

با نام خدا

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور
زبیدی لطف آبادی، مریم، ۱۳۵۴-، گردآورنده
مجموعه سوالات مورد ارتقاء تخصصی طب اورژانس ۱۴۰۱: ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۲ دستیاران و متخصصان طب اورژانس / گردآوری و پاسخ‌دهی به سوالات مریم زبیدی لطف آبادی.

مشخصات نشر
مشخصات ظاهری
شابک
وضعیت فهرست نویسی
یادداشت
موضوع
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
شناسه افزوده
رده بندی کنگره
رده بندی دیویی
شماره کتابشناسی ملی
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

تهران: کاردیا، ۱۴۰۱.
۳۳۸ص.: مصور(بخشی رنگی)، جدول، نمودار.
۲۹۹۰۰۰۰ریال : 978-622-5217-46-1
فیبا
سوالات کتاب حاضر برگرفته از کتاب
"Roberts and Hedges' clinical procedures in emergency medicine and acute care , 7th. ed, c2019 "
به سرویراستاری جیمز آر رابرتس و
"Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice,9th.ed,c2018"
به ویراستاری کاترین ام. بیکز است.
پزشکی اورژانس -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
Emergency medicine-- Examinations, questions, etc.
رابرتس، جیمز آر.، ۱۹۴۶ - م.
Roberts, James R. .
هجز، جریس آر.
Hedges, Jerris R.
بیکز، کاترین ام.
Bakes, Katherine M.
۹/۸۶RC :
۰۲۵/۶۱۶ :
۹۰۶۴۲۷۹ :
۱۴۰۱/۰۹/۲۱ :
:
۹۰۶۴۰۷۴ :

مجموعه سوالات مورد ارتقاء تخصصی طب اورژانس سال ۱۴۰۱ به همراه پاسخ‌های تشریحی چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت یار**
پاسخگویی به سوالات: دکتر مریم زبیدی لطف آبادی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه‌آرا: **سپیده دبیری - رزیدنت یار**
طراح و گرافیسیت: **رزیدنت یار - مهرداد فیضی**
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
تیراژ: ۵۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۴۶-۱
بهاء: ۲۹۹,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سوالات بورد و ارتقاء

تخصصی طب اورژانس ۱۴۰۱

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۲

دستیاران و متخصصان طب اورژانس

گردآوری و پاسخدهی به سوالات:

دکتر مریم زیادی لطف آبادی

متخصص طب اورژانس

رتبه برتر بورد سال ۱۳۹۹

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث طب اورژانس گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مولف:

"قل رب زدنی علما" ... بگو پروردگارا، علم مرا زیاد کن
مجموعه حاضر، سوالات آزمون گواهی نامه و دانشنامه رشته تخصصی طب اورژانس سال ۱۴۰۱ و پاسخ
آن ها بر اساس منابع اعلام شده از سازمان سنجش و آموزش پزشکی می باشد.
وقتی تصمیم به جمع آوری پاسخ سوالات با همکاری موسسه رزیدنت یار گرفتم، یک چالش اصلی نحوه
پاسخ گویی به سوالات بود. مختصر و مفید یا گسترده و کامل؟ با توجه به گستردگی مطالب و منابع
طب اورژانس و فرصت محدود مطالعه، سعی کردم بنا بر اهمیت سوال، برخی سوال ها را گسترده و
کامل با ذکر جداول و تصاویر مربوطه پاسخ دهم تا مرور کلی به مباحث مشابه هم حاصل شود. امید
دارم این مجموعه مورد توجه و اقبال دستیاران گرامی قرار گیرد و گامی در جهت ارتقای علمی ایشان
باشد.

تقدیم به همسر گرامی، آتوسا و سروش مهربانم

تقدیم به پدر و مادرم همیشه معلمان استوار زندگی

و تقدیم به همه پزشکان مقیم اورژانس که بهترین اوقات خود را بر بالین بیماران به امید بهبودی آنان
سپری می کنند.

مریم زیادی لطف آبادی

پاییز ۱۴۰۱

فہرست

- مجموعہ سوالات ارتقاء ۱۴۰۱ طب اورژانس ۱۱
- مجموعہ سوالات بورڈ تخصصی سال ۱۴۰۱ طب اورژانس ۱۸۷



سؤالات و پاسخنامه

ارتقاء سال ۱۴۰۱
طب اورژانس

- ۱- در کودکی که جهت ترمیم جراحی صورت تحت آرام‌بخشی و بی‌دردی قرار گرفته است، زودرس‌ترین یافته پیش‌بینی‌کننده بروز آپنه کدام است؟
- الف) افزایش ضربان قلب
ب) کاهش اشباع اکسیژن خون
ج) افزایش فشار خون
د) افزایش EtCO₂

پاسخ: گزینه د

در ارزیابی بیماری که برای انجام پروسیجر سدیشن، آنالژزیک دریافت می‌کند کاپنوگرافی مقدم بر پالس اکسی‌متری است و سریع‌تر از پالس اکسی‌متری بیمار در معرض مخاطره راه هوایی، هیپوونتیلاسیون و آپنه را شناسایی می‌کند.

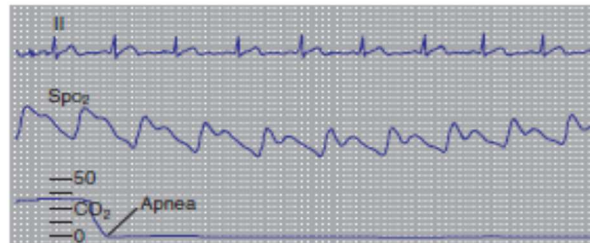


Figure 2.15 Capnographic detection of apnea. The CO₂ flatline indicates complete absence of air movement. Note that the EKG and pulse oximetry initially appear normal in this patient with a respiratory arrest.

(هجز - بخش ۱ - صفحه ۳۴)





۲- مرد ۳۵ ساله با BMI=36 که اقدام به گرفتن رژیم غذایی کرده و خیلی لاغر شده است، به وسیله پدرش به اورژانس آورده شده است و از دوبینی چشم شاکی است. در معاینه gait instability دارد. همچنین دچار anisocoria و کم شدن حس در انتهای اندام‌ها می‌باشد. علائم حیاتی باثبات است. با توجه به شرح حال و معاینه، دادن کدام دارو صحیح است؟

الف) Thiamin

ب) D/W 50%

ج) Folic Acid

د) Calcium

پاسخ: گزینه الف

انسفالوپاتی ورنیکه اغلب در بیماران الکلیک یا سوء تغذیه شروع و به ندرت در هیپیرامزیس گراویداروم رؤیت می‌شود. علائم انسفالوپاتی با فلج عصب III یا VI، نیستاگموس، پاسخ کند مردمک به نور، آنیزوکوریا، اختلال تعادل در راه رفتن و نوروپاتی پریفرال می‌باشد.





TABLE 13.1

Critical and Emergent Diagnoses of Coma

DIAGNOSIS	CAUSE	FINDINGS	TREATMENT	COMMENTS
METABOLIC				
Critical diagnoses	Hypoglycemia	Diaphoresis, insulin pump	D ₅₀ W, 50 mL	
	Hyperglycemia (DKA, HHS)	Tachypnea, nausea, vomiting, abdominal pain, dehydration	Isotonic fluid, insulin	
	Beri-beri	Hypothermia, hypotension	Thiamine, 100 mg IV	
	Adrenal crisis	Weakness, weight loss, hypotension, hyperpigmentation	D ₅ NS volume repletion, correct hypoglycemia; hydrocortisone, 100 mg IV	Expect hyperkalemia as well
	Pituitary apoplexy	Sudden headache, visual impairment, multihormonal dysfunction	Treat electrolyte abnormalities; hydrocortisone, 100 mg IV	May have pituitary adenoma; consult neurosurgery
Sepsis	SIRS criteria, poor end-organ perfusion, delirium	Isotonic fluid, appropriate antibiotics, source control		
Emergent diagnoses	Wernicke's encephalopathy	CN III or VI palsies, nystagmus, sluggish pupillary response, anisocoria, gait instability, peripheral neuropathy	Thiamine replacement	Often seen in alcoholic or severely malnourished patient; seldom in hyperemesis gravidarum
	Hyponatremia	Progressive confusion, headache, anorexia, seizure	Free water restriction, hypertonic saline if seizing	Side effect of many medications
	Hyperammonemia	Lethargy, irritability, vomiting, seizure, poor feeding	Monitor protein intake, hemodialysis	Seen in liver disease, inborn error of metabolism, or as side effect of valproic acid or bariatric surgery
	Hypercalcemia	Lethargy, polyuria, AKI, constipation	Isotonic fluid	Causes nephrogenic DI; suspect malignancy
	Uremia	Nausea, vomiting, anorexia, fatigue, ammonia breath	Treat hyperkalemia, hemodialysis	Check ECG for hyperkalemia changes
	Hepatic encephalopathy	Fetor hepaticus, asterixis, ascites, stigmata of cirrhosis	Lactulose	Rule out sepsis, GI bleeding, SBP
	Thyrotoxic crisis	Fever, tachycardia, sweating, diarrhea	Isotonic fluid; propranolol 1 mg IV; propylthiouracil 600 mg PO	May also need to treat adrenal insufficiency
	Myxedema coma	Sluggishness, weight gain, edema, depression, hair loss, constipation	Thyroxine, 500 µg IV; hydrocortisone, 100 mg IV	May be precipitated by acute illness
	Heat stroke	Hyperpyrexia (>41.1°C [106°F]), flushing, exertion in heat, dehydration	Isotonic fluid, evaporative cooling	Also in older adults with comorbidities unable to seek cool environment
	High altitude cerebral edema	Rapid ascent, headache, confusion, psychosis	Rapid descent from altitude, hyperbaric oxygen; dexamethasone 10 mg IV	More common above 3500 m
TOXIC				
Critical diagnoses	Hypoglycemic agents	Older adult with worsening renal function, intentional overdose	D ₅₀ W, 50 mL; octreotide, 50–100 µg IV q8h if refractory hypoglycemia	Frequent lethal overdose in children with one pill; admit these patients, young or old
	Opioids	Stupor, apnea, miosis, needle tracks	Naloxone, 0.4 mg IV, up to 10 mg IV	Check skin for fentanyl patches
	Simple asphyxiants	Sudden lightheadedness, collapse, syncope	100% oxygen	Leaking CO ₂ tank in enclosed space (eg, walk-in freezer); also nitrogen, helium, or argon gas
	Carbon monoxide	Combustion of fuel in enclosed space, headache, confusion, malaise, nausea	100% oxygen, hyperbaric oxygen per toxicology	Multiple people may be affected simultaneously; consider hyperbaric oxygen, especially during pregnancy
	Histotoxic hypoxia	Confusion, seizure, collapse, hydrogen sulfide smells like rotten eggs, cyanide (bitter almond smell) may result from combustion of plastics	100% oxygen; hydroxycobalamin, 70 mg/kg (or 5g) IV for cyanide	Consider cyanide in any house or car fire
	Methemoglobinemia	Use of medications, such as topical anesthetics or dapsone, cyanosis, pulse oximeter 85%	100% oxygen; methylene blue, 1–2 mg/kg IV	Also may result from severe diarrhea in children





بیمار مورد نظر سؤال، دچار علائم انسفالوپاتی ورنیکه به دنبال سوء تغذیه شدید است و درمان آن جایگزینی تیامین است. (روزن - فصل ۱۳ - صفحه ۱۲۵)

۳- آقای ۴۲ ساله کوادری پلژیک که حدود سه هفته قبل تحت ژژنوستومی قرار گرفته است، به دلیل خارج شدن لوله ژژنوستومی از مرکز نگهداری ارجاع شده است. با چند بار تلاش برای جاگذاری، نهایتاً لوله ژژنوستومی مجدداً در محل تعبیه می‌گردد. آسپیره کردن ترشحات روده ممکن نیست. مناسب‌ترین اقدام جهت بررسی صحت محل لوله کدام است؟
 الف) سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی
 ب) وارد کردن Q-tip داخل استومی و آنالیز pH مایع
 ج) وارد کردن گایدوایر داخل لوله و انجام گرافی
 د) تزریق سالین و ماده حاجب خارج داخل لوله و انجام گرافی

پاسخ: گزینه د

برای تأیید جایگذاری محل لوله ژژنوستومی استاندارد روشی که مورد تأیید همگان باشد وجود ندارد. نویسنده این مطلب و خیلی از پزشکان از روش تزریق مواد کنتراست محلول در آب از طریق لوله و سپس گرفتن گرافی خوابیده شکم استفاده می‌کنند. روش تزریق مواد کنتراست و گرافی در شرایط زیر برای اثبات محل صحیح لوله استفاده می‌شود:

- ۱) وقتی مسیر تعبیه لوله بالغ نشده است (کمتر از یک ماه از تعبیه لوله گذشته است).
 - ۲) وقتی جایگذاری مجدد لوله به سختی انجام شده است.
 - ۳) وقتی آسپیراسیون محتویات روده امکان‌پذیر نیست.
 - ۴) وقتی بیمار قادر نیست علائم ناشی از جاگذاری ناصحیح لوله را بیان کند.
- در بیمار فوق گزینه ۲ و ۳ مصداق پیدا می‌کند. (هجز - فصل VII - پروسیجرهای گاستروانتستینال - صفحه ۸۴۶)

۴- مرد جوان ۲۰ ساله به دنبال اصابت ترکش خمپاره به قفسه سینه، به اورژانس بیمارستان صحرایی منتقل می‌شود. در معاینات کاهش صداهای تنفسی ندارد. حرکات قفسه سینه در نگاه قرینه است. در FAST exam در نمای ساب زایفوئید تصویر زیر مشاهده می‌شود:





همه موارد زیر قابل انتظار است، به جز:

الف) محو شدن صداهای قلبی

ب) برجستگی ورید ژوگولار

ج) نبض پارادوکس

د) کلاپس IVC با انجام دم

پاسخ: گزینه د

با توجه به تصویر سونوگرافی بر بالین بیمار، بیمار مبتلا به تامپوناد قلب می‌باشد. در تامپوناد قلب، برجستگی ورید ژوگولر، نبض پارادوکس، محو شدن صداهای قلبی و دیلاتاسیون IVC داریم.

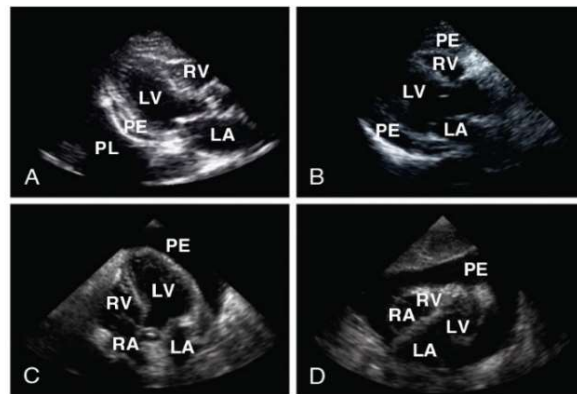


Figure 16.9 Examples of pericardial effusion. **A**, Small pericardial effusion (parasternal long-axis view). **B**, Moderate pericardial effusion (parasternal long-axis view). **C**, Large pericardial effusion (apical four-chamber view). **D**, Large pericardial effusion (subcostal/subxiphoid view). *LA*, Left atrium; *LV*, left ventricle; *PE*, pericardial effusion; *PL*, pleural effusion; *RA*, right atrium; *RV*, right ventricle.

(هجز - فصل ۱۶ - پریکاردیوسنتز - صفحه ۳۱۹)





۵- مأمور پلیس به دنبال اصابت گلوله به شکم، به اورژانس منتقل شده است. گلوله در زیر پوست شکم قابل لمس است. در معاینه علائم حیاتی پایدار است. شکم در لمس حساس است و در گرافی ساده یک لایه‌ی نازک هوا زیر دیافراگم مشاهده می‌شود. مهم‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

الف) خارج کردن گلوله با بی‌حسی موضعی

ب) تحت نظر در اورژانس و پایش بیمار

ج) انجام لاواژ تشخیصی پیریتوئن

د) انتقال به اتاق عمل جراحی

پاسخ: گزینه د

با توجه به الگوریتم ترومای شکم در آسیب‌های گلوله بیمار به دلیل وجود هوای زیر دیافراگم نیاز به لاپاراتومی دارد. (روزن - فصل ۳۹ - ترومای شکم - صفحه ۴۱۴)

۶- کارگری به دنبال سقوط از ارتفاع، دچار درد قفسه سینه شده است. در معاینه شواهد flail chest در سمت راست دارد. در گرافی شواهد نوموتوراکس و هموتوراکس ندارد. مصدوم از درد شدید قفسه سینه شاکی است. علائم حیاتی:

SpO₂=96% RR=32/min PR=98/min BP=128/76 mmHg
(with supplemental oxygen)

مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟

الف) تعبیه لوله قفسه سینه

ب) مورفین سولفات وریدی

ج) تهویه غیرتهاجمی

د) تهویه فشار مثبت با آمبوبگ

پاسخ: گزینه ب

با توجه به اینکه بیمار علائم respiratory decompensation ندارد، درمان مبتنی بر کنترل درد با آنالژژیک‌های اوپیوئیدی و غیراوپیوئیدی است. (روزن - فصل ۳۸ - ترومای توراکس - صفحه ۳۸۴)

۷- راننده ۲۷ ساله خودرو به دنبال تصادف با دیوار از روبرو، دچار ترومای بلانت قفسه سینه شده است و از درد قفسه سینه شاکی است. تراشه در خط وسط و صداهای ریوی قرینه و نرمال است. JVP





برجسته است. در گرافی قفسه سینه، شواهدی از کدورت ریوی، پلورال افیوژن یا پهن شدن مדיاستن وجود ندارد. علائم حیاتی:

SpO₂=95% RR=20/min PR=110/min BP=85/45 mmHg
(with supplemental oxygen)

در مدیریت مصدوم کدام اقدام صحیح‌تر است؟

الف) سی تی اسکن شکم و لگن

ب) اکوکاردیوگرافی بر بالین

ج) سی تی آنژیوگرافی آئورت

د) اندازه‌گیری سطح سرمی تروپونین

پاسخ: گزینه ب

باز هم تریاد تامپوناد!!! بیمار ما افت واضح فشار خون، تاکی کاردی و افزایش CVP دارد. گرید III تامپوناد، گرافی قفسه سینه در تشخیص تامپوناد حاد تروماتیک خیلی کمک کننده نیست. اکوکاردیوگرافی بهترین وسیله برای ارزیابی و تشخیص تامپوناد و افیوژن پری کارد است. (هجز - فصل ۱۶ - پریکاردیوسنتز - صفحه ۳۱۸)

۸- در یک نزاع خیابانی جوان ۱۷ ساله، با یک زخم گردن در زیر مندیبل چپ به اورژانس منتقل شده است. در معاینه هوشیار و همودینامیک پایدار است. خروج خون و حباب‌های هوا از ناحیه زخم دیده می‌شود. جهت مدیریت راه هوایی قدم اول چیست؟

الف) تعبیه LMA

ب) تراکئوستومی جراحی

ج) انتوباسیون محتاطانه تراشه با لارنگوسکوپ

د) کریکوتیروتومی سوزنی و جت ونتیلاسیون

پاسخ: گزینه ج

خروج هوا از زخم گردن نشانه آسیب راه تنفسی است و Hard sign آسیب‌های لارنگوتراکئال است. در بیمار با آسیب لارنگوتراکئال اگر مدیریت راه هوایی لازم باشد اورال انتوباسیون با گاید فیبراپتیک توصیه می‌شود. اگر در دسترس نباشد awake intubation با ویدئو لارنگوسکوپ است.





در صورت عدم موفقیت برقراری راه هوایی با اورال انتوباسیون، از روش‌های جراحی تراکتوستومی و کریکوتیروتومی استفاده می‌کنیم. (روزن - فصل ۳۷ - ترومای گردن - صفحه ۳۷۷)

۹- جوان ۲۳ ساله، موتورسوار به دنبال برخورد با شیشه‌ی مغازه دچار آسیب نافذ گردن شده است. وجود کدام یک از یافته‌های زیر علی‌رغم علائم حیاتی طبیعی نیازمند انتقال فوری مصدوم به اتاق عمل می‌باشد؟

الف) هماتوم ثابت به قطر ۵ سانتی‌متر

ب) عدم وجود نبض براکیال

ج) هموپتیزی خفیف

د) خونریزی بدون ضربان

پاسخ: گزینه ب

دانستن برخی مطالب از ملزومات کار کردن در اورژانس است، از جمله soft sign و hard sign ها در ترومای گردن. از بین گزینه‌های داده شده، کاهش یا فقدان نبض رادیال یک hard sign است، بقیه soft sign.

BOX 37.2

“Soft” and “Hard” Signs of Penetrating Neck Trauma

SOFT SIGNS

Minor hemoptysis
Hematemesis
Dysphonia, dysphagia
Subcutaneous or mediastinal air
Nonexpanding hematoma
Oropharyngeal bleeding
Neurological findings
Proximity wound

HARD SIGNS

Rapidly expanding/pulsatile hematoma
Massive hemoptysis
Air bubbling from wound
Severe hemorrhage
Shock not responding to fluids
Decreased or absent radial pulse
Vascular bruit or thrill
Stridor/hoarseness or airway compromise
Cerebral ischemia
+/- Massive subcutaneous emphysema





مرور سریع:

Soft sign: هموپتزی خفیف، هماتمز، دیس فونی، دیس فازی، هوای ساب کوتانئوس یا مدیاستن، هماتوم ثابت، خونریزی اوروفارنژیال، علائم نورولوژیک.

Hard sign: هماتوم سریع گسترش یابنده / نبض دار، هموپتزی ماسیو، خروج حباب هوا از زخم، خونریزی شدید، شوک غیر پاسخ دهنده به مایع درمانی، کاهش یا فقدان نبض رادیال، تریل یا بروئی عروقی، استرایدور / خشونت صدا یا مخاطره راه هوایی، ایسکمی مغز \pm آمفیزم ماسیو زیرجلدی. (روزن - فصل ۳۷ - ترومای گردن - باکس ۲-۳۷)

۱۰- زن ۳۲ ساله با سابقه تعویض دریچه آنورت و مصرف وارفارین به دنبال ترومای سر به اورژانس آورده شده است. بیمار هوشیار است. سی تی اسکن مغز نرمال است. در آزمایش $INR=4.5$ و دو ساعت از حضور بیمار در اورژانس گذشته است و بیمار در حال حاضر فاقد علامت است. کدام گزینه صحیح است؟

الف) تجویز FFP

ب) تجویز ویتامین K

ج) تزریق ترانگزامیک اسید

د) تحت نظر قرار دادن بیمار

پاسخ: گزینه د

در بیمارانی که آنتی کوآگولان استفاده می کنند و CT اسکن منفی دارند بستری روتین لازم نیست مگر در موارد زیر:

- برای خونریزی تأخیری شرایط های ریسک دارند (INR بالاتر از محدوده درمانی است).

- افرادی که کوموربیدیتی مشخص دارند.

- افرادی که تنها زندگی می کنند.

- افرادی که نمی توانند مجدد به بیمارستان مراجعه کنند. (روزن - فصل ۳۴ - ترومای سر - صفحه ۳۲۸)

۱۱- مرد میانسال موتورسواری را به دنبال تصادف با یک خودرو به اورژانس آورده اند. در بررسی اولیه بیمار هوشیار و راه هوایی باز است. کاهش صدای ریوی یا دفورمیتی واضح قفسه سینه ندارد. بیمار دچار قطع شدگی اندام تحتانی راست از بالای زانو شده است و علی رغم فشار با دست توسط اورژانس





پیش بیمارستانی، خونریزی فعال وریدی و شریانی از محل آمپوتاسیون ادامه دارد. اقدام مناسب در این مرحله کدام است؟

- الف) بستن تورنیکه پروگزیمال به محل قطع شدگی
- ب) آمبولیزاسیون با انجام آنژیوگرافی
- ج) لیگاسیون عروق در حال خونریزی
- د) اطلاع به جراح و انتقال به اتاق عمل

پاسخ: گزینه الف

مهم‌ترین اقدام در مدیریت Circulation، کنترل خونریزی‌های آشکار است. خونریزی از زخم‌های خارجی اندام‌ها معمولاً با فشار مستقیم کنترل می‌شود. اگرچه خونریزی وسیع از یک اندام ممکن است نیاز به تورنیکه داشته باشد. اقدام جراحی یا آنژیوآمبولیزاسیون در کنترل خونریزی‌های داخلی استفاده می‌شود. (ATLS - فصل ۳ - شوک - صفحه ۵۱)

۱۲- موتورسواری به دنبال حادثه ترافیکی با درد و محدودیت حرکتی مفصل هیپ چپ توسط EMS به بخش اورژانس آورده می‌شود. رادیوگرافی بیمار را مشاهده می‌کنید:



محتمل‌ترین نوع دررفتگی کدام است؟