal range. The Kapa light chain in urea and plasma were increased by the clonal pattern. After elementary evaluations, the treatment started with dexamethasone, linelonomid, bortezomib. After 4 periods of treatment and in 16th week of pregnancy her Menstruation was stopped. After 4 periods of treatment her response was fine and she demanded to continue her pregnancy. And the treatment protocol was changed to Dexamethasone and Cyclophosphamide. After the pregnancy period, a totally normal boy with 3200gr weight was born. 3 months after delivery autologous hematopoietic stem cells graft was successfully done.

Conclusion:

According to the pregnancy of the patient and possible disorders in fetus, the treatment protocol was a great challenge. The chosen drug was Velcade, which was possible to hurt the fetus, but at the moment, the mother and her 3 years old son are both well and healthy.

Key words: multiple myeloma, velcade, bone pain

کم کاری پاراتیروئید مادرزادی

طاهره کرامتی^(۱)، امیر سبزی کاری^(۲)، مرتضی غوغایی^(۳)

۱. فوق تخصص غدد و متابولیسم، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. متخصص داخلی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

کم کاری پاراتیروئید به بیماری گفته می شود که در آن غدد پاراتیروئید به اندازه کافی هورمون تولید نمی کنند. این بیماری بسیار نادر است و در اغلب موارد به این علت ایجاد می شود که در هنگام انجام جراحی تیروئید یا پاراتیروئید، به غدد پاراتیروئید آسیب وارد شده است. کم کاری پاراتیروئید و کاهش ترشح هورمون توسط این غدد منجر به کاهش میزان کلسیم خون و افزایش میزان فسفر خون می شود.

معرفی بیمار:

دختر ۱۵ ساله با سابقه ی تشنج از ۶ ماه قبل تحت درمان با کاربامازپین و تک کلیه ی عملکردی مراجعه کرد. با توجه به اینکه شین استوک و تروسوی بیمار مثبت بود و بیمار هاپیوکلسمی شدید همراه با هاپیوفسفاتی داشت و در سیتی اسکن مغزی کلسیفیکاسیون دو طرفه هسته های قاعده ای (BASAL GANGLIA) مشاهده شد. بیمار با تشخیص هایپرپاراتیروئیدیسم مادرزادی تحت درمان با دوز بالای کلسیم گلوکونات تزریقی، زاویترول، کلسیم کرینات قرار گرفت. طی بررسی ها $iPTH=13$ بیمار پایین گزارش شد. طی بستری با اصلاح تدریجی کلسیم و برطرف شدن علائم اولیه کلسیم تزریقی قطع شد و بیمار با ادامه ی کلسیم کرینات و زاویترول خوراکی و با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

بحث و نتیجه گیری:

هورمون پاراتیروئید همراه با ویتامین د و کلسی تونین (یک هورمون که از تیروئید ترشح می شود) سطح کلسیم را در بدن تنظیم می کنند. کم کاری پاراتیروئید نادر است و در کودکان بیش از بزرگسالان رخ می دهد. درمان به موقع این بیماران به ویژه پیش از وقوع علائمی همچون تشنج در مواردی با کلسیم خون بسیار پایین برای جلوگیری از عوارض احتمالی خطرناک بسیار پر اهمیت است

کلمات کلیدی: basal ganglia, ipth، هایپرپاراتیروئیدیسم مادرزادی

خانم جوان با تب با علت نامشخص

الهه دولتشاهی (۱)، سمیه سرورالدین آبادی (۲)

۱. فوق تخصص روماتولوژی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. متخصص داخلی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

لوپوس (SLE)، جزو بیماریهای التهابی مزمن میباشد که تقریباً هر ارگانی را میتواند مبتلا سازد. زنان بیشتر از مردان مبتلا میشوند. بیماران علائم و تظاهرات بالینی متفاوتی دارند اما معمولاً درگیری پوستی، موسکولواسکلتال، خونی و سرولوژیک در اغلب موارد دیده میشود.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۲۰ ساله با شکایت تب از مدتی قبل که در بررسیهای اولیه و کشتها علتی برای تب بیمار مشخص نمیشود، جهت بیمار اکوکاردیوگرافی در خواست میگردد که وژتاسیون در روی دریچه میترال مشاهده شده و با تشخیص اندوکاردیت تحت درمان آنتی بیوتیکی قرار میگردد. بعلاوه عدم بهبود و عدم افت تب برای بیمار مشاوره روماتولوژی درخواست میگردد. با توجه به پالمار اریتم، فتوسنسیتیویته و شواهد آرتریت، تستهای روماتولوژی برای بیمار در خواست شده که C3, C4, C50 کاهش یافته، ANA, +++ anti dsDNA + و پروتئینوری حدود ۶۰۰ میلی گرم در روز داشتند که با تشخیص احتمالی لوپوس جهت بیمار پالس متیل پردنیزولون و اندوکسان شروع میشود. بیمار به درمان پاسخ داده و تشخیص اندوکاردیت لیمن ساکس ناشی از بیماری لوپوس برای بیمار مطرح میگردد.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به تظاهرات بسیار متفاوت و گوناگون اغلب بیماریهای روماتولوژیک، بنظر میرسد معاینه بالینی دقیق و گرفتن شرح حال مناسب در بیمارانیکه به درمان تشخیص اولیه پاسخ مناسب نداده اند، در آشکار نمودن بیماریهای روماتولوژیک نهفته میتواند مفید و موثر باشد.

کلمات کلیدی: اندوکاردیت - تب - لوپوس

یک مورد تظاهر جالب از پانکراتیک حاد ناشی از هایپر تری گلیسیردمی

فرانک ناصری (۱) فاطمه حبیب اللهی (۲) آرش حسن پور (۲)

۱. متخصص داخلی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

پانکراتیک حاد، التهاب ناگهانی پانکراس است که طی آن آنزیم های تولیدی پانکراس شروع به تخریب خود پانکراس می کنند. شایع ترین علت آن سنگ صفراوی است و عوامل دیگر آن مانند مصرف بی رویه الکل، عارضه انجام عمل ERCP، افزایش کلسیم یا تری گلیسیرید خون، برخی عفونت ها و... در این بیمار هایپر تری گلیسیریدمی ناشی از دیابت بوده.

معرفی بیمار:

خانم ۴۷ ساله با درد حاد شکمی با انتشار به پشت از شب گذشته و تهوع و استفراغ مکرر. با سابقه دیابت و تحت درمان با داروهای خوراکی متفورمین و سیتاگلیپتین

بحث و نتیجه گیری:

در سونوگرافی مجاری صفراوی نرمال، کیسه صفرا فاقد سنگ، مایع آزاد در شکم رویت نشد. NAFLD II بیمار لکوسیتوز ندارد. قند اولیه ۵۰۰ بوده.

جدول

بیمار با تشخیص پانکراتیک حاد ناشی از هایپر تری گلیسیریدمی با توجه به نرمال بودن مجاری صفراوی تحت درمان با هیدراتاسیون و انفوزیون انسولین رگولار قرار گرفت. مشاوره گوارش جهت تصمیم گیری در مورد انجام پلاسما فریزیس انجام شد و بیمار سه نوبت تحت درمان پلاسما فریزیس قرار گرفت. علائم بالینی و آزمایشات به صورت دراماتیک بهبود یافت. مشاوره تغذیه انجام شد. سطح TG بیمار سیر کاهنده داشته و آخرین مقدار تری گلیسیرید ۵۳۰ گزارش شد. در نهایت با بهبود علائم بالینی و افت مقدار TG بیمار با دستور دارویی فنوفیبرات و انسولین (لانتوس صبحها ۲۸ واحد و نوبوپیت سه نوبت ۸ واحدی) و هپارین ترخیص شد.

کلمات کلیدی: پانکراتیک حاد، TG، پلاسما فریزیس

گروه قلب

Non-compaction cardiomyopathy as an etiology for ischemic cerebrovascular accident**Mehdi Moudavi (1) Pegah Joghataie(2) Reza Samadpour (3)**

1. *Interventional cardiologist, assistant professor, Alborz University of medical sciences.*
2. *Echocardiographer, Alborz University of medical sciences, Shahid Rajei Hospital.*
3. *Neurologist, Alborz University of medical sciences, Shahid Rajei Hospital.*

Introduction:

Non-compaction cardiomyopathy is a rare genetic form of cardiomyopathy, characterized by multiple trabeculations in inner myocardial layer. In echocardiography the inner layer of the myocardium appears spongiform and the outer layer has a normal compact appearance.

Case report:

A 48 year woman was admitted and treated with the diagnosis of ischemic cerebrovascular accident (CVA); due to decrease of forces of limbs and cardiology consultation was asked for possible cardiac sources of emboli. The previous echocardiography report from another cardiologist showed left ventricular hypertrophy, whereas our echocardiogram confirmed normal heart size with decreased ejection fraction as low as 25% as well as increased trabeculation of apex without visible clot. Left atrium was enlarged and mitral valve had severe regurgitation. Cardiac MRI confirmed our echocardiographic findings and the diagnosis of non-compaction.

Conclusion:

Cardiomyopathy could present first time by the symptoms of embolic CVA due to embolization of ventricular clot or atrial clot resulting from atrial fibrillation. Suspicion to cardio embolic source of CVA and cardiology consult as well as echocardiography is crucial in the diagnosis. Most of the cases could be treated and prevented with prompt anticoagulation using heparin or its derivate, vitamin K antagonists and new generation of anticoagulants including factor Xa inhibitor Rivaroxaban.

Key words: Cerebrovascular accident, Cardiomyopathy, Non-compaction, emboli

A rare case of Spinal cord and large bowel ischemic after CHEVAR

MahmoodReza Sarzaeem (1) Fatemeh Byat (2) Omid Assar (3) Hosein Rahimiyan (4) Robabeh Haghverdi(5)

1. Cardiac surgeon, Assistant professor, Shariati General Hospital, Medical Science University of Tehran, Iran.
2. Cardiac Anesthetist, Assistant professor, Clinical Research Development Unit,, Shahid Rajaei Educational & Medical Center, Alborz University of Medical Sciences.
3. Cardiac Surgeon, Assistant professor, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational& Medical Center, Alborz University of Medical Sciences.
4. Cardiac Surgeon, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational& Medical Center.
5. Master of Nursing, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational& Medical Center, Alborz University of Medical Sciences.

Introduction:

Chimney technique has enhanced the scope and abilities of Endovascular Aortic Repair(EVAR) with little extra complication. Ischemia of spinal cord and large and quite rare complications of open AAA repair and even more infrequent after EVAR.

Case report:

A 76 years old man was admitted to cardiac surgery department with chest pain and intermittent claudication. Diagnostic work up revealed CAD and AAA with normal lower limb vessels. IC was probably related to spinal canal stenosis. He underwent a normal OPCAB with favorable post op course. Then he was readmitted for CHEVAR which was quite straight forward. A Chimney was displayed In RRA 4h after procedure leg pain was noticed and after 12 hours sensory and motor impairment was Noticed. The manifestation was unusual because he had painful legs with normal pulses.CSF drainage was established Immediately and resulted in partial recovery. After a few days he was ambulated and discharged, but Immediately after discharge abdominal pain was reported and he was admitted in Genral surgery ward in another hospital. In OR large bowel ischemia and perforation was noticed and colectomy and colostomy was done. He had a very slow and incomplete recovery after 12 months. After that he experienced dizziness and easy fatigability and was evaluated in outpatient setup which documented MDS(myelodysplastic syndrome). He passed away with Aplastic Anemia complicated with AML (acute myeloblastic lymphoma) after a few weeks.

Conclusion:

Bowel ischemia is very rare after EVAR with preservation Of visceral branches and both internal iliac arteries. Spinal cord ischemia is also very rare after normal EVAR and CHEVAR. But every rare event may happen some time. Incomplete recovery in this case may be due to spinal canal stenosis and this specific situation should be evaluated in detail before operation.

Key words: chimney technique, EVAR, aneurysm

Left main coronary angioplasty as a replacement for redo coronary artery bypass in a patient with severe unstable angina and recent bypass surgery**Mehdi Mousavi (1) Amir sabzikari(2)**

1. Interventional cardiologist, assistant professor, Alborz University of medical sciences.
2. Student of medicine, Alborz University of medical sciences.

Introduction:

When coronary artery bypass grafts (CABG) fails, there might be a need for redo CABG, which possesses high morbidity and mortality. Percutaneous coronary intervention (PCI), in cases of suitable coronary anatomy could be considered as an alternative.

Case report:

A 53 years old man treated with CABG, 3 months ago, was admitted due to progressive effort angina that ultimately led to rest angina with diffuse ST depression as well as ST elevation in lead V1 and aVR.

Urgent angiography showed severe stenosis of the insertion sites of bypass grafts to the native arteries. Both the patient and surgeon refused redo CABG because of the previous high risk surgery with long pump duration. Left main coronary angioplasty was performed for proximal bifurcation of LAD and LCX with Culotte technique. The chest pain and electrocardiographic abnormalities relieved on the operating table.

Conclusion:

Left main coronary angioplasty could be considered instead of redo CABG in high risk patient as an alternative method to save the patient's life and relieve symptoms.

Key words: Coronary artery bypass graft, Percutaneous coronary intervention, Left main coronary artery, Unstable angina

Complex Redo-operation in complicated type A dissection

MahmoodReza Sarzaeem(1) Fatemeh Bayat (2) Omid Assar (3) Hosein Rahimiyan (4) Robabeh Haghverdi(5)

1. Cardiac surgeon, Assistant professor, Shariati General Hospital, Medical Science University of Tehran, Iran.
2. Cardiac Anesthetist, Assistant professor, Clinical Research Development Unit,, Shahid Rajaei Educational & Medical Center, Alborz University of Medical Sciences.
3. Cardiac Surgeon, Assistant professor, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational& Medical Center, Alborz University of Medical Sciences.
4. Cardiac Surgeon, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational& Medical Center.
5. Master of Nursing, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational& Medical Center, Alborz University of Medical Sciences.

مقدمه:

دایسکشن آنورت در بیماری مارفان عارضه ای شناخته شده است. لیکن همراهی آن با کاردیو میوپاتی حاملگی (PPCMP) کمیاب است. تصمیم گیری در این موارد و درمان عوارض دیر رس مربوط به جراحی چالش برانگیز است.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۲۴ ساله ای با نارسایی قلبی پیشرفته از شهرستان آمل به بیمارستان دکتر شریعتی انتقال داده شد. بیمار بلافاصله بعد از زایمان طبیعی دچار درد قفسه سینه شده که در بررسی های تشخیصی در اکو بیمار: EF 10% با اتساع شدید حفرات قلبی و در سی تی آنژیو (CTA) دایسکشن قوس و آنورت نزولی مشاهده شد. بیمار ابتدا استرنو تومی و Debranching شاخه های قوس آنورت و احشای شکمی با داکرون گرافت انجام شد. برای بیمار در بیمارستان بعثت تهران استنت گرافتینگ از دیستال آنورت صعودی تا ایلیاک ها (TEVAR) انجام شد. در Follow up بعدی در مدت یکسال EF بیمار تا ۵۰٪ افزایش پیدا کرده بود. بیمار پس از ۸ سال مجدداً با علائم درد قفسه سینه و تنگی نفس که از حدود ۶ ماه قبل شروع شده بود به بیمارستان مراجعه نمود، در اکو Sever AI، فلپ در آنورت صعودی (سایز آنورت صعودی ۱۰ سانتی متر) بود که در CTA یافته های اکو تایید شد. در جراحی مجدد با کانولاسیون هردو شریان کاروتید، شریان فمورال راست و سپس استرنوتومی و آزادسازی گرافت های داکرون، کانولاسیون گرافت داکرون منتهی به احشای شکمی انجام شد، سپس تعویض آنورت صعودی (عمل بنتال) و اناستوموز دیستال داکرون به استنت گرافت زیر TCA با Antigrade perfusion برای مغز و احشای شکمی انجام گردید. در follow up بیمار شرایط بیمار رو به بهبودی بود.

بحث و نتیجه گیری:

جراحی هیبرید بهترین انتخاب در بیماریهای پیچیده آنورت خصوصاً در همراهی با نارسایی پیشرفته قلبی است.

کلمات کلیدی: دایسکشن آنورت- نارسایی قلبی- کاردیومیوپاتی حوالی زایمان

خانمی با قلب شکسته ، معرفی یک سندرم غیر شایع

علیرضا دهقان نیری (۱) ربابه حق وردی (۲)

۱. فلوشیپ اینترونشنال کاردیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی ، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی ، دانشگاه علوم پزشکی البرز ، کرج ، ایران.
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی ، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی ، دانشگاه علوم پزشکی البرز ، کرج ، ایران.

مقدمه:

انفارکتوس میوکارد در افراد با تغییرات نواری همراه می باشد ولی گاها تغییرات نواری در الکتروکاردیوگرافی ممکن است نشان دهنده بیماریهای مختلف باشد.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۷۲ ساله به دنبال یک استرس هیجانی دچار درد شدید قفسه سینه به طور تپیک شده بود حدود یک ساعت بعد از شروع درد به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده که در الکتروکاردیوگرافی اولیه ST Elevation در لیدهای پره کوردیال بطور قابل توجهی وجود داشته است. بیمار جهت تزریق ترومبولیتیک به CCU منتقل شد که در الکتروکاردیو گرافی بعد از ورود به CCU (۱۵ دقیقه بعد) تغییرات نواری کاهش یافته و درد سینه بیمار تقریباً برطرف شده بود، بنابراین از تجویز ترومبولیتیک صرف نظر شد. آنزیمهای قلبی به میزان زیادی افزایش داشت. بیمار روز بعد تحت آنژیو گرافی کرونر قرار گرفت که در آنژیو گرافی Mid LAD با Apical ballooning در LV مشاهده شد. بیمار با تشخیص سندرم Takatsubo تحت درمان قرار گرفت. طی پیگیری یک ماهه LVEF بیمار از ۳۵ به ۴۵ افزایش یافته و تغییرات ECG نیز کاهش یافت.

بحث و نتیجه گیری:

سندرم Takotsubo cardiomyopathy یک نوع کاردیومیوپاتی ایسکمیک است که ناشی از استرس می باشد که در آن شروع ناگهانی یک نارسایی احتقانی قلب همراه با تغییرات نواری در دیواره قدامی قلب اتفاق می افتاد ولی در آنژیوگرافی کرونری هیچ گونه انسداد قابل توجهی را که دلیلی بر اختلال کارکرد بطن چپ باشد نشان نمی دهد.

کلمات کلیدی: سکته ی قلبی حاد، Takatsubo, ST elevation

طوفان الکتریکی Electrical Storm**حسن کمال زاده (۱) امیر سبزی کاری (۲) نیوشا شریفی نژاد (۲)**

۱. فلوشیپ الکتروفیزیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

وقتی بیمار بیش از ۳ بار در طی ۲۴ ساعت دچار تاکی آریتمی های تهدید کننده حیات (VT یا VF) شود به آن طوفان الکتریکی گفته میشود. طوفان الکتریکی از اورژانس های پزشکی می باشد.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۶۲ ساله با تشخیص کاردیومیوپاتی ایسکمیک و سابقه ی تعبیه ی ICD داخل قلبی بعثت شوک های مکرر ICD بستری شد. در آنالیز مشخص شد که شوک های دفیبریلاتور inappropriate و ناشی از شکستگی لید ICD میباشد. لید جدید برای بیمار تعبیه شد ولی بیمار پس از این دچار تاکی کاردی بطنی مکرر و شوک Appropriate شد. با درمان دارویی شوک های بیمار کنترل و بیمار مرخص شد.

بحث و نتیجه گیری:

شوگ دفیبریلاتور در یک بیمار میتواند Appropriate و Inappropriate باشد. با تعبیه لید ارزان قیمت پیس میکر میتوان ضمن رفع مشکل inappropriate shock ناشی از شکستگی لید گران قیمت دفیبریلاتور عملکرد دفیبریلاتور را اصلاح کرد.

کلمات کلیدی : Electrical storm , Ischemic Cardiomyopathy, Implantable Defibrillator Shock

شوگ کاردیولوژیک در سکنه حاد قلبی

علیرضا دهقان نیری (۱) محسن لطفی (۲)

۱. فلوشیپ اینترونشنال کاردیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. دانشجوی پرستاری، کارشناس پژوهش، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

حدود ۵۰٪ مورتالیتی بیمارستان به دلیل شوگ کاردیولوژیک می باشد و به طور شایع در زمینه سکنه قلبی وسیع روی می دهد.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۵۳ ساله، سابقه مصرف سیگار و اویپوم، به دلیل درد شدید قفسه سینه و تعریق سرد با حال عمومی بسیار بد به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود. در بدو ورود ECG بیمار RBBB + CHB با ST elevation در لید های V2 - V5 داشت. لحظاتی بعد بیمار آسیستول شد و حدود نیم ساعت CPR انجام شد. سپس میکرو پمپی برای بیمار تعبیه شد. چندین نوبت به دلیل حملات تاقی آریتمی حین CPR شوگ دریافت کرد و نهایتا با فشار خون بسیار پایین و ریتم ناپایدار و انتوبه (شوگ کاردیولوژیک) به کت لب منتقل شد. با توجه به حال عمومی بسیار بد بیمار ابتدا گایدینگ کاتتر برای LAD گرفته شد و کرونر LAD از Distal مسدود بود. بعد از عبور گایدینگ وایر و Divert Stenting به فلوی TIMI 3 در LAD برقرار شد ولی با وجود دریافت دوپامین بیمار همچنان برادی کاردی و pace dependent و هیپوتانسیون شدید داشت. نهایتا کرونر راست نیز بررسی گردید که به طور غیر منتظره ای با انسداد ۱۰۰٪ RCA با نمای Acute MI مواجه شدیم که بعد از عبور گاید وایر و Divert stenting در RCA نیز فلوی TIMI 3 در آن برقرار گردید بعد از primary PCI روی کرونرهای LAD و RCA با سرعت قابل توجهی همودینامیک بیمار رو به بهبود رفت و نهایتا در Recovery کت لب بیمار هوشیاری کامل داشت و اکستوبه گردید و نهایتا بعد از آنژیوپلاستی LCX طی جلسه بعد با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

بحث و نتیجه گیری:

در سکنه حاد قلبی باز کردن شریان Culprit الزامی است ولی در موارد نادر ممکن است ۲ شریان کرونر همزمان دچار انسداد حاد شوند که جهت نجات جان بیمار باید هر دو رگ همزمان تحت پرایمری PCI قرار گیرد.

کلمات کلیدی: سکنه حاد قلبی؛ شوگ کاردیولوژیک؛ پرایمری PCI

Early Surgery or Medical Therapy in Tricuspid Valve Endocarditis

Pegah Joqhataie(1) Mojtaba Hedayat Yaaghoubi(2)

1. Echocardiographer, Alborz University of medical sciences, Shahid Rajei Hospital.

2. Assistant Professor of Infectious Diseases, Department of infectious disease, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

Introduction:

Right-sided infective endocarditis (RSIE) accounts for 5–10% of all cases of infective endocarditis and is predominantly encountered among injecting drug users (IDUs). RSIE diagnosis requires a high index of suspicion as respiratory symptoms predominate.

Case report:

A 22 Y/o man a case of IVDU presented with retrosternal chest pain followed by flank pain with positive history of chills and fever . He seemed ill , tachycardic ,pale with systolic murmur grade III in LSB and decreasedbreathing sound in base of lungs. Corresponding lab test revealed anemia, leukocytosis, elevated ESR level, bilateral pleural effusion and large mass on atrial aspect of destructive TVLs all suggestive of TV endocarditis.

Conclusion:

Prognosis of isolated RSIE is favourable, and most cases (70–80%) resolve following antibiotic administration. Surgical intervention is indicated in patients with persistent infection that does not respond to antibiotic therapy, recurrent pulmonary emboli, intractable heart failure and if the size of a vegetation increases or persists at >1 cm.

Key words: Tricuspid Valve Endocarditis

گزارش گرفتگی صدا ناشی از آنوریسم

فاطمه بیات (۱) محمودرضا سرزعیم (۲) شهروز یزدانی (۳) محمدحسین مظفری بازرگانی (۴) علی کلاهدوزها (۴)

۱. فلوشیپ بیهوشی قلب، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. فوق تخصص جراحی قلب، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. فلوشیپ اینترنشنال کاردیولوژی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

آنوریسم ریشه و قوس آئورت به عنوان یکی از عوارض فشار خون بالا از علل ایجاد توده مدیاستن است، که خود را بصورت عوارض فشاری روی ساختارهای مجاور نشان می‌دهد. به عنوان مثال باعث فشار روی عصب راجعه ی حنجره شده و خود را بصورت گرفتگی صدا یا حتی آفونی نشان می‌دهد.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۷۷ ساله‌ای است که با گرفتگی صدا و آفونی از حدود ۱ ماه قبل مراجعه نموده، که به درمان‌های علامتی لارنژیت پاسخ نداده است. بیمار سابقه ی فشار خون بالا و تنگی نفس مختصر را ذکر می‌کند. در سی تی اسکن انجام شده توده ی مدیاستین مشاهده و در آنژیوگرافی قوس و ریشه ی آئورت با تشخیص آنوریسم بزرگ تیپ A آئورت کاندید جراحی ترمیم آئورت گردید.

با توجه به چالش ناشی از اثر فشاری توده‌ی مدیاستن بر روی راه هوایی و از طرف دیگر احتمال پارگی آنوریسم آئورت به دنبال افزایش فشار خون ناشی از لوله گذاری تراشه و ایسکمی مغزی به دنبال افت فشار خون، هنگام اینداکشن بیهوشی بیمار، بعد از تعبیه کاتتر شریانی جهت پایش مداوم و مقایسه ی فشار خون در شریان رادیال راست و چپ تحت مانیتورینگ کامل و سپس smooth induction قرار گرفته و بدون تغییرات همودینامیک لوله گذاری انجام شد. بیمار تحت بای پس آئورت به شریان بی نام و آئورت به کاروتید مشترک بدون استفاده از پمپ قلبی ربوی قرار گرفته و سپس به ICU جراحی قلب منتقل گردید. بیمار با توجه به پارزی عصب راجعه‌ی حنجره و احتمال نارسایی تنفسی بعد از جراحی بمدت ۵ روز تحت تهویه‌ی مکانیکی قرار گرفت و بعد از ۲۰ روز با هوشیاری کامل و بدون مشکل خاصی ترخیص شد.

بحث و نتیجه گیری:

بیمارانی که با گرفتگی صدا مراجعه می‌کنند، باید بعنوان اورژانس راه هوایی و یا دشواری اداره‌ی راه هوایی در نظر گرفته شوند. چرا که علل زمینه‌ای آن می‌تواند در موارد حاد شامل: اپیگلوٹیت حاد، دیفتری، آبسه لارنکس، آنافیلاکسی، تروما، آنژیوادم و در موارد مزمن شامل: فلج تارهای صوتی بدلیل درگیری عصب راجعه حنجره، بیماری مفصل کریکوتیروئید باشد. همچنین در موارد مزمن، توده ی مدیاستین ناشی از آنوریسم و مشکلات همودینامیک و قلبی عروقی آن را باید در هنگام لوله گذاری تراشه در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: آنوریسم - گرفتگی صدا - smooth induction

Dog Footprint in the heart

Hassan Aghajani(1) Shahrooz Yazdani(2)

1. Assistant professor of Interventional Cardiology, Tehran Heart Center, Tehran University of Medical Sciences.
2. Assistant professor of Interventional Cardiology, Clinical Research Development Unit, Shahid Rajaei Hospital, Alborz University of Medical Sciences.

Introduction:

Cardiac manifestations of the hydatid cyst are relatively uncommon. Cardiac involvement may lead to the compression of vital organs, pulmonary hypertension, pericardial effusion, and even anaphylaxis.

Case report:

A 45-year-old woman presented to the Emergency Department of Tehran Heart Center with chest pain. Cardiac examination revealed relatively muffled heart sounds. Echocardiography demonstrated a round echolucent well-defined mass (47 × 25 mm) on the base and the mid lateral wall of the left ventricle (LV) without septation. Computed tomography angiography and cardiac magnetic resonance imaging revealed a large (52 mm) exophytic mass originating from the lateral wall of the LV with upward growth between the left anterior descending artery (LAD) and the left circumflex artery with no LV cavity obliteration. Coronary angiography showed upward displacement in the LAD with significant compressive narrowing. The patient underwent mass resection and grafting of the LAD. During surgery after the incision of the pericardium, the hydatid cyst entity of the mass was revealed. Hydatid cysts covered the anterolateral surface of the LV with adhesion to the pericardium. The patient recovered from the surgery uneventfully. Pathology report and immunological assays confirmed the diagnosis. During a 6-month postoperative follow-up period, she remained asymptomatic with complete recovery and no recurrence.

Conclusion:

Atherosclerosis is the most common cause of acute coronary syndrome. External compression of coronary arteries could contribute to typical chest pain compatible with ACS. Our case describes a rare manifestation of an endemic disease in Iran.

Key words: Echinococcosis, Acute coronary syndrome, Heart

گروه عفونی

Mojtaba Hedayat Yaghoobi(1) Shahab Razipour(2) Mohammadmahdi Sabahi(2)

- ### معرفی بیمار:

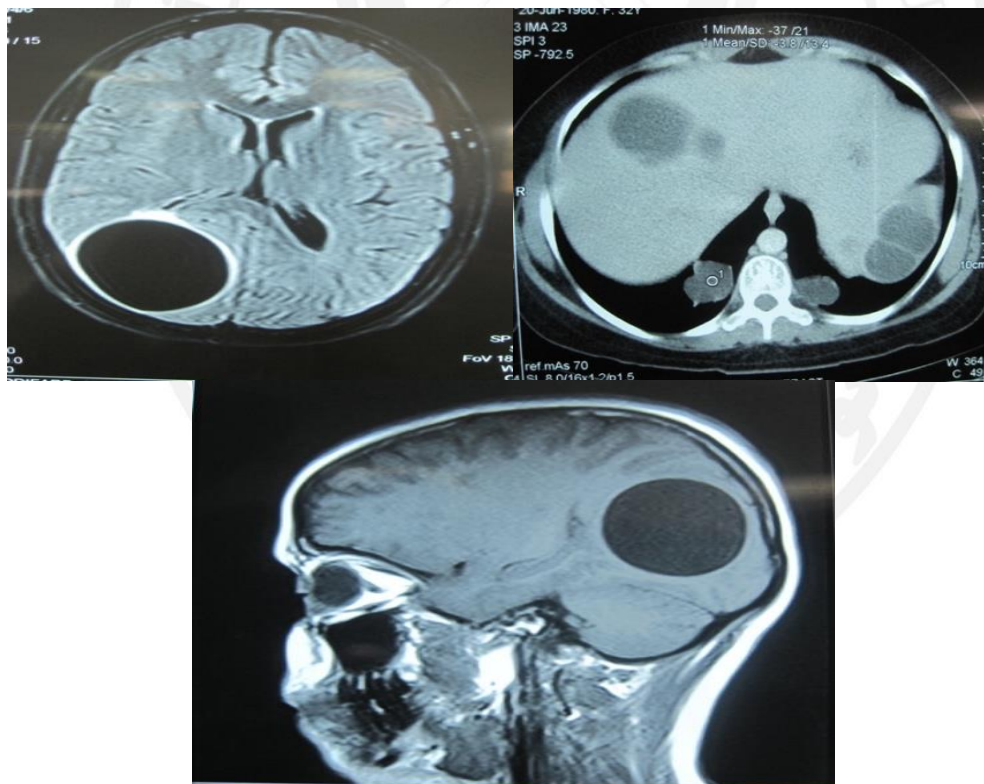
خانم ۳۳ ساله با تب، سرفه و سردرد

Mojtaba Hedayat Yaghoobi(1) , Shahab razipour(2), Mohammadmahdi Sabahi(2)

1. Assistant Professor of Infectious Diseases, Department of infectious disease, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
2. Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۳۳ ساله با تب، سرفه، ضعف و بی حالی از یک ماه قبل از بستری شدن مراجعه کرده است. علائم بیمار پس از درمان آنتی بیوتیکی با تشخیص پنومونی آتیپیک به طور نسبی بهبود یافت. پس از یک ماه دچار سردرد، حالت تهوع و استفراغ شد. معاینات نورولوژیک به جز نقص میدان بینایی در سمت چپ طبیعی بود MRI مغز و CTscan ریه در زیر نشان داده شده است. تشخیص شما چیست؟



Unilateral Osteomyelitis of the Clavicle in Childhood: A Case Report

Arezou Hemmati (1) Reza Arjmand (1) Kumars Pourrostami (1) Omid Safari (1) Nasrin Elahimehr (1)

1. Shahid Bahonar Hospitals, Clinical Research Development Unit ,Alborz University of Medical Sciences, karaj, Iran.

Introduction:

Infection of clavicle is a rare complication in children that is difficult to diagnose. The exact incidence is unknown. We report a case of osteomyelitis of the clavicle without any long term disability.

Case report:

We report the case of a 4-year old boy with fever and a painful firm nonmobile mass in lateral 1/3 of right clavicle. He did not have any immunodeficiency disorder or history of trauma. Cardiovascular system was normal. Blood culture was positive for *Staphylococcus aureus*. Wright test and 2ME were negative.

The blood test showed 14500/L leucocytes (90% PMN), hematocrit 33,1%, 574000/L platelets, 2+ C-reactive protein (CRP) and 30 mm/1st h erythrocyte sedimentation rate (ESR). The x-ray showed destructive changes in right clavicle (Figure 1). MRI images were compatible with clavicular osteomyelitis (Figure 2).

Surgical debridement and excisional biopsy was performed. Pathologic examination was compatible with acute osteomyelitis (Figure 3A and 3B).

During hospitalization, clindamycin and cloxacillin (IV) were used for 2 weeks, and finally oral clindamycin was administrated for 6 weeks more. In outpatient follow up examination, he showed complete improvement.

Conclusion:

Infection of the clavicle is not common. It is a very rare infection in a healthy child. Infection is caused by hematogenous spread or trauma. The diagnosis of osteomyelitis generally is suspected based on the presence of fever, focal skeletal pain, warmth, swelling a limb, or refusal to use an extremity. The diagnosis is confirmed by the identification of an organism by culture or gram staining in a bone aspiration or by histopathologic evidence of inflammation in surgical specimens of bone. In an otherwise healthy individual, the diagnosis is probable when a patient has fever, leukocytosis, elevated acute phase reactants (elevated CRP or ESR) or a positive blood culture plus one or more of the followings: abnormal result of MRI or CT scan, scintigraphy or physical finding consistent with osteomyelitis.

Key words: Clavicular , osteomyelitis , Childhood

عفونت مضاعف استرنژیلوئیدس استرکولاریس در بیمار مبتلا به سرطان خون تحت درمان با استروئید ها

سید علی هاشمی (۱) نسرين ايزديار (۲) محمد زيبائی (۳)

۱. استادیار گروه آسیب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. کارشناس ارشد انگل شناسی، آزمایشگاه بیمارستان قائم (عج)، کرج، ایران .
۳. دانشیار گروه انگل شناسی و قارچ شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

بیماری سرطان خون حاد، از جمله بیماری های خطیر با درصد مرگ و میر بالا می باشد. در سیر بالینی، به دلیل ماهیت خود بیماری و نیز درمان های رایج از جمله تجویز کورتون ها، بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی (Immunosuppression) قابل ملاحظه می گردند. در این موارد میزان عفونت هایی مانند آلودگی های انگلی، قارچی و تک یاخته ایی نظیر عفونت های آمیبی، که جهت کنترل آنها به ایمنی سلولی مورد نیاز می باشد، افزایش می یابد.

معرفی بیمار:

مردی ۸۹ ساله به دلیل درد شکم و اسهال در بیمارستان قائم (عج) در زمستان سال ۱۳۹۵ بستری شد. در سوابق بیمار مورد شناخته شده ای از سرطان خون از نوع AML بوده که در همین مرکز از چند ماه پیش تحت درمان با داروهای کورتیکواستروئید قرار گرفته بود. بیمار سابقه ای از عفونت انگلی نداشته و علائم حیاتی در هنگام بستری شدن شامل درجه حرارت ۵/۳۶ درجه سانتیگراد با فشار خون ۶۰/۱۰۰، هوشیار با ضعف و بی حالی و دارای اسهال و تهوع شدید. در سیر بیماری علائم بالینی بیمار درد شکم و اسهال از حدود ۵ روز پیش از بستری شدن بود، اما تنگی نفس و انوزینوفیلی در خون محیطی مشاهده نشد. کاهش سطح یون پتاسیم در خون مشاهده نشد. در آزمایش مدفوع تعداد زیادی از لارو مرحله دوم L2 رابدیتوئید مشاهده و گزارش شد و از نظر سایر عفونت های انگلی و آمیبی منفی بود. بیمار با تشخیص استرونژیلوئیدازیس مضاعف تحت درمان با آلبندازول خوراکی بمیزان ۴۰mg قرار گرفت. بعد از سه روز تعداد لارو ها به شدت کاهش یافت و با بهبودی بیمار از بیمارستان مرخص گردید.

بحث و نتیجه گیری:

نقص سیستم ایمنی در بیماران باعث تشدید حال خودآلودگی شده و ریشه کنی انگل را مشکل می سازد. تشخیص به موقع لارو رابدیتوئید در بیمار و جلوگیری از تبدیل آن به فرم فیلاریفرم می تواند جلوی عفونت مضاعف را گرفته و جان بیمار را نجات دهد. آزمایش مدفوع جهت تشخیص انگل با حساسیت ۳۰ درصد همراه است، لذا لازم است جهت افزایش میزان حساسیت به میزان بیش از ۷۰ درصد در سه نوبت اقدام به مشاهده انگل شود.

کلمات کلیدی: عفونت انگلی، استرنژیلوئیدس استرکولاریس، عفونت مضاعف، نقص سیستم ایمنی

ایزوسپورا بلی عامل اختلالات مزمن گوارشی

علی احسان حیدری (۱) صابر سیفی (۲)

۱. دکترای تخصصی انگل شناسی پزشکی، هیات علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. کارشناس ارشد میکروبیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

ایزوسپورا بلی از کوکسیدیاهای روده ای شاخه اپی کمپلکسا است. این تک یاخته در روده باریک انسان سیر تکاملی خود را طی می کند و اسیست آن به ابعاد 12×30 از طریق مدفوع دفع می شود. آسیست رسیده آن از طریق آب و سبزیجات به انسان انتقال می یابد. طیفی از علایم خیف تا شدید می تواند در بیماران ایجاد نماید. گاهی سبب عفونتهای مزمن روده ای می شود.

معرفی بیمار:

بیمار خانمی ۷۸ ساله با اختلال مزمن روده ایی و اسهال و یبوست متناوب بصورت سرپایی به آزمایشگاه بیمارستان رجائی مراجعه می کند. در بررسی نمونه مدفوع که بصورت لوز بود بصورت مستقیم و روش تخصصی شیتز و رنگ آمیزی ذیل نلسون اسیستهای ایزوسپورا بلی مشاهده شد. در نمونه مذکور بلورهای شارکوت لیدن بوفور وجود داشت. در شرح حال گرفته شده، بیمار مدت یکسال بود که از مشکلات گوارشی رنج می برد. در آزمایش خون شاخصه غیر طبیعی خاصی جلب توجه نمی کرد

بحث و نتیجه گیری:

ایزوسپورا بلی معمولا عفونت خودبخود کنترل شوند ه ایی ایجاد می نماید اما می تواند بعنوان تک یاخته بیماریزا در بیماران دارای نقص ایمنی، کودکان و سالمندان عفونت مزمن ظاهر کند و اختلالات سوء جذب و اسهال مزمن را سبب شود. بیمار با داروی کوتریموکسازول تحت درمان قرار گرفت. دو هفته پس از درمان دوباره بیمار به آزمایشگاه مراجعه کرد و مورد بررسی قرار گرفت نمونه مدفوع از نظر ایزوسپورا و بلورهای شارکوت لیدن منفی بود. تا یکماه پس از درمان بیمار شکایتی از اختلالات روده ایی نداشت.

کلمات کلیدی: ایزوسپورابلی، عفونت مزمن گوارشی

Plasmodium vivax and Mixed Infections

بهرام رحیمان (۱) سمیه خمیس آبادی (۲) سید ساره میر مجیدی (۲) فهیمه کیانی (۲) وجیهه میرزایی (۲)

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

مقدمه:

بیماری های عفونی علایمی مثل تب و لرز و تعریق مشاهده می شود مثل بیماریهای تب مالت، مالاریا و عفونت های باکتریایی که در همه این بیماریها این علایم مشاهده میشود که شرح حال بیمار کمک زیادی به تشخیص می کند.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۶۱ ساله ای با تب و لرز، بی حالی، بی اشتها، بی یکی از مراکز درمانی به بیمارستان تخصصی عفونی ارجاع داده شد. بیمار یک ماه قبل از بیماری به ساحل عاج و ترکیه سفر کرده بود. بیمار سابقه ی دیابت و مصرف متفورمین را ذکر می کرد. در بدو ورود بیمار pail بود. در اندام ها ادم مشاهده شد. تب و لرز به صورت recurrent داشت. در آزمایشات اولیه HB:6/4 و PLT:70000 بود که سه واحد پکسل تزریق شد. بیمار به دلیل دیسترس تنفسی شدید از بخش عفونی به ICU منتقل شد. تحت اکسیژن تراپی با ماسک قرار گرفت. بر اساس آزمایشات بیمار که فالسیپاروم بیمار مثبت بود تشخیص مالاریا برای بیمار داده شد و تحت درمان با داروهای سفتریاکسون ، آرتیمسینین، داکسی سایکلین، و قرص فنسیدار قرار گرفت. در طول روند درمان دیسترس تنفسی بیمار بهتر شد و شرایط بیمار رو به بهبودی رفت و بعد از یک هفته ترخیص شد. بیمار در طول مدت Follow up مشکل خاصی نداشت.

بحث و نتیجه گیری:

مالاریا مهم ترین بیماری انگلی است که بصورت عفونت حاد در بیشتر موارد وخیم و گاهی طولانی و با ویژگیهای تب متناوب و لرز، کم خونی و بزرگی طحال همراه است. این بیماری به وسیله ی پشه ی آنوفل ماده منتقل میگردد. اهمیت این بیماری به خاطر شیوع زیاد و مرگ و میر قابل توجه است. اهمیت و ضرورت شرح حال دقیق و ارزیابی اولیه از بیماران مشکوک به مالاریا مخصوصا بیمارانی که از مسافرت به سایر مناطق آندمیک داخل و خارج کشور گزارش میکنند .

کلمات کلیدی: مالاریا - کم خونی - تب و لرز - mixed

CMV منتشر

علیرضا سلیمانی (۱) پرستو طوسی (۲)

۱. متخصص عفونی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز کرج، ایران.

۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

بیمار خانم ۵۲ مبتلا به HIV با $CD4 = 25$ به دلیل زخمهای متعدد گوارشی و رادیکولوپاتی اندام تحتانی و اسهال گهگاهی با تشخیص CMV disease تحت درمان قرار گرفت.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۵۲ ساله مبتلا به HIV از ۴ سال قبل منتقله از راه تماس جنسی از طریق همسر که پیگیری منظم و مصرف مداوم دارو نداشته است به طوریکه $CD4$ بیمار در مرتبه آخر ۲۵ بوده است. بیمار به دلیل تهوع و استفراغ و درد ناحیه اپی گاستر و اسهال خفیف مزمن در بیمارستان بستری شد. برای بیمار در آزمایشات آنمی، افزایش ALK، افزایش ESR وجود داشت. در آندوسکوپی زخم آروزیو گاستریت و در کلونوسکوپی التهاب دریچه ایلئوسکال وجود داشت. برای بیمار به دلیل ضعف اندام تحتانی نوار عصب و عضله گرفته شد که پلی رادیکولوپاتی گزارش گردید. در نهایت با توجه به مقدار $CD4$ برای بیمار CMV PCR درخواست شد که مثبت شد. بیمار با تشخیص CMV منتشر تحت درمان با والگانسیکلوویر برای مدت ۶ هفته قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری:

بیماران HIV مثبت با $CD4$ پایین در معرض انواع عفونتهای فرصت طلب قرار دارند. تشخیص به موقع این عفونتها به بهبود سریعتر و نجات جان بیمار کمک شایانی می کند. البته شاید مهمتر از این مساله پابندی بیمار به مصرف داروهای ART باشد تا از کاهش $CD4$ و ایجاد عفونتهای فرصت طلب جلوگیری کند که توسط این بیمار رعایت نشده بود. بنابراین مدیریت درمانی اصولی انتقال به موقع و پیگیری های درمانی اصولی ضمن به حداقل رسیدن عوارض، امید به زندگی و عملکرد های مصدوم را در وضعیت مطلوبی قرار خواهد داد.

کلمات کلیدی: CMV, Valgancyclovir, $CD4$, HIV, AIDS

بیمار با مایکوباکتریوم غیر توبرکلوزیس و درگیری ریوی

علیرضا سلیمانی (۱)

۱. متخصص عفونی، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز کرج، ایران.

مقدمه:

بیمار خانم ۷۸ ساله با سرفه و خلط مزمن از حدود یکسال قبل که در بررسی خلط بیمار اسمیر BK مثبت بود ولی جواب کشت مایکوباکتریوم *simiae* گزارش شد در حالیکه تحت درمان آنتی TB قرار داشت.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۷۸ ساله ایی ساکن خوزستان به دلیل سرفه و خلط مزمن و تنگی نفس از حدود چند ماه قبل مراجعه به پزشک داشته است که علیرغم درمان سرپایی بهبودی نداشته است. در آزمایشات بیمارآئمی و افزایش ESR داشت. در CT اسکن انجام شده کدورت و کاویته ریه راست مشاهده شد. برای بیمار آزمایش اسمیر و کشت خلط از نظر BK انجام شد که اسمیر BK مثبت بود. برای بیمار قرص ترکیبی آنتی TB شروع شد. بعد از مدتی جواب کشت و آنتی بیوگرام آماده شد که مایکوباکتریوم *simiae* مقاوم به ریفامپین و ایزونیاژید گزارش شد. بیمار یکسال قبل هم از نظر کشت خلط بررسی شده بود که همین مایکوباکتریوم *simiae* گزارش شده بود. برای بیمار ترکیب آنتی بیوتیکی موکسی فلوکساسین، کلاریترومایسین، کوتریموکسازول برای مدت یکسال بعد از منفی شدن کشت خلط پیشنهاد شد که البته بیمار از مصرف داروها امتناع کرد.

بحث و نتیجه گیری:

شناسایی و افتراق مایکوباکتریوم توبرکلوزیس از مایکوباکتریوم های آتیپیک برای درمان مناسب بیمار ضرورتی انکارناپذیر است چراکه مصرف بی مورد داروهای آنتی TB نه تنها تاثیری ندارد بلکه امکان ایجاد مقاومت دارویی را به همراه دارد.

کلمات کلیدی: Mycobacterim Simiae, Tuberclosis, NTM

گروه نورولوژی

سر درد و همی پارزی و کاهش هوشیاری

مریم فدایی دشتی (۱) شهروز یزدانی (۲) ساقی مقصودی (۳) پیمان خادم حسینی (۴) محمدرضا مقصودی (۱)

۱. متخصص طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز کرج، ایران.
۲. فلوشیپ اینترنشنال، هیات علمی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز کرج، ایران.
۳. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۴. متخصص طب اورژانس، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه: در بیماران با همراهی علایم سیستمیک در کنار اختلال نورولوژیک لتالیزه میبایست ثانویه بودن علایم نورولوژیک به یک اختلال سیستمیک را مد نظر داشت.

معرفی بیمار:

خانم ۳۵ سال با شرح حال سردرد از دو روز پیش که در روز حاضر تشدید یافته و تهوع و همی پارزی و سپس کاهش هوشیاری از سه ساعت پیش مراجعه نموده است. سابقه انمی، کم کاری تیروئید، هیپرمنوره و مصرف لووتیروکسین و ففول دارد. درمعاینات، رنگپریده، اژذته، دیس اورینته است. معاینات اعصاب کرانیال و رفلکس ها و ریه و شکم و قلب نرمال است. اکیموز و پورپوری قدام گردن و قدام ارنج از دو هفته پیش دارد. ردور به نظر مثبت است. علایم حیاتی پایدار و دما ۳۷/۷ اگزیلاری دارد.

WBC : 9.7 , Hb : 6.6 , Plt : 288000 , MCV : 86 , Ca : 8 , BUN : 12 , ALT : 39 , Na : 144 Cr : 0.9 , AST : 17 , K : 4.4 , BS : 122 , PT : 14.5 , LDH : 1450 , PTT : 33

ABG : PH : 7.45 , Pco2 : 36 , HCO3 : 25

U/A : RBC : 18-20 , WBC : 1-2 , OTHER : NEG.

اقدامات اولیه شامل مایع درمان،انتی بیوتیک،ضدیرال،ازمایشات و گرافی و سی تی،ام ار ای انجام گشت.

PBS : Helmet cell,schistocytes,Anisocytosis

انمی میکروانژیوپاتیک، رومبوسیتونی، TTP مطرح شده و انتی بیوتیک قطع، دو واحد خون تزریق میگردد.

ادامه درمان با : تعویض پلاسما، FFP، دگزامتازون،دوهفته ادامه درمان به علت ادامه دیس اورینتاسیون

پس از سه هفته، بهبود هوشیاری وافزایش پلاکت رخ داد.

بحث و نتیجه گیری:

در بیماران با علایم درگیری مولتی ارگان در کنار اختلال نورولوژیک لتالیزه و اختلال هوشیاری توجه به ترکیب کلی علایم و مدنظر قرار دادن سندرم ها و بیماریهای درگیر کننده چند ارگان همچون TTP راه گشا خواهد بود.

کلمات کلیدی: کاهش هوشیاری، پورپوری، TTP

Wallenberg syndrome or Lateral medulla infarct

Nahid Abbasi Khosh Sirat (1) Zahra Jamlpoor(2)

1. Neurologist ,Clinical Research Development Unit,Shahid Rajaei,Educational& Medical Center.
2. Student of Medical, School of Medicine , Alborz University of Medical Sciences, Karaj,Iran.

Introduction:

Dysphasia, especially in acute form, can be a sign for patients to refer to Emergency. Dysphasia can have variety of reasons, that the most significant ones are neurologic reasons. CNS disorders like structural injuries or infarct in medulla can cause this problem. PNS diseases like: Myasthenia gravis and Guillain-Barre, are other reasons for dysphasia.

Case report:

56 year old man with history of HTN complaining of acute dysphasia referred to emergency and was admitted and examined by internists, due to normal endoscopy result and elimination of possibility of internal problems, patient was referred to neurologist for consultation. During neurologic examination the positive point in examination was reduction of gag reflex in the right side. In DW/AD brain cut MRI, an Acute Infarction was observed that had been happened in lateral medulla which had led to acute dysphasia. Patient underwent the acute Ischemic Stroke Treatment.

Conclusion:

in patients with dysphasia disorder the neurologic causes have to be considered. Some neurologic reasons like Guillain-Barreor, : Myasthenia gravis in dysphasia need urgent medical attention. Lateral medulla injuries can also cause this symptom, that in the aforementioned patient for acute sign of the dysphasia, vascular causes were the most significant diagnosis. This syndrome can be observed with combination of different signs or just can be observed by dysphasia disorder.

Key words: dysphasia disorder – stroke – lateral medulla

تشنج در بیمار مبتلا به هایپوکلسمی ناشی از هایپوپاراتیروئیدسم

مریم فدایی دشتی (۱) نسیم نیکنام (۲) علی طاهر نیا (۳) فاطمه سادات مهدوی (۴) کاظم جمالی (۵)

۱. متخصص طب اورژانس، رئیس بخش اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. متخصص داخلی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. متخصص طب اورژانس، مدیر گروه طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی مدنی، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۵. متخصص طب اورژانس، هیات علمی، مرکز بهداشتی درمانی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

مقدمه:

سطح کلسیم سرم به واسطه ی تأثیر هورمون پاراتیروئید و ویتامین D تنظیم می شود در نتیجه هایپوکلسمی یا کاهش کلسیم خون به دو علت کمبود Vit D یا هایپوپاراتیروئیدسم ممکن است اتفاق بیوفتد. شدت علائم هایپوکلسمی نشان دهنده ی میزان شدید بودن هایپوکلسمی می باشد و بیماران با هایپوکلسمی علامت دار باید برای جلوگیری از عوارض ناشی از کمبود کلسیم و مرگ و میر، سریعاً درمان شوند. از علائم هایپوکلسمی به تحریک پذیری عصبی عضلانی بصورت پرش و اسپاسم عضلانی، گزگز و بی حسی می توان اشاره کرد که در موارد شدید تشنج نیز مشاهده می شود. در نتیجه در هنگام مشاهده ی تشنج یکی از عواملی که باید در نظر گرفته شود هایپوکلسمی می باشد.

معرفی بیمار:

خانم ۲۸ ساله با علائم تشنج و ناراحتی اعصاب به اورژانس مراجعه می کند. بیمار قبل از مراجعه، تشنج به مدت ۵ دقیقه را تجربه کرده است و دارای سابقه ی تشنج و مصرف دارو های کاربامازپین، فنی توئین و لووبل نیز می باشد. طبق گفته ی همراه بیمار، این خانم از حدود یکسال پیش دچار تشنج شده است و با مصرف داروهای ضد تشنج نیز بیماری کنترل نشده است.

در اورژانس معاینات فیزیکی بیمار انجام شد و تست شوستوک مثبت گزارش شد. پس از معاینه در خواست آزمایشات و سی تی مغز داده شد و نوار قلب از بیمار اخذ شد که cQT طولانی شده بود که شک به هایپوکلسمی ایجاد شد. در آزمایشات پائین بودن سطح سرمی کلسیم و بالا بودن فسفر و PTH پائین گزارش شد که تاییدی بر هایپوکلسمی می باشد. در CT Scan مغز کلسیفیکاسیون دو طرفه بازال گانگلیا و کودیت دیده شد و در B.MRI ضایعه ی پاتولوژیک حاد مشاهده نشد. با توجه به نتایج آزمایشات تشخیص هایپوکلسمی ناشی از هایپوپاراتیروئیدسم داده شد.

اقدامات درمانی اورژانسی لازم برای برطرف کردن هایپوکلسمی و تجویز کلسیم گلوکونات و مکمل کلسی تریول انجام شد. بعد از انجام اقدامات درمانی تشنج ها که ناشی از هایپوکلسمی بودند متوقف شدند و سطح Ca نیز بالا رفت. بیمار بعد از Stable شدن و برطرف شدن تشنج ها بعد از چند روز مرخص شد.

بحث و نتیجه گیری:

تشنج در بیماران به علت های مختلف رخ می دهد و تشخیص علت زمینه ای تشنج برای درمان آن یک امر اساسی به حساب می آید. تشنج در بین بیماران با هایپوکلسمی شدید و در صورت عدم درمان اتفاق می افتد و هنگام مشاهده ی علائم نورولوژی حتما باید هایپوکلسمی به عنوان یکی از دلایل ممکن در نظر گرفته شود. در این بیمار با وجود داشتن تشنج برای مدت طولانی، علت زمینه ای پیدا نشده بود و فقط درمان های ضد تشنجی برای او تجویز شده است. که بعد از مراجعه به اورژانس و انجام آزمایشات، هایپوپاراتیروئیدسم برای او تشخیص داده شد و اقدامات لازم انجام شد.

کلمات کلیدی: هایپوکلسمی - هایپوپاراتیروئیدسم - تشنج

Coexistence of Refractory epilepsy and myasthenia gravis (probable autoimmune etiology)**Fereshteh Naderi Behdani**

Assistant Professor of Neurologist, Clinical Research Development Unit Shahid Rajaei, Educational & Medical Center.

Introduction:

Few patients with concomitant refractory epilepsy and myasthenia gravis have been reported in literature. It is unclear whether the clinical course of epilepsy and MG may be reciprocally affected. The aim of the current report is to describe the features of each disease and evaluate the possibility of the same etiology.

Case report:

The Patient is a 20 years old female with medically refractory epilepsy. Her seizures began since she was 18 months old and she tried all kinds of antiepileptic drugs, however never became seizure free. Seizure frequency showed up to five episodes monthly. She was evaluated for epilepsy surgery but no specific seizure onset zone was defined. She consumes Carbamazepine 800 mg, clobazam 30 mg, lamotrigine 500mg, zonisamide 100 daily.

Her brother had history of Devic disease. At the age of 17, she developed ptosis, proximal weakness and dysarthria. With these symptoms and positive RNS (repetitive nerve stimulation), MG was issued for the patient and IVIG was prescribed. Thereafter, she was treated by prednisolone 25 mg and azathioprine 150 mg daily. The consumption of prednisolone was irregular. She was evaluated for the other autoimmune diseases and had positive "anti-ds-DNA". The Rheumatologist prescribed hydroxy chloroquine and magnesium sulfate was added to the drugs for catamenial seizures. After adding these drugs, she went to another crisis and was treated by IVIG, but the patient developed allergy reaction and tolerated IVIG hardly. After crisis treatment, prednisolone was increased to 50 mg daily and surprisingly patient became seizure free.

Conclusion:

With this effect of prednisolone, autoimmune etiology for her epilepsy was assumed and epileptogenic antibodies might be directly responsible for epilepsy in this patient. Panel autoimmune epilepsy was sent for the patient.

Key words: Myasthenia gravis, epilepsy, autoimmune disease

ترومبوز سینوس وریدی

شادی آصفی راد (۱)

۱. متخصص بیماریهای مغز و اعصاب، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

ترومبوز سینوس وریدی یکی از علل ایجاد علائم حاد نورولوژی به صورت سکنه مغزی (همی پارزی و...) در همراهی با سردرد و تشنج می باشد. علل بسیاری از جمله عفونت ها، تروما، بیماریهای واسکولار، هماتولوژیک، نفروژیک، وضعیت حاملگی و پس از حاملگی و مصرف داروهای استروژن دار می تواند زمینه ساز ترومبوز سینوس وریدی در افراد شود. گاهی ترومبوز سینوس وریدی در افراد مسن صرفا خود را به صورت تغییر در وضعیت منتال نشان می دهد.

معرفی بیمار:

بیمار پسر جوان ۲۲ ساله بدون سابقه ای از بیماری قبلی با شرح حال استفاده از داروهای بدنسازی طی چند ماه قبل که با سردرد شدید و ناتوان کننده بدون اختلال بینایی همراه با تهوع و استفراغ و مختصری ضعف در پای سمت راست به اورژانس مراجعه کرد. در معاینه سیستمیک تب و ردور نداشت و سمع قلب نرمال بود. ضایعه پوستی وجود نداشت. در معاینه نورولوژی فوندوسکوپي بیمار نرمال بود و به جز پارزی مختصر در پای راست نکته پاتولوژیک وجود نداشت. با توجه به سابقه مصرف داروهای بدنسازی و بعد از انجام سی تی اسکن در بیمار وجود Cord signe بیمار با شک به ترومبوز سینوس تحت درمان قرار گرفته و اقدامات تشخیص تکمیلی در وی انجام شد. با انجام ام آر آی و ام آر وی تشخیص تایید شده و در بررسی علل زمینه ای عامل ایجاد ترومبوز هموستیئین بیمار در دو نوبت بالا گزارش شد که بیمار تحت درمان با دوز بالای ویتامین B و اسیدفولیک نیز قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری:

در همراهی سردرد و علائم فوکال نورولوژی خصوصا در وجود عوامل زمینه ای مستعد کننده (مصرف داروهای حاوی استروژن مانند قرص های جلوگیری در خانم ها و داروهای بدنسازی در مردان و روزه داری و...) باید به فکر ترومبوز سینوس وریدی اقدامات تکمیلی تشخیصی صورت گرفته و تا زمان تایید در صورت شک بالینی قوی درمان شروع شود.

کلمات کلیدی: ترومبوز سینوس وریدی، سردرد، داروهای بدنسازی، MRV، MRI، هموستیئیزی

Recognition and Management of Intraoperative Autonomic Dysreflexia**Tayebi Arasteh Mehdi. (1) Hatam Gooya Haleh. (2)**

1. *assistant professor, Anesthesiology Department, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.*
2. *Lecturer, Nursing Department, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.*

Introduction:

As life expectancies of patients with Spinal cord injury SCI continue to increase, more patients are likely to require continued medical and surgical care. As such, consideration needs to be given to the implications of SCI in the perioperative setting. A potentially life threatening complication of SCI is Autonomic Dysreflexia (AD), which may occur in up to 90% of patients with upper thoracic and cervical cord injuries. Despite its prevalence and potentially serious complications, many healthcare practitioners still lack an adequate understanding of the condition.

Case report:

A 45 y/o woman with a history of car accident and SCI referred to the OR for cholecystectomy. The SCI goes back to 10 years and she experienced of total cord transection in T5 level with a paraplegia and sensory loss below T5. Under GA the cholecystectomy was performed. During surgery signs of AD, including sever hypertension, flashing, paled extremities were presented, and appropriate management was done. Management continued to recovery period and after cessation of attack, patient discharged to the ward.

Conclusion:

Due to potentially life threatening complications, it is important to be aware of the clinical features of AD in the intraoperative period. Clinical signs include hypertension, dysrhythmias, skin pallor and blanching below the level of the injury and flushing above. Management involves immediately stopping the surgery and decompressing hollow viscus, as well as positioning the head of the bed up. Pharmacological management involves deepening general anesthesia and administering rapid onset, short acting vasodilators.

Key words: Spinal Cord Injury, Autonomic System, Autonomic Dysreflexia

گروه پرستاری

Ovarian dermoid cyst and neuromuscular manifestation

Maryam Esmaeili(1) Shirin Shahbazi(2)

1. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Nursing and Midwifery care research center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Reproductive Health department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Introduction:

Germ cell tumors constitute 15-20% of ovarian tumors and the majority of them are mature cystic teratomas. Teratomas are divided into four categories: mature (cystic or solid, benign), Immature (malignant), malignant due to a component of another somatic malignant neoplasm and mono dermal or highly specialized. In this study, we reported a case of ovarian dermoid cyst with abnormal clinical manifestation.

Case report:

To reported a case of ovarian dermoid cyst with abnormal clinical manifestation. We present A53-year-old woman with loss of muscle strength in lower extremities (in both legs) and gait abnormalities due to ovarian dermoid cyst. Following severe disability and dependence on wheelchair, the patient attended hospital in March 2015 and underwent surgery. Currently, patient has no particular problem, and examination of the legs shows normal reflexes and muscle strength, and she does her daily chores without motor dependence. Presence of non-specific symptoms requires careful follow-up and patient holistic assessment.

Conclusion:

The ovarian teratomas may be mature or immature, and include histological diversity in ectoderm, mesoderm, and endoderm embryonic layers (8), which cause different signs and symptoms depending on their severity. Asymptomatic postmenopausal ovarian dermoid cyst is very rare. In this study, a postmenopausal patient with dermoid cyst and ALS (Amyotrophic Lateral Syndrome)-like symptoms was reported.

Key words: Dermoid cyst, Ovary, Neuromuscular

اسیدوز متابولیک به همراه دیسترس تنفسی در آقای ۷۲ ساله تحت جراحی پیوند عروق کرونر

ناصر سعید(۱)

۱. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، گروه مراقبت ویژه، دانشجوی دکتری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

مقدمه:

اسیدوز متابولیک از موارد نسبتا شایع در بیماران مستعد بعد از جراحی پیوند عروق کرونر می باشد که می تواند عوارض متعددی را به دنبال داشته باشد.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۷۲ ساله که به دنبال جراحی پیوند عروق کرونر، در روز سوم دچار دیسترس تنفسی و کاهش نسبی سطح هوشیاری شد. در آنالیز گازهای خون شریانی اسیدوز متابولیک در حال جبران همراه با تلاش تنفسی وجود داشت. جبران اولیه با تزریق بیکربنات انجام شد با وجود دیسترس تنفسی و بروز علائم خستگی، بیمار تحت تهویه مکانیکی غیرتهاجمی با مد Duo PAP قرار داده شد. از طرفی با تزریق بیکربنات و با توجه به دیابتی بودن، اصلاح انسولین بر اساس پروتکل انسولین، اسیدوز اصلاح و در یک دوره زمانی مجددا بیمار از ونتیلاتور جدا و تحت اکسیژن تراپی با وضعیت مناسب تنفسی قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری:

در حضور اسیدوز متابولیک پایش همه جانبه بیمار اهمیت اساسی دارد. از طرفی استفاده از تهویه مکانیکی غیر تهاجمی انتخابی مناسب برای مدیریت بهتر بیماران در فاز جبرانی می باشد.

کلمات کلیدی: اسیدوز متابولیک، دیسترس تنفسی، جراحی پیوند عروق کرونر

تأثیر استفاده از گاز وازلین و ویبریل بر روی پاشنه بیماران بستری در بخش‌های ویژه در پیشگیری از ایجاد زخم فشاری در ناحیه پاشنه

جواد قربانی (۱)، بهزاد نقاش (۲)

۱. کارشناس پرستاری، مسئول کلینیک زخم امام علی (ع)، واحد توسعه تحقیقات بالینی باهنر، مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۲. کارشناس پرستاری، مسئول کلینیک زخم شهید رجائی، واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید رجائی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجائی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

زخم‌های فشاری در ناحیه پاشنه پا یکی از عوارض احتمالی بستری‌های طولانی مدت در بخش‌های ویژه است که بیماران بستری در این بخش‌ها به دلیل بی‌حرکتی طولانی و رکود خون و عدم تغییر پوزیشن مناسب و آفلودینگ، دچار زخم در ناحیه پاشنه پا می‌شوند. از وظایف اصلی پرستاران و اولویت‌های مراقبتی از بیماران بی‌حرکت، پیشگیری از ایجاد زخم فشاری است.

معرفی بیمار:

مددجو آقای ۷۶ ساله به دنبال CVA در بخش ICU بیمارستان شهید باهنر بستری بود و سابقه HTN و بیماری عروق کرونر و HLP و مصرف ASA و N.C و متورال و آتوروستاتین را دارد و GCS: 8/15 می‌باشد. در طول مدت بستری جهت پیشگیری از زخم‌های فشاری در ناحیه پاشنه، از گاز وازلین بر روی پاشنه‌ها که با بانداژ ویبریل فیکس شده بود و به صورت روزانه تعویض می‌شد، استفاده شد که نتیجه آن عدم ایجاد زخم فشاری در ناحیه پاشنه بود.

بحث و نتیجه گیری:

بافت شاخی کف پا، خارجی‌ترین لایه پوست است و قطر زیادی دارد. از سویی حجم بالایی از وزن بدن روی آن قرار می‌گیرد، بنابراین ممکن است ترک بخورد. ترک‌های عمیق پا حاصل خشکی زیاد پوست است. گاهی عفونت‌های باکتریایی و قارچی روی ترک پا سوار می‌شود که پاشنه را مستعد ایجاد زخم می‌کند. در این روش پاهای بیمار از محل خط جوراب با شامپو بچه فیروز شستشو داده شد و با گاز وازلین و بانداژ ویبریل فیکس گردید. خاصیت پوشاندگی قوی و رطوبت‌رسانی با لایه‌های شاخی پوست و همچنین آفلودینگ نرم با استفاده از ویبریل باعث پیشگیری از ترک پاشنه و متعاقباً زخم‌های پاشنه در بیماران بستری می‌شود.

کلمات کلیدی: زخم پاشنه، وازلین، بستری

پسر جوان با تنگی نفس شدید به دنبال DVT

ریابه حق وردی (۱) محمد مقصودی (۲) امیر حسن زاده (۳) فاطمه رحیمی (۴) فاطمه عابدی (۵)

۱. کارشناس ارشد داخلی - جراحی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرفیوژن، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. کارشناس پرستاری، بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد مراقبت ویژه، کارشناس پژوهش، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۵. دانشجوی پرستاری، کارشناس پژوهش، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

در شکستگی ها ممکن است مشکلات و اختلالاتی از جمله ترمبوز وریدی عمقی، آمبولی چربی، شوک بوجود آید که به عنوان عوارض شکستگی شناخته می شوند.

معرفی بیمار:

پسر جوان ۲۸ ساله ای، به دنبال Ankle sprain دچار DVT شده و در یکی از ICU های مراکز درمانی تروما بستری شد. به دلیل DVT تحت درمان با هپارین و وارفارین قرار گرفت. در سیر درمان بیمار دچار دیس پنه و تاکی پنه شد که به طور ناگهانی دیس پنه بیمار در مدت چند ساعت تشدید یافت. جهت بیمار اکوی اورژانسی درخواست شد که clot در دهلیز و بطن راست مشاهده شد. بنابراین بیمار با تشخیص PTE (Pulmonary Thrombo embolism) به مرکز قلب ارجاع داده شد. بیمار در بدو ورود تنگی نفس شدید، تاقیکاردی سینوسی با HR: 130، SpO2: 94 با اکسیژن، RR: 30 داشت. در ابتدا O2 تراپی با ماسک انجام گردید و از بیمار نوار قلب گرفته شد که موج S عمیق در لید I و موج Q در لید III و موج T invert در لید III مشاهده شد. با توجه به نوار قلب و اکوی بیمار و انجام مشاوره جراحی، آمادگیهای لازم جهت عمل اورژانسی داده شد. بیمار به اتاق عمل منتقل و بصورت ON pump جراحی شد و توده لخته از دهلیز راست و و شریان اصلی پولمونار و شریان پولمونار راست و چپ خارج گردید.

بحث و نتیجه گیری:

آمبولی ریه انسداد ناگهانی در عروق ریه است که بدنبال ترومبوز ورید عمقی اتفاق می افتاد که لخته از طریق جریان خون به ریه ها منتقل می شود. عوامل خطر برای آمبولی ریه شامل بیحرکتی طولانی مدت، افزایش پتانسیل لخته شدن خون، آسیب به دیواره رگ ها می باشد. برای درمان آمبولی ریه از ضدانعقادها استفاده می کنند و ممکن است لازم باشد جهت بیمار جراحی انجام شود.

کلمات کلیدی: ترومبوز ورید عمقی - آمبولی ریه - شکستگی

سوء رفتار با سالمندان و معلولان

مهوش بنی تراب (۱) پریسا اسمعیل زاده (۲) سرور امیدی (۳) زینب رهنما (۴) لیلا رشیدی (۵)

۱. کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. کارشناس پرستاری، سرپرستار اورژانس، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. کارشناس پرستاری، مدیریت پرستاری، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۴. کارشناس پرستاری، سوپروایزر بالینی، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

موضوع خشونت علیه سالمندان سومین خشونت در جهان است و کشور ما نیز با توجه به روند تغییراتی که در ساختار جمعیتی اش به سمت پیری در حال وقوع است، به نحوی درگیر موضوع سالمندان و گسترش مصادیق آزار و خشونت علیه سالمندان است. به موازات اینکه این افراد از نظر جسمانی ضعیف و ضعیف تر می شوند و کمتر قادرند از خود مراقبت و محافظت کنند، بیماری های مختلف جسمانی و روانی می توانند باعث ناتوانی و خستگی آنها و مراقبتشان شود و در این صورت آزار آنان دور از ذهن نیست. گزارش های متعدد نشان می دهد این افراد معمولا در خانه یا جایی که از آنها نگهداری می شود و حتی در مراکز درمانی مورد آزار قرار می گیرند.

معرفی بیمار:

آقای ۵۴ ساله توسط آمبولانس ۱۱۵ به اورژانس منتقل شده است. در بدو ورود آثار کبودی متعدد بر روی اندامها، تنه و ناحیه ژنیتال مشاهده میشود. چشم ها شدیداً اریتماتوز است. بیمار مبتلا به سندرم داون می باشد و بنا به اظهار همراهان، در منزل تحت مراقبت توسط فردی می باشد. وی به تازگی دچار بی اختیاری ادراری شده است. تلاش میکند با ایما و اشاره سایرین را متوجه کند که از طرف مراقب خود مضروب شده و اسیری در چشمش پاشیده شده است. بررسی های آزمایشگاهی، سونوگرافی، گرافی مختلف و مشاوره های مورد نیاز از جمله پزشکی قانونی، چشم پزشکی و ارولوژی و... بعمل آمد. تنها یافته قابل توجه Cr بالا می باشد که نیاز به بستری و بررسی های دقیق تر دارد.

بحث و نتیجه گیری:

بیمار قبل از تکمیل سیر تشخیصی و درمانی، توسط همراهان پس از طی مراحل قانونی با میل شخصی ترخیص شد. نکته حائز اهمیت در مراکز درمانی، توجه کارکنان به موضوع آزار و اذیت کودکان، سالمندان و معلولان می باشد. بایستی علایم غیرقابل توجهی مانند کبودی یا زخم (مخصوصاً اگر به طور قریب در دوطرف بدن نباشند)، شکستگی استخوان ها یا کشیدگی، مصرف بیش از حد داروها یا عدم دریافت آنها، شکستگی عینک یا قاب آن یا اضطراب و مکیدن انگشت یا مین کردن سالمندان را جدی گرفت. همچنین غفلت از سوی مراقب، کاهش وزن غیرمعمول و سوء تغذیه یا کم آبی، مشکلات جسمانی درمان نشده مثل زخم بستر، یا عدم پوشیدن لباس یا پوشش مناسب در هوای گرم و سرد، محیط زندگی غیرایمن از نظر گرما و سرما، دادن داروهای زیاد یا کم به فرد سالمند نیز از وجوه دیگر سالمندآزاری است. عموماً زنان سالمند بیش از مردان سالمند و سالمندان تحریک پذیر و عصبی بیش از سالمندان مطیع و فرمانبردار، سالمندان بیمار و معلول بیش از سالمندان سالم گرفتار آزار می شوند. با توجه به اهمیت موضوع اجرای موارد زیر توصیه می شود:

آشنایی سازی کارکنان بهداشتی درمانی با مصادیق سالمند آزاری و علائم آن، کنترل و ارزیابی سریع وضعیت و صدمات وارد به بیمار توسط پرستاران تریاژ، انجام درمان ها و مراقبتهای پزشکی و پرستاری جهت بیمار، انتقال بیمار به محیط ایمن و خلوت جهت حفظ آرامش روحی و روانی بیمار، انجام کلیه مداخلات و اقدامات آزمایشگاهی و پاراکلینیکی مورد نیاز بیمار، حمایت روحی و روانی از بیمار و خانواده بیمار، درخواست مشاوره روانپزشکی، اطلاع به متخصص پزشکی قانونی، ارجاع به نهادهای قانونی و حمایتی.

کلمات کلیدی: سالمند آزاری - سالمند - سوء رفتار - معلول آزاری

همراهی اختلال اضطرابی شدید با علائم فیزیکی گسترده: یک گزارش موردی

مریم شیری (۱) مرجان حاج فیروز آبادی (۲) نگار کریمی (۳)

۱. کارشناسی ارشد پرستاری کودکان؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۲. کارشناسی ارشد پرستاری روان؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه:

اخذ شرح حال صحیح در تشخیص مشکلات افراد مراجعه کننده به بیمارستان از اهمیت بالایی برخوردار است.

معرفی بیمار:

بیمار پسر ۹ ساله ای با علائم استفراغ خونی، تندرین ناحیه اپی گاستر و اطراف ناف و نفخ و سابقه کاهش اشتها، کاهش وزن، استفراغ و اختلال تنفس بود. در بررسی تغییرات خفیف مری، افزایش اکوی کبد بعلت استفراغ و کم خونی خفیف مشاهده گردید و بیمار با پنتوپرازول و سفتی زوکسیم تحت درمان قرار گرفت.

در تستهای ترسیمی و شرح حال کاملی که دانشجوی پرستاری در طول کارآموزی از بیمار اخذ کرد، علائم فیزیکی و روانی دیگری از جمله لرزش دستها و ترس شدید از تنهایی در اتاق و یا هنگام رفتن به دستشویی، علائم سنکوپ (غش کردن) بدنیاال تزریق، دیدن توهم بینایی و شنوایی، اختلال خواب به صورت احساس خفگی در خواب، سندرم پای بی قرار و علائمی به نفع افسردگی؛ همچنین سابقه ضربه به سر و افت هوشیاری و یک حادثه آتش سوزی منزل مسکونی و سابقه اختلالات روان پزشکی در خانواده از جمله پدر و دو عمه و دو خواهر بزرگتر نیز مشخص شد.

نهایتا پس از مشاوره روانپزشکی، تشخیص GAD (اختلال اضطرابی منتشر) برای کودک و خواهر بزرگتر مطرح شد. داروی فلوکستین، سیپروهپتادین و ملاتونین مورد استفاده قرار گرفت اما بعلت تشدید علائم گوارشی، آریپپرازول جایگزین فلوکستین شده بعد از آن توهمات بینایی و اضطراب تا حد زیادی تحت کنترل قرار گرفته بود.

بحث و نتیجه گیری:

نکات قابل توجه در این مورد بالینی خاص عبارتند از: نقش شرح حال گیری دقیق در هدایت درمان این کودک؛ دوم وجود همزمان اختلالات روانپزشکی در سایر اعضای خانواده و نقش وضعیت اقتصادی خانواده در پیگیری درمان.

کلمات کلیدی: مشکلات گوارشی - اختلال اضطرابی منتشر - اخذ شرح حال پزشکی

جدول ارائه پوسترها

نویسندگان	عنوان	کد
گروه داخلی		
<u>Elahe Dolatshahi Pirooz, Homa Arabi</u>	<i>HBV manifesting as PAN and FSGS</i>	M – 01
<u>Elahe Dolatshahi Pirooz, Homa Arabi</u>	<i>Multiple Myeloma presenting with saddle nose deformity</i>	M – 02
<u>الهه دولتشاهی، امیر سبزی کاری، زهرا امیری</u>	بارداری فاکتوری خطر ساز برای خانمی مبتلا به بیماری روماتیسمی	M – 03
<u>مرتضی غوغایی، امیر سبزی کاری</u>	بیمار خانم ۵۰ ساله با سابقه گواتر مولتی ندولر	M – 04
<u>مرتضی غوغایی، امیر سبزی کاری</u>	بیماری استیل در خانم ۲۲ ساله	M – 05
<u>Nasim Bahar, Mohamad Moeen Forghani Ramandi</u>	<i>Thrombotic thrombocytopenic purpura associated with acute leukemia</i>	M – 06
<u>امیرعباس واعظی، شکوفه زمانی، سپهر عطار روشن، سودابه بابایی</u>	گزارش تظاهر نادری از رابدومیوسارکوما در بالغین	M – 07
<u>محسن اعرابی، علیرضا شیرزادی</u>	لنفوسنتی گرافی برای یافتن عقده لنفاوی نگهبان در بیمار مبتلا به ملانوم پوستی	M – 08
<u>شکوفه زمانی، معصومه همه وند، فائزه عین الهی، فاطمه رحیمی، سید حمید طباطبایی</u>	تجربه ۱۰ سال زندگی با سکسکه	M – 09
<u>بهناز موحدی، فاطمه عابدی، فاطمه رحیمی، صادق سعدی، پژمان مریدزاده</u>	گزارش یک مورد مسمومیت با سرب	M – 10
<u>سحر چوب تاشانی، نیلوفر برزگر</u>	آسپرژیلوما یا توپ قارچی <i>Aspergillosis</i>	M – 11
<u>مریم فدایی دشتی، لیلا مسیبی، فاطمه سادات مهدوی، محمدرضا مقصودی، فاطمه رحیمی</u>	<i>Superior Vena Cava (SVC) Syndrome</i>	M – 12
<u>مینا عطایی، بیتا باده نوش، بدری فرهنگ، فرانک تحریری، طیبه هاشمی</u>	وقوع پريتونیت پس از سزارین	M – 13
<u>محمدرضا مقصودی، ساقی مقصودی، علی طاهری نیا، پیمان خادم حسینی، سید محمود سجادی</u>	<i>Back Pain</i> با علایم سیستمیک	M – 14

جدول ارائه پوسترها The First Congress on Clinical Case Report

نویسندگان	عنوان	کد
محمدرضا مقصودی، علی طاهری نیا، ساقی مقصودی، کوروش احمدی، مهران بهرامیان	سکسکه طول کشیده یا با پاسخ نامناسب به درمان	M – 15
مجتبی احمدی نژاد، رضا نبی امجد، میترا مقدسی، توران بهرامی	گزارش یک مورد آپاندیسیت ائوزینوفیلی	M – 16
مریم الهی، الهام حیدری	primary intraosseous carcinoma in mandible	M – 17
امیر عباس واعظی، هدیه احمدیان	Osteoporosis and multiple myeloma	M – 18
معصومه فراهانی، رقیه میر مجیدی، رقیه توسلی، زهرا صدیق، الهام مظفری	وقوع پریتونیت شدید بعد از انجام سزارین	M – 19
الیه دولتشاهی، فاطمه مرادی	بیمار با آرتریت تاکایاسو	M - 20
مجتبی احمدی نژاد، علی سالار درفشی	آقای ۵۳ ساله با توده chest wall mass	M - 21
گروه قلب		
MahmoodReza Sarzaeem, Fatemeh Bayat, Omid Assar, Hosein Rahimiyan, Robabeh Haghverdi	Endotension after EVAR treated by open surgery after 8 years	C – 01
MahmoodReza Sarzaeem, Fatemeh Bayat, Omid Assar, Hosein Rahimiyan, Robabeh Haghverdi	Self Extraction of AICD leads after Orthotopic Heart Transplantation	C – 02
محمودرضا سرزیم، فاطمه بیات، امید آثار، حسین رحیمیان، ربابه حق وردی	حوادث غیر منتظره در PCI	C – 03
حسن کمال زاده، سکینه ساعدی، مریم حسینی المدنی، سپیده علیمردانی، لیلا پورمحمدیان	ICD Implantation via external jugular vein	C – 04
حسن کمال زاده، علیرضا دهقان نیری، مریم حسینی المدنی، سپیده علیمردانی، لیلا پورمحمدیان	Radiofrequency catheter sheet embolization	C – 05
حسن کمال زاده، سکینه ساعدی، لیلا پورمحمدیان، حمید مایلی، سپیده علیمردانی	Tachycardia induced cardiomyopathy (Tachycardiomyopathy - TICMP)	C - 06
مهدی موسوی، فائزه عین اللهی، ربابه حق وردی، شهروز یزدانی، مرتضی غوغایی	بررسی یک مورد نادر مبتلا به بیماری پریکاردیت کانستراکتیو	C – 07
حسن اقاچانی، شهروز یزدانی	Incidental finding of a large aortic mass during coronary angiography	C - 08

کد	عنوان	نویسندگان
C - 09	تنگی نفس و تپش قلب در خانم ۵۶ ساله	علیرضا دهقان نیری، محسن لطفی
C - 10	وقوع دیس ریتمی بطنی در مسمومیت ارگانوفسفره	مریم فدایی دشتی، علیرضا دهقان نیری، فاطمه سادات مهدوی، مهدی موسوی، شهروز یردانی
C - 11	یک مرد جوان با درد قفسه سینه، ارائه فاجعه آمیز یک سندرم غیر معمول	شهروز یردانی، ربابه حق وردی، فاطمه عابدی، الهه دولتشاهی، فاطمه بیات، مهدی موسوی
C - 12	یک مورد از تظاهر جالب عارضه کانولاسیون ورید مرکزی در بیمار تحت عمل CABG	امیدآثار - فاطمه حبیب الهی
C - 13	وقوع ایسکمی مغزی ناشی از فیبریلاسیون دهلیزی AF	داود صفری، پوریا فراهانی، طیبه محمدی
C - 14	Apical ballooning syndrome after Permanent PM implantation	Davood safari, Armando Gardini, Emiliano Boldi
C - 15	گزارش یک مورد CAD	رخشا حسامی، سودابه بابایی، فاطمه ظهریان، پژمان مرید زاده، سلما اختری
C - 16	Acut Ant ST elevation MI	محمد جلالی
C - 17	وقوع مرگ نوزادی در ۴۸ ساعت اول تولد بدلیل بیماری مادرزادی قلبی	احسان زحمتکش، لیدا سعیدی، نکیسا سید احمدشاهی، نسرين گودرزی، سمیه زارعی نژاد
گروه عفونی		
I - 01	گزارش یک مورد اندوفتالمیت متعاقب جراحی آب مروارید ناشی از پسودوموناس آنروزینوازی دارای مقاومت چند گانه آنتی بیوتیک	فرزانه فیروزه، شبنم کرمی، محمود صفاری، کامبیز عاملی زمانی
I - 02	آقای ۵۰ ساله با زخم مترشح پوستی پشت دست	مجتبی هدایت یعقوبی، شهاب رضی پور، محمد مهدی صباحی، سیدعلی دهقان
I - 03	ترمیم زخم کشاله ران با پانسمان های نوین	علیرضا سلیمانی، سیده شهره جلالی تهران
I - 04	سل منتشر	علیرضا سلیمانی
I - 05	زخمهای آفتی و کاهش شدید وزن	علی اصغر نادری، نیکو هجران، مینا حامیان، نسرين رفيعيان

جدول ارائه پوسترها The First Congress on Clinical Case Report

کد	عنوان	نویسندگان
گروه نورولوژی		
N - 01	گزارش یک مورد ضایعه ی فضاگیر در بیمار CRF	شبیم سهیل نادر، محمد حسین مظفری بازرگانی، علی کلاهدوز
N - 02	گزارش یک مورد نقص مادرزادی مغزی به دلیل استروک جنینی بدون علامت در بیمار مبتلا به استروک	شبیم سهیل نادر، علی کلاهدوز، محمد حسین مظفری بازرگانی
N - 03	گزارش یک مورد تشنج پایدار	شبیم سهیل نادر، فاطمه عابدی، نرگس سیفی، مریم زارع، اکرم زاکانی
N - 04	استروک در خانم جوان به علت دایسکشن	شادی آصفی راد
N - 05	استروک در دختر جوان به علت بیماری زمینه ای کلاژن و اسکولار (لوپوس)	شادی آصفی راد، نرگس پایانی، زهرا جمالپور
N - 06	تاثیر دوز پایین داروی کویتتاپین در بهبود عوارض دندان قروچه و قفل شدن دندان ناشی از مصرف داروی سراتالین	عاطفه زندی فر
N - 07	انفارکت مخچه ای با علامت dizziness	محمدرضا مقصودی، ساقی مقصودی، مهران بهرامیان، ذبیح اله طالشی، محمد مهدی حیران
N - 08	پاراپلژی حاد	محمدرضا مقصودی، ساقی مقصودی، مهران بهرامیان، تورج اسدی، محمد مهدی حیران
N - 09	ضعف اندام های تحتانی پیش رونده	محمدرضا مقصودی، سید محمود سجادی، ساقی مقصودی، ذبیح اله طالشی، فاطمه رادفر
N - 10	یک مورد ترومبوز حاد عروق مغزی و به دنبال آن IVH در نوزاد در اثر دهیدراتاسیون	محمدرضا مقصودی، کوروش احمدی، علی طاهری نیا، ذبیح اله طالشی، ساقی مقصودی
N - 11	یک مورد ترومبوز حاد عروق مغزی در شیرخوار در اثر دهیدراتاسیون	محمدرضا مقصودی، ساقی مقصودی، تورج اسدی، سید محمود سجادی، پیمان خادم حسینی
N - 12	یک مورد تشخیص اشتباه میگرن	محمدرضا مقصودی، کوروش احمدی، شهرزاد یزدانی، ساقی مقصودی، فاطمه رادفر
N - 13	تشخیص تومور داخل بطنی در بیمار مراجعه کننده با سردرد پایدار	مریم فدایی دشتی، ناهید عباسی خوش سیرت، علی طاهرنیا، فاطمه سادات مهدوی، کوروش احمدی
N - 14	آتروفی عصب اپتیک و پیشنهاد درمان و پیشگیری در کودکان	علیرضا شمس، راحله سهیلی

کد	عنوان	نویسندگان
پرستاری		
P – 01	تأثیر آفلودینگ نرم در تسریع بهبود زخم های دیابتی	جواد قربانی
P – 02	تأثیر استفاده از هیدروکلونیدها در پیشگیری از زخم فشاری کانولای اکسیژن در بیماران بستری در PICU و NICU	جواد قربانی، مریم جلیلیان
P – 03	بومی سازی تکنیک TCC با استفاده از پنبه و باند ویبریل و گچ فایبرگلس (دمپایی گچی)	جواد قربانی، بهزاد نقاش
P – 04	تأثیر استفاده از پانسمان هیدروبالانس XPHMB در کنترل عفونت محل جراحی لاپاراتومی	جواد قربانی، بهزاد نقاش
P – 05	کاهش نیاز به دبریدمان جراحی با استفاده از کراتوریموال دیوایس در زخم های نکروزه سخت	جواد قربانی
P – 06	تأثیر استفاده از هیدروکلونیدها در پیشگیری از ایجاد زخم بستر	لیلا خوشخوی چوبدار، جواد قربانی
P – 07	تأثیر استفاده از XPHMB در کنترل بوی نامطبوع زخم های دیابتی و کانالیزه کف پا	علی قربانی، جواد قربانی
P – 08	ATN بدنبال تعویض مفصل زانو	سودابه بابایی، مژگان قهرمانی، لیلا خوشخوی چوبدار، زهرا کریمی، زهرا سلمانی
P – 09	هماتوم خودبخود اپیدورال مهره های گردنی با تابلوی آئزین صدی ناپایدار	سودابه بابایی، احمد مهدوی، زهرا سلمانی، زهرا حقیقی، بابک منشی
P – 10	اهمیت معاینه دقیق و کنترل علائم حیاتی	سودابه بابایی، علیرضا سلیمانی، فاطمه رحیمی، ربابه حق وردی
P – 11	دورفتگی شانه	سودابه بابایی، رقیه بابایی، محبوبه حاجتی، مهدی همتی نژاد
P – 12	TB با تابلوی GI Bleeding	سودابه بابایی، جواد آزاد بخت، هادی اورنگ، مرضیه ببری، پریسا رهروان سحر
P – 13	Muscle Bridge، سندرمی ناشایع در بیماران قلبی	ربابه حق وردی، شهرزاد زدانی، منوچهر مرزبان کیا، اکرم محمد زاده، اعظم کریمی
P – 14	تومور خوش خیم قلبی	معصومه قجری، معصومه بابایی، معصومه محمد علیخانی، مریم غلامی

جدول ارائه پوسترها The First Congress on Clinical Case Report

کد	عنوان	نویسندگان
P - 15	وقوع همزمان انسداد کرونری در دو رگ در بیماری با شوک کاردیوژنیک	<u>مسلم بیات</u> ، زهرانوروزی، لیلیا پورمحمدیان، معصومه فریدونی، علیرضا دهقان نیری
P - 16	ترمیم هیبرید کوآرکتاسیون آئورت	<u>لیلیا پور محمدیان</u> ، مسلم بیات، زهرا نوروزی، حمید مایلی، علیرضا دهقان نیری
P - 17	Acut MI& AV Block	<u>مریم حسینی المدنی</u> ، سپیده علیمردانی، علیرضا دهقان نیری، مسلم بیات، پرتو وصالی
P - 18	Ventricular Tachycardia مقاوم به درمان	<u>مریم حسینی المدنی</u> ، سپیده علیمردانی، معصومه فریدونی، سارا صدیقی
P - 19	وقوع انسداد ترومبولیتیک و حاد شریان کرونر در یک بیمار جوان ۲۸ ساله بدنبال تزریق داروی بدنسازی	<u>مسلم بیات</u> ، زهرانوروزی، سپیده علیمردانی، مهسا میرزایی، علی اصلاتی
P - 20	Lead Fracture	<u>سپیده علیمردانی</u> ، مریم حسینی المدنی، مسلم بیات
P - 21	سندرم شارکو ماری توث	<u>فاطمه رحیمی</u> ، سیما فیض اله زاده، محسن لطفی، معصومه خلیج، زینب رحیمی
P - 22	تامپوناد قلبی به دنبال اقدام به خودکشی با چاقو	<u>معصومه بابایی</u> ، سمیه قاسمی، نرگس سیفی، رویا گیوی، بنفشه انوشه ای
P - 23	Diffuse Alveolar Hemorrhage	<u>نرگس سیفی</u> ، سمیه قاسمی، مرتضی غوغایی، معصومه بابایی، ندا اسماعیلی
P - 24	حساسیت به اتیلن اکساید و ادم جنرالیزه	<u>ریاضه کیلاری</u> ، مریم فرد، سید زهرا میر احمدی
P - 25	کاربرد فیبروبلاست ها در سلول درمانی زخم پای دیابتیک	<u>مریم فرد</u>
P - 26	ترومبوز وریدهای ریوی و اندام فوقانی و پلورال افیوژن یکطرفه بدنبال عمل جراحی قلب باز	<u>زهرا رحمانی</u> ، مهناز مزرعه خطیری، شیوا سیامکی، مریم طیبی، فاطمه عطارد
P - 27	بلوک کامل مادرزادی	<u>زهرا رحمانی</u> ، حسین داودوندی، زینب محمدی، ناهید گوهری، نیلوفر حسنلو
P - 28	تزریق خون در بیماران روانی در بخش اورژانس	<u>عاطفه شاهواری</u> ، گلناز نعمتی، معصومه موسوی
P - 29	وقوع سکته مغزی ناگهانی در نوجوان ۱۴ ساله	<u>مریم آهنگر</u> ، فرشته سعیدی، کبری افشار فریدی، شیرین نوری

نویسندگان	عنوان	کد
<u>مرصع سوادى شفع</u>	استخوان سازی هتروپیک مفصل ران به دنبال ترومای مغزی (Heteropic ossification)	P – 30
ریاب بنی تراب، عهدیه پیروز ملکی، فاطمه مسگری، طوبی شجاعی، سارا شوندی	Eisenmenger's Syndrome مادر پرخطر مبتلا به	P – 31
<u>لیدا سعیدی</u>	تشخیص و مراقبت پرستاری در کودک مبتلا به سندرم نفروتیک	P – 32
<u>سمیه نیکخواه</u> ، هادی رسولیان، آزاده میرزازاده	کیست هیداتیک کلیه	P – 33
<u>آزاده میرزازاده</u> ، علی شهیدی، غلامرضا حمید، سمیه نیکخواه	گزارش یک مورد درمان موفق ترومای نافذ قلب	P – 34
زهراسعدتی نژاد، مهوش بنی تراب، سمیه سعادت لطفی، فرزانه فکوری، نرگس قمی	آنوریسم شریان طحال	P – 35
<u>هاجر قریان زاده</u> ، مهوش بنی تراب، مهناز صلاحی، فائزه شکارچی، اکرم بیدکی	خود سوزی	P – 36
<u>ماهرخ جعفری</u> ، مهوش بنی تراب، فرناز نعمتی، زهرا شکوری، رمضان محرابی	دایسکشن آئورت	P – 37
<u>اعظم الملوک الساق</u> ، علیرضا جشنی مطلق	Association of Dandy-Walker malformation and Neurocutaneous Melanosis in a newborn	P – 38
<u>اعظم الملوک الساق</u> ، هاله حاتم گویا	Neonatal bartter syndrome	P – 39
<u>حمیده پاک نیت</u> ، مریم گرجی، زینب طالبی تماجانی	گزارش یک مورد مرگ مادر در اثر پولموناری هایپر تنشن	P – 40
<u>مسعود بهنام اوزنده</u> ، جواد قربانی	ترمیم زخم جراحی در افراد دیابتی با استفاده از پانسمان ترکیبی کلاژن و پماد غسل فرآوری شده	P – 41
<u>اعظم الملوک الساق</u> ، آناهیتا احمدی، محدثه سلطانی	سندروم ملاس	P – 42
<u>مرضیه ابراهیمی</u> ، اعظم کریمی، مینا قربانی، ناصر نیکان، فاطمه ظهیریان	گزارش یک مورد سندرم بورگر	P – 43
<u>اعظم کریمی</u> ، مرضیه ابراهیمی، مرتضی نظری، سهیلا خزاعی، بابک رجبی	معرفی بیماری سندرم ولف پارکینسون وایت	P – 44

نویسندگان	عنوان	کد
محمد اسمعیلی آیدر، فریده رازبان، مهدی احمدی نژاد، روح انگیز نوروزی نیا، یزدان محسن زاده	Effects of alveolar recruitment maneuvers in a patient with cerebral injury	P – 45
پیمان رحمتی، سید اکبر قاسمی موسوی، مهرداد بابایی، محمد اسمعیلی آیدر	مدیریت زمان انتقال بیماران با اورژانس هوایی	P – 46
محمد اسمعیلی آیدر، فریده رازبان، مهدی احمدی نژاد	Rapid development and progress of a pressure ulcer in a patient with sever crush injury	P – 47
سید اکبر قاسمی موسوی، مهرداد بابایی، مجتبی سمنار، یزدان محسن زاده، محمد اسمعیلی آیدر	مدیریت سکتة مغزی در اورژانس پیش بیمارستانی و نجات بیمار	P – 48
مریم هاشم نژاد، سیامک جبارنیا، نسرين گودرزی، طاهره حاجی علیخانی، مریم فتاحی	وقوع هیستریکتومی به دنبال خونریزی کنترل نشده و متریت	P - 49

DIOVAN®

VALSARTAN



بر چسب اصالت کالا

بلیستر دورو آلومینیومی

بسته بندی شده در مداوا (تحت لیسانس شرکت نووار تیس)

MODAVA

Diovan® Film-coated tablets (FCT)

Important notes before prescribing, consult full prescribing information. **Presentations:** Valsartan film-coated tablets of 80mg and 160mg. **Indications:** Adults: Hypertension (HTN), heart failure, post-myocardial infarction and in addition to lifestyle modifications, delay of the progression to type 2 diabetes in hypertensive patients with impaired glucose tolerance (IGT) at cardiovascular (CV) risk. Children and adolescents (≥ 16 years of age): HTN. **Dosage:** **Hypertension (Adults):** Recommended dose is 80mg or 160mg once daily. If the reduction in blood pressure is inadequate, dosage may be increased to 160mg once daily or another antihypertensive (e.g. diuretic) may be added. **Heart Failure:** Starting dose is 80mg twice daily. Up-titration to 80 and 160mg twice daily as tolerated by patient. The maximum daily dose administered in clinical trials is 320mg in divided dose. **Treatment of post-myocardial infarction:** Starting dose is 20mg twice daily. Up-titration to a maximum of 160mg twice daily as tolerated by patient. **Treatment of progression of type 2 diabetes in HTN patients with IGT at CV risk:** Recommended dose is 80mg or 160mg once daily. When starting on therapy, up-titration to 160mg as tolerated by patient. **Hypertension (Children and adolescents):** **160 FCT:** Recommended initial dose is 80mg or 160mg or 160mg (2 FCT) once daily. **Contraindications:** Known hypersensitivity to valsartan or any of the other components of the product. **Pregnancy:** **Concomitant use with diuretics in diabetic type 1 patients:** **Warnings & Precautions:** **Flow Intolerance:** Risk of hypotension in volume and/or volume-depleted patients. **Caution:** is advised when administering valsartan to patients with renal artery stenosis, severe renal impairment (creatinine clearance < 30 mL/min), bilateral renal artery stenosis. **Caution:** should be observed when initiating therapy in patients with heart failure or post-myocardial infarction. **Caution:** should be observed with the triple combination of an ACE inhibitor, beta-blocker and Diovan. **Caution:** in patients with severe heart failure, treatment with Diovan may cause impairment of renal function. **Caution:** in patients experiencing angioedema with Diovan or having history of angioedema with other drugs. Discontinue Diovan immediately and do not re-administer. **Not recommended:** in children with glomerular filtration rate < 30 mL/min and/or undergoing dialysis. Monitoring of renal function and serum potassium especially in the presence of other conditions (diuretics, dehydration) likely to impact renal function. **Particular caution:** in children with bilateral obstructive disorders. **Avoid:** concomitant use with aldosterone in patients with severe renal impairment (GFR < 30 mL/min). **Caution:** is required while co-administering Diovan with other agents blocking the RAAS such as ACEIs or aldosterone. Concomitant administration with other agents blocking the RAAS such as ACEIs or aldosterone may increase incidence of hypotension, hyperkalemia and changes in renal function. Monitoring blood pressure, renal function and electrolytes is recommended when used concurrently. **Concomitant treatment with potassium-sparing diuretics, potassium supplements, with electrolytes containing potassium, or other drugs that may increase serum potassium levels (sparteine etc.) may increase serum potassium levels.** Monitoring of serum potassium is recommended when concurrent use. **Concomitant treatment with ACEIs including Captopril may decrease antihypertensive effects.** In elderly, volume depleted or compromised renal function patients, monitoring of renal function is recommended when concurrent use. **Concomitant use of valsartan and other substances inhibiting the renal angiotensin aldosterone system which may increase serum potassium.** Monitoring of renal function and serum potassium is recommended. **Avoid:** use in women planning to become pregnant and while breast feeding. **Adverse reactions:** In hypertensive patients, dizziness, fatigue. **Frequency not known:** Hypotension including serum sodium, vasculitis, angioedema, dermatitis bullous, rash, pruritus, myalgia, renal failure and impairment, haemoglobin decreased, haematocrit decreased, neutropenia, thrombocytopenia, blood potassium increased, liver function test abnormal (excluding bilirubin), increase blood creatinine increased. **Events also observed during clinical trials irrespective of their causal association with the study drug:** Arthralgia, back pain, back pain, diarrhoea, dizziness, headache, increase blood creatinine, increase creatinine, pharyngitis, rhinitis, sinusitis, upper respiratory tract infection, viral infections in treatment of HTN patients with IGT at CV risk. **Adverse reactions are similar in HTN patients.** In treatment of HTN in children with underlying chronic kidney disease: Hypokalaemia has been observed. In post-myocardial infarction and/or heart failure patients. **Common:** Dizziness, peripheral edema, hypotension, orthostatic hypotension, renal failure and impairment. **Uncommon:** Hypertension, sinusitis, headache, vertigo, cardiac failure, cough, nausea, diarrhea, angioedema, acute renal failure, blood creatinine increased, asthenia, fatigue. **Frequency not known:** Hypotension including serum sodium, vasculitis, dermatitis bullous, rash, pruritus, myalgia, pruritus, hypokalaemia, blood potassium increased, liver function test abnormal. Blood urea increased. **Events also observed during clinical trials irrespective of their causal association with the study drug:** Arthralgia, chest pain, back pain, increase blood creatinine, neutropenia, edema, pharyngitis, rhinitis, sinusitis, upper respiratory tract infection, viral infections. **Release date:** 01 Dec 2014.

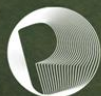
Legal classification: Country specific.



Full prescribing information is available from Novartis Pharma Services AG, Iran Branch Office, No 18, 4th floor, Alvand St., Argentina Sq., Tehran-Iran, P.O. Box: 15140/38117 Phone: +98 21 88671343 Fax: +98 21 88671524

Letocan[®]
Caspofungin acetate
50mg & 70mg

Effective **Anti-Fungal** Agent with a **Promising Safety** Profile



Orchid Pharmed
Sky's The Limit



NAN ALVAND

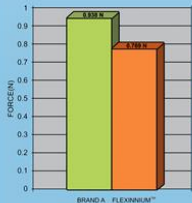


CE
1293

Designed for Distal delivery



TRACK FORCE CHART



- S-Links in Flexinnium leads to better Trackability
- Better Crossability
- Excellent Pushability
- Low balloon profile enhances Deliverability



شرکت درمان قلب آریا
واردکننده انحصاری محصولات SMT در ایران

In patients with clinical risk features and
or complex angiography

**YOU CAN NEVER
BE CERTAIN WHAT
LIES AHEAD**



(eptifibatide) Injection
INTEGRILIN



For patients with UA/NSTEMI
and patients undergoing PCI

DRIVE DOWN

Significant risk reduction of ischemic events
before, During and Long after PCI

THE RISK.....

- PROTECT - Significantly reduces MI pre-PCI
- PROTECT - Improves perfusion to the myocardium
- PRESERVE - Significant event reduction maintained through 1 years 3
- Well-established safety profile



BEHESTAN DAROUI P.J.S.C

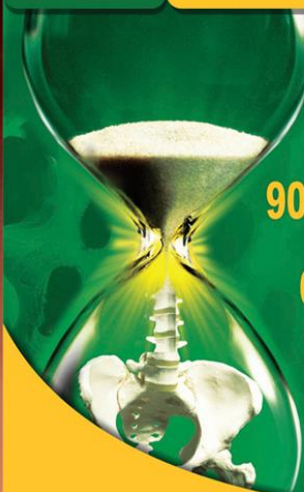


MSD

INVENTING FOR LIFE

BEHESTAN DAROUI P.J.S.C
A Behphar Company

TRUST DEMONSTRATED RESULTS



**90% Reduced Risk of
Multiple Vertebral Fracture**

**63% Reduced Risk
of Hip Fracture**

**59% Reduced
Risk of Clinical
Vertebral Fracture**

فوزامکس اصل MSD

قابل تهیه در داروخانه های سراسر کشور

Before prescribing FOSAMAX please consult the full
prescribing information which can be retrieved from
http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/f/fosamax/fosamax_plus_d_pi.pdf

IN THE LONGEST TRIAL OF ANY OSTEOPOROSIS TREATMENT
**Only FOSAMAX Has Shown
Sustained 10-Year Efficacy**

Adapted from Brown et al.¹

This long-term study with a third extension (5 years of a 3-years, randomized, double-blind, placebo-controlled, insufficient trial that examined the efficacy and tolerability profile of 10 years of continuous, alternate treatment (5 or 11 mg/day) in postmenopausal women with osteoporosis (N=984). The primary end point was the change in BMD at the lumbar spine. P=0.001 vs placebo.



MSD

BEHESTAN DAROUI P.J.S.C
Representing MSD Products in Behbahan, Iran. Tel: 061-222 8877000 Fax: 061-222 8877000
www.merck.com/product/usa/pi_circulars/f/fosamax/fosamax_plus_d_pi.pdf

As an adjunct to diet and exercise for appropriate patients with type 2 diabetes

**SUPPORT YOUR PATIENT WITH
CONFIDENCE**

Choose JANUVIA™ first as
a partner to metformin



- ✓ STRONG HbA_{1c} reductions^{1,2}
- ✓ Established SAFETY PROFILE^{3,4}
- ✓ Extensive EXPERIENCE⁵

Januvia™
(sitagliptin, MSD)

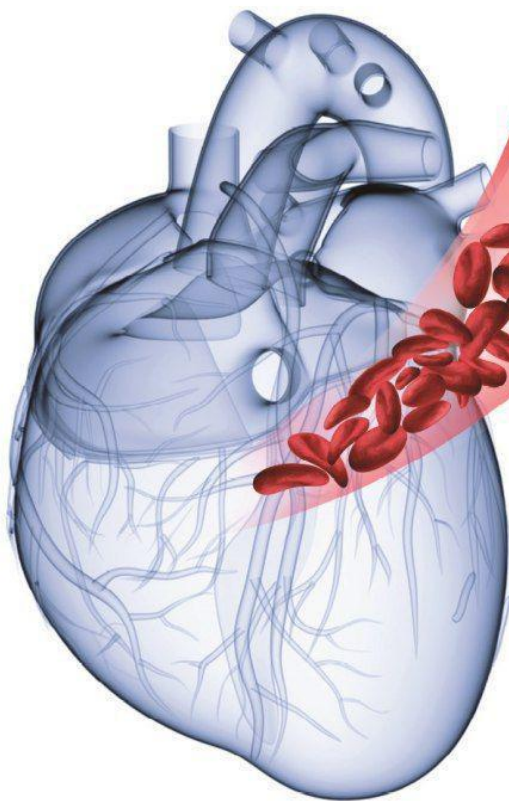
References: 1. Rosenstock J, Durrant J, Gao X, et al. The effect of sitagliptin on the incidence of hypoglycemia and weight change in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Care. 2011;34(10):2202-2208. 2. Rosenstock J, Durrant J, Gao X, et al. The effect of sitagliptin on the incidence of hypoglycemia and weight change in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Care. 2011;34(10):2202-2208. 3. Rosenstock J, Durrant J, Gao X, et al. The effect of sitagliptin on the incidence of hypoglycemia and weight change in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Care. 2011;34(10):2202-2208. 4. Rosenstock J, Durrant J, Gao X, et al. The effect of sitagliptin on the incidence of hypoglycemia and weight change in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Care. 2011;34(10):2202-2208. 5. Rosenstock J, Durrant J, Gao X, et al. The effect of sitagliptin on the incidence of hypoglycemia and weight change in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Care. 2011;34(10):2202-2208.

For further information visit www.merck.com

Axabin®

Rivaroxaban (10, 15, 20mg FC tablet)

**A novel solution for
prevention of stroke
and systemic embolism**



**Lower rate of
fatal bleeding
compared to VKA**

Axabin® | www.axabin.com



www.arenalifescience.com
info@arenalifescience.com
Consultant line: 09105877717

CCR 1

The First Conference on Clinical Case Reports

Clinical Research Development Unit
Shahid Rajaei Hospital
Alborz University of Medical Sciences

