

CHAPTER ONE

Case study: J.V.'s Digestive Problems

Chief complaint

J.V., a 22-year-old (y/o) college student, visited the university health clinic and stated he had a four-month history of a burning pain in the middle of his chest. He notices it more at night and has difficulty sleeping because of the pain. He also states that the pain seems to occur more frequently following late-night collage gatherings where pizza, spicy chicken wings, and beer are served.

شکایت اصلی

J.V. یک دانشجوی کالج 22 ساله ، به کلینیک سلامتی دانشگاه مراجعه کرد و بیان داشت که او چهار ماه است که درد سوزشی در وسط سینه خود دارد . او این (درد سوزشی در وسط سینه) را بیشتر در شب متوجه میشود و بخاطر درد مشکل خواب دارد . او همچنین بیان داشت که به نظر میرسد درد پس از گردهمایی های آخرشب دانشگاهی ؛ که پیتزا ، بال مرغ تند (فلفلی) و آبجو سرو میشود ؛ بیشتر اتفاق می افتد .

Examination

A well-nourished 22-year-old male complaining of (c/o) epigastric (upper abdominal) pain no longer relieved by antacids; orthopnea – currently sleeping with three pillows to aid in breathing; occasional swallowing problems, or dysphagia; ETOH (alcohol) consumption is six to eight beers per week; nonsmoker; no neurologic, musculoskeletal, genitourinary, or respiratory deficits. Referred to a gastroenterologist for ↑ acid production and gastroesophageal reflux disease (GERD).

معاینه

یک مذکر بیست و دو ساله خوب تغذیه شده شکایت میکند از درد اپی گاستریک (ناحیه فوقانی شکم) که دیگر با آنتی اسید ها تسکین پیدا نمیکند ؛ ارتوپنه -- در حال حاضر با سه بالش میخوابد تا به نفس کشیدن کمک کند ؛ مشکلات بلع گهگاهی ، یا دیسفاژی ؛ مصرف الکل شش تا هشت آبجو در هفته است ؛ غیر سیگاری ؛ هیچ بیماری عصبی ، اسکلتی عضلانی ، دستگاه ادراری تناسلی و یا تنفس وجود ندارد . به علت افزایش تولید اسید و بیماری رفلکس معده (GERD) به یک متخصص گوارش ارجاع داده شده است .

Clinical Course

The gastroenterologist saw J.V. and ordered an x-Ray study of his upper gastrointestinal (GI) system. Results demonstrated reflux disease, and J.V. underwent an esophageal gastroduodenoscopy (EGD) to visually examine his digestive organs from his esophagus to his small intestine. Results showed no evidence of bleeding, ulcerations, or strictures. The student was given educational material on GERD, including dietary recommendations. He was started on Prevacid and will be reevaluated in six month.

سیر بالینی

متخصص گوارش J.V. را معاینه کرد و دستور یک مطالعه اشعه ایکس بر روی سیستم گوارش فوقانی او داد . نتایج بیماری رفلکس را نشان داد و J.V. تحت اسکوپ مری- معده -دوازده قرار گرفت تا اندام های گوارشی او از مری تا روده کوچک به صورت بصری مورد معاینه قرار گیرد . نتایج هیچ نشانه ای از خونریزی ، زخم ها و یا تنگی ها نشان نداد . به دانشجو مواد آموزشی در مورد GERD داده شد از جمله توصیه های رژیم غذایی . او پرواسید (برای درمان و جلوگیری از زخم معده و روده استفاد میشود) را آغاز کرد و شش ماه دیگر دوباره مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت .

Case study: J.V.'s Case study Follow-Up

J.V. was scheduled for an esophageal gastroduodenoscopy as an outpatient procedure. The gastroenterologist was able to visualize the esophagus and the inside of the stomach. The area around the esophageal sphincter was a normal pink in color and showed no sign of esophagitis or ulceration. J.V. was started on a proton pump inhibitor to reduce stomach acid and advised to limit his intake of spicy foods and alcohol. At his follow-up appointment, he reported no repeat episodes of epigastric pain.

J.V. برای اسکوپ مری - معده - دوازدهه به عنوان یک پروسه سرپایی (بیمار همان روز میتواند مرخص شود) برنامه ریزی شده بود. متخصص گوارش قادر بود مری و داخل معده را به چشم ببیند. ناحیه پیرامون دریچه مری (کاردیا) به رنگ صورتی نرمال بود و هیچ نشانه ای از التهاب مری و یا زخم نبود. J.V. برای کاهش اسید معده مصرف یک مهار کننده پمپ پروتونی (با مهار آن غلظت و مقدار H^+ در معده کاهش میابد) را شروع کرد و به او توصیه شد که مصرف غذاهای تند و الکل را محدود کند. در این جلسه پیگیری (فالو آپ اپوینتمنت جلسه ای است که مدتی بعد از برای بررسی روند بهبودی برگزار میشود) او هیچ مورد تکراری از درد اپی گاستریک را گزارش نداد.

Case study: D.S.'s Arthritic knees

Chief complaint

D.S., a 68 y/o male, presents to his family doctor c/o bilateral knee discomfort that worsens prior to a heavy rainstorm. He states that his "arthritis" is not getting any better. He has been taking NSAIDs but is not obtaining relief at this point. His family physician referred him to an orthopedic surgeon for further evaluation.

D.S. مرد شصت و هشت ساله ، به دکتر خانواده اش مراجعه کرد و از ناراحتی دو زانو که یک بارش باران سهمگین بدتر است (پریور تو در اینجا معنای تقدم از لحاظ شدت و حدت را دارد) شکایت کرد. او اظهار داشت که آرتروز او بهتر نمیشود. او NSAIDs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs) داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی مصرف میکرد اما در این لحظه هیچ تسکینی حاصل نمیشود (تاثیر دارو از بین رفته است و دیگر اثر ندارد). پزشک خانواده برای ارزیابی بیشتر او را به جراح ارتوپد ارجاع داد.

Past Medical History

D.S. was active in sports in high school and college. He tore his ACL while playing soccer during his junior in college, at which time he retired from intercollegiate athletics. His only other physical complaint involves stiffness in his right shoulder, which he attributes to pitching while playing baseball in high school.

D.S. در دبیرستان و کالج در ورزش فعال میکرد. او رباط ACL اش را هنگام فوتبال بازی کردن در سال سوم دانشگاه (جونیور به سومین سال از دوره چهار ساله دانشگاه ها اطلاق میشود) پاره کرد ، در آن زمان او از ورزش میان دانشگاهی بازنشسته شد. تنها شکایت جسمانی دیگر او شامل سفتی در شانه راستش است ، که او از اثرات پرتاب توپ هنگامی که در دبیرستان بیس بال بازی میکرد میداند.

Current Medications

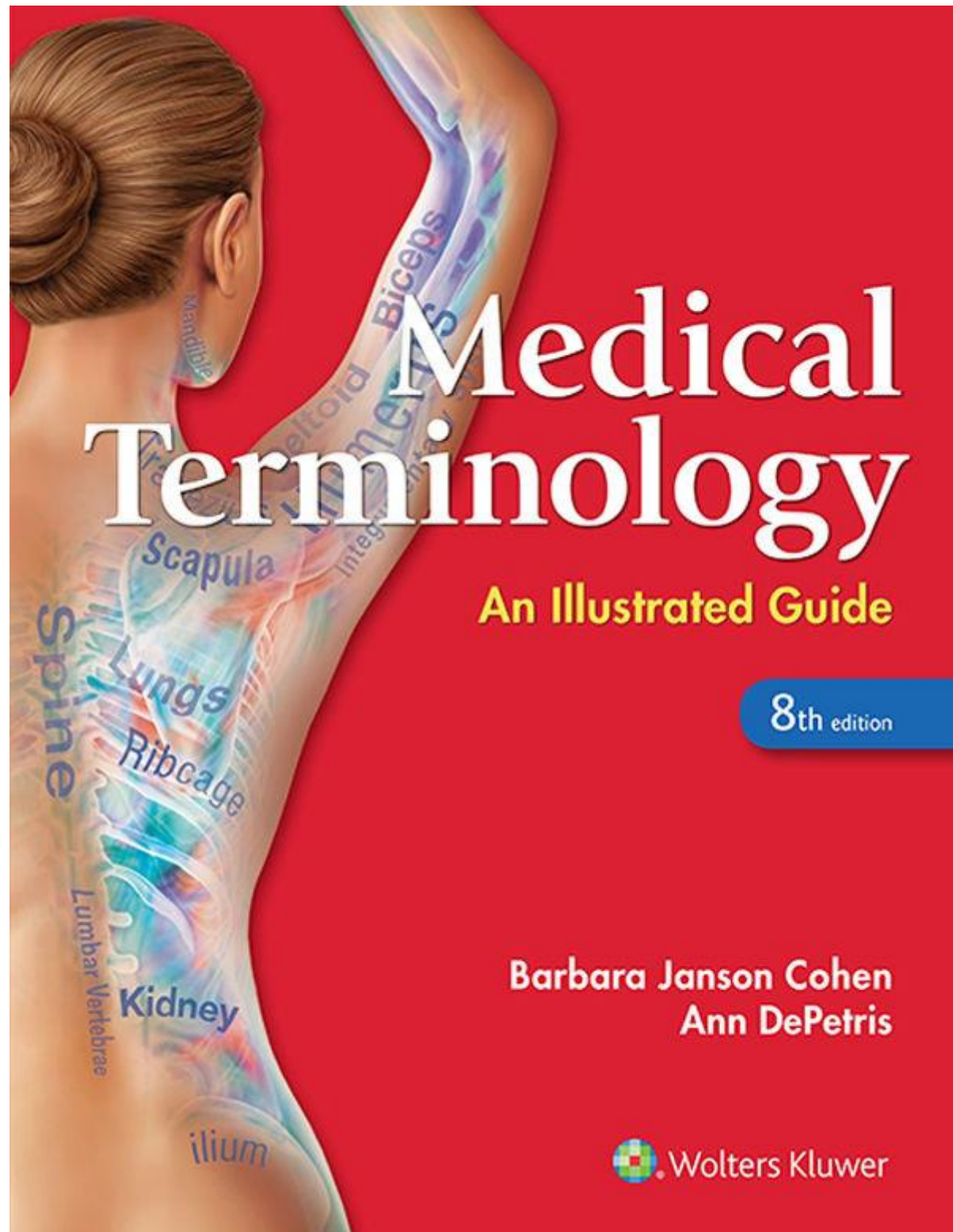
NSAIDs prn for arthritic pain; Lipitor 10 mg for mild hyperlipidemia.

NSAIDs بر حسب نیاز برای تسکین درد آرتريت ؛ لیبیدور (کاهنده چربی) ده میلی گرم برای هیپر لیپیدمی خفیف

X-Rays

Bilateral knee x-rays revealed moderate degenerative changes with joint space narrowing in the left knee; severe degenerative changes and joint space narrowing in the right knee.

اسکن اشعه ایکس زانوی دو طرف ، تغییرات فرسایشی متوسط و باریک شدن فضای مفصلی در زانوی چپ ، و تغییرات فرسایشی شدید به همراه باریک شدن فضای مفصلی زانوی راست را نشان داد.



CHAPTER FIVE

Case study: B.K.'s Stomach Ache

Chief Complaint

It was summer vacation, and B.K. and his older brother were hosting a lemonade stand in front of their home. Late in the afternoon, B.K., a 4-year-old male, appeared agitated and complained to his mother that he had a stomach ache. His mother recalled that she had given him a peanut butter and jelly sandwich and an apple for lunch earlier in the day. He had no problems eating his lunch. Later in the day, she saw her son curled up on the couch crying and holding his stomach, and she decided to take him to the after-hours clinic where the child's pediatrician was on staff.

شکایت اصلی

تعطیلات تابستان بودو B.K. و برادر بزرگترش در جلوی خانه شان میزبان یک جایگاه لیموناد بودند(با قرار دادن میز لیموناد میفروشند) بعدا ، در بعد از ظهر ، B.K. پسر چهارساله ، متلاطم به نظر میرسید (در چهره اش درد و مشکل هویدا بود) و به مادرش شکایت کرد که معده اش درد میکند. مادرش به یاد آورد که قبلا به عنوان نهار به او ساندویچ کره بادوم زمینی و ژله و یک سیب داده است. او برای خوردن نهارش هیچ مشکلی نداشت . بعدا در طی روز او پسرش را دید که روی نیمکت به خودش میپیچید (خم شدن به جلو شبیه حالت جنینی منظور است) و شکمش را نگه داشته است . و او تصمیم گرفت که او را به کلینیک خارج از وقت (پس از تایم معمول کلینیک ها هم باز میباشد – یه چیزی تو مایه ها شبانه روزی) ببرد ، جاییکه متخصص اطفال جز پرسنل بود .

Examination

Dr. Davies, B.K.'s pediatrician, had known the boy since he was newborn. B.K.'s parents made certain that their son had physical examination on a regular basis. His immunization were current, and aside from a few earaches and colds, B.K. was a healthy young boy. Upon arrival in the clinic, the office medical assistant recorded that B.K.'s vital signs were within normal limits. Dr. Davies then saw the patient and had him lie supine on the examination table. He performed a cephalocaudal assessment. The only abnormality causing concern was the abdominal pain B.K. said he was experiencing.

معاینه

دکتر دیویس ، متخصص اطفال B.K. ، از زمانی که تازه تولد شده بود او را میشناخت . والدین B.K. مطمئن شده بودند که پسرشان طبق روال معمول معاینات فیزیکی داشته باشد . واکسیناسیون (ایمن سازی) او طبق روال جاری بود و به جز تعداد کمی گوش درد و سرما خوردگی ، B.K. یک پسر بچه سالم بود . هنگام رسیدن به کلینیک ، دستیار پزشکی مطب ، ثبت کرد که علایم حیاتی B.K. در محدوده نرمال قرار دارند . سپس دکتر دیویس بیمار را دید و او را تاق باز بر روی میز معاینه گذاشت . او ارزیابی سفالوکدال – سر تا پا – انجام داد . تنها چیز غیر طبیعی که نگرانی درست میکرد ، درد ناحیه شکم بود که B.K. تجربه میکرد.

Dr. Davies asked B.K. to show him where it hurt the most. The boy first pointed to the left upper quadrant of his abdomen and then, somewhat confused, pointed to his right lower quadrant. The medical assistant returned and drew some blood for laboratory studies, which later showed normal results. Dr. Davies then ordered an abdominal x-ray.

دکتر دیویس از B.K. خواست که محلی که بیشتر درد میکند را به او نشان دهد . پسر بچه ابتدا به یک چهارم بالای و چپی (در تقسیم بندی چهارتایی شکم) اشاره کرد و سپس ، تا حدودی گیج شده ، به یک چهارم پایین و راستش اشاره کرد . دستیار پزشکی بازگشت و مقداری خون برای مطالعات آزمایشگاهی کشید ، که بعدا نتایج نرمالی نشان داد . سپس دکتر دیویس دستور اسکن اشعه ایکس شکم را داد.

Clinical Course

The x-ray revealed that B.K. had swallowed a nickel and a penny. The boy then confessed that he was trying to hide the money from his brother, so he had swallowed the coins. Dr. Davies explained to B.K. and his mother that he expected no serious complications and that the coins should be expelled in the next 24 hours or so.

سیر بالینی

اسکن اشعه ایکس نشان داد که B.K. یک ده تومنی و یک بیست و پنج تومنی بلعیده است. سپس پسر بچه اعتراف کرد که او تلاش میکرده است پول را از برادرش پنهان کند ، به همین دلیل سکه ها را بلعیده است . دکتر دیویس برای B.K. و مادرش توضیح داد که او انتظار هیچ عارضه جدی ای را ندارد و سکه ها میبایست در حدود 24 ساعت بعدی دفع شوند .

Case study: Outcome of B.K.'s Case

Teased by his brother but reassured by the doctor, B.K. spent a quiet afternoon and evening and slept through the night. In the morning, he went into the bathroom and had a bowel movement. Examination of his stool showed that the coins had been expelled, and B.K. felt much better. Following this experience, B.K. deposited his earning in his piggy bank.

در حالی که توسط برادرش دست انداخته شده بود و دکتر او را دوباره قوت قلب داده بود ، B.K. بعد از و عصر آرامی را گذراند و شب را خوابید . صبح ، او به دستشویی رفت و اجابت مزاج داشت . بررسی مدفوعش نشان داد که سکه ها خارج شده اند و B.K. احساس خیلی بهتری داشت . در پی این تجربه B.K. درآمزش (همون دو تا سکه) را در بانک خوکی اش (قلک پول به شکل خوک) پس انداز کرد .

Case study: Emergency Care

During a triathlon, paramedics responded to a scene with multiple patients involved in a serious bicycle accident. B.R. a 20-year-old woman, lost control of her bike while descending a hill at approximately 40 mph. As she fell, two other cycling collided with her, sending all three crashing to the ground.

در طی یک مسابقه سه گانه (دومیدانی ، شنا و دوچرخه سواری که در کیس استادی عفونت مجاری ادراری هم اشاره شده بود) ، نیروهای امدادی عهده دار حادثه ای (محل حادثه ای) با چندین بیمار که در یک تصادف جدی دوچرخه شرکت داشتند ؛ شدند. B.R. یک زن بیست ساله ، هنگام پایین آمدن با سرعت تقریبی 40 مایل بر ساعت از یک تپه کنترلش را از دست داد. وقتی او افتاد ، دو دوچرخه سوار دیگر به او برخورد داشتند که هر سه را به زمین کوبید .

At the scene, B.R. reported pain in her head, back, chest, and leg. She also had numbness and tingling in her legs and feet. Other injuries included a cut on her face and on her right arm and an obvious deformity to her both shoulder and knee. She had slight difficulty breathing.

سر صحنه ، B.R. درد در سر ، پشت ، قفسه سینه و پا را گزارش داد . او همچنین کرختی و مور مور در کل پاهایش داشت (متن انگلیسی ران و ساق و بخش کف پا را گفته است (legs and feet)). جراحات دیگر شامل بریدگی بر روی صورت و بازوی راستش و تغییر شکل واضح شانه و زانو بود . او کمی مشکل در تنفس داشت.

The paramedic did a rapid cephalocaudal assessment and immobilized B.R.'s neck in a cervical collar. She was secured on a backboard and given oxygen. After her bleeding was controlled and her injuries extremities were immobilized, she was transported to the nearest emergency department.

نیروی امدادی یک ارزیابی سریع سفالوکادال – سرتاپا – انجام داد و گردن B.K. را در یک طوق گردنی بیحرکت کرد (تثبیت کرد تا تکان نخورد) . او را بر روی یک تخته محافظ تثبیت کرده بدن و به او اکسیژن داده شد. بعد از آنکه خونریزی او کنترل شد و شدت جراحاتش تثبیت شد ، او به نزدیک ترین بخش اورژانس منتقل شد .

During transport, the paramedic in charge radioed ahead to provide a prehospital report to the charge nurse. His report included the following information: occipital and frontal head pain; laceration to right temple, superior and anterior to right ear; lumbar pain; bilateral thoracic pain on inspiration at midclavicular line on the right and midaxillary line on the left; dull aching pain of the posterior proximal right thigh; bilateral paresthesia (numbness and tingling) of distal lower leg circumferentially; varus (knock-knee) adduction deformity of left knee; and posterior displacement of left shoulder.

در حین انتقال ، نیروی امدادی مسئول برای ارائه گزارش قبل از بیمارستان به پرستار مسئول ، به جلو بیسیم زد . گزارش او شامل موارد زیر میشد : درد در پس سر و جلوی سر (پیشانی) ؛ شکستگی گیجگاه راست ، در بخش بالایی قدام گوش راست ؛ درد ناحیه کمری ؛ درد توراسیک دو طرفه هنگام تنفس در خط مید- کلاویکولار در راست و خط مید – آگزیلاری در چپ ؛ درد مبهم ناحیه ابتدایی و پشتی ران راست ؛ حس غیر طبیعی (کرختی و مور مور شدن) در ناحیه خارجی (circumferentially - ترجمه بهتری پیدا نکردم) بخش انتهایی ساق پا ؛ تغییر شکل زانوی چپ از نوع واروس (تغییر شکل شامل در رفتگی به سمت داخل اندام) (زانوی کج) و اداکشن ؛ و دررفتگی خلفی شانه .

At the hospital, the emergency department physician ordered radiographs for R.B. Before the procedure, the radiology technologist positioned a lead gonadal shield centered on the midsagittal line above B.R.'s symphysis pubis to protect her ovaries from unnecessary irradiation by primary beam. The technologist knew that gonadal shielding is important for female patients undergoing imaging of the lumbar spine, sacroiliac joints, acetabula, pelvis, and kidneys. Shields should not be used for any examination in which an acute abdominal condition suspected.

در بیمارستان ، پزشک بخش اورژانس دستور رادیوگرافی برای B.R. داد . پیش از انجام این کار ، تکنیسین رادیولوژی یک محافظ سربی تخمدان که مرکزیت آن بر روی خط ساژیتال میانی و بالای غضروف پیویس B.R. بود قرار داد تا تخمدان هایش را از پرتو افکنی غیر ضروری توسط اشعه اصلی محافظت کند. تکنیسین میدانند که محافظت از تخمدان برای بیماران خانم که تحت عکس برداری از ستون فقرات کمر ، مفصل ساکروایلپاک ، استابولا (محل مفصل فمور و لگن) ، لگن خاصره ، و کلیه ها قرار میگیرند مهم است . برای هیچ معاینه ای که مشکوک به شرایط حاد شکمی میباشد ، نباید محافظ استفاده شود .

Case study: Medical Assistant in Training

P.K. is a student in a local medical assistant training program. She was beginning her clinical rotations and was scheduled in a busy outpatient clinic. During the first week, she was assigned to follow a clinic medical assistant (CMA) who was prepping patients for examination by the physician. One of the goals for the week was to learn about body positioning for the various examinations.

P.K. دانشجوی یک برنامه ی محلی تربیت دستیار پزشکی هست. او چرخش درمانگاهی اش (چرخش درمانگاهی به دوره ای که تحت نظر یک مربی مهارت های بالینی تمرین میشود گویند) را آغاز کرده بود و در یک کلینیک سرپایی (منظور بستری نمیکند و بیمار را شب نگه نمیدارد – درس اول داشتیم) شلوغ مشغول به کار بود. در طی هفته اول، به او ماموریت داده شد تا از یک دستیار پزشکی درمانگاهی که بیماران را برای معاینه توسط پزشک آماده میکرد، پیروی کند. یکی از اهداف هفته این بود که راجع به پوزیشن های مختلف بدن برای معاینات مختلف یاد بگیرد.

The first day, P.K. assisted the CMA with a patient who came in for gynecologic examination. After the physician completed the history, he asked P.K. and the medical assistant to help patient into a Lithotomy position.

روز اول، P.K. به CMA در مورد یک بیمار که برای معاینه زنان آمده بود، کمک کرد. پس از اینکه پزشک تاریخچه را تکمیل کرد، از P.K. و دستیار پزشکی خواست تا به بیمار کمک کنند تا به حالت لیتوتومی در بیاید.

The next morning, an elderly patient who came in with suspected pneumonia was escorted to an examination room. She was lying on her back on the examination table waiting for the physician. P.K. placed the patient into a Fowler position to aid the patient's breathing.

صبح بعدی، یک بیمار مسن به علت مشکوک بودن به ذات الریه آمده بود، به یک اتاق معاینه منتقل شد. او بر روی تخت معاینه به پشت خوابیده بود و منتظر پزشک بود. P.K. بیمار را به حالت فاولر در آورد تا به تنفس بیمار کمک کند.

Later that afternoon, P.K. heard the CMA call for assistance with a patient whose blood pressure was lower than normal. P.K. walked in, and the patient had already placed into a Trendelenburg position.

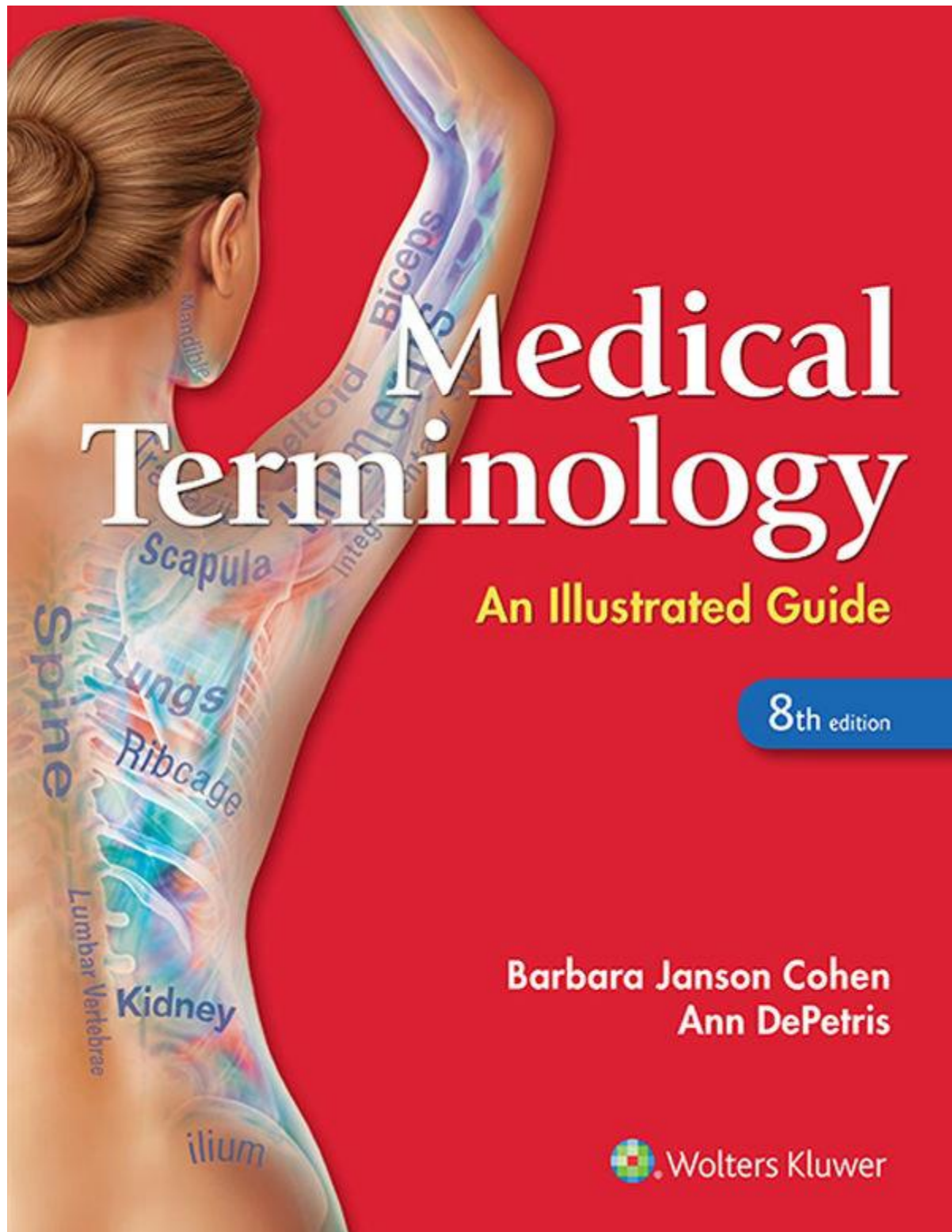
بعداً در بعد از ظهر، P.K. شنید که CMA برای کمک به بیماری که فشار خونس پایین تر از طبیعی بود، صدا میزند. P.K. به داخل آمد و بیمار قبلاً در حالت Trendelenburg قرار گرفته بود.

The next day, a patient came in to have some stitches or sutures removed. The patient previously had a cyst removed from his lumbar region. P.K. assisted the patient into a prone position in preparation for the nurse clinician to remove the sutures.

روز بعد، بیماری مراجعه کرد تا تعدادی بخیه و کوک را بردارد. بیمار قبلاً کیستی داشت که از ناحیه کمرش برداشته شده بود. P.K. به بیمار کمک کرد تا در حالت پرون (دور) قرار گیرد تا برای پرستار کلینیک که بخیه ها را برمیدارد آماده شود.

By the end of the week P.K. felt comfortable with positioning patients for the various physical examinations.

با پایان هفته P.K.، با حالت دادن (درست کردن پوزیشن) بیماران برای معاینات فیزیکی مختلف، احساس راحتی میکرد.



CHAPTER FOUR

Case study: R.S.'s Self-Diagnosis

Chief Complaint

R.S. is a second-year medical student who, until recently, has done well in school. Lately, he finds that he is always tired and unable to focus in class. He decides to self-diagnose and begins with a review of systems (ROS). He notes that he is not having any cardiovascular, lymphatic, or respiratory system symptoms, such as tissue swelling, coughing, or shortness of breath. He also has not noticed any changes in urinary system functions. He realizes that he has gained some weight recently and has also been a little constipated but has no other problems with his digestive system. He rules out anything concerning his musculoskeletal system because he has no muscle cramps, joint pain, or weakness. He thinks his skin is drier than usual. He worries that this is an integumentary system sign of hypothyroidism and becomes concerned about his endocrine system function. Unable to perform any imaging studies or laboratory tests on his own, he makes an appointment to see a campus health service physician.

شکایت اصلی

R.S. دانشجوی سال دوم پزشکی هست که تا همین اواخر در دانشگاه عالی کرده است. اخیراً، او متوجه شده است که همیشه خسته است و قادر به تمرکز در سر کلاس نیست. او تصمیم گرفت تا خود تشخیصی کند و با بازبینی دستگاه‌ها (ی بدنش) شروع کرد. او متوجه شد که هیچ مشکل قلبی، عروقی، لنفاوی، یا علائم سیستم تنفسی مانند تورم بافت، سرفه، یا تنگی نفس ندارد. او همچنین متوجه هیچ تغییری در عملکرد سیستم ادراری نشد. او پی برد که اخیراً مقداری وزن اضافه کرده است و همچنین کمی یبوست دارد اما هیچ مشکل دیگری با سیستم گوارشی اش ندارد. او هر چیز نگران کننده برای سیستم عضلانی اسکلتی اش را رد کرد، زیرا او هیچ گرفتگی ماهیچه، درد مفصل یا ضعف ندارد. او فکر میکند پوستش خشک تر از معمول است. او نگران این است که این یک نشانه دستگاه پوششی از کم کاری تیروئید است و نگران عملکرد سیستم غدد درون ریزش شد. چون قادر به انجام هیچ مطالعات عکس برداری و یا آزمایشگاهی به تنهایی نبود، قرار ملاقاتی با یک پزشک خدمات سلامتی دانشگاه گذاشت.

Examination

R.S. tells the doctor he feels he has a metabolic disorder. He thinks he might have an adenoma, a glandular tumor that is disrupting homeostasis, his normal metabolic state. The doctor takes a complete history and orders various blood tests to assist with the diagnosis. He completes a physical examination that reveals no abnormalities.

معاینه

R.S. به دکتر گفت که حس میکند او یک اختلال متابولیکی دارد. او فکر میکند آدنوم [یک تومور مربوط به غدد که باعث بهم خوردن هموستاز (وضعیت طبیعی متابولیکی او) میشود] دارد. دکتر یک تاریخچه کامل میگیرد و دستور آزمایشات مختلف خون میدهد تا او را در تشخیص یاری کند. او یک معاینه فیزیکی انجام داد که هیچ چیز غیر طبیعی نشان نداد.

Clinical Course

The blood glucose levels, complete blood count (CBC), and thyroid function tests are all normal. Nothing in the test indicates anything physically wrong with the patient. There is no indication that any further cytologic or histologic tests are necessary. The doctor tells R.S. that he is sleep deprived from all his studying and that his weight gain can be explained by his poor food choices in the university cafeteria. In addition, the doctor advises R.S. to schedule some exercise into his daily routine. Lastly, he remains R.S. that although he is studying to be a doctor, self-diagnosis at this point in his career could be inaccurate and could cause undue anxiety.

سیر بالینی

آزمایشات سطح گلوکز خون ، شمارش کامل خون ، و عملکرد تیروئید همه طبیعی هستند. هیچ چیزی در آزمایش نشاندهنده چیز فیزیکی اشتباهی راجع به مریض نبود. هیچ چیزی نشاندهنده اینکه آزمایشات بیشتر بافت شناسی و سلول شناسی لازم است نیست . دکتر به R.S. میگوید که او بخاطر همه مطالعاتش (منظور بررسی دستگاه های بدن و خود تشخیصی) کم خواب شده است و اینکه اضافه شدن وزنش میتواند به وسیله گزینه های ضعیف غذایی (بد بودن غذا) در کافه تریای دانشگاه توضیح داده شود . علاوه بر این ، دکتر به R.S. توصیه کرد که در برنامه روزانه اش مقداری تمرین (ورزش) برنامه ریزی کند . در انتها ، او به R.S. یادآور شد که علیرغم اینکه او در حال تحصیل پزشکی است ، خود تشخیصی در این مرحله از حرفه اش ، میتواند غیر دقیق باشد و باعث اضطراب بی مورد شود .

Case study: R.S's Return to Class Schedule

Following his appointment, R.S. decided to accept his doctor's advice. He started preparing at least two meals a day at home and often boxed a lunch to eat during the day on campus. The more nutritious meals provided him greater energy; he no longer felt sluggish. He visited the university gym to work out at least two to three times a week for 20 minutes and hoped to increase that time when his schedule permitted. He realized how important exercise is to feeling energized, upbeat, and more confident in his everyday activities. Finally, he recognized that a little knowledge is a dangerous thing and that it is not smart to try and diagnose oneself.

پس از قرار ملاقاتش ، R.S. تصمیم گرفت تا توصیه دکترش را قبول کند . او شروع به آماده کردن حداقل هفته ای دو وعده غذا در خانه کرد و اغلب یک نهار بسته بندی میکرد تا در طی روز در دانشگاه بخورد. وعده های مغدی تر برای او انرژی بیشتری فراهم میکرد ؛ او دیگر احساس کسل بودن نکرد . او هفته ای دو تا سه بار و به مدت بیست دقیقه به سالن ورزشی دانشگاه سر میزند تا ورزش کند و امیدوار است وقتی برنامه ریزی اش اجازه دهد ، این زمان را افزایش دهد . او پی برد که برای احساس پر انرژی بودن ، شاد بودن ، و اعتماد به نفس بیشتر در فعالیت های روزانه ؛ تمرینات ورزشی چقدر اهمیت دارند . در نهایت ، او پی برد که دانش اندک چیز خطرناکی است و خود تشخیصی ، هوشمندانه نیست .

Case study: Hematology Laboratory Studies

J.E. had a blood test as required for a preoperative anesthesia assessment in preparation for scheduled plastic surgery on her breast. The report read as follows:

Complete blood count (CBC) and differential:

Red blood cell (RBC) count	4.5	million/mcl
Hemoglobin (Hgb)	12.6	g/dl
Hematocrit (Hct)	38	percent
White blood cell (WBC) count	8,500	/mcl
Neutrophils	58	percent
Lymphocytes	34	percent
Monocytes	6	percent
Eosinophils	1.5	percent
Basophils	0.5	percent
platelet count	200,000	percent
Prothrombin time (PT)	1.5	seconds
Partial thromboplastin time (PTT)	65	seconds
Blood glucose	85	mg/dl

J.E. یک آزمایش خون داشت که برای ارزیابی بیهوشی قبل از عملش در آماده سازی برای جراحی پلاستیک برنامه ریزی شده بر روی سینه اش ، لازم است. گزارش به شرح زیر است :
(با توجه به بدیهی بودن موارد ترجمه نشدن . اگر مشکل داشتید اطلاع دهید .)

The surgeon reviewed these results and concluded that they were within normal limits (WNL).

جراح نتایج را بررسی کرد و نتیجه گرفت که در محدوده طبیعی هستند .

Case study: Needle Aspiration of Thyroid Tumor

Chief Complaint

D.S., a 65-year-old male, noticed a lump on the side of his neck and went to see his physician. He has a history of prostate cancer and had a prostatectomy four years ago. Bilateral lymph node dissection revealed no metastasis. His physician referred him to a surgeon for evaluation of a nodule on the thyroid gland.

شکایت اصلی

D.S. یک مرد شصت و پنج ساله ، متوجه یک توده در کنار گردنش شد و به دیدن دکترش رفت. او سابقه سرطان پروستات دارد و چهار سال قبل پروستاتوکتومی (خارج کردن تام یا بخشی از پروستات) داشته است. تجزیه غده لنفاوی دو طرفه هیچ متاستازی (تغییر شکل) را نشان نداد. پزشک او ، برای ارزیابی بیشتر غده تیروئید او را به یک جراح ارجاع داد .

Examination

Dr. Thompson, a general surgeon, examined D.S. and recommended a needle aspiration of the thyroid gland. The ultrasound-guided fine needle aspiration revealed atypical cells with abundant cytoplasm and prominent nuclei but no metastasis. However, the nuclei showed some morphologic changes. Histologic slides of the left thyroid showed clusters of epithelial cells associated with lymphocytes suggestive of lymphocytic thyroiditis.

معاینه

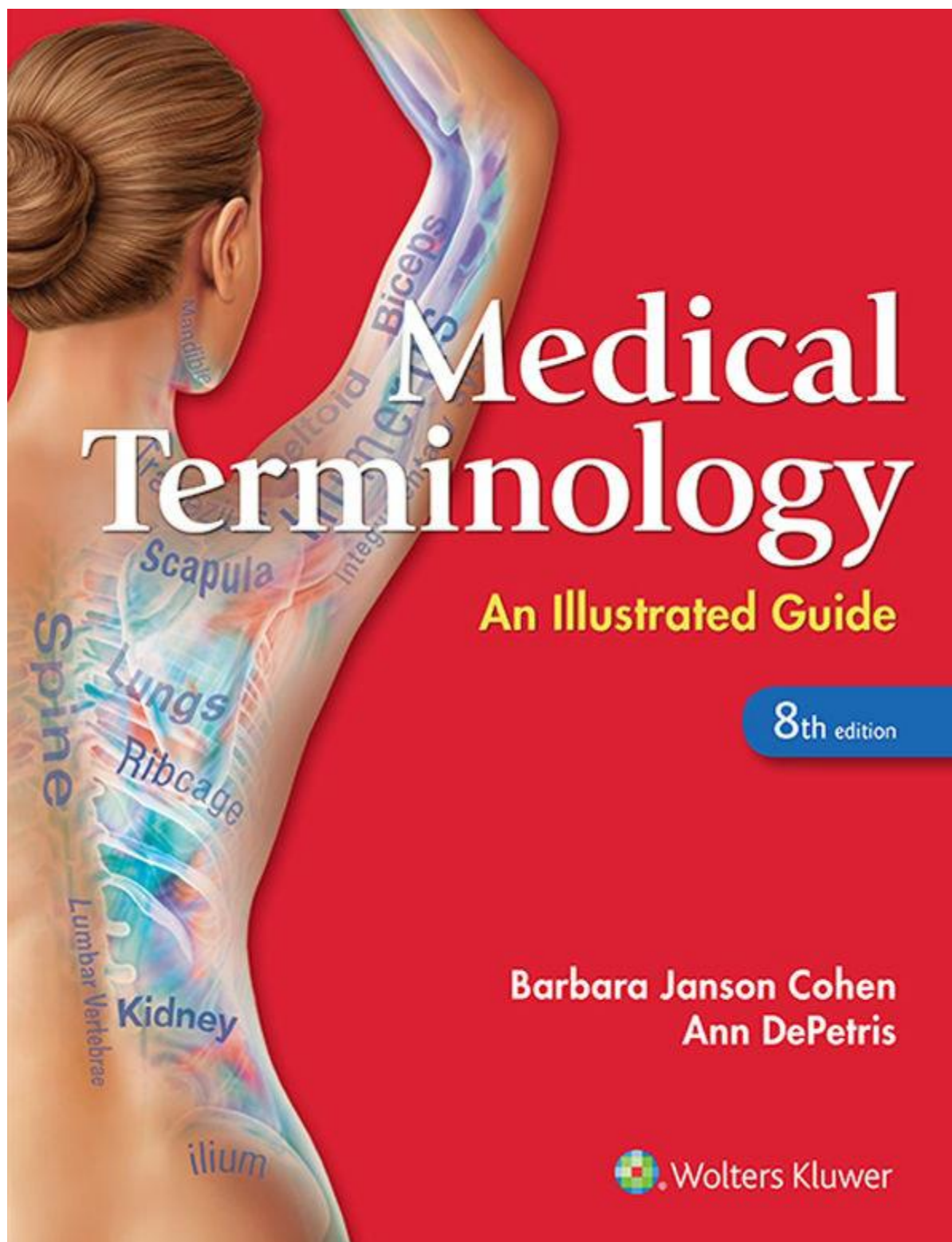
دکتر تامسون ، یک جراح عمومی ، D.S. را معاینه کرد و بافت برداری با سوزن (آسپیراسیون — با وارد کردن سوزن و کشش هوا ، مقداری بافت مورد نظر وارد سرنگ میشود) غده تیروئید را توصیه کرد . بافت برداری با سوزن خوب که با سونوگرافی هدایت میشد، سلول های غیر طبیعی با سیتوپلاسم فراوان و هسته برجسته را آشکار کرد اما متاستازی نبود . با اینحال ، هسته مقداری تغییرات ریخت شناسی نشان داد. اسلاید های بافت شناسی تیروئید چپ دسته جات سلول های اپی تلیال همراه با لنفوسیت ها را نشان داد که مطرح کننده تیروئیدیت انفوسیتی هست .

Clinical Course

D.S. underwent a total thyroidectomy and is healing well. A follow-up CT scan of the neck and chest showed no identifications of metastatic disease.

سیر بالینی

D.S. تحت عمل تیروئیدکتومی کامل (خارج کردن کامل تیروئید) قرار گرفت و به خوبی در حال بهبودی است. سی تی اسکن فالوآپ ، از گردن و قفسه سینه هیچ نشانه ای از بیماری های متاستازی پیدا نکرد .



CHAPTER THREE

Case study: T.S.'s Diving Accident and Spinal Cord Injury

Chief Complaint

A 12-year-old male, T.S., was transported to the emergency room after diving into a shallow backyard cement pool. He c/o severe head and neck pain and his minimal movement of his arms. He is not able to move his legs.

شکایت اصلی

یک پسر دوازده ساله ، T.S. پس از شیرجه زدن به داخل یک استخر سیمانی کم عمق واقع در حیاط پشتی ، به اتاق اورژانس (واحد اورژانس) منتقل شد . او از درد شدید سر و گردن و حرکت کم دست هایش شکایت داشت . او قادر به تکان دادن پاهایش نیست .

Examination

A well-nourished 12-year-old male is awake and oriented, initially hypotensive and bradycardic, but vital signs are stabilizing. He reports being at a backyard pool party for his friend's birthday and remembers diving into the pool head first. The next thing he recalls is waking up on the deck of the pool with his friends standing all around him. He has a large erythematous and bruised area centered on the upper part of the forehead. T.S. has full head and neck movement with fair muscle strength. He has weak shoulder movement and is able to slightly flex his elbows and extend his wrists. His legs are areflexic and flaccid. He has no finger movement. Past medical history is noncontributory.

معاینه

یک پسر دوازده ساله که به خوبی تغذیه شده است ، بیدار و هوشیار است . در ابتدا کمبود فشار خون و کم بودن تعداد ضربان قلب داشته اما علائم حیاتی در حال تثبیت شدن میباشند. او گزارش داده است که برای تولد دوستش در یک جشن استخر (پول پارتی) حیاط پشتی بوده است و به یاد دارد که با سر به داخل استخر شیرجه زده . چیز دیگری که او به یاد دارد این است که لبه استخر به هوش آمده است و دوستانش همه دورش ایستاده بودند . او قرمزی پوستی بزرگی دارد (قرمزی ناشی از تورم) و کبودی ها در بخش بالایی بالایی پیشانی تجمع یافته اند . T.S. حرکات سر و گردنی کامل به همراه قدرت نسبتاً خوبی دارد . او حرکات شانه ای ضعیفی دارد و میتواند کمی آرنجش را خم کند و مچ دستش را باز کند . پاهای او واکنشی ندارند و شل (آویزان) هستند . انگشتانش حرکت نمیکند. سابقه پزشکی غیر مرتبط است.

Clinical Course

T.S. is diagnosed with a burst or comminuted fracture of the C6 vertebra that may potentially result in quadriplegia. After surgical stabilization of the cervical fracture, T.S. was transferred to the spinal cord unit where his vital signs could be monitored closely along with frequent assessments for orthostatic hypotension and possible complications following spinal surgery.

سیر بالینی

تشخیص داده شده که T.S. یک قطع شدن یا شکستگی خرد شونده مهره C6 دارد که احتمالاً به صوت بالقوه به فلج چهار اندام منجر شود . پس از تثبیت جراحی شکستگی مهره ، T.S. به واحد ستون فقرات منتقل شد ، جایی که علائم حیاتی او میتواند همراه با ارزیابی مکرر افت فشار خون وضعیتی (orthostatic hypotension) و عوارض احتمالی پس از جراحی فقرات به دقت نظارت شود .

He will be moved to a rehabilitation center in about two weeks for physical and occupational therapy. His medical team consists of his primary physician (pediatrician), a neurosurgeon, a neurologist, and a physical medicine and rehabilitation (PM&R) specialist. T.S.'s condition will require a full complement of healthcare team members, including nurses, psychologists, physical and occupational therapists, pharmacists, and social workers.

A spinal cord injury can result in psychologic as well as permanent physical damage.

او حدود دو هفته دیگر برای فیزیوتراپی و کاردرمانی به یک مرکز توانبخشی منتقل خواهد شد. تیم پزشکی او متشکل از پزشک اصلی او (متخصص اطفال)، یک جراح مغز و اعصاب، یک متخصص مغز و اعصاب، یک متخصص طب فیزیکی و توانبخشی است. شرایط T.S. نیازمند تکمیل کامل اعضای تیم مراقبت سلامتی از جمله پرستاران، روانشناسان، فیزیوتراپ و کاردرمان ها داروسازان و مددکاران اجتماعی است.

آسیب نخاعی میتواند همانند آسیب دائم فیزیکی منجر به آسیب روانی نیز گردد.

Case study: T.S.'s therapy

From the hospital, T.S. was transferred to a rehabilitation center for further evaluation and therapy. At this point in his recovery, he was unable to move his legs and had limited movement of his arms. He is participating in a plan of care with physical and occupational therapy and is working on performing basic activities of daily living.

T.S. برای ارزیابی و درمان بیشتر ، از بیمارستان به مرکز توانبخشی منتقل شد. او در این مرحله از بهبودی اش قادر به تکاندن پاهایش نبود و حرکت دستان محدودی داشت. او در برنامه مراقبتی همراه با فیزیوتراپی و کاردرمانی شرکت میکند و دارد روی انجام فعالیت های اساسی زندگی روزمره اش کار میکند.

Within therapy, he is practicing wheelchair functional operations, transfers, and safe propulsions. The goal is to progress toward independence within his home lifestyle and regain status as an active member in his school and community. Despite the support and encouragement of his family and many friends, he remains depressed and anxious about his future.

در حین درمان او اعمال مربوط به شیوه کار ، انتقال و هل دادن به جلوی ایمن را تمرین میکند . هدف این است که به سمت استقلال در اعمال روزانه خانه خود پیش برود و به عنوان یک عضو فعال در مدرسه و جامعه اش موقعیت خود را به دست بیاورد. علیرغم حمایت و تشویق خانواده و خیلی از دوستانش ، او در مورد آینده اش افسرده و نگران باقی میماند.

Case study: Displaced Fracture of the Femoral Neck

While walking home from the train station, M.A. a 72 y/o woman with preexisting osteoporosis, tripped over a raised curb and fell. In the emergency department, she was assessed for severe pain, and swelling and bruising of her right thigh. A radiograph showed a fracture at the neck of the right femur (thigh bone). M.A. was prepared for surgery and given a preoperative injection of an analgesic to relieve her pain. During surgery, she was given spinal anesthesia and positioned on an operating room table, with her right hip elevated on a small pillow.

هنگام بازگشت به خانه از ایستگاه قطار ، M.A. یک زن 72 ساله که از قبل پوکی استخوان داشت ، بر روی لبه بر آمده پیاده رو سکندری خورد و افتاد. در بخش اورژانس او برای درد شدید و تورم و کبودی ران راست ارزیابی شد. رادیوگرافی یک شکستگی د گردن فمور راست (استخوان ران) را نشان داد. M.A. برای عمل جراحی آماده شد و به او مسکنی برای کاهش دردش قبل از جراحی تزریق شد. در حین عمل ، به او بیهوشی نخاعی داده شد و بر روی تخت اتاق عمل ، به صورتی که مفصل ران راستش با یک بالش کوچک بالا آورده شده بود ، قرار گرفت .

Intravenous antibiotics were given before the incision was made. Her right hip was repaired with a bipolar hemiarthroplasty (joint reconstruction). Postoperative care included maintaining the right hip in abduction, fluid replacement, physical therapy, and attention to sign of tissue degeneration and possible dislocation.

قبل از برش زدن ، آنتی بیوتیک های داخل وریدی داده شد . مفصل ران راستش به وسیله همی آرتروپلاستی (بازسازی مفصل) دو قطبی (همی آرتروپلاستی به بازسازی یه طرف مفصل ران گویند و دو قطبی یعنی بر روی هر دو رویه مفصل انجام گرفته) تعمیر شد. مراقبت های بعد از عمل شامل در ابداکشن نگه داشتن مفصل ران ، جایگزینی مایعات ، فیزیوتراپی و توجه به نشانه های تحلیل بافتی و در رفتگی احتمالی میباشد .

Case study: Urinary Tract Infection

Chief Complaint

D.S. recently noticed some blood in her urine, and at the same time, she was experiencing some pain when she urinated. She thought she might have a fever and generally felt tired. She was not sleeping well since she frequently had to get up during the night to use the bathroom. She decided to make an appointment to see her primary care physician.

شکایت اصلی

D.S. اخیراً متوجه مقداری خون در ادرارش شده است ، در همین زمان ، او هنگام ادرار کردن ، مقداری درد دارد. او حس تب داشت و ب ه صورت کلی احساس خستگی میکرد. او خوب نمیخوابید زیرا به صورت مکرر مجبور بود در طی شب برای استفاده از دستشویی بیدار شود. او تصمیم گرفت برای دیدار پزشک اصلی خود قرار ملاقاتی ترتیب دهد .

Past Medical History

A 33 y/o female nonsmoker, has two children, in a monogamous relationship, is a triathlete, and is in excellent health. Has a history of occasional urinary tract infection, about one to two times a years. Presents now with dysuria (painful urination), hematuria (blood in the urine), and nocturia (nighttime urination).

سابقه پزشکی

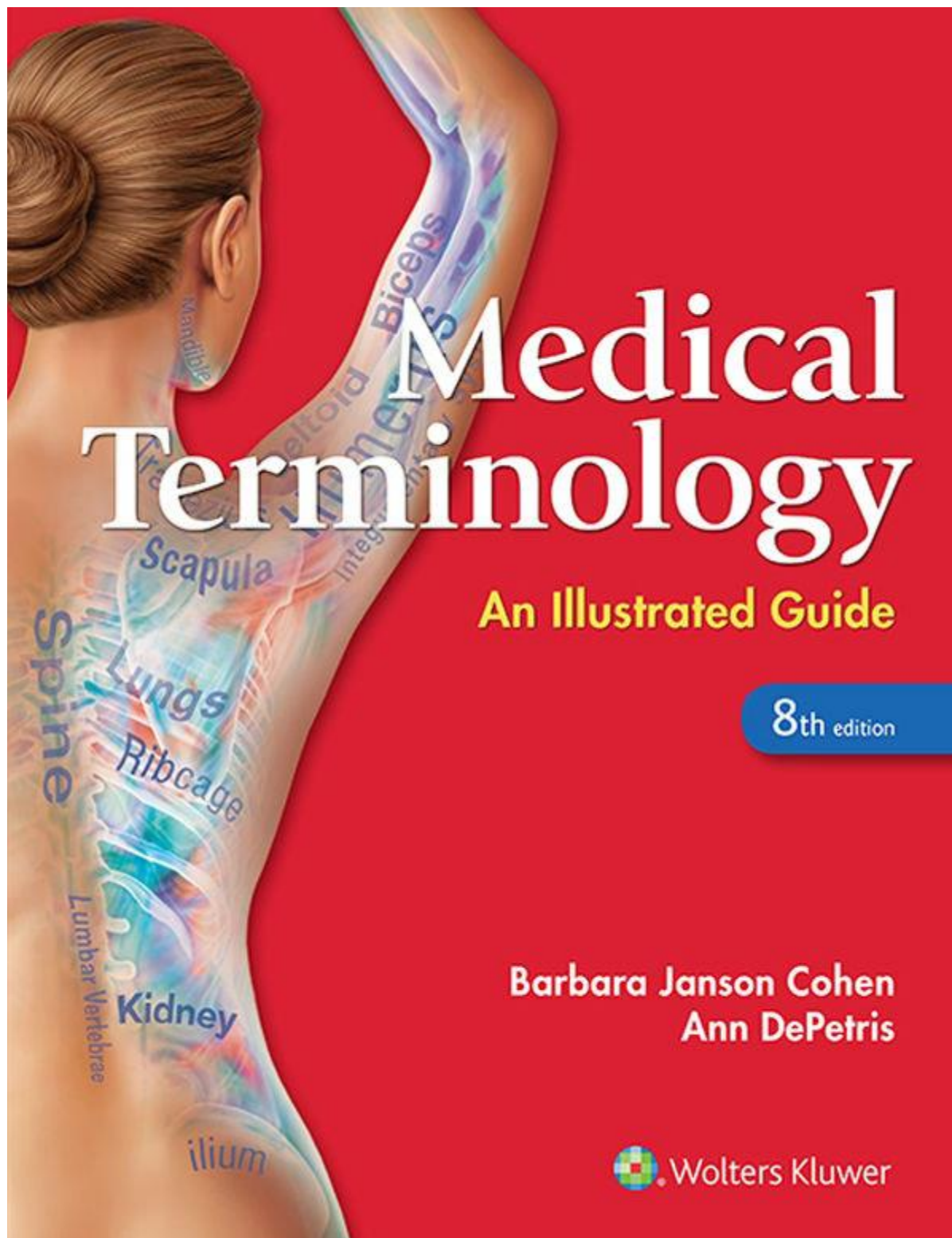
زن 33 ساله غیر سیگاری ، دو تا بچه دارد ، در یک رابطه تک همسری قرار دارد ، ورزشکار ورزش سه گانه است و در سلامت عالی قرار دارد. سابقه عفونت گاه به گاه ادراری ، حدود یک تا دو بار در سال را دارد . در حال حاضر با دیسوری (ادرار کردن دردناک) ، هماچوری (وجود خون در ادرار) و نوکتوریا (ادرار شبانه) مراجعه کرده است.

Clinical Course

Urine analysis report showed cloudy urine with a large number of leukocytes indicating a urinary tract infection. D.S. was given an antibiotic and told to increase her fluid intake. If symptoms persist beyond one week, D.S. is to return to the office.

سیر بالینی

گزارش آنالیز ادرار ، ادرار کف آلود به همراه تعداد زیادی گلبول سفید را نشان میدهد که نشان دهنده عفونت مجاری ادرای میباشد . به D.S. آنتی بیوتیک داده شد و گفته شد که مصرف مایعاتش را افزایش دهد. اگر علائم بیش از یک هفته ادامه داشته باشد ، D.S. بایستی به دفتر (مطب) بازگردد .



CHAPTER TWO

Case study: R.F's Encounter with a Cerebral Aneurysm

Chief Complaint

R.F., a 48-year-old financial analyst, has been complaining of atypical headaches for the past few weeks. With one of the headaches, she experienced vomiting that she could not attribute to the flu or something she had eaten. She does not have a history of migraines. R.F. had an appointment with a neurologist, who referred her to the neurosurgery clinic for evaluation of a possible cerebral hemorrhage.

شکایت اصلی

R.F. یک تحلیلگر آماری 48 ساله، برای چند هفته گذشته از سردردهای غیرمعمول شکایت میکرد. همراه یکی از سردردها او استفراغ کردن را تجربه کرد که نمیتوانست به سرماخوردگی و یا چیزی که خورده بود ربطش بدهد. او سابقه میگرن ندارد. R.F. با متخصص مغز و اعصاب قرار ملاقات داشت که او را به کلینیک جراحی مغز و اعصاب، برای ارزیابی خونریزی مغزی احتمالی، ارجاع داد.

Examination

Patient is a 48 y/o female c/o sudden and severe headaches over past three to four weeks; one headache was accompanied with vomiting. Patient admits to recent photophobia and intermittent blurred vision. She has a history of venous thrombi (clots) following an emergency hip surgery for a fracture she suffered two years ago when she was in an automobile accident. Multiple vertebrae and her pelvis were also fractured. No other complications post-accident noted. Hypertensive with a BP of 154/86; neurologic and physical examination is otherwise normal. Diagnoses: hypertension and possible cerebral aneurysm.

معاینه

بیمار یک زن 48 ساله است که از سردرد های ناگهانی و شدید در سه چهار هفته اخیر شکایت میکند؛ بی از سردردها همراه با استفراغ کردن بود. بیمار اقرار کرد که اخیراً فوتوفوبیا (نور هراسی) و تاری دید دوره ای دارد. او سابقه ترومبوز وریدی (لخته شدن) را پس از عمل جراحی اضطراری لگن برای یک شکستگی که هنگامی که او دو سال قبل هنگامی که در تصادف اتوموبیل بود متحمل شده بود، دارد. چندین مهره و پلوپس (لگن خاصره) هم شکسته بودند. هیچ عارضه بعد از تصادف دیگری ذکر نشده است. فشار خون بالا همراه با فشار 86/154؛ از طرفی معاینه فیزیکی و عصبی طبیعی است. تشخیص: فشار خون بالا و آنوریسم مغزی احتمالی.

Clinical Course

The neurologist ordered a CT scan that revealed a small saccular aneurysm measuring 4 mm near the cerebral arterial circle, the vascular pathway supplying the brain. R.F. was scheduled for a craniotomy and surgical insertion of a clip around the neck of the aneurysm to control bleeding and offer protection from bleeding.

An aneurysm is a bulge in a weakened arterial wall that can rupture and cause damage.

سیر بالینی

متخصص مغز و اعصاب دستور یک سی تی اسکن داد که یک آنوریسم مخروطی (به شکل کیسه) کوچک با طول چهار میلی متر نزدیک حلقه شریانی مغز [مسیر رگی که مغز را تغذیه میکند] را آشکار کرد. R.F. برای عمل شکافت جمجمه و جراحی قرار دادن یک گیره دور گردن آنوریسم که خونریزی را کنترل میکند و از خونریزی محافظت (جلوگیری) میکند، برنامه ریزی شد. آنوریسم یک تورم در دویراه ضعیف شده شریان است که میتواند بترکد و باعث آسیب بشود.

Case study: R.F.'s Postoperative Follow-Up

R.F. underwent a craniotomy in which a special clip was placed around the neck of the aneurysm. She was closely observed for postoperative neurological deficits, including vascular spasm, a serious possible complication. She tolerated the procedure well with no complications.

R.F. تحت عمل شکافت جمجمه قرار گرفت که در آن یک گیره مخصوص دور گردن آنوریسم قرار داده شد. او برای بیماری های عصبی بعد از عمل از جمله اسپاسم عروقی [یک عارضه جدی ممکن] به دقت تحت نظر قرار گرفت. او این طریقه عمل (شکافت جمجمه) را به خوبی و بدون عوارض تحمل کرد.

Case study: C.R.'s Job-Related Breathing Problems

Chief Complaint

C.R., a 54 y/o woman, has been having difficulty breathing (dyspnea) that was originally attributed to a left upper lobe (LUL) pneumonia. She was treated with an antibiotic, and after no improvement was noted in her breathing, C.R. had a follow-up chest x-ray that revealed a small LUL pneumothorax. She was referred to a respiratory clinic and saw Dr. Williams, a pulmonologist.

شکایت اصلی

C.R. یک زن 54 ساله سختی در نفس کشیدن (دیسپنه) دارد که در اصل به التهاب (ذات الریه) لوب بالایی سمت چپ ارتباط دارد. او با یک آنتی بیوتیک مورد درمان قرار گرفت و پس از اینکه هیچ بهبودی در تنفسش مشاهده نشد، C.R. یک اسکن اشعه ایکس سینه در فالو آپ (مراجعه دوباره بیمار به پزشک برای ارزیابی مجدد و نظارت روند بهبودی) داشت که یک نوموتوراکس (وجود هوا یا مایعات در فضای جنب) کوچک را آشکار ساخت. او به کلینیک تنفس مراجعه کرد و دکتر میلیامز؛ متخصص ریه را دید.

Past Medical History

C.R. has a history of smoking a pack a day for 30 years and stopped two years ago. She noticed an improvement in her breathing and tired less easily after she quit. About one month ago, she complained of general malaise, dyspnea, and a productive cough; she was expectorating pus-containing (purulent) sputum and was febrile.

تاریخچه پزشکی

C.R. سابقه سیگار کشیدن یک پک روز به مدت سی سال را داشته است و دو سال پیش سیگار کشیدن را متوقف کرده است. پس از ترک او متوجه شد بهبود در تنفسش شد و او کمتر به سادگی خسته میشد (دچار خستگی زودرس بوده. حالا یکم دیر تر خسته میشه). حدود یک ماه پیش او از احساس بیماری عمومی، دیسپنه، و سرفه پیشرونده شکایت کرد؛ او خلط سینه حاوی چرک (چرکی) دفع میکرد (بالا کشیدن مخاط و تف کردن آن) و نشانه های تب داشت.

The chest radiograph and sputum cultures indicate that her symptoms had progressed into a bronchopneumonia with pulmonary edema complicated by a small pneumothorax in the LUL. A pea-size mass was identified in the left lobe. Also noted, C.R. is a hairstylist as well as a manicurist and recently went back to work in a beauty salon. She has complained that the fumes from the hair chemicals and nail products affect her breathing.

رادیو گرافی قفسه سینه و کشت خلط نشان میدهد که علایم او به التهاب ریه (bronchopneumonia) همراه با ادم ریوی که به وسیله یک نوموتوراکس کوچک در لوب بالایی سمت چپ وخیم تر شده است؛ گسترش یافته است. یک توده اندازه نخود در لوب سمت چپ شناسایی شد. همچنین ثبت شد که C.R. یک آرایشگر مو و مانیکوربست هست و اخیرا به کار در یک سالن زیبایی برگشته است. او شکایت کرده است که بخار مواد شیمیایی مو و محصولات ناخن تنفس او را تحت تاثیر قرار میدهد.

Clinical Course

Dr. Williams performed a bronchoscopic examination. During the examination, he took a biopsy of the mass, and the results were negative. Sputum cultures were also taken to determine the spectrum of action of an appropriate antibiotic. A respiratory therapist measured the patient's respiratory volumes and recorded any changes. The patient was told to drink plenty of liquids, get proper rest, and refrain from working for one week, avoiding unventilated areas in the salon, and avoid the chemical fumes as much as possible. She is to return to the clinic in one month for follow-up.

سیر بالینی

دکتر ویلیامز معاینه برونکوسکوپی انجام داد . در حین معاینه او از توده بافت برداری زنده (بیوپسی) کرد و نتایج منفی بود. همچنین کشت خلط انجام شد تا طیف آنتی بیوتیک مناسب مشخص شود. یک درمانگر تخصصی تنفسی هم حجم تنفسی بیمار را اندازه گرفت و هر گونه تغییری را ثبت کرد. به بیمار گفته شد که مایعات فراوان بنوشد ، استراحت کافی داشته باشد و به مدت یه هفته از کار اجتناب کند ، از فضاهای غیر تهویه در سالن (منظور سالن زیبایی محل کار) دوری کند و تا حد امکان از بخارات شیمیایی دوری کند . یک ماه بعد او برای فالوو آپ به کلینیک برمیگردد.

Case Study: Infected on an African Safari

Chief Complaint

J.N., a 56-year-old female, was on a month-long safari vacation with her husband in South Africa. During the last week of the trip, she began to experience a low-grade fever, abdominal cramping, and foul-smelling diarrhea. She returned home and promptly saw her internist.

شکایت اصلی

J.N.، یک زن 56 ساله، در تعطیلات تابستانی ماهانه با همسرش در آفریقای جنوبی بود. در طول هفته آخر سفر، او شروع به تجربه یک تب با درجه پایین، گرفتگی شکمی، و اسهال با بوی نامطبوع کرد. او به خانه بازگشت و فوراً به پزشک متخصص خود مراجعه کرد.

Examination

The internist took a history, and J.N. recounted the events leading up to the acute onset of abdominal spasms and other intestinal symptoms. She explained that she and her husband went on an African safari and visited some pretty remote areas. Sanitation was a concern of hers, and she was careful to consume only bottled beverages. J.N. did admit though that she tried some of the native cuisine in the high mountain villages.

معاینه

متخصص داخلی یک تاریخچه گرفت و J.N. رویدادهای منجر به شروع حاد اسپاسم شکم و دیگر علائم روده ای را بازگو کرد. او توضیح داد که او و همسرش به یک سفر به آفریقای رفتند و از برخی مناطق زیبای دوردست بازدید کرده اند. بهداشتی نگرانی او بود و او مراقب بود که تنها نوشیدنی های بطری ای مصرف کند. J.N. اعتراف کرد با اینحال او برخی از غذاهای بومی در روستاهای کوه های بلند را امتحان کرده است.

The internist ordered the following laboratory tests:

complete blood count (CBC), liver enzymes, and a stool specimen. The stool specimen was checked for protozoa, helminths such as hookworm, and other parasites that may have been endemic to the region in which J.N. and her husband had traveled. The CBC showed an elevated white blood count (WBC), and the stool specimen was positive for the protozoan *Giardia lamblia*. No indications of hepatitis or any other signs of pathology were noted.

پزشک متخصص داخلی دستور آزمایش های زیر را صادر کرد:

شمارش کامل خون (CBC)، آنزیم های کبدی و نمونه مدفوع. نمونه مدفوع برای پروتوزوئید (آغازیان)، کرم های روده ای نظیر کرم قلاب، و سایر انگل هایی که ممکن است مختص به منطقه ای که در آن J.N. و شوهرش سفر کرده اند، بررسی شد.

CBC بالا رفتن تعداد گلبول های سفید (WBC) را نشان داد و نمونه ی مدفوع برای پروتئاز *Giardia lamblia* مثبت بود. هیچ نشانه ای از هپاتیت یا علائم دیگر پاتولوژی مشخص نشده است.

Clinical Course

J.N.'s internist explained the results of the tests and said that she most likely contracted the illness from contaminated water in the mountain villages she visited. He prescribed the drug Tindamax, also known as tinidazole, and told her to take the medicine on an empty stomach. He cautioned her about transmitting the infection. Lastly, he reinforced strict personal hygiene and instructed her to wash her hands meticulously after having a bowel movement. She was to notify the office if symptoms persisted.

سیر بالینی

پزشک متخصص داخلی J.N. نتیجه آزمایشات را توضیح داد و گفت که احتمالاً بیماری را از آب آلوده در روستاهای کوهی که او از آن بازدید کرده است، گرفته است. او داروی Tindamax را تجویز کرد که همچنین به عنوان تینیدازول شناخته می شود و به او گفت که دارو را با معده خالی مصرف کند. او درباره انتقال عفونت به او هشدار داد. در نهایت، به او دستور اکید بهداشت شخصی داده شد و به او یاد داد دستهایش را به دقت پس از داشتن پس از دفع مدفوع شستشو دهد. اگر علائم همچنان ادامه داشته باشد، او باید به دفتر اطلاع دهد.

In this chapter, we learn about different categories of diseases, including infectious diseases, such as the protozoal disease J.N. contracted. We also discuss how the body responds to disease and learn about word parts contained in disease terminology. Diseases often require medical intervention, such as drug treatment, as in J.N.'s case. Medical treatment in general is the subject of Chapter 7, and drugs are specifically discussed in Chapter 8.

در این فصل، ما در مورد دسته های مختلف بیماری ها، از جمله بیماری های عفونی مانند بیماری پروتوزولی که J.N. مبتلا شد؛ یاد میگیریم. ما همچنین در مورد چگونگی پاسخ بدن به بیماری میآموزیم و در مورد قسمت های کلمات موجود در اصطلاحات بیماری یاد میگیریم. بیماری ها همانند مورد J.N. اغلب به مداخلات پزشکی مانند درمان دارویی نیاز دارند. درمان طبی به طور کلی موضوع فصل 7 است و داروها به طور خاص در فصل 8 مورد بحث قرار می گیرند.

J.N.'s Follow-Up

J.N. took the full course of drug therapy, and her symptoms subsided. She brought in a stool specimen to her follow-up office visit. Test results were negative for the offending pathogen.

J.N. یک دوره کامل دارو درمانی انجام داد و علائمش تسکین پیدا کرد. او به دفتر قرار ملاقات پیگیری اش یک نمونه مدفوع آورد. نتایج آزمایش برای پاتوژن مهاجم ، منفی بود .

Case Study 6-1: HIV Infection and Tuberculosis

T.H., a 48-year-old man, was an admitted intravenous (IV) drug user and occasionally abused alcohol. Over four weeks, he had experienced fever, night sweats, malaise, a cough, and a 10-lb weight loss. He was also concerned about several discolored lesions that had erupted weeks before on his arms and legs.

T.H.، یک مرد 48 ساله، یک مصرف کننده مواد مخدر داخل وریدی (IV) شناخته شده بود و گاهیگاهی سو مصرف الکل داشت . طی چهار هفته اخیر او، تب، عرق شبانه، حس بیماری، سرفه و کاهش وزن 10 پوندی را تجربه کرده است. او همچنین در مورد چند زخم تغییر رنگ یافته که چندین هفته پیش در بازوان و پاها در آمدند ، نگران بود.

T.H. made an appointment with a physician assistant (PA) at the neighborhood clinic. On examination, the PA noted bilateral anterior cervical and axillary lymphadenopathy and pyrexia. T.H.'s temperature was 102.2°F. The PA sent T.H. to the hospital for further studies.

T.H. با یک دستیار پزشک در یک کلینیک محلی قرار ملاقاتی گذاشت . در طی معاینه ، دستیار پزشکی متوجه تب و لنفادنوپاتی جلوی گردنی دو طرفه و زیر بغلی شد . دمای بدن T.H. 102.2 فارنهایت بود . دستیار پزشکی T.H. را برای مطالعات بیشتر به بیمارستان فرستاد .

T.H.'s chest radiograph (x-ray image) showed paratracheal adenopathy and bilateral interstitial infiltrates, suspicious of tuberculosis (TB). His blood study results were positive for human immunodeficiency virus (HIV) and showed a low lymphocyte count. Sputum and bronchoscopic lavage (washing) fluid were positive for an acid-fast bacillus (AFB); a PPD (purified protein derivative) skin test result was also positive. Based on these findings, T.H. was diagnosed with HIV, TB, and Kaposi sarcoma related to past IV drug abuse.

رادیوگرافی قفسه سینه T.H. آدنوپاتی و انتشار دوطرفه در بافت بینابینی را نشان داد ، مشکوک به سل (TB). نتایج آزمایش خون او برای ویروس نقص ایمنی بدن (HIV) مثبت بود و تعداد لنفوسیت های پایین را نشان داد. خلط و مایع شستشوی برونکوسکوپی برای باسیل اسید – فسف مثبت بود . نتیجه یک تست PPD (مشتق شده از پروتئین خالص) پوست نیز مثبت بود. بر اساس این یافته ها، T.H. با عفونت HIV، TB و سارکوم کاپسی در ارتباط با مصرف مواد مخدر از طریق ورید در گذشته، تشخیص داده شد.

Case Study 6-2: Endocarditis

D.A., a 37 y/o man, sought treatment after experiencing several days of high fever and generalized weakness on return from his vacation. D.A.'s family doctor suspected cardiac involvement because of D.A.'s history of rheumatic fever. The doctor was concerned because D.A.'s brother had died of acute malignant hyperpyrexia during surgery at the age of 12. D.A. was referred to a cardiologist, who scheduled an electrocardiogram (ECG) and a transesophageal echocardiogram (TEE).

D.A. یک مرد سی و هفت ساله ، پس از تحمل کردن چندین روز تب شدید و ضعف عمومی پس از بازگشت از تعطیلاتش ، به دنبال درمان رفت . پزشک خانوادگی D.A. به علت سابقه تب روماتیسمی D.A. به درگیری بودن قلبی (مشکل مربوط به قلب باشد) مشکوک بود . دکتر به علت اینکه برادر D.A. در سن دوازده سالگی بر اثر تب شدید بدخیم و حاد در حین جراحی فوت کرده بود ، نگران بود D.A.. به یک متخصص قلب ارجاع داده شد ، که قرار یک الکتروکاردیوگرام و یک اکو کاردیوگرام از طریق مری را هماهنگ کرد .

D.A. was admitted to the hospital with subacute bacterial endocarditis (SBE) and placed on high-dose IV antibiotics and bed rest. He had also developed a heart murmur, which was diagnosed as idiopathic hypertrophic subaortic stenosis (IHSS).

D.A. به علت التهاب نیمه حاد – نیمه مزمن وابسته به باکتری اندوکارد در بیمارستان بستری شد و تحت آنتی بیوتیک دوز بالای وریدی و استراحت در تخت قرار گرفت . او همچنین دچار یک مورمور (صدای ناهنجار) قلبی شد ، که به عنوان آدنوپاتیک هایپرتروفی ساب آئورتیک استنوزیز تشخیص داده شد .

Case Study: P.L.'s Cardiac Disease and Crisis

Chief Complaint

P.L. was having chest pain and had taken two nitroglycerin tablets without relief. Her family called an ambulance, and she was brought to the emergency room with chest pain that radiated down her arm, dyspnea, and syncope.

شکایت اصلی

P.L. در سینه داشت و دو قرص نیتروگلیسرین مصرف کرده بود که تسکینی در پی نداشت. خانواده اش آمبولانس خبر کردند، و او به اتاق اورژانس برده شد در حالی که دردش به دستش منتشر شده بود، دیسپنه و سنکوپ داشت.

Examination

While P.L. was being admitted to the emergency room, her family provided a history to the triage nurse. They related that P.L. had a four-year history of heart disease. Her routine medications included Lanoxin to stow and strengthen her heartbeat, Inderal to support her heart rhythm, Lipitor to decrease her cholesterol, Catapres to lower her hypertension, nitroglycerin prn for chest pain, HydroDIURIL to eliminate fluid and decrease the heart's workload, Diabinese for her diabetes, and Coumadin to prevent blood clots. She also took Tagamet for her stomach ulcer and several OTC preparations, including an herbal sleeping formulation that she mixed in tea and Metamucil mixed in orange juice every morning for her bowels. Her family indicated that P.L. also took a number of other herbal and OTC medications, but they were unable to recall their names.

معاینه

در حینی که P.L. مشغول پذیرش در اتاق اورژانس بود، خانواده اش برای پرستار تریاژ یک تایخچه مهیا کردند. آنها مشخص کردند که P.L. یک سابقه چهار ساله از بیماری قلبی دارد. داروهای روتین او شامل لانوکسین برای تقویت (۴) و قوی ساختن ضربان قلبش، ایندرال برای حمایت از ریتم قلبی اش، لیپیتور برای کاهش کلسترولش، کاتاپرس برای کاهش فشارخونش، نیتروگلیسرین در صورت نیاز برای درد قفسه سینه، هیدرو دیوریل برای دفع مایعات و کاهش بار قلبی، دیابینیز برای دیابتش و کومادین برای جلوگیری از لخته شدن خون بود. او همچنین تاگامت برای زخم معده اش و چندین پیش ساز دارویی بدون نیاز به نسخه مصرف میکرد، از جمله یک فرمول گیاهی خواب آور که در چایش مخلوط میکرد و متامیسیل که هر روز صبح برای روده هایش با آب پرتقال مخلوط میکرد. خانواده او اشاره کردند که P.L. همچنین چندین داروی گیاهی و داروهای بدون نیاز به نسخه را مصرف میکرد است، اما قادر به یادآوری اسمشان نبودند.

While P.L. was having a 12-lead ECG, her blood pressure dropped, and her heart rate deteriorated into a full cardiac arrest.

در حالی که P.L. در حال الکتروکاردیوگرافی به وسیله دوازده لید بود، فشارش افت کرد و بدو بدتر شد تا به ایست کامل قلبی رسید.

Clinical Course

Immediate resuscitation was instituted with cardiopulmonary resuscitation (CPR), defibrillation, and a bolus of IV epinephrine. Between shocks, she was given a bolus of lidocaine and a bolus of diltiazem plus repeated doses of epinephrine every five minutes. P.L. did not respond to resuscitation, and she was pronounced dead 55 minutes after arrival to the emergency room.

سیر بالینی

احیاء فوری به وسیله احسای قلبی ریوی ، دفیبریلاسیون و یک بولوس (؟) از اپینفرین وریدی شروع شد . بین شوک ها ، به او یک بولوس (؟) از لیدوکائین و یک بولوس (؟) از دیلتیازم به همراه تکرار دوز از اپینفرین هر پنج دقیقه داده می شد . P.L. به احیا جواب نداد و پنجاه و پنج دقیقه پس از رسیدن به اتاق اورژانس ، فوت کرد (؟) .

Following Up on P.L.'s Death

As the emergency room physician was documenting the course of events in P.L.'s death, he reviewed the patient's history and details provided by the family. He wondered if the patient routinely consumed any other OTC and herbal medications and thought about what potentiating effects the various drug combinations may have had. On the death certificate, her primary cause of death was listed as cardiac arrest. Multiple secondary diagnoses were listed, including polypharmacy.

در حینى كه پزشك اتاق اورژانس مشغول ثبت سیر حوادث در مورد مرگ P.L. بود ، او تاریخچه بیمار و جزئیاتی كه توسط خانواده اش مهیا شده بود را دریافت كرد . او تعجب كرد كه آیا بیمار داروى گیاهى یا بدون نیاز به تجویز دیگرى مصرف مىكرده است و راجع به اثرات احتمالى كه تركيب داروهای مختلف ممكن است داشته باشد چه فكرى كرده است . بر بروى گواهی فوت ، علت اصلی مرگ او به عنوان ایست قلبى ذكر شده بود . چندین دلیل ثانویه هم ذكر شده بود ، از جمله مصرف چند دارو همزمان (؟) .

Case Study 8-1: Inflammatory Bowel Disease

A.E., a 19-year-old college student, was diagnosed at the age of 13 with Crohn disease, a chronic inflammatory disease that can affect the entire gastrointestinal tract from mouth to anus. A.E.'s disease is limited to his large bowel. During a nine-month period of disease exacerbation characterized by severe cramping and bloody stools, he took oral corticosteroids (prednisone) to reduce the inflammatory response. He experienced many of the drug's side effects, but has been in remission for four years. Currently, A.E.'s condition is managed on drugs that reduce inflammation by suppressing the immune response. He takes Pentasa (mesalamine) 250 mg 4 caps po bid. Pentasa is of the 5-ASA (acetylsalicylic acid or aspirin) group of anti-inflammatory agents, which work topically on the inner surface of the bowel. It has an enteric coating, which dissolves in the bowel environment. He also takes 6-mercaptopurine (Purinethol) 75 mg PO daily and a therapeutic vitamin with breakfast. A.E. may take acetaminophen for pain but must avoid NSAIDs, which will irritate the intestinal mucosa (inner lining) and cause a flare-up of the disease.

A.E. یک دانشجوی نوزده ساله ، در سن سیزده سالگی با بیماری کرون ، یک بیماری التهابی مزمن که میتواند بر تمام لوله گوارش از دهان تا مقعد اثر بگذارد ، تشخیص داده شد . بیماری A.E. به روده بزرگ او محدود است . در طی یک دوره نه ماهه از تشدید که با کرامپ شدید و مدفوع خونی مشخص میشود ، او کورتیکواستروئید دهانی مصرف میکرد تا پاسخ های التهابی را کاهش دهد. او خیلی از اثرات جانبی دارو را تجربه کرد ، اما چهار سال است که در حالت بهبود بیماری است . در حال حاضر ، شرایط A.E. با داروهایی کنترل میشود که التهاب را به وسیله سرکوب پاسخ ایمنی کاهش میدهند . او پنتازا به میزان 250 میلی گرم و به وسیله دهان و به صورت کپسول و دوبار در روز . پنتازا از گروه 5-ASA (استیل سالیسیلیک اسید یا آسپرین) از داروهای ضد التهابی است که به صورت کلی بر روی سطح داخلی روده اثر میکند . یک پوشش روده ای (؟) دارد که در محیط روده حل می شود . او همچنین روزانه 6-مراکپتوپورین به میزان 75 میلی گرم از طریق دهان و یک ویتامین درمانی به همراه صبحانه مصرف میکند . A.E. همچنین برای درد استامینوفن مصرف میکند اما باید از NSAIDs خودداری کند که مخاط روده را تحریک میکند و باعث عود و وخامت بیماری می شود .

Case Study 8-2: Asthma

E.N., a 20 YO woman with asthma, visited the preadmission testing unit one week before her cosmetic surgery to meet with the nurse and anesthesiologist. Her current meds included several bronchodilators, which she takes by mouth and by inhalation, and a tranquilizer that she takes when needed for nervousness. She sometimes receives inhalation treatments with Mucomyst, a mucolytic agent. On E.N.'s preoperative note, the nurse wrote:

E.N. یک زن بیست ساله مبتلا به آسم ، یک هفته قبل از عمل زیبایی اش به واحد آزمایشات قبل از پذیرش مراجعه کرد تا پرستار و متخصص بیهوشی را ملاقات کند . داروهای فعلی او شامل چندین برانکودیلاتور (گشاد کننده برونش) است که به وسیله دهان و توسط استنشاق مصرف میشود و یک آرامبخش که هنگامی که لازم شود برای اضطراب مصرف میکند . او گاهی اوقات به وسیله موکومیست، یک داروی خلط آور ، درمان های استنشاقی دریافت میکند . بر روی برگه قبل از عمل E.N. پرستار نوشت :

(ترجمه لیست دارویی بر عهده دانشجویان)

Theo-Dur 1 cap 200 mg tid

Flovent inhaler 1 spray (50 mcg each nostril b.i.d.)

Ativan (lorazepam) 1 mg po bid

Albuterol metered-dose inhaler 2 puffs (180 mcg) prn

q4-6h for bronchospasm and before exercise

E.N. stated that she has difficulty with her asthma when she is anxious and when she exercises. She also admitted to occasional use of marijuana and ecstasy, a hallucinogen and mood-altering illegal recreational drug. The anesthesiologist wrote an order for lorazepam 4 mg IV one hour preop. The plastic surgeon recommended several supplements to complement her surgery and her recovery. He ordered a high-potency vitamin, 1 tab with breakfast and dinner, to support tissue health and healing. He also prescribed bromelain, an enzyme from pineapple, to decrease inflammation, one 500 mg cap po qid three days before surgery and postoperatively for two weeks. Arnica montana was prescribed to decrease discomfort, swelling, and bruising; three tabs sublingual tid the evening after surgery and for the following 10 days.

E.N. اظهار داشت که هنگام تمرین و اضطراب ، با آسمش به مشکل برمیخورد . او همچنین به استفاده گهگاهی از ماریجوانا و اکستازی، یک ماده توهم زا و تغییر دهنده حالت غیر قانونی شادی آور ، اعتراف کرد . متخصص بیهوشی دستور چهار میلی گرم لورازپام به صورت وریدی یک ساعت قبل از عمل را نوشت . جراح پلاستیک چندین مکمل کامل کردن جراحی و بهبودی او پیشنهاد کرد . او یک ویتامین با قدرت بالا ، یک قرص با صبحانه و شام برای کمک به سلامت و بهبود بافت دستور داد . او همچنین پروملیانین، یک آنزیم از آناناس ، تجویز کرد تا التهاب را کاهش دهد ، یک کپسول 500 میلی گرمی ، دهانی ، سه بار در روز از سه روز قبل عمل و دو هفته بعد از عمل . آرنیکا مونتانا برای کاهش ناراحتی ، تورم و کبودی ها تجویز شد ؛ سه قرص زیرزبانی سه بار در روز بعد از عمل برای ده روز بعدی .

Case Study: M.L.'s Rollerblading Mishap

Chief Complaint

M.L., an active 59-year-old woman, was rollerblading early one morning. When attempting to avoid some loose gravel, she fell, injuring her right wrist and knee. She immediately experienced pain in her wrist and knee and noticed that her knee was swelling. She was able to use her cell phone and call her husband who came and took her to a nearby emergency room.

شکایت اصلی

M.L. یک زن 59 ساله فعال، یک روز صبح اسکیت بازی میکرد. هنگام تلاش برای اجتناب از شن و ماسه شل، او سقوط کرد و مچ دست راست و زانو اش را آسیب زد. او بلافاصله درد در مچ دست و زانویش تجربه کرد و متوجه شد زانویش ورم کرده است. او قادر به استفاده از تلفن همراهش بود و به همسرش زنگ زد که آمد و او را به نزدیک ترین اورژانس برد.

Examination

The physician assistant (PA) in the emergency room obtained the following history (Hz) of the incident:

معاینه

دستیار پزشک در اتاق اورژانس این تاریخچه را از حادثه گرفت :

M.L. was rollerblading on a path early that morning and skated into some loose gravel, causing her to fall forward. She attempted to break the fall with her arms and ended up landing with her right hand and knee bearing the impact of the fall. She was able to take off the rollerblades and, favoring her right leg, make her way over to a nearby bench, where she used her cell phone to contact her husband for help. M.L. was not wearing a helmet or any protective pads on her knees, elbows, or wrists.

M.L. صبح همان روز در مسیری اسکیت بازی میکرده و به مقداری شن و ماسه سست رسیده است، باعث شده تا به جلو بیفتد. او سعی کرده است تا جلوی سقوط را با دستانش بگیرد و در نهایت منجر به این شد که با دست راست و زانو شدت سقوط را بگیرد (با دست راست و زانو به زمین خورد و بیشترین ضربه به این اندام ها بوده) او قادر به این بود که اسکیت را در بیاورد و با کمک به پای راستش، خودش را به یک نیمکت نزدیک برساند، جایی که از تلفن همراهش استفاده کرد تا برای کمک با همسرش ارتباط برقرار کند. M.L. کلاه ایمنی یا هیچ نوع از پد های محافظ برای زانو، آرنج یا مچ دست استفاده نمیکرده است.

The PA inspected the wrist, which was deformed and edematous. She palpated the wrist area and documented that M.L. complained of pain, weakness, and slight tingling in the fingers. There was limited range of motion (ROM) of the fingers. Next, the PA examined the knee that was now quite swollen. M.L. could not bear much weight on the right leg and complained of considerable pain. The PA explained the prognosis to M.L. and her husband and then proceeded to order some diagnostic tests.

دستیار پزشکی مچ دست را بررسی کرد، که دچار تغییر شکل و ورم شده بود. او ناحیه مچ دست را لمس کرد و ثبت کرد که M.L. از درد، ضعف و مورمور خفیف در انگشتان دست شکایت میکند. محدوده حرکت انگشتان محدود بود. سپس، دستیار پزشک زانو را بررسی کرد که در حال حاضر کاملاً متورم شده بود. M.L. نمیتوانست وزن زیادی را بر پای راست تحمل کند و از درد قابل توجهی شکایت کرد. دستیار پزشکی به M.L. و همسرش پیش آگاهی داد و سپس به منظور انجام آزمایش های تشخیصی اقدام کرد.

Clinical Course

M.L. was taken to the radiology department, where an x-ray of the right wrist revealed a fracture. An MRI was ordered for the knee and showed no fractures or ligament tears. The PA explained to the patient that she might need to have an arthrocentesis, a tap to remove fluid in the knee joint, which would relieve some of the pain. She also explained that an endoscopic examination of the joint, an arthroscopy, might be required, but that the orthopedic surgeon who had already been consulted would determine whether or not this procedure was necessary.

سیربالینی

M.L. به بخش رادیولوژی منتقل شد ، جایی که عکسبرداری اشعه ایکس از مچ دست راست یک شکستگی را نشان داد. MRI برای زانو دستور داده شد و هیچ شکستگی یا پارگی رباط نداشت. دستیار پزشکی به بیمار توضیح داد که ممکن است او نیاز به آرتروسنتس داشته باشد، یک شیر برای خارج کردن مایع از مفصل زانو، که درد را مقداری تسکین خواهد داد . او همچنین توضیح داد که ممکن است بررسی آندوسکوپی مفصل یا آرتروسکوپی لازم باشد، اما جراح ارتوپد که تا کنون راهنمایی میکرده است ، تعیین می کند که آیا این روش ضروری هست یا خیر.

M.L.'s Injury Follow-Up

M.L. was seen by the orthopedic surgeon, who reduced her wrist fracture and applied a short arm cast. She was scheduled for an arthrocentesis to remove fluid from the right knee. Following the procedure, M.L. was discharged and sent home with instructions to rest and to keep the right wrist and leg elevated. She was directed to take an anti-inflammatory medication (NSAID) for the inflammation and pain. It was recommended that in the future M.L. wear protective padding when she rollerblades.

M.L. توسط جراح ارتوپد دیده شد ، که شکستگی مچ دستش را جا انداخت و یک قالب کوتاه دست را اجرا کرد (دستش را گچ گرفت) . او برای آرتروسنتسز برای حذف مایع از زانو راست در برنامه قرار گرفت . پس از عمل ، M.L. مرخص شد و با دستور العمل هایی مبنی بر استراحت و بالا نگه داشتن مچ دست و پا به خانه فرستاده شد . به او راهنمایی شد که برای التهاب و درد از داروهای ضد التهابی استفاده کند . توصیه شده است که در آینده M.L. هنگام اسکیت از پد های محافظ استفاده کند .

Case Study 7-1: Comprehensive History and Physical

C.F., a 46 YO married Asian woman, works as an office manager for an insurance company. This morning, she had a follow-up visit with her oncologist and was sent to the hospital for immediate admission for possible recurrence or sequelae of her ovarian cancer. She is alert, articulate, and a reliable reporter.

C.F. یک خانم متاهل 46 ساله آسیایی ، به عنوان مدیر دفتر یک شرکت بیمه کار می کند. امروز صبح ، او با متخصص سرطان خود قرار ملاقات داشت و برای پذیرش فوری برای عود احتمالی عواقب سرطان تخمدانش به بیمارستان فرستاده شد. او هشیاراست ، به خوبی صحبت میکند و گزارشات دهنده قابل اعتمادی است.

CC: C.F. presents with mild, low, aching pelvic pain and low abdominal fullness. She states, "I feel like I have cramps and am bloated. Sometimes I'm so tired I cannot do my work without a short nap."

شکایت اصلی : C.F. با درد ملایم ، خفیف و تیرکشنده لگنی و پر بودن نیمه پایین شکم حاضر شده است . او بیان میکند : "احساس می کنم گرفتگی ماهیچه دارم و پف کرده ام. گاهی اوقات آنقدر خسته ام که نمی توانم بدون یک چرت کوچک کار خود را انجام دهم."

HPI: C.F. has been in remission for 14 months from aggressively treated ovarian carcinoma. She presents with mild abdominal distention and tenderness on deep palpation of the lower pelvis. C.F. claims a feeling of fullness in the lower abdomen, loss of appetite, and inability to sleep through the night. She is afraid that her cancer was not cured. Sometimes her heart races and she cannot catch her breath, but with two children in college, she cannot afford to miss work.

تاریخچه بیماری فعلی : C.F. چهارده ماه است که از درمان تهاجمی کارسینومای تخمدان رهایی یافته است. او با نفخ خفیف نیمه تحتانی شکم و حساسیت به لمس عمیق نیمه پایین لگن حاضر شده است . C.F. ادعای که احساس پر بودن در نیمه پایین شکم ، از دست رفتن اشتها و عدم توانایی خواب در شب میکند . او می ترسد سرطانش بهبود نیافته باشد. گاهی اوقات قلب او سرعت میگیرد و او نمی تواند نفس خود را نگه دارد ، اما با وجود دو فرزند در کالج، او نمی تواند کار نکند.

MEDS: Therapeutic vitamin x 1/day. Valium 5 mg every six hours (q6h) as needed (pm) for anxiety. Benadryl 25 mg at bedtime (hs) pm for insomnia. Echinacea tea 3 cups/day to prevent colds or flu. Ginkgo biloba tea 3 cups/day for energy.

داروها: [ترجمه این بخش بر عهده خود دانشجویان (صرفا تعدادی دارو و مقدار مصرف روزانه)]

ALLERGIES: NKDA, no food allergies

حساسیت ها : حساسیت شناخته شده دارویی ای ندارد ، حساسیت به غذا ندارد

PMH: C.F. was diagnosed with ovarian CA four years ago and treated with surgery, radiation, and chemotherapy. A total abdominal hysterectomy (removal of the uterus) with bilateral removal of the oviducts and ovaries was performed. At the time of surgery, the pelvic lymph nodes tested negative for disease. Chemotherapy and radiation therapy occurred after surgical recovery. C.F. has been well and

capable of full ADL until four weeks ago. Childhood history is unremarkable, with normal childhood diseases, including measles, mumps, and chicken pox. C.F. was born and raised in this country. She has no other adult diseases, surgery, or injuries.

تاریخچه پزشکی قبلی : C.F. چهار سال پیش با سرطان تخمدان تشخیص داده شد و با جراحی ، اشعه درمانی و شیمی درمانی معالجه شد . یک برداشت کامل رحم از طریق شکم به همراه برداشت دو طرفه لوله فالوپ و تخمدان انجام گرفت . در هنگام عمل ، آزمایش غدد لنفاوی لگنی برای بیماری ، منفی بود . شیمی درمانی و رادیوتراپی پس از بهبودی از عمل جراحی اتفاق افتاد . C.F. خوب بوده است و تا هفته قبل قادر به فعالیت های معمول روزمره بوده است . تاریخچه کودکی قابل اعتنا نیست ، با بیماری های معمول کودکی ، شامل سرخک ، اوریون و آبله مرغان . C.F. در این کشور متولد و بزرگ شده است . او بیماری ، جراحی یا مصدومیت بزرگسالی دیگری نداشته است .

CURRENT HEALTH Hx: Denies tobacco, ETOH, or recreational drugs or substances. She exercises three to five times per week with aerobic exercise class and treadmill. She is a vegetarian and drinks one to five cups of green tea per day. Immunizations are up to date, unsure of last tetanus booster. Recent negative mammogram and negative TB test (PPD).

تاریخچه سلامتی فعلی : تنباکو ، الکل یا دارو و مواد تفریحی را انکار میکند . هفته ای سه تا پنج بار به وسیله تردمیل یا کلاس اروپیک ورزش میکند . گیاهخوار است و در روز سه تا پنج فنجان چای سبز مینوشد . واکسیناسیون به روز است ، از آخرین یادآور کزاز مطمئن نیست . تست های سل و مامو گرام اخیرش هم منفی بوده است .

FAMILY Hx: Both parents alive and well. Maternal aunt died of "stomach tumor at age 37.

تاریخچه خانوادگی : هر دو والد زنده و خوبند . خاله اش در سن سی و هفت سالگی به وسیله تومور معده فوت شده است .

TPR & BP & PAIN: 37C-96-22, 126/72, in no acute distress.

دما، نبض، تنفس و فشار خون و درد : دما 37 سانتی گراد - ضربان قلب 96 بار در دقیقه - تنفس 22 بار در دقیقه - 126 به روی 72 - درد هم سختی حادی ندارد .

HEENT: WNL. Mesocephalic; fundi benign; PERLLA; uncorrected 20/20 vision; mouth clear; good dental health; neck supple w/o rigidity, thyromegaly, or cervical lymphadenopathy; trachea midline. No carotid bruits.

سر، چشم ، گوش، بینی، حلق : در محدوده نرمال ؛ (سوال شود از استاد)

LUNGS: All lobes clear to auscultation and percussion.

ریه ها : همه لوپ ها برای گوش دادن طبیعی هستند و صدای نرمال دارند . (چک شود)

HEART: Rate 96 bpm, regular; no murmurs, gallops, or rubs.

قلب : ضربان 96 بار در دقیقه ، معمولی ؛ مورمور ، کوبش یا سایش هم ندارد .

BREASTS: Symmetrical, w/o masses or discharge.

سینه ها : متقارن ، بدون توده یا ترشح

ABDOMEN: Skin intact with healed suprapubic mid-line surgical incision and a symmetrical area of discoloration and dermal thickness from radiation therapy. Bowel sounds active and normal. Suprapubic tenderness on palpation. No hepatosplenomegaly. Absence of inguinal lymph nodes on palpation. Kidneys palpable. Rectal examination WNL. Hemoccult test (stool test for blood) result negative.

شکم : پوست دست نخورده ، به همراه برش جراحی بهبود یافته خط وسطی بالای لگنی و مناطق متقارن تغییر رنگ یافته و ضخیم شدن پوست که اثر رادیو تراپی است . روده ها صدای طبیعی میدهند و فعالند . حساسیت بالای لگن هنگام لمس . فاقد بزرگ شدگی کبد و طحال . غدد لنفی کشاله رانی ، هنگام تماس لمس نمیشوند . کلیه ها قابل لمس . آزمایش رکتوم در محدوده نرمال و تست مدفوع برای خون منفی بود .

GU: Unremarkable. Surgical menopause.

ادراری – تناسلی : فاقد اهمیت ، یائسگی بر اثر جراحی

MUSCULOSKELETAL: WNL. No weakness, limitation of mobility, joint pain, stiffness, or edema.

اسکلتی – ماهیچه ای : در محدوده طبیعی ، فاقد ضعف ، محدودیت حرکت ، درد مفصلی ، سفتی یا ادم .

NEUROLOGIC: All reflexes intact. No syncope, paralysis, numbness.

نورولاجیکال : تمام رفلکس ها دست نخورده است . سینکوپ ، فلج و بیحسی وجود ندارد .

DIAGNOSTIC IMPRESSION: Possible recurrence of ovarian CA, ascites.

تشخیص احتمالی : عود احتمالی سرطان تخمدان ، آسیتیس (؟)

TREATMENT PLAN: Send blood for CA-125 (genetic marker for ovarian cancer). Schedule abdominal paracentesis and second-look diagnostic laparoscopy with biopsy and tissue staging. D/C all herbal supplements.

برنامه درمانی : خون را برای CA-125 (نشانگر ژنتیکی برای سرطان تخمدان) فرستادن . برنامه ریزی برای تخلیه شکمی مایع و تشخیص مجدد با انجام عمل لاپاروسکوپی همراه با نمونه برداری و (؟) . قطع مصرف همه مکمل های گیاهی .

Case Study 7-2: Diagnostic Laparoscopy

For a laparoscopy, C.F. was given general anesthesia and her trachea was intubated. She was placed in lithotomy position with arms abducted. Her abdomen was insufflated with carbon dioxide (CO₂) through a thin needle placed below the umbilicus. Three trocar punctures were made to insert the telescope with camera and the cutting and grasping instruments. Biopsies were taken of several pelvic lymph nodes and sent to the pathology laboratory. There were many adhesions from prior surgery, which were lysed to mobilize her organs and enhance visualization. A loop of small bowel, which had adhered to the anterior abdominal wall, had been punctured when the trocar was introduced. The surgeon repaired the defect with an endoscopic stapler and irrigated the abdomen with 3 L of NS mixed with antibiotic solution.

برای لاپاروسکوپی، به C.F. بیهوشی عمومی داده شد و نای او هم اینتوبه شد (لوله کار گذاشته شد). او در وضعیت لیٹاتومی قرار گرفت و دستانش در حالت ابداعش بود. شکم او به وسیله کربن دی اکسید، که میان یک سوزن نازک که در پایین نافش قرار گرفته شده بود، باد شد. سه سوراخ تروکار درست شد تا تله اسکوپ به همراه دوربین و ابزار آلات برش و گرفتن وارد شوند. بیوپسی از چندین گره لنفاوی لگن گرفته شد و به آزمایشگاه آسیب شناسی ارسال شد. ادهژن (اثرات و اتصالات ناشی از ترمیم زخم) های زیادی از جراحی قبلی بود که به منظور قابل حرکت ساختن اندام های او و بهبود دید، لایز (تجزیه یا بریده) شد. یک حلقه از روده کوچک که به دیواره قدامی شکم متصل شده بود، هنگامی که تروکار وارد میشد، سوراخ شد. جراح به وسیله یک منگنه اندوسکوپیک، ترمیم کرد (بخیه زد). و شکم را با سه لیتر از محلول نرمال سالین که مخلوط با آنتی بیوتیک بود، پر کرد.