

36	یبوست	25	ACS	3	مقادیر آزمایشگاهی
36	IBS	26	بیمار بدحال	3	شالدون و پرمیکت
36	دیس پیسی	26	کاهش هوشیاری	3	سدیمان ادرار
36	IBD flare	27	CPR	4	معاینه روماتولوژی
37	تب و نوتروپنی	28	سپسیس	5	گواهی فوت
38	انمی	28	تب	6	دوز معمول داروها
38	TTP	28	کمیود D	7	ادرر کلی
38	ITP	28	مسمومیت	8	CKD , AKI
38	TLS	29	تشنج	10	کنتراست نفروپاتی
38	BMB	29	گریوز افتالموپاتی	10	هیپو/هیپرناترمی
39	تورم اندام	30	RA flare	12	هیپو/هیپرکسمی
39	دیسترس	30	رینود	12	بیوپسی کلیه
39	DVT/PTE	31	لوپوس و هموپتیزی	13	کمیود بیکربنات
40	وارفارین توکسیسیته	31	لوپوس	13	هیپو/هیپرکالمی
40	لوکمی	31	آرتریت سپتیک	15	تب و پیوند
41	سایتوپنی	31	GIB	16	تب و پرمیکت
41	مولتیپل میلوم	32	اسهال	16	دیابت
41	G6PDD	32	زردی/هیپاتیت	19	دیابتیک فوت
41	انمی آپلاستیک	33	آسیت	19	زخم بستر
41	تزریق خون	33	انسفالوپاتی کبدی	20	هیپوگلیسمی
41	انمی مگالوبلاستیک	34	سیروز	20	دیابت کاندید عمل
42	متاستاز مغزی	34	پانکراتیت	21	DKA-HHS
		34	کوله سیستیت	22	COPD exacerbation
		34	کلانژیت	23	هموپتیزی
		35	درد شکم	23	پلورال افیوژن
		35	ERCP	24	پریکاردیال افیوژن
		35	هلیکوباکتر پیلوری	24	ادم ریه

WBC	4-10	AST	<40	ca	8.5-10.5	pr	6.6-8.8
RBC	4.1 – 5.1	ALT	<40	p	2.5-4.5	Alb	3.5-5
Hb	12-16	ALP	65-305	Na	135-145		
plt	150-450	Bil T		k	3.5-5.3	LDH	230-460
RDW	10.6-15.7	Bil D				CPK	
		PT	11-13			CKMB	
BUN	7-21	PTT	25-40			TROP	
Cr	0.7-1.4 male 0.6-1.1 female	INR					
		amylase	<90			B12	200-800
		lipase	<40			folate	>3
		GGT	<50				

تشخیص شالدون و پرمیکت

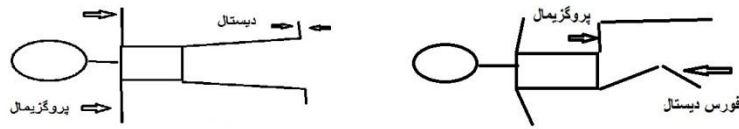
روی شالدون عدد 1.3 یا 1.4 نوشته شده ، روی پرمیکت 1.8 یا 1.9

پرمیکت دارای برجستگی مستطیل شکل در زیر پوست است

طرز دیدن سدیمان ادرار

- دو لوله ، هریک به مقدار دو سوم لوله آزمایش را با ادرار پر میکنیم.
- در دو لوله دیگر به همان مقدار آب میریزیم
- چهار لوله را به صورت متقارن و مقابل هم در دستگاه سانتریفیوژ میگذاریم
- دستگاه را بادر 30 به مدت 5 دقیقه روشن میکنیم
- یک لوله ادرار را خالی کرده یک سوم ادرار در ته آن باقی میگذاریم و روی آن اسید سولفوریک میریزیم. از روی زردی یا کدورت ، پلاس پروتئینوری با توجه به جدول رنگی روی قوطی دیپ استیک تعیین میشود
- لوله دوم ادرار را خالی کرده فقط مقدار چند قطره ادرار و رسوب ته آن باقی میگذاریم. لوله را روی میز بصورت عمودی میچرخانیم. سپس یک قطره از ادرار را روی لام گذاشته یک لامل روی آن قرار داده لام را زیر میکروسکوپ میگذاریم.
- در طی کشیک شب معمولاً نیاز به مرحله اسید سولفوریک نیست و فقط دو لوله ، یکی ادرار و دیگری آب در دستگاه میگذاریم.

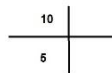
- فورس عضلانی : 0= حرکتی ندارد 1= دیدن 2= حرکت افقی 3= حرکت عمودی 4= حرکت در مقابل مقاومت 5= حرکت عادی



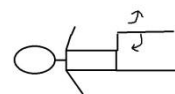
- ستون مهره ها :

Lateral bending	extension	حرکت flexion	تندرنس مهره	
				گردن
				توراسیک
				لومبار

- تست شوبر : با خطی دو خار خاصره را بهم متصل میکنیم . 10 سانت بالاتر و 5 سانت پایینتر آن را علامت میزنیم. در حالت نرمال با خم شدن باید این فاصله 15 سانتی به حداقل 20 سانت افزایش یابد.

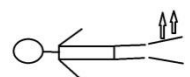


- زانو : بررسی گیت (راه رفتن)

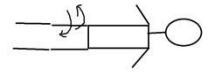


بررسی لقی

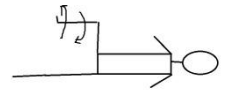
- تست لقی تیبیا



- تست چهارپایه کوتاه : نشستن و برخاستن مثل حالت توالت
- تست چهارپایه بلند : نشستن لبه تخت و برخاستن
- SLR
- Rooling



Ext & int hip rotation -



- بررسی حرکات از حالت خوابیده به نشسته : مختل = ضعف عضلات پاراورتبرال
- بررسی محدودیت حرکت اندام فوقانی

بردن دستها به پشت سر = تست abd,flex,ext rot

بردن دستها به پشت کمر = تست add,ext,int rot

- بررسی مفاصل :

ROM	تورم	اریتم	گرمی	تندرنس	راست-چپ
NL یا قادر به حرکت نیست					شانه
		-	+		آرنج
					مچ دست
					MCP PIP
					هیپ
					زانو
					مچ پا
					MTP PIP

- توجه به علایم دهانی مانند آفت یا زخم. علایم گوارشی - پوست - درگیری چشمی (یوویت) - لنفادنوپاتی (سارکوییدوز)
- علایم عصبی : DTR - بابنسکی

اگر تندرنس مهره های گردن داشت توجه به بابنسکی و رفلکس تاندونی (احتمال دیسکوپاتی)

توجه به علایم تنگی نخاعی مانند خستگی در راه رفتن

اگر مشکل زانو داشت بررسی وضعیت گیت - دفورمیتی ژنواروم یا والگوم (به نفع استئوآرتروز)

گواهی فوت

- Cardiac arrest . refractory septic shock . end organ damage
- Septic shock , heart failure

- Sepsis , uremic encephalopathy
- DM , uremia
- HTN+DM , ESRD , cardiac arrest , asystole
- CLL , respiratory failure , cardiac arrest
- Muscular dystrophy , respiratory distress , sepsis , septic shock
- COPD , COPD exacerbation , cor pulmonale , multi organ failure
- آنوریسم آئورت پاره شده – ATN - نارسایی کلیه

دوز معمول داروها

- Ampicillin/1gr/qid
- Amikacin/400/bd
- Clindamycin/600/tds
- Ceftazidime/1gr/bd
- Ceftriaxone/1gr/bd
- Cefepime/1gr/bd
- Ciprofloxacin/400/bd
- Ceftizoxime/1 gr/tds
- Imipenem/500/qid
- Metronidazole/500/tds
- Meropenem/1gr/tds
- Piperacillin/ 3.375 mg/ iv/ st & qid
- Vancomycin/1gr/bd
- Vancomycin in CKD : 1 gr/st and then q5 day
- Ampicillin/ 1 in 500cc NS
- Endoxane (cyclophosphamide) : هر ویال 500 میلی گرم است. ابتدا هر ویال در 20 سی سی سرم حل میشود. سپس معمولاً 750 میلی گرم یا 1 گرم ، در 1 لیتر سرم حل شده طی 4 – 6 ساعت تزریق میشود
- Remicade (infliximab) : هر ویال 100 میلی گرم است . معمولاً 3 ویال (گاهی 4 یا 5 ویال) تزریق میشود : بصورتی که حجم محلول تزریقی با خود ویال جمعاً به 250 سی سی رسانده و طی 2 ساعت تزریق شود
- Alprostadil : روز اول 20 میکروگرم ، دوم 40 و روز سوم و چهارم و پنجم نیز هر روز 40 میکروگرم تزریق میشود
- Amp methadone/ iv/ 5mg/ daily or bd,tds
- Mg sulfate : 2cc/liter

اردر کلی

- Imp (impression) : علت بستری / تشخیص اولیه / علامت → GIB/ DKA/ Dyspnea
- Condition : bad / ill / not good / good
- Activity : CBR / RBR
- DIET : NPO , PO (regular / diabetic / uremic / low salt low fat)
- IV line be fixed در صورتی که نیاز به تزریق وریدی وجود دارد
- Routine lab tests : CBC(diff) — Na — K — Ca- P - BUN — Cr — Uric Acid -Tot Pro — Alb — AST- ALT — ALP — Bil (T,D) — PT-PTT-INR — CPK — LDH — U/A —
- DM : TG- CHOL (LDL , HDL) — 25(OH) D — TSH — A1C
- diarrhea : calprotectin in stool —S/E- SC
- abd pain : Amylase — Lipase
- over 50 years : CKMB — Troponin
- Others : Mg
- Anemia :Iron profile (FE/Ferritin/TIBC) — Retic - LDH
- Lupus/RA/vasculitis/GN : ESR- CRP — RF — Anti CCP — ANA — Anti ds DNA — C3-C4-CH50 — cryoglobulin- ANTI GBM- ANCA (C , P)
- Candid for corticosteroid or anti TNF pulse : sepsis workup + (PPD — SS Ab — SS Ag in stool — Hbs Ag — Hbs ab — HCV Ab — HIV Ab)
- Sepsis work up : CBC-U/A — UC — ESR — CRP — S/E — SC — B/C *3
- CXR (PA) : + Lat in PE

برای بیماران بدحال ، نوشته شود : پس از استیبل شدن

ویا در صورت وجود ، از چست پرتابل استفاده شود

- ECG (برای بالای 40 سال)
- مشاوره قلب و اکو (برای بالای 40 سال)

- Serum بر حسب شرایط

(D/S IV/2000 CC/24 h) : NPO و عادی

افت فشار و خطر ادم ریه یا نارسایی قلبی : (NS/300 cc/stat و سپس تکرار در صورت افت فشار و نبود رال)

HS برای فشار بالا و یا DKA

NS برای فشار پایین

- cvs q2h
- Fever chart (در صورت تب)
- Tab Pantoprazole/40/I/Daily
- در صورت افزایش کراتینین (بررسی ua از نظر سدیمان - سونوی کلیه - i/o chart – bun/cr/na/k daily)
- شرط تجویز برخی داروها

Ace , ARB : if BP>100 , CR<2 , K<5.5

Beta blocker : if BP>100 , HR>60

Lasix (furosemide) : if BP>100 , K>3.5

- در درگیری صفراوی ، مورفین ممنوع است ، پتدین می دهیم
- در درگیری کلیوی ، پتدین ممنوع است ، مورفین می دهیم
- در هردو متادون ممنوع است

CKD

- در حد 10 تا 11.5 نگه داشته شود: Hb
- EPREX /4000/SC
- I/O chart
- Serum : NS : I=O+150/200/250 / QID
- Check BUN/Cr/Na/K Daily
- در صورت افزایش کراتینین (بررسی ua از نظر سدیمان - سونوی کلیه - i/o chart – bun/cr/na/k daily)

BUN , Cr افزایش

- رژیم اورمیک
- Serum DS: I=O+ (150-200-250 CC)/QID
- ABG or VBG
- Na,K,BUN,Cr Daily
- Routine lab + Fe,Ferritin,TIBC , 25 OH D, iPTH
- I/O chart
- U24h (Pr, Cr , volume)
- TAB PANTOPRAZOLE 40/D
- انسولین چارت در بیمار دیابتی و کلیوی ، بجای هر 25 تا ، به ازای هر 50 تا بالای 200 = 1 واحد انسولین ، تا هیپوگلیسمیک نشود
- اگر طبق سونو، احتمال انسداد و پست رنال است : amp ceftriaxone/1gr/iv/st & BD

- در نارسایی حاد ، سوند نلاتون جهت تعیین رزیدوی ادراری (در صورت رزیدوی بالای 150 سی سی ، سوند فولی فیکس شود و مشاوره ارولوژی داده شود)
- در نارسایی حاد ، بررسی U/A از نظر سدیمان
- مشاوره جراحی اورژانس جهت شالون گذاری (در صورت نیاز . در اینصورت باید ptt , pt , plt اورژانس رد شود (
- دیالیز اورژانس در صورت اندیکاسیون (آسترسکی ، تهوع و استفراغ شدید ، رال ریه ، کاهش هوشیاری ، اسیدوز یا هیپرکالمی مقاوم) که بار اول بصورت : 2 ساعته با دور 150-200 و کوئل R4 یا R5 و بدون هپارین و با سالیین فلش خواهد بود (یا با هپارین لو دوز).
- در صورت هموگلوبین پایین ، 1 واحد پک سل حین دیالیز تزریق شود و معادل آن حجم گرفته شود.
- در صورت پتاسیم پایین ، 2 ویال پتاسیم در کل مایع دیالیز ریخته شود.

- سونوی کلیه و مثانه و مجاری ادراری با تعیین رزیدو
- توجه : در cr بالا باید GFR محاسبه و دوز آنتی بیوتیکها از اپتودیت یا مداسکیپ $adjust$ شود
- در صورت ادم شدید یا آنازارک : $Drip Lasix 3mg/h + Alb/1 vial/daily$
- برای دیالیز در فشار پایین : 1. میتوانیم دوپامین یا نوراپی نفرین بزیم وقتی فشار بالای 10 شد برای دیالیز بفرستیم. تاکید کنیم مایع دیالیز ، بجای سیترات از بیکربنات باشد. سرد باشد. حین دیالیز غذا نخورد. موقع دیالیز اکسیژن بگیرد 2. یا میتوان دیالیز خشک انجام داد 3. یا برای نارسایی قلبی یا افت فشار و کاهش هوشیاری مثل مریض ای سی یو ، میتوان دیالیز به روش CRT انجام داد
- در صورت ckd بودن ، داروهای $maintenance$ گذاشته شود شامل :

(در صورت افزایش فسفر داده نشود) $Tab\ Calciteriol\ (Rocatrol)\ 0.25/l/d$

$Tab\ folic\ acid/5\ mg/l/d$

(برای افزایش کلسیم بصورت قبل غذا و برای کاهش فسفر بصورت همراه غذا خورده شود) $Tab\ caco3\ 500mg/TDS$

(در صورت فسفر بالا) $Tab\ renagel\ 800/l/TDS$

$Tab\ ferrous\ sulfate\ //BD$

$Tab\ nephrovit\ /1/d$

$Amp\ Eprex/4000\ u/SC/3\ times\ per\ week\ with\ dialysis\ \dots\ 3/w$

- ویزیت عصر و روز تعطیل از نظر نیاز به دیالیز اورژانس
- در صورت هموپتیژی/ GIB یا کاندید بیوپسی کلیه :

5 پاف در هر سوراخ بینی/ $SPRAY\ DDAVP/$

$Cryoprecipitate/10\ u/st$

CBC,BT,CT,PT,PTT,INR

- کاهش هموگلوبین شدید در بیمار کلیوی :

اگر دیالیز میشود : 2 واحد پک سل حین دیالیز تزریق شود و معادل آن حجم گرفته شود

اگر دیالیز نمیشود : 1 واحد امروز - 1 واحد فردا بگیرد

- Amp venofer/1/w
- Eprex/4000 u/sc/3 in week
- Check: Fe, ferritin , TIBC

Acute on chronic renal failure

- در صورت ادم:

amp Lasix 80mg/iv/st & tds + vial alb 20%/tds (if $k > 3.5$, sbp > 100)

توزین روزانه

کنتراست نفروپاتی

- هیدره کردن در بیمار کراتینین بالا برای انجام MRI , ct جهت جلوگیری از کنتراست نفروپاتی

- از 48 ساعت قبل ، دیورتیک و ACEI , ARB قطع شود

- از 24 ساعت قبل تا بعد کنتراست : NAC/1200/BD

- از 12 ساعت قبل تا بعد : NS/100 cc/h

- 3 ویال بیکربنات سدیم در 850 سی سی 5% DW ، یک ساعت قبل از پرتونگاری ، با سرعت 3CC/Kg/h تا پرتونگاری

و 6 ساعت پس از آن با سرعت 1cc/kg/h

- ACEI و ARB و متفورمین ، 48 ساعت قبل از CT یا MRI قطع شود

- روز قبل از سی تی یا ام ار ای Tab NAC / II/BD/

- یک عدد یکساعت قبل از انجام سی تی یا ام ار ای Tab amlodipine 5 mg/

هیپوناترمی

- u/a --> SG , Na

- I/O chart

هیپرnatremی

- اگر سرم NS میگیرد به HS تبدیل شود

- اگر دیابتی نیست : سرم DW5% - بر حسب وزن ، 80 cc/h ، برای 12 ساعت ، همراه چک سدیم tds تعبیه NGT و سپس 100 cc/h ، برای 30 ساعت آب آزاد گاوآژ شود
- اگر دیابتی و هوشیار است : همان مقدار آب بخورد
- اگر دیابتی است و هوشیار نیست : گاوآژ شود

هیپو / هیپرناترمی

خلاصه (فرمول ADROGUE ساده شده) : مقدار سرم برابر است با $\frac{\text{تفاوت سدیم مایع-سدیم بیمار}}{\text{که در طی این ساعت داده میشود}}$ دوبرابر تفاوت سدیم بیمار از 120 در هیپو یا 140 در هیپر

توضیح اینکه مقدار مطلوب در هیپوناترمی 120 و در هیپر 140 میباشد

در صورت خستگی و عدم تمرکز جهت محاسبه ، میتوانید با مراجعه به سایت WWW.MEDCALC.COM و دادن سدیم مریض و انتخاب سرم موجود ، به راحتی مقدار سرم در ساعت را بدست آورید.

- مثلاً در خانم 60 ساله با سدیم 117 که میخواهیم سالیان 5% معادل 855 میلی اکی والان بدهیم :

$$TBW=0.5*60=30$$

$$\text{تفاوت مخرج} = 855-117 = 738$$

$$500*31 / 738 = 21 \dots \text{TIME} = 2* (120-117)=6 \rightarrow 21 \text{ CC/H FOR } 6 \text{ H}$$

- مثلاً در خانم 60 ساله با سدیم 156 که میخواهیم آب یا دکستروز 5% بدهیم :

$$TBW=0.5*60=30$$

$$\text{تفاوت مخرج} = 156 = 0-156$$

$$500*31 / 156 = 100 \dots \text{TIME} = 2* (140-156)=32 \rightarrow 100 \text{ CC/H FOR } 32 \text{ H}$$

- توضیح کامل: مثلاً در خانم 60 کیلو با سدیم 117

$\frac{\text{سدیم مایع-سدیم بیمار}}{\text{مقدار تغییر ایجاد شده در سدیم بیمار به ازای یک لیتر مایع دریافتی}}$

- از طرفی اگر هر 1000 سی سی مایع ، باعث مقدار فوق (یعنی 23 در این مثال) تغییر سدیم شود چند سی سی باعث 120-117 یعنی 3 تا تغییر میشود؟ تناسب :

$$23/3 = 1000 / X \rightarrow X=130 \text{ CC}$$

- چون مجاز به 0.5 میلی اکی والان تغییر سدیم در ساعت هستیم پس برای تغییر 3 تا ، 6 ساعت زمان لازم است بنابراین 130 سی سی در 6 ساعت داده می شود یعنی 21 سی سی در ساعت برای 6 ساعت

- اکی والان سرمها :

Salin 5% = 855 mmol/l
 Salin 3% = 513
 NS 0.9% = 154
 RINGER = 130
 HS (0.45%) = 77
 $1/3 \text{ } 2/3 \text{ (} 0.3 \text{ NS + } 3.33 \text{ DW)} = 51$
 DW5% = 0
 WATER= 0

هیپرکلسمی

- Amp pamidronate / 60 mg in 500 cc NS / in 2h
- Check ca/ QID
- Serum NS or DS/3000 cc / 24h
- Amp dexamethasone /8 mg/ tds (هر آمپول = 2 میلی)
- Nasal spray calcitonin / 2puff/ bd / در هر سوراخ بینی
- Amp Lasix 40 mg/iv /tds

هیپوکلسمی

- Check shevostec and trausso q2h
- U24h (pr,volume,cr,ca,p)
- PTH, 25 OH D , TSH , FT3,FT4 : بخصوص اگر بدنبال تیروئیدکتومی باشد :
- سونوگرافی تیروئید (اگر بعد از تیروئیدکتومی باشد)
- Check ca qid
- Ca gluconate/1 vial in 100 cc NS/iv/st/ آهسته با مانیتورینگ قلبی
- Ca gluconate / 10 vial in 1 liter (900 cc) dw5% (NS IN DM) / 20-30 cc/h or in 12h
- Tab calciteriol/1/bd
- Pearl vit d/50 000 / l/weekly
- Tab caco3/500 mg/2/tds

- در صورت تیروئیدکتومی : روزانه یک قرص لووتیروکسین + چک TSH

- Amp cefepim / 1 gr/bd + clindamycin 600/tds در صورت تب

- در صورت تشنج ، Mg هم بگیرد : Mg so4/5 cc in each lit of serum

بیوپسی کلیه

اردر قبل از بیوپسی:

- Cvs q1h
- NPO for 2h

- CBR till 7pm
- u/a*3 (hematuria)
- check hb /tds
- cbc,pt,ptt,inr 6 pm
- serum HS/500 cc/st
- Amp ms/2mg/iv/ prn*1
- Tab acetaminophen 500/po/st
- Pc/reserve 2 u/ isogroup & isoRH & crossmatched
- If hb<10 → pc/2u
- Amp ceftriaxone /1gr/iv/st/ 0.5h before biopsy

- کیسه شن تا 4 ساعت در محل بیوپسی ، سونداژ شود ، حرکت نداشته باشد
- اجتناب از تجویز هپارین ، وارفارین ، ASA
- ویزیت عصر هر دوساعت از نظر چک فشار، حال عمومی ، هماچوری

کمبود بیکربنات

- راه اول :

$$PCO_2/X \cdot 24=40$$

$$x-hco_3=A$$

$$Hco_3<5 \rightarrow A*1*W$$

$$5<HCO_3<10 \rightarrow A*0.7*W$$

$$10<HCO_3 \rightarrow A*0.5*W$$

A= مقدار کمبود بیکربنات برحسب میلی اکی والان

هر ویال بیکربنات ، 50 میلی اکی والان است

نصف کمبود را در 1 ساعت اول و بقیه را در 8 ساعت بعدی میدهم

- راه دوم :

$$Meq= (24-B)*W*0.4$$

هیپر کالمی

- بصورت کلی : اگر $K=5.5 - 6.5$ --- کی اگزالات

اگر بالای 6.5 بود یا تغییرات ECG داشت (T بلندتر از دوسوم کمپلکس) --- درمان کامل

- ECG
- Amp ca gluconate 10% / 1vial / iv /st / (آهسته با مانیتورینگ قلبی و طی 15 دقیقه)
- Insulin regular 10 u + glucose 50% / 2vial / iv/st

اگر قند پایین هم باشد انسولین + گلوکز مشکلی ندارد

اگر کراتینین بالا باشد 8 واحد انسولین + گلوکز زده می شود

در صورت قند بالای 250 ، گلوکز لازم نیست

- Key exalate:

Enema : key 50 gr + lactulose 100cc + NS or free water 200 cc

استت انما شود و سپس در صورت $k > 5.5$ بصورت QID

Oral : key 50gr + lac 50cc + water 100cc

- Check k, 1h later and tds

- اگر بعد از یکساعت ، پتاسیم یک واحد پایین نیاید مقاوم است و باید دیالیز اورژانس شود

- اسپری سالیوتامول هم میتوان داد

- اگر قرار است بیمار طی ساعات بعد ، دیالیز شود درمان انسولین + گلوکز نمیدهیم . چون باعث شیفت پتاسیم از خون بداخل سلول میشود.

- در صورت پتاسیم بالا + مصرف لوزار : میتوان قرص فشار را به پرازوسین یا نیتروکانتین چنج کرد

هیپوکالمی

1- Check k tds

2- درمان استت میدهم :

Kcl/10cc/po/tds or Serum NS /300cc + kcl /10cc/st

3- در صورت ادامه پتاسیم پایین ، پتاسیم دریافتی با سرم را زیاد میکنیم :

$K < 3.5 \rightarrow$ kcl 20 cc/l

$3.5 < k < 4.5 \rightarrow$ kcl 15cc in each liter of serum

$k > 4.5 \rightarrow$ -

4- اگر حداکثر پتاسیم (25 سی سی در لیتر) را میگیرد :

Check Mg : if $mg < 1.7 \rightarrow mg \text{ so}_4 / 2cc/l$ of serum

5- داروهای مولد هیپوکالمی قطع شوند :

Folate – b12 – G-csf

6- در موارد هیپوکالمی+آلکالوز : تجویز آلداکتون سودمند است

تب و پیوند

- مشاوره قلب از نظر احتمال اندوکاردیت
- ویزیت روز تعطیل از نظر تب و رویت آزمایشات
- در صورت سر درد brain CT ، اورژانسی
- PPD ، اسمیر و کشت خلط از نظر BK *3
- سونوی کالرداپلر کلیه پیوندی
- سونوی کلیه های native و کلیه پیوندی
- Imipenem+ vanco
Or ceftriaxone / 1gr/ st&bd
Or cipro+metro در اسهال
Or ceftizoxim + metro
- Cellcept (mycophenolate mofetile) : hold
- Cyclosporine (neoral , sandimmun , imural) /25 m/bd
- Prograf (tacrolimus) : 50% کاهش یابد
- Amp hydrocortisone / 100 st & 50 tds : در صورت مصرف پردنیزولون
- Amp pntazole 40/d
- BUN,cr,na,k daily
- SS Ab , SS Ag , ca , p , ipth , 25 oh D , fe , ferritin , TIBC
- Calprotectin در صورت اسهال
- Cmv pcr (pp 65) : کمی و کیفی
- Cyclosporine level (c0,c2)
- Tacrolimus level
- HBSAg, HBsAb , HBcAb , HIV Ab
- Bk virus in serum & urine - c.diff toxin A,B
- Fever chart
- I/O chart

تب و پرمیکت

- Amp ceftazidim/1 gr/q 48h
- + Amp amikacin/500/q72h (استت بعد از دیالیز و سپس هر 3 روز یکبار پس از دیالیز)
- +Amp vancomycin/ 1gr/q5d (استت بعد از دیالیز و سپس هر 5 روز یکبار پس از دیالیز)

- Or ceftriaxone/1gr/q2d (استت بعد از دیالیز و سپس هر 2 روز یکبار پس از دیالیز)
- u/a , uc , B/C*3 , SE,S/C
- کشت از لاین پرمیکت یا ترشحات شالدون
- Fever chart
- I/O chart
- Pantoprazole40/I/d
- Amp EPREX 4000u/sc/ 3/w
- سونوی کلیه و تعیین رزیدو
- Serum NS: I=O+150

- دیالیز 3 ساعته با دور 200 و کوئل R4 ، امشب انجام شود

دیابت

- در شرح حال ذکر شود : آکانتوز نیگریکانس - DTR - بابنسکی - لمس سطحی (منوفیلان) - لمس عمقی - گرما - سرما - ویریشن (دیپازون روی پا) - پوزیشن (بستن چشمها و تشخیص جهت حرکت دادن شست پا توسط ما)
- مشاوره چشم
- مشاوره تغذیه
- مشاوره جراحی در صورت زخم پا
- در قند بالا در بیمار سرپایی ، پس از رد DKA (VBG,K,UA) ، با توجه به K ، اگر پتاسیم پایین بود انسولین بصورت SC داده میشود تا کم کم اثر کند و اگر پتاسیم پایین نبود انسولین بصورت وریدی داده میشود. مقدار انسولین تجویز شده = به ازای هر 50 تا قند بالای 200 ، یک واحد رگولر. 4 واحد 4 واحد میزنیم تا قند کنترل شود. سپس از بیمار خواسته میشود به درمانگاه غدد مراجعه کند.

اگر به هر دلیلی این بیمار بستری شد مثلاً بدحال بود : NS+insulin 0.1-0.3 U/kg

- در قند بالا در بیمار بستری، پس از رد DKA (VBG,K,UA) ، درپ انسولین داده میشود :

Drip insulin regular 2-6 u/h + serum HS 100 cc/h + (kcl 10cc/l if k<4)

Check k q4h

Check BS q1h

If BS<200 → change HS to DW5%

در نهایت ، اگر قند کنترل شد روی چارت و اگر همچنان بالا بود روی درپپ میگذاریم

- موارد زیر ، کنار اردر نوشته شود (GFR برای تنظیم دوز آنتی بیوتیکها - K برای زدن انسولین - BS اولیه)
- اگر بیمار دیابتی را که قرص میخورد NPO کنیم و یا برای کنترل قند ، باید چارت انسولین بگذاریم

Insulin chart / 6-12 6-12 /

به ازای هر 25 واحد قند بالای 200 ، یک واحد انسولین رگولر تزریق شود. در کلیویها به ازای هر 50 واحد. در صورت قند بالا در ابتدا چند واحد انسولین زیر جلدی استات بصورت هر 50 تا بالای 200 معادل یک واحد رگولر ، زده شود. در صورت داشتن پتاسیم و نیود هیپو کالمی میتوان وریدی زد.

- Check bs : 6-12 , 6-12 , 3am / (6-8 , 12-2 , 6-8 , 3 am)

- نحوه NPO کردن بیمار دیابتی :

اگر احتمال جراحی دارد : درپپ انسولین + چک قند خون هر 1 ساعت

- وگرنه : سرم DS + انسولین چارت

اگر همچنان قند بالا بود :

If k <4.5 -> 10 cc kcl in every liter of serum

Insuli chart hold

Drip insulin regular / 2-4 u/h

Check BS q1h

اگر قند پایین آمد دوباره چارت شود. اگر بالا رفت افزایش درپپ انسولین

- در شرح حال قید شود : آکانتوز نیگریکانس - داشتن گلوکومتر - هیپوتانسیون ارتوستاتیک

BMI – GFR-k

- مشاوره چشم
- مشاوره تغذیه
- مشاوره جراحی در صورت زخم پا

- CHECK ca-p-25 OH D – TSH (autoimmune dis) – hb A1C – Urine spot test (alb/cr)
- در صورت hb پایین : پروفایل آهن – بررسی هیپو تیروئیدی (همراهی با سلیاک دارد. منس را هم زیاد میکند) – مشاوره گوارش
- در صورت شک به همراهی سلیاک : anti endomysial ab – anti TTG – anti gliadin ab
- در صورت مشکلات ادراری (مثانه آتونیک) : مشاوره ارولوژی – سوند فولی – بررسی یورو دینامیک UDS
- متفورمین روز آنژیو قطع میشود بعد از آنژیو BUN , Cr چک میشود خوب بود متفورمین شروع میشود.
- در قند بالا ، درپ انسولین : مثلا 2 u/h داده می شود. در صورت کنترل و نیاز به تبدیل به انسولین devided ، درپ انسولین ، 2 ساعت بعد از شروع NPH قطع شود
- موارد زیر ، کنار اردر نوشته شود (GFR برای تنظیم دوز آنتی بیوتیکها – K برای زدن انسولین – BS اولیه)
- اگر بیمار دیابتی را که قرص میخورد NPO کنیم و یا برای کنترل قند ، باید چارت انسولین بگذاریم

Insulin chart / 6-12 6-12 /

- به ازای هر 25 واحد قند بالای 200 ، یک واحد انسولین رگولر تزریق شود. در کلیویها به ازای هر 50 واحد.
- در صورت قند بالا در ابتدا چند واحد انسولین زیر جلدی استات بصورت هر 50 تا بالای 200 معادل یک واحد رگولر ، زده شود. در صورت داشتن پتاسیم و نبود هیپو کالمی میتوان وریدی زد.
- Check bs : 6-12 , 6-12 , 3am / (6-8 , 12-2 , 6-8 , 3 am)
- برای کیس جدید دیابت : انسولین استات/ وریدی + ان پی اچ / بازال / شبها/ مثلا 6 واحد + ویزیت روز تعطیل (چارت لازم نیست)
- سرم در بیمار دیابتی بدحال :

روش اول :

- سرم HS
- انسولین چارت (check BS q6h)
- در قند زیر 250 ، سرم به DS تغییر یابد

روش دوم :

- درپ را با bs/100 واحد انسولین در ساعت شروع میکنیم. قند را هر 1 ساعت چک میکنیم و بر اساس آن انسولین تنظیم میشود :

BS<120 ... insulin hold

120 -200 ... 1u
200-300 ... 2
300-400 ... 3
>400 ... 5

- در قند بالای 250 : چک اورژانسی (KETON) U/A , K , VBG , BS

دیابتیک فوت

- پانسمان روزانه زخم پا – مشاوره جراحی

- ABI/TBI
- Forefoot xray
- Amp cipro + clinda 600/tds

Or imipenem 500/qid

Or Amp imipenem + amp vancomycin

Or amp ceftazidim/1 gr/bd

Or ceftazidim/1 gr/iv/st & bd + clindamycin/600 mg/iv/ st & tds →

oral when discharge : cipro+clinda

زخم بستر

- Ceftaz/1gr/bd + clinda 600/tds
- پانسمان کامفیل comfeel

تشک مواج

- ویال گلوکز بالای سر بیمار باشد
- داروهای ACEI و بتابلوکر Hold شود
- سونوی شکم (بررسی کبد و پانکراس)
- سی تی شکم با کنتراست iv و oral (پروتکل پانکراس)
- CBR
- رژیم پرکبوهیدرات : Diet
- Check BS q4h
- UA – CBC – Fe,ferritin,TIBC – VBG – TG-CHOL- A1C – BUN-Cr – na-k- alb- tot pro – AST-ALT-ALP-BIL
- ECG
- CXR(PA)
- Serum DW10% / 100-250 cc/h (4-8 cc/kg/h)
- Check BS q1h

در طول درمان ، PO باشد. این درمان ادامه می یابد تا وقتی که 2 بار ، قند بالای 200 داشته باشیم. پس از آن سرم را نصف میکنیم. اگر دوبار دیگر قند بالای 200 داشتیم سرم را قطع کرده و بیمار دیابتی را روی چارت میگذاریم.

دیابت کاندید عمل

(Order قبل از عمل)

- Check BS q1h

از زمان NPO شدن و حین عمل (چارت انسولین)

- Serum DW10% , 50 cc/h از زمان NPO شدن
- If $k < 4.5 \rightarrow$ kcl 20cc in each liter of serum
- $4.5 < K < 5.3 \rightarrow$ 10 CC
- $K > 5.3 \rightarrow$ -
- Drip insulin regular 0.5 u/h
- BS<70 $\rightarrow$ glucose 50%/1 vial
- BS<120 $\rightarrow$ No insulin
- $120 < BS < 250 \rightarrow$ insulin 1u/h

250<BS<300 → 1.5 u/h

300<BS>350 → 2

350<BS<400 → 2.5

BS>400 → hold surgery

- چک K , VBG در زمان عمل
- چک na , k / qid تا زمان po شدن
- BS در حد 150 حفظ گردد

DKA , HHS

- هر سی سی kcl معادل 2 اکی والان
- سپسیس ورک اپ
- آمیلاز و لیپاز
- ECG جهت رد MI
- NPO
- چارت BS هر یک ساعت و K و VBG هر 4 ساعت
- Check BS q1h and VBG,K q4h
- Serum NS/2000 cc/st / in 1-3 h
- If $k > 3.2$: insulin regular 0.1 u/kg/st/IV
- معمولاً حدود 6 واحد – زمانی که پتاسیم نداریم انسولین را وریدی نباید بدهیم
- Line 1 : serum HS / 100-150 cc/h + kcl 15% بر حسب پتاسیم بیمار
- $K \geq 5.5$: -
- $3.5 < k < 5.5$: 5-20 cc in each liter of serum
- $K < 3.5$: 20-30 cc in each liter of serum
- Line 2 : serum HS/100-150 cc/h + insulin reg /0.1 u/kg , if $k > 3.2$
- بیکربنات فقط در $PH < 6.9$ داده شود
- Bicarbonate /1 vial in 200 cc NS + 10 cc kcl in 2h
- در صورت $BS < 250$ سرم هاف سالین حاوی انسولین به 5% DW تغییر می کند و در صورت ادامه افت BS ، به 10% DW تغییر می یابد
- بعد از خروج از اسیدوز و تحمل PO ، درپ انسولین به انسولین devided تبدیل میشود.

معیار خروج : $PH > 7.3$ + دو بیکربنات بالای 18 + BS در حد 150-200 حفظ شده باشد

نحوه تبدیل : مثلاً اگر $3u/h$ انسولین رگولر گرفته باشد در 24 ساعت $= 24 \times 3 = 72$ واحد در 24 ساعت. دوسوم این مقدار را صبح و یک سوم را شب تزریق میکنیم. از دوز صبح ، دوسوم NPH و یک سوم رگولر باشد. از دوز شب ، نصف رگولر و نصف NPH باشد.

روش : ابتدا تا دو ساعت باید اورلپ دریپ رگولر و سرم دکستروز با انسولین DEVIDED باشد بعد از دو ساعت اگر تحمل PO داشت انسولین Devided ادامه می یابد و دریپ و دکستروز قطع میشود. وگرنه ادامه دستور دریپ.
پس از قطع دریپ :

Check k , VBG q 4h / DC

Check K daily

COPD Exacerbation

- Semisitting position / CBR / pulse oximetry
- PPD
- اسمیر و کشت خلط * 3 (BK) -
 - O2 nasal 3-4 lit/min if $o_2 \text{ sat} \leq 90\%$
 - ABG
 - 4 پاف هر 20 دقیقه تا یکساعت سپس هر یک ساعت تا 4 ساعت ، سپس هر 6 ساعت / Spray salbutamol
 - Spray atrovent/ 4 puff q20 min for 1h , then q1h for 4h , then QID
 - Amp hydrocortisone 100/iv/st and 50/tds
 - اگر بیمار قلبی باشد بجای هیدرو ، متیل پردنیزولون داده شود
 - Amp m.prednisolone 20mg / iv/st & bd
 - در صورتی که اخیراً آنتی بیوتیک نگرفته :
روز اول دو عدد سپس روزی یکی / Amp ceftriaxone 1gr/iv/st & bd + cap azithromycin 250/
 - در صورتی که اخیراً آنتی بیوتیک گرفته یا بستری بوده :
amp cefepim/1gr/iv/st&bd+ amp ciprofloxacin 400/iv/st & bd
- inhaler symbicort (budesonide+formoterol)/1-2 puff/bd
- spray salbutamol/2-4 puff /QID (for 1 week in acute phase , then PRN)
- spray atrovent/ 2-4puff /QID
- spray seroflo (salmeterol)/250/2p/bd
- spray seretide (salmeterol+fluticasone)
- inhaler tiotropium (tiova-spiriva) / I/D

- spray becotide (beclomethasone)
- amp heparin/5000/sc/bd
- or amp clexan 40/sc/d

در صورت کراتینین نرمال و نداشتن منع انتی کواگولان و CBR بودن

- tab pantoprazole 40/d
- در صورت بدحال بودن ، مشاوره بیهوشی جهت انتقال به ای سی یو
- Tab NAC/I/D , or 600/bd

هموپتیزی

- NPO
- Check Hb QID
- Syr dextromethorphan 10cc/QID
- Tab acetaminophen codeine/QID
- Spray atrovent /4 puff/QID
- Serum
- ABG
- Pulse oximetry
- O2
- Tab tranexamic acid 25/TDS

- در صورت نیاز به برونکوسکوپی : PPD , اسمیر خلط از نظر BK*3

پلورال افیوژن

- نمونه خون همزمان و بررسی از نظر LDH , PRO , ALB
- Tap مایع پلور (در صورت لزوم زیر گاید سونو) و بررسی از نظر: اسمیر و کشت BK
- cell count (diff) , gram stain , culture , glucose, PH , cytology , ADA , pro , LDH , amylase ,
- اسمیر و کشت خلط از نظر BK
- در صورت خونی بودن نمونه تپ ، احتمال هموتوراکس وجود دارد : چک HCT
- If hct of tap fluid > 50% hct of blood = hemothorax
- در شک به کلاژنوزها : Anti ds-DNA – ANA – C3-C5-C50

- Spiral ct with iv contrast (برای دیدن پاتولوژی زمینه ای و لنفادنوپاتی)
- PPD
- TSH
- Decubitus xray (lateral)
- ABG
- Amp cefepim + cipro

پریکاردیال افیوژن

- Tab Prednisolone 5mg/I/TDS
- Tab cholchisin / 1/d
- Check anti ds-DNA – ANA – C3-C4-CH50
- مشاوره قلب اورژانس

ادم ریه

- اگر مایع بدهیم فقط بصورت I=0/ QID

- Semisitting position
 - Pulse oximetry
 - O2 nasal 2-3 l/min if o2 sat =<90%
 - ABG
 - Amp Lasix 40/IV/stat (if bp=>100)
 - Drip Lasix 3-5 mg/h if (SBP=>90 , K>3.5)
 - Serum TNG 5-10-20 mmacro/min (if sbp=>100)
- حداکثر تا 20 میتوانیم برحسب شرایط و فشار بیمار در یک ربع زیاد کنیم
- در صورت درد (معمولاً نمیدهیم) ، برحسب شرایط بیمار قابل تکرار است
Amp MS 3mg/IV/stat
 - Check bp q15 min

- مشاوره بیهوشی از نظر انتقال به ICU

- برحسب مورد :

Amp methylprednisolome/IV/BD

Amp Imipenem/500 mg/QID

Amp clindamycin/600 mg/IV/TDS

- در صورت هیپوتانسیون :

If $80 < \text{sbp} < 100$... serum dobutamin /5 macro/kg/min

If $\text{sbp} < 80$... serum dopamine / 5 macro/kg/min

- توصیه دکتر خالقی :

در صورت فشار خون بین 7-10 : اگر شواهد EF پایین مانند افزایش JVP یا جواب اکو داشتیم دوبوتامین میدهم. وگرنه دوپامین

- روش دوم :

در صورت فشار زیر 9 ، دوپامین 5-10 ماکرو در دقیقه. اگر جواب نداد در صورت $\text{HR} < 100$ دوپامین را تا 15 افزایش میدهم. در صورت $\text{HR} > 100$ ، نوراپی نفرین میدهم ($\text{NE} / 0.1 \text{ macro/kg/min}$)

ACS

- CBR , cardiac monitoring , routine Lab test
- ECG serial (0-4-8)
- CKMB & troponin serial
- Pulse oximetry
- O2 nasal 2-3 l/min if $\text{o}_2 \text{ sat} \leq 90\%$
- Tab A.S.A /325 mg st and 80 mg daily/PO
- Tab Plavix /300 mg /st and 75 mg/daily/PO
- Tab captopril 25mg/BD ... if $\text{SBP} \geq 100$, $\text{K} < 5.5$)
- Tab metoral 50 mg/ $\frac{1}{2}$ /BD (if $\text{SBP} \geq 100$, $\text{HR} \geq 60$)
- In DM instead of metoral: carvedilol 6.25 / $\frac{1}{2}$ /BD (if $\text{SBP} \geq 100$, $\text{HR} \geq 60$)
- Tab Atorvastatin 80 mg/st and 40 mg/HS
- Amp pantoprazole/40/IV/D
- Serum TNG/5 macro/min (if $\text{bp} > 100$)
- Amp MS/3 mg/IV/stat (if $\text{bp} > 100$ & no bradycardia)

- If cr=NL ... amp clexan 60 / sc / BD
- If cr=AbNL ... amp heparin /5000/SQ/QID

بیمار بدحال

- Amp Pantoprazole/40/IV/st and daily
- مشاوره بیهوشی از نظر انتقال به Icu
- در صورت نیاز به انتوبه و عدم تحمل : Amp midazolam 1mg/h
- در صورت تب : Amp Apotel/I/IV/stat , PRN ... if T>39
- در صورت فشار بالا
- Serum TNG / 5 macro/min if SBP>100
- Amp Lasix /20 mg/ IV/St
- در صورت فشار پایین
- با سمع ریه و به آهستگی serum NS/500cc/IV/st and repeat
- در صورت نیاز به چندبار تکرار سرم و احتمال رال ریه : مشاوره جراحی جهت cvp گذاری- آنقدر سرم نرمال سالین 500 را تکرار میکنیم تا 8-10 cvp حفظ شود یا رال ریه مانع ادامه سرم تراپی شود
- در صورت کاهش هوشیاری : Brain CT و مشاوره نورولوژی
- اگر دیسترس تنفسی دارد
- O2 nasal/3-4 lit/min if sat o2 <= 90%
- Pulse oximetry
- در صورت قند بالا : Drip insulin 1u/h + DW5% 200 cc/h / if BS<200
- در صورت نداشتن رگ مناسب : مشاوره جراحی جهت cv line
- در صورت مصرف پردنیزولون ، حتما بجای آن هیدروکورتیزون گذاشته شود
- در بیمار کنسری با احتمال متاستاز : سونوی شکم و لگن – مشاوره هماتولوژی و انکولوژی جهت شروع کموتراپی

کاهش هوشیاری

- در فرد الکلی با کاهش هوشیاری و تشنج ، احتمال دلیریوم ترمنس است بنابراین :
- هالوپریدول نگیرد چون آریتمی میدهد بخصوص اگر افزایش QT داشته باشد
- چک Ca , Mg
- بنزودیازپین
- Amp vit B1/tds
- اگر تب دارد : اکو از نظر اندوکاردیت – درمان مننژیت (آسیکلوویر – وانکو – مروپنم – آمپی)
- مشاوره بیهوشی از نظر انتقال به icu

- مشاوره نورولوژی
- پس از مشاوره نورو ، در صورت تایید انکال محترم نورو ، آنتی کواگولان شروع شود
- سونوی شکم و لگن در شک به کنسر و ...
- ویزیت هماتو در صورت آنمی در فرد کنسری
- Brain CT
- I/O Chart
- Fever chart
- Foley catheter
- O2 nasal
- Cvs q1h
- Amp pantoprazole
- Check BS → glucose if needed
- Check pupil → naloxone if needed
- Pulse oximetry
- Amp imipenem /500/st & qid
- Amp clindamycin / 600/st & tds
- Sepsis workup : u/a , uc, s/e , sc , b/c*3 , cbc
- Cbc/ bun/cr/na/k /daily
- Serum DS/2000cc/iv/24h

CPR

- مشاوره اورژانس بیهوشی جهت انتقال به ICU
- تماس با تکنیسین بیهوشی جهت انتوباسیون
- O2 with mask
- Pulse oximetry
- آتروپین ، آدرنالین ، سرم دوپامین بر حسب شرایط
- مشاوره اورژانس نورولوژی از نظر کاهش هوشیاری
- ساکشن ترشحات تنفسی
- ویزیت صبح و عصر تعطیل
- ECG

سپسیس

- Amp hydrocortisone/50/ st & tds

یکی از موارد زیر و یا ترکیبی:

- Amp imipenem
- Amp meropenem/1gr/tds
- Amp vanco/1gr/bd
- Amp ceftizoxim/1gr/bd
- Amp metro/500/tds
- Amp ampi/1gr/qid

تب

- Amp apotel/1 vial / iv/st and PRN if T>38.5

کمبود ویتامین D

- Pearl vitD / 50000 / 1/W for 2M

مسمومیت

- ترالی CPR بالای سر بیمار باشد
- پیگیری آزمایشات
- NPO در صورت کاهش هوشیاری
- اگر تا 2 ساعت بیاید : NGT & Washing
- اگر دیر تر آمد یا NGT را تحمل نکرد یا اجازه نداد : شارکول
-

- Amp pantazole 40/I/D
- Opium :

Amp naloxone/2 mg st & 0.4 PRN if o2sat<90%

Or 4 amp (each 0.4 mg) st. then 3 amp every 1h till 6h , then 3 amp in every liter of serum

ولی کلا هر تعداد نالوکسان زدیم جواب داد نصف آن را بصورت درپ سر 24 ساعته میگذاریم

- NAC : برای استامینوفن

150 mg/kg + serum DW5% 200 cc/iv/ in 0.5 h

50 mg/kg + 500 cc/ in next 4h

100 mg/kg + 1000 cc / in next 16h

- Serum DS /2000 cc/24h
- Cardiac monitoring + pulse oximetry
- O2 nasal
- Foley catheter

- PT,PTT,INR برای مرگ موش
- ABG
- Cbc , BS, BUN, cr,na,k, ast,alt,alp,cpk,ldh, pt,ptt,inr
- ECG

برای ارگانوفسفره

- Amp pralidoxime/ 1 gr/st/ then 1h later / then QID
- Amp atropine / PRN if HR<60

- Tramadol : phenytoein 250/3/iv/st and 125 tds

تشنج

- Amp phenytoein 750 mg/iv/st & 125 mg/tds
- Or amp depakin (valproate) 400 mg/iv/bd or 200/bd
- Carbamazepine

گریوز افتالموپاتی

- Amp methyl prednisolone 50 mg in 500 cc NS / infusion in 3h

Flare of RA

- تب مایع مفصلی و بررسی از نظر کریستال - سل کانت - دیف - اسمیر و کشت
- در صورت دیابتی بودن : انسولین چارت - چک HbA1C
- گرافی از مفصل ملتهب مثلا از نوک انگشتان تا مچ
- در صورت نیاز ، قرص (etrex) mtx ، سه عدد پنجشنبه سه عدد جمعه و یا آمپول هفتگی
- در صورت نیاز ، (pg E1) amp alprostadil بصورت :

Amp alprostadil/1/iv + 100 cc NS

روز اول یک آمپول=20 ماکرو ، چهار روز بعد روزانه 40 ماکرو=2 آمپول

با مانیتورینگ قلبی و کنترل فشار طی 8 ساعت به بیمار تزریق شود

- ادامه مصرف داروهای خودش : (HCQ) MTX – alendronate – hydroxychloroquine
- اگر کاندید گرفتن پالس کورتون است سپسیس ورک آپ شود :

B/C*3 – U/A – U/C – S/E – anti ss-Ab – ss Ag – HBSAg – HBSAb – HbcAb – HCVAb – HIV Ab
– PPD

- Wright & coombs wright
- Tab naproxen 500/d
- Anti ccp – ss ab – ss ag in stool (چون کورتون استروئید را فعال میکند)
- Check BS (6-12 6-12) (چون کورتون قند را بالا میبرد)
- Amp hydrocortisone 100 st & 50 tds
- Tab pantoprazole/40/d

زخم رینود/اسکلرودرمی

- Tab diltiazem 60/ ½ /bd
- Tab atorvastatin 40/I/HS
- Tab ASA 80/I/D
- کرم نرم کننده دست و پا
- Tab sildenafil/50/ ½ / bd
- دو عدد پنجشنبه و دو عدد جمعه / 2.5 MTX
- Tab folic acid 5/I/D
- amp alprostadil 40
- cap fluoxetine 20/d
- tab pentoxifylline 400/tds
- tab lozar

لوپوس و هموپتیزی

- C3 – c4 – ch50 – ANA – anti dsDNA – U24h – U/A –
- PPD

- اسمیر و کشت خلط از نظر BK*3
- مشاوره قلب – ریه – نفرو

- SPRAY ATROVENT
- ABG
- O2
- Amp hydrocortisone
- Check daily : Hb , BUN , Cr , Na , K , PT, INR

لوپوس

- Amp hydrocortisone/ 100 mg st & 50 tds
- SS Ag in stool , SS Ab , C3,C4,CH50 , anti cardiolipin , ANA,anti dsDNA, VDRL , anti lupus ab , B2 glicoprotein
- Tab alendronate /1/weekly
- Tab hydroxychloroquine
- If fever : imipenem/500/iv/qid + vanco/1gr/iv/bd

آرتریت سپتیک

- Xray
- تپ مایع مفصلی و بررسی از نظر کریستال . PH . CELL COUNT & diff . اسمیر و رنگ آمیزی و کشت
- Amp ceftriaxone/1gr/iv/st & bd
- Amp vancomycin/1gr/st & bd
- Tab naproxen 500/d
- Check BUN,cr daily
- Fever chart

GIB

CBR – NPO – 2 IV Line be fixed

- NGT در صورت تیلت مثبت - همتامز – ملنا جهت تشخیص خونریزی فعال – رکتوراژی در صورت تیلت مثبت و شستشو تا کلیر شدن
- سرم بر حسب شرایط بیمار . معمولاً

NS/500 cc/IV/stat + DS /2000 cc/IV/24h

در صورت داشتن تغییرات ارتواستاتیک ، ادامه سرم تراپی تا منفی شدن تغییرات (در افراد مسن با سمع ریه جهت رال)

- در صورت تهوع : Amp Plasil (metoclopramide)/I/st
- در صورت خونریزی فعال : Amp pantozol(pantoprazole)/80 mg/IV/st & drip 8 mg/h
- در صورت خونریزی غیر فعال : 80/st & 40/IV/BD
-
- Check Hb QID
- Reserve of 4 unit P.C (isogroup & isoRH & cross matched)
- تزریق دو واحد پک سل در صورت $Hb < 9$ ، در بیماران قلبی در $Hb < 7$ بصورت آهسته با سرعت 50 cc/h
- Check BP q 15 min (همراه چارت در پرونده)
- داروهای ضد فشار خون ، آنتی پلاکت و ضد انعقاد ، hold شود
- اگر فرد ASA میخورد و GIB دارد حتی با PLT نرمال ، توصیه به زدن پلاکت میشود. نیمه عمر پلاکت تا هفت روز است.
- مشاوره قلب و اکو جهت ok اندوسکوپی
- مشاوره سرویس گوارش (بعد از تیلت و TR به فلوی گوارش زنگ بزنید و در پرونده بنویسید)
- در خونریزی شدید یا شک به واریس مری یا در مریض کنسر معده

Octreotide / 50 macro/st & 50 macro/h

اسهال

- Calprotectin in stool

زردی / هپاتیت

- HBSAg, HBS Ab, HBcAb , HCV Ab, HAV Ab , CMV Ab (Ig M), EBV Ab (Ig M, Ig G) , GGT , IgG4 , Ig M , Ig G , Ig A , ANA, AMA , ASMA , Anti LKM, Ceruloplasmin, SPEP, UPEP
- Amylase, lipase, Fe, Ferritin , TIBC
- Sepsis work up
- Sono
- Fever chart
- مشاوره گوارش

آسیت

- در شرح حال ذکر شود : کبد و طحال بزرگ – اپایدر انژیوما در چست – کاپوت مدوزا در شکم – اریتم پالمار در دست
 - در صورت تب بیشتر از 4 لیتر : به ازای هر لیتر اضافه ، یک ویال آلبومین 20% تزریق گردد
 - مشاوره قلب از نظر ok جهت اندوسکوپی و کلونوسکوپی و تعیین EF قلب
 - سونوی شکم و لگن جهت بررسی مایع
 - اگر مایع کم بود : تب زیر گاید سونو
 - CT تری فازیک کبد
 - مشاوره گوارش
 - در صورت آنمی و ترومبوسیتوپنی : Fe-ferritin – TIBC- CBC daily – PBS
 - در صورت یبوست یا سیروزی بودن : syr lactulose/20cc/tds
 - Alfa fito protein
 - HBSAg – HbcAb – HBSAb-HCVAAb
 - نمونه خون همزمان از نظر : alb – pro-BS – LDH
 - تب تشخیصی و بررسی از نظر :
- ALB – cell count (diff) – pro- cytology – ADA – gram stain and culture – LDH – Glucose

- Via albumin 20% / I/TDS
- Tab Lasix 40 mg/ ½ /BD (MAX 160 mg/d)
- Tab aldactone 25 mg/2/BD (max 400 mg/d)
- Amp ceftriaxone 1gr/iv/st & bd + amp metronidazole 500 mg/st & tds
- Or ceftizoxim+metro
- Tab pantoprazole 40/I/D
- Tab carvedilol 6.25 mg/I/BD
- Fever chart
- Po : low salt & low protein

انسفالوپاتی کبدی

(سیروز + کاهش هوشیاری)

- Brain CT/MRI
- AMP CEFTRIAZONE
- Amp octreotide 50 micro + NS 100 cc
- VBG
- Foley catheter
- NGT
- مشاوره نورولوژی
- سونوی داپلر عروق شکمی
- انمای لاکتولوز / 30 سی سی / انما تا ایجاد اسهال و سپس هر 8 ساعت / 30 سی سی / خوراکی

سیروز

- در صورت تب بیشتر از 5 لیتر ، به ازای هر لیتر باید یک ویال آلبومین تزریق شود
- در صورت تورم شکم و شک به آسیت و عدم موفقیت تب : تب زیر گاید سونو
- واریس مری : ارجاع جهت باند لیگاسیون BL
- HbsAg-HCVAb-ANA-ASMA-Anti LKM – SPEP (serum pro electrophoresis)
- در صورت کاهش Hb بررسی لیز با Retic , LDH , Bil و انجام TR
- Vit k/10 mg/sc/d / for 3d
- Octreotide /50 micro/tds/sc

پانکراتیت

- NPO
- Serum ringer lactate/2500-3000 cc/24h
- Amp pethidine/25 mg/iv/prn
- Amp pantoprazole/40 mg/iv/d
- Amylase, lipase
- سونوی شکم و لگن
- مشاوره گوارش
- ABG
- Fever chart

کوله سیستیت

(تب و لکوسیتوز- ایکتر- درد)

- مشاوره جراحی
- Amp ceftizoxim 1gr/iv/st & tds + amp metronidazole /500/iv/st & tds
- Or ceftriaxone+metro
- سونوی شکم و لگن
- مشاوره گوارش

کلانژیت

(تب-ایکتر-درد شکم یا درد شکم و CBD دیلاته)

- سونوی شکم و لگن
- مشاوره گوارش
- اگر کاندید ERCP نیست با توجه به bed ridden بودن : amp heparin /sc/5000/BD
- Amp ceftizoxim+metro ... +- amp ampicillin/1 gr/iv/st & qid (در سن بالای 50 سال)

درد شکم

- سونوی شکم و لگن
- گرافی ایستاده و خوابیده شکم (احتمال انسداد = رویت سطح مایع هوا)
- مشاوره بیهوشی در صورت بدی حال عمومی و تورم شکم و افت فشار (احتمال پریتونیت)
- سونوی داپلر عروق شکمی (ترومبوز)
- LDH و CBC (لکوسیتوز) از نظر احتمال ایسکمی مزانترا
- سی تی اسکن شکم و لگن
- لوپ متسع بدون سطح مایع هوا + گاز در رکتوم : NGT جهت دکامپرس کردن

ERCP

- Amp vit k/10 mg/SC/st & tds
- UDCA 300/TDS
- Clexan از 12 تا 24 ساعت قبل ، قطع شود
- ASA DC
- آمیلاز و لیپاز ، 2 ساعت و 24 ساعت پس از ERCP
- PT,PTT,INR
- If INR>=1.2 → FFP/3U
- Amp ceftizoxim/1gr/tds + amp metronidazole/500/ tds
- از یکساعت قبل از ERCP
- ویزیت عصر رزیدنت از نظر حال عمومی و رویت آمیلاز و لیپاز
- NPO از 12 شب و شروع سرم DS/2000CC/24H
- از یک روز بعد PO شود
- Amp pantoprazole/40mg/iv/bd
- Reserve of PC/2u

هلیکوباکتر پیلوری

- Tab clarithromycin/500/1/bd
- Cap amoxicilline 500/2/bd
- Tab bismuth subcitrate/2/bd
- Tab pantoprazole 40/1/bd

یبوست

Enema : lactulose 30 cc + NS /200 cc

Or lactulose 50 cc + NS/100 cc + free water 200 cc

IBS

- نورتریپتیلین / شبها 10 nortriptyline
- هنگام اسهال : لوپرامید هر 8 ساعت loperamide
- هنگام یبوست : موسیلیوم یک ساشه در آب حل شود Mucillium
- هنگام درد : کلوفاک یکی colofac=mebeverine
- پانتوپرازول روزانه یکی

دیس پیسی

- سونوگرافی شکم (کبد و صفرا)
- اندوسکوپی در صورت اندیکاسیون
- تست پیلوری
- در صورت نرمال بودن موارد فوق، 4تا6 هفته تجویز :

Tab pantoprazole 40/bd + tab domperidone hexal / tds

- در صورت عدم پاسخ = ph متری و در صورت شواهد ریفلاکس ، جراحی

IBD flare

- NPO

- در صورت درگیری کولون : انمای ASA
- گرافی ایستاده و خوابیده شکم (احتمال مگا کولون)
- ویزیت عصر
- Fever chart
- Zoxim+metro و یا انتخاب بهتر : سیپرو+مترو
- گاهی مترو در کرون
- در صورت کاندید رمیکید بودن : چک وایرالها
- سطح دارویی رمیکید . سطح آنتی بادی رمیکید
- شیاف آساکول / BD تبدیل شود به انمای آساکول / BD

- فولیک اسید – کلسیم - الندرونات
- شیاف آساکول / قرص پنتاسا = مسالازین
- مشاوره جراحی جهت رویت گرافی
- Amp pantoprazole 40/bd
- پردنیزولون خوراکی (در موارد شدید ، هیدرو تزریقی)
- Mesalazine 2/bd or QID از ایلئوم به بعد اثر میکند
- Pentasa 500/2/tds از بالا به پایین همه جا اثر میکند. در کرون داده میشود
- مشاوره گوارش
- مشاوره قلب و اکو جهت کلونوسکوپی
- سپسیس ورک آپ
- CBC – S/E(OB) – ESR – CRP – CMV PCR – ANTI AMEOBA Ab – cl.diff (toxin A , B) – SS
- Ag – SS Ab – calprotectin
- سی تی شکم با کنتراست خوراکی و وریدی (جهت بررسی لنف نود و ...)
- PPD
- گاهی انفلکسیماب (رمیکید)
- گاهی کلونوسکوپی مجدد
- در صورت تنسموس یا درگیری رکتال : شیاف آساکول صبحها – انمای آساکول شبها

تب و نوتروپنی (بعد کموتراپی)

- AMP ceftazidim/2 gr/iv/bd + amp amikacin 400mg/iv/bd
- Or amp imipenem /500/iv/st &qid

از آنجایی که ایمی پنم آستانه تشنج را پایین می آورد در صورت داشتن سردرد ، بجای آن مروپنم داده شود

- در صورت زخم دهانی (موکوزیت) یا حال عمومی بد : amp vancomycin/1 gr/iv/st &bd
- در صورت کاندیدا یا قارچ : غرغره / cap fluconazole 100/d + drop nystatin 20d/tds
- زخم دهان : وانکو + syr diphenhydramine/10 cc/tds غرغره شود
- Sepsis work up
- Amp G-CSF (neupogen / filgrastim) / 300/sc/d
- If low bp : serum NS 500/iv/st + serum DS / 2500/24h
- Check k , CBC daily
- BUN,Cr,Na دوبار در هفته
- Tab pantoprazole 40/I/D
- Amp kytril (granisetron) //IV/BD در صورت تهوع
- سونوگرافی شکم جهت بررسی ارگانومگالی و لنف نودهای پارا آئورت
- تزریق پک سل در صورت نیاز
- تزریق پلاکت / ده واحد / در صورت افت زیر 20 هزار در بیمار تبدار و زیر ده هزار در بیمار بدون تب

آنمی

- Fe , Ferritin , TIBC
- B12 , FOLATE level
- PBS
- CBC
- LDH
- U/A
- ANA , COOMBS
- Retic count

TTP

- PC/ 2U
- Amp hydrocortisone 200mg/iv/st and 100/tds
- IVIG/ 400mg/kg/ هر ویال 25 گرم است روز 5 تا 5 ساعت و 4 روزانه طی
- LDH,BIL,Retic

اگر به نفع لیز بود حتما شالدون گذاری و سپس از طریق آن پلاسمافرز شود بطور متوسط مثلا برای 75 کیلو ، 2.5 لیتر پلاسما exchange شود (یا Alb و یا نرمال سالین)

- اگر پلاسما فرز نشد یا ivig موجود نبود : 3 پالس متیل پردنیزولون
Amp m.prednisolone/1gr/in 200 cc NS/ IN 2h

ITP

- Brain CT جهت رد خونریزی مغزی
- سونوی کبد و طحال
- PBS
- BMA

TLS

- در شک به سندرم لیز تومور (افزایش P , LDH , WBC) :

- Serum NS
- Tab allopurinol
- Rasburicase

BMB

- ارسال نمونه برای پاتولوژی
- ارسال نمونه خون همزمان از نظر CBC
- اکسیژن داشته باشد

تورم اندام با اختلاف سایز بیشتر از 3 سانت

- سونوی داپلر

دیسترس تنفسی ناگهانی

- Ct ریه

D-dimer

DVT/PTE

- Amp heparin 5000/iv/st and 1000u/h + check pt,ptt,INR/BD

- یا اگر cr طبیعی است و بیمار ، چاق < 120 کیلو نیست :

Amp clexan 60/sc/bd + warfarin 5/ ½ / D

- معمولا :

1-Heparin 5000 u/iv/st & 1000 u/h for 1-2 D

2-add warfarin 5mg/1/d

3- هپارین + وارفارین برای حداقل 5 روز و تا وقتی که $INR > 2$ برای 24 ساعت باقی بماند ، ادامه یابد

4- قطع هپارین

- FDP – D DIMER – Fibrinogen

- CTA of thorax

- سونوی داپلر اندامهای تحتانی

- در صورت دادن هپارین بصورت دریپ ، PTT بصورت QID چک میشود تا در رنج 45-70 حفظ شود

- وارفارین حداقل یک روز بعد از هپارین شروع میشود و حداقل 5 روز باید همپوشانی داشته باشد

- انوکسپارین را میتوان همزمان با وارفارین شروع کرد. با دوز 1mg/kg/bd ولی در کراتینین بالا و وزن بالا BMI>30 منع مصرف دارد.

- در صورت عدم امکان تجویز هپارین به علت ptt, inr ,pt مختل : مشاوره جراحی جهت تعبیه فیلتر

- اگر با دریافت هپارین دچار افزایش بیشتر از حد مورد نیاز در PTT شد :

Heparin HOLD

چک مجدد PTT . اگر مجدداً بالا بود 2u/kg از دریپ کم میکنیم. PTT باید در محدوده 50-70 حفظ شود.

	دوز پروفیلاکسی	دوز درمانی
Enoxaparin (clexan)	40 mg/sc/d	60 mg/sc/bd
Heparin	5000 u/sc/bd or tds	80 u/kg/iv/st + 18 u/kg/iv/h (5000 u/iv/st + 1000 u/iv/h

وارفارین توکسیسیتی

- FFP/15-20 CC/KG

AML M3 لوکمی

- CBR
- FDP , D-dimer
- PBS
- Check PML-Rar
- Check daily : cbc , pt , ptt , inr
-
- تزریق عضلانی ممنوع
- مشاوره اورژانس و تماس با آنکال هماتو
- توزین روزانه
- رزرو 10 واحد پلاکت
- پلاکت بالای 50 هزار ، حفظ شود
- رزرو دو واحد پک سل
- Serum NS/500 cc/iv/st
- حداقل سرم روزانه را بگیرد
- CAP tranexamic acid/250/tds
- بصورت دهانشویه در صورت خونریزی لثه / tds / amp tranexamic acid
- cap hydroxy urea/ 1gr/tds
- برای فرد 70 کیلویی بصورت 4 عدد صبح و 3 عدد شب / cap ATRA

سایتوپنی

- PBS

شک به مولتیپل میلوم

- BMA
- الکتروفورز پروتئینهای سرم و ادرار SPEP , UPEP
- Skull xray

G6PDD

- If urine PH<6.5 → Bicarbonate /1vial in every liter of serum

آنمی آپلاستیک

- Cbc(diff) daily
- Tranexamic acid/250/2/qid
- Cyclosporine 100/bd
- Danazole 20/1/d
- Prednisolone 5 mg/1/bd
- ویزیت هماتو
- If low plt : 10 u plt
- If hb<8 : 2 u pc
- PBS
- تزریق عضلانی ممنوع

تزریق خون

- اگر با وجود تزریق پلاکت ، پلاکت بالا نمی آید

یکساعت قبل از تزریق پلاکت AMP hydrocortisone/100mg/iv/

آنمی مگالو- کمبود B12

- Amp vit b12/1000/IM or sc/ سپس ماهانه
- Tab folic acid/5mg/d

احتمال متاستاز مغزی

- Amp dexamethasone/4 mg/qid
- Amp phenytoin/750 st & 125 tds

یا حق

جاوید ایران