

فهرست

بخش ۱: اسکرپیت‌های نشانه محور و مقایسه تشابهات..... ۷

گوارش..... ۹

تنفس..... ۲۵

قلب و عروق..... ۳۷

غدد..... ۴۹

خون / کنسرها..... ۶۳

اعصاب..... ۷۵

کلیه و مجاری ادرار..... ۸۳

عفونی..... ۹۷

بیماری‌های روماتولوژیک..... ۱۰۱

بخش ۲: اسکرپیت‌های بیماری محور..... ۱۰۷

بیماری‌های گوارشی..... ۱۰۹

بیماری‌های تنفسی..... ۱۲۵

بیماری‌های قلب و عروق..... ۱۴۵

بیماری‌های غدد..... ۱۷۱

بیماری‌های خون / کنسرها..... ۱۸۵

بیماری‌های اعصاب..... ۱۹۷

بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار..... ۲۱۱

بیماری‌های عفونی..... ۲۲۱

بیماری‌های روماتولوژیک..... ۲۴۵

بخش ۳: تفسیر ECG به زبان ساده..... ۲۵۷

اسکرپت‌های نشانه محور و مقایسهٔ تشابهات

گوارش

۱. درد قسمت فوقانی - راست شکم (RUQ Pain)
۲. درد اپیگاستر (Epigastric Pain)
۳. درد نواحی تحتانی شکم (Lower Abdominal Pain)
۴. درد منتشر غیرلوکالیزه شکم (Diffuse Nonlocalized Pain in abdomen)
۵. هایپر بیلیروبینمی ایزوله (Isolated Hyperbilirubinemia)
۶. هایپر بیلیروبینمی به همراه افزایش آنزیم‌های کبدی (Hyperbilirubinemia with LFT Elevation)
۷. اسهال مزمن (Chronic Diarrhea)
۸. آسیت با گرادیان بالا بین آلبومین سرم و مایع آسیت (High SAAG Ascites)
۹. آسیت با گرادیان پایین بین آلبومین سرم و مایع آسیت (Low SAAG Ascites)
۱۰. خونریزی از دستگاه گوارش فوقانی (Upper GI Bleeding)
۱۱. خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی (Lower GI Bleeding)
۱۲. آزمایشات کبدی غیرطبیعی - الگوی هیاتوسولار (Abnormal liver function tests - Hepatocellular pattern)
۱۳. آزمایشات کبدی غیرطبیعی - الگوی کلستاتیک (Abnormal liver function tests - Cholestatic pattern)
۱۴. دیسفاژی مزمن (Esophageal Dysphagia)
۱۵. سوء جذب (Malabsorption)

تنفس

۱. گلودرد (Sore Throat)
۲. رینیت (Rhinitis)
۳. سرفه حاد (Acute Cough)
۴. سرفه مزمن (Chronic Cough)
۵. خلط خونی (Hemoptysis)
۶. خشونت صدا (Hoarseness)
۷. تنگی نفس حاد (Acute Dyspnea)
۸. تنگی نفس مزمن (Chronic Dyspnea)
۹. بیماری‌های انسدادی ریه (Obstructive Pulmonary Diseases)
۱۰. افیوژن پلور (Pleural Effusion)
۱۱. کدورت‌های ریوی در ((Pulmonary Opacification (CXR))

قلب و عروق

۱. درد قفسه سینه تیبیک (Typical chest pain)
۲. درد قفسه سینه آتیبیک (Atypical chest pain)
۳. شوک (Shock)
۴. فشار خون ثانویه (Secondary Hypertension)
۵. ادم محیطی (Peripheral Edema)
۶. برادی آریتمی‌ها (Brady arrhythmias)
۷. تاکی آریتمی‌های فوق بطنی (Tachyarrhythmias – Supraventricular)
۸. تاکی آریتمی‌های بطنی (Tachyarrhythmias – Ventricular)
۹. افیوژن پریکاردی (Pericardial effusion)

غدد

۱. ندول منفرد تیروئید (Solitary thyroid nodule)
۲. گواتر اکتسابی (Acquired Goitre)
۳. هایپوتیروئیدی (Hypothyroidism)
۴. تیروتوکسیکوز (Thyrotoxicosis)
۵. نارسایی آدرنال (Adrenal insufficiency)
۶. سندرم کوشینگ (Cushing Syndrome)
۷. هیرسوتیسم (Hirsutism)

۸. هایپرگلیسمی (Hyperglycemia)

۹. هایپوگلیسمی (Hypoglycemia)

۱۰. هایپوکلسمی (Hypocalcemia)

۱۱. هایپرکلسمی (Hypercalcemia)

۱۲. هایپرپرولاکتینمی (Hyperprolactinemia)

خون و کنسرها

۱. پلی سیتمی (Polycythemia)
۲. آنمی میکروسیتیک (Microcytic Anemia)
۳. آنمی نورموسیتیک (Normocytic Anemia)
۴. آنمی ماکروسیتیک (Macrocytic Anemia)
۵. ترومبوسیتوپنی (Thrombocytopenia)
۶. اختلالات خونریزی دهنده (Bleeding diathesis)
۷. پان سیتوپنی (Pancytopenia)
۸. ائوزینوفیلی (Eosinophilia)
۹. اسپلنومگالی (Splenomegaly)
۱۰. واکنش‌های انتقال خون (Transfusion Reactions)

اعصاب

۱. سردرد مزمن (Chronic Daily Headache)
۲. کاهش سطح هوشیاری
۳. سینکوپ (Syncope)
۴. دمانس (Dementia)
۵. ضعف عضلانی (Muscle Weakness)
۶. لرزش (Tremor)
۷. سرگیجه (True Vertigo)

کلیه و مجاری ادرار

۱. نارسایی حاد کلیوی - پره رنال (Pre-renal ARF)
۲. نارسایی حاد کلیوی - رنال (Renal AKI)
۳. ازوتمی پست رنال (Post-renal Azotemia)
۴. همآچوری میکروسکوپی (Microscopic Hematuria)
۵. همآچوری گروس (Gross Hematuria)
۶. عفونت ادراری (UTI)
۷. پروتئینوری (Proteinuria)
۸. افزایش PSA
۹. هایپرناترمی (Hypernatremia)
۱۰. هایپوناترمی (Hyponatremia)
۱۱. هایپرکالمی (Hyperkalemia)
۱۲. هایپوکالمی (Hypokalemia)

عفونی

۱. عفونت‌های دستگاه عصبی مرکزی (CNS Infection)
۲. هپاتیت (Hepatitis)
۳. اورژانس‌های تب و راش (Fever + Rash emergencies)

روماتولوژیک

۱. درد قسمت تحتانی کمر (Low back pain)
۲. درد گردن (Neck pain)
۳. رادیکولوپاتی (Radiculopathy)
۴. مونوآرتريت (Monoarthritis)
۵. پلی آرتريت (Polyarthritis)



گوارش



در قسمت فوقانی-راست شکه (RUQ Pain)

بیماری‌ها	ایمیدیه‌ها	علائه	نشانه‌ها	آزمون تشخیصی	درمان	ویژگی‌های کلیدی-افزادگی
کوله لیلتیازیس	زنان < مردان سن شایع: بعد از ۴۰	درد اپیزودیک RUQ یا اپی گاستر کمتر از ۶ ساعت انتشار به شانه راست، اپی گاستر و پشت تهوع، استفراغ / سبزی زردرس / نفخ و دیس پیسی / درد قفسه سینه / گوزن زرداسیون	درد RUQ یا اپی گاستر بیشتر از ۶ ساعت انتشار به شانه راست، اپی گاستر و پشت تب / تهوع و استفراغ / بی اشتها	سونوگرافی و در صورت عدم تشخیص (MRCP/ERCP)	صاحتی در موارد علامت‌دار یا بدون علامت با ریسک کمتر کوله سیستکتومی	تمامی یافته‌های آزمایشگاهی طبیعی‌اند در RUQ کمتر از ۶ ساعت
کوله سیستیت	زنان < مردان سن شایع: ۵۰-۷۰	درد RUQ بیشتر از ۶ ساعت نشانه‌های کلستر خارج کبدی، خارش / ادرار تیره / مدفوع روشن / فاقد تب	درد RUQ بیشتر از ۶ ساعت نشانه‌های کلستر خارج کبدی، خارش / ادرار تیره / مدفوع روشن / فاقد تب	سونوگرافی + مطالعات آزمایشگاهی	آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف + درمان صحاتی + کوله سیستکتومی	تب لکوسیتوز و افزایش CRP ↑ ALP, ↑ AST, AL T, ↑ Total bilirubin سونوگرافی با ادم و افزایش ضخامت کیسه صفرا علامت مورفی مثبت در معاینه و سونوگرافی به همراه سنگ در کیسه صفرا
کله‌دوکولیت‌آزیس	زنان < مردان سن شایع: بعد از ۴۰	درد RUQ بیشتر از ۶ ساعت نشانه‌های کلستر خارج کبدی، خارش / ادرار تیره / مدفوع روشن / فاقد تب	درد RUQ بیشتر از ۶ ساعت نشانه‌های کلستر خارج کبدی، خارش / ادرار تیره / مدفوع روشن / فاقد تب	یافته‌های آزمایشگاهی + تصویربرداری (سونوگرافی / EUS/MRCP/ERCP)	درمان صحاتی + خروج اندوسکوپیک سنگ ± کوله سیستکتومی	زردی بدون تب ↑ ALP, ↑ AST, AL T, ↑ Total bilirubin
کالاریت	زنان = مردان سن شایع: ۵۰-۷۰	تیراد شایع: سن شایع: ۵۰-۷۰	تیراد شایع: سن شایع: ۵۰-۷۰	تصویربرداری + ویژگی‌های کلیه‌ای	آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف + درمان صحاتی + دکمپرشن اورژانسی + کوله سیستکتومی فاصله در	تب + زردی لکوسیتوز و افزایش CRP ↑ ALP, ↑ AST, AL T, ↑ Total bilirubin تیراد شایع و پیتاد رینولتز
سایر تشخیص‌های افتراقی:	تشخیص افتراقی‌های شکه‌ها	هیاتیت حاد و بیماری‌های کبد	گاستریت	مرامل ابتدایی آپاندیسیت (۸)	فاکس گسترده (۹) / دایورتیک‌ها (۱۰) / است	پانکراتیت حاد (۵) افتلال عملکرد استنکر Oddi (۱۰)

برای مراد با درد RUQ در قدم اول می‌بایست ۳ اقدام اولیه دهیم:

(۱) آزمایشات: CBC diff / Electrolytes / BUN/Cr / Glucose / AST, AL T, ALP, Bilirubin / Serum Amylase, Lipase / U/A

(۲) تصویربرداری: Abdominal Ultrasound

(۳) ECG

درد اپی گاستر (Epigastric Pain)						
بیماری‌ها	اپیدمیولوژی	علائم	نشانه‌ها	آزمون تشخیصی	درمان	ویژگی‌های کلیدی- افتراقی
انفا(گاستروس میوکارد تحتانی (Inferior MI)	مردان > زنان	درد اپی گاستر با یا بدون درد رترواسترنال قفسه ی سینه همراهی درد با کوتاهی نفس و تشدید علائم با فعالیت تنوع و استفراغ / عرق سرد	درد شکم پیوسته و با ایجاد ناگهانی در ناحیه اپی گاستر و گاه RUD همراه با انتشار درد به پشت	ECG + یافته‌های آزمایشگاهی	مانیتورینگ + درمان حمایتی + درمان دارویی + ارزیابی فوری برای بازسازی عروقی	ECG با تغییرات ST و T افزایش تروپوئین وجود کوتاهی نفس و علائم exetional هابیوتیشن و VP برجسته
پانکراتیت حاد	مردان > زنان	درد اپی گاستری که با آنژی اسپید برطرف می شود گاه به پشت انتشار می یابد زخم معده تشدید درد بلافاصله پس از غذاخوردن زخم دیئوفوج تشدید درد ۲-۵ ساعت پس از غذا خوردن	درد شکم با خوییدن بدتر و با خم شدن به جلو بهتر می شود تنوع و استفراغ/ ایلئوس/ علائم نارسانی کلیه و نارسانی تنفسی	علائم بالینی + یافته‌های آزمایشگاهی + تصویربرداری	مایع درمانی + مسکن تزریقی + استراحت روده + آنژی بیوتیک ± اقدامات جراحی	افزایش آنزیم‌های آمیلاز و لیپاز وقوع درد ناگهانی اپی گاستر یافته‌های تصویربرداری از پانکراس
بیماری زخم پپتیک (PUD)	مردان = زنان	درد با درازکشیدن بدتر می شود رگوریزیتاسیون و آروغ زدن	درد اپی گاستری که با آنژی اسپید برطرف می شود گاه به پشت انتشار می یابد زخم معده تشدید درد بلافاصله پس از غذاخوردن زخم دیئوفوج تشدید درد ۲-۵ ساعت پس از غذا خوردن	یافته‌های آزمایشگاهی ± اندوسکوپی	درمان حمایتی + ریشه کنی + H.Pylori + PPI درمان	یافته‌های اندوسکوپیک بیانگر زخم، همانتر و ملنا
بیماری رفاکس کسترو(اومپازال (GERD)	مردان = زنان	درد با درازکشیدن بدتر می شود رگوریزیتاسیون و آروغ زدن	درد اپی گاستری که با آنژی اسپید برطرف می شود گاه به پشت انتشار می یابد زخم معده تشدید درد بلافاصله پس از غذاخوردن زخم دیئوفوج تشدید درد ۲-۵ ساعت پس از غذا خوردن	تشخیص بالینی (در موارد تنبیک) و در موارد آتیبیک به وسیله اندوسکوپی مانومتری و pH متری	اصلاح سبک زندگی + درمان دارویی با PPI	پاسخ به درمان تجربی
سایر تشخیص‌های افتراقی: (۱) کاستریت	پرکاردیت (۲)	آرتریت (۳)	آرتریت (۴)	آرتریت (۵)	فانتشال دیسپیس (۶)	کاستروپاری (۷)

برای معرفه با درد اپی گاستر و تشخیص افتراقی‌های بالا در فقه اول می بایست ۳ اقدامات انجام دهیم:

(۱) آزمایشگاه: CBC diff / Electrolytes / BUN, Cr / Glucose / AST, ALT, ALP, Bilirubin / Amylase, Lipase / Troponin

(۲) تصویربرداری: Abdominal Ultrasound (در صورت شک به درد هپاتوبیلیاری)

ECG (۳)

اسکرپت‌های بیماری محور

بیماری‌های گوارش

۱. بیماری ریفلاکس (GERD)
۲. دیسپپسی عملکردی (Functional Dyspepsia)
۳. بیماری زخم‌های معده و دئودنوم (Peptic Ulcer Disease)
۴. آدنوکارسینوم معده (Gastric Adenocarcinoma)
۵. پانکراتیت حاد (Acute Pancreatitis)
۶. سندرم روده تحریک پذیر (IBS)
۷. بیماری التهابی روده: کرون/کولیت اولسراتیو (IBD)
۸. یبوست (Constipation)
۹. آپاندیسیت حاد (Acute Appendicitis)
۱۰. سرطان کولون (Colon Cancer)
۱۱. سنگ کیسه ی صفرا (Cholelithiasis)
۱۲. کوله سیستیت حاد (Acute calculous cholecystitis)
۱۳. کلانژیت حاد (Acute Cholangitis)
۱۴. کارسینوم هپاتوسلولار (Hepatocellular Carcinoma)
۱۵. کبد چرب غیرالکلی (NAFLD)

بیماری‌های تنفس

۱. سرماخوردگی (Common Cold)
۲. آنفولانزا فصلی (Seasonal Influenza)
۳. فارنژیت حاد / تونسیلیت حاد (Acute Pharyngitis/Tonsillitis)
۴. رینیت آلرژیک (Allergic Rhinitis)
۵. سینوزیت حاد (Acute Sinusitis)
۶. اوتیت میانی حاد (Acute Otitis Media)
۷. لارنژیت حاد (Acute Laryngitis)
۸. کارسینوم حنجره (Laryngeal Carcinoma)
۹. تراکئیت باکتریال (Bacterial Tracheitis)
۱۰. اپی‌گلوتیت حاد (Acute Epiglottitis)
۱۱. برونشیت حاد (Acute Bronchitis)
۱۲. برونشکتازی (Bronchiectasis)
۱۳. نومونی (Pneumonia)
۱۴. آسم (Asthma)
۱۵. بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)
۱۶. آمبولی ریوی (Pulmonary Embolism)
۱۷. ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)
۱۸. کنسر ریه (Lung Cancer)
۱۹. سیالادنیت حاد (Acute Sialadenitis)

بیماری‌های قلب و عروق

۱. فشارخون بالای اولیه (Essential Hypertension)
۲. بیماری عروق کرونری (Coronary Artery Disease)
۳. سکته قلبی بدون صعود قطعه ST/آنژین ناپایدار (NSTEMI/Unstable Angina)
۴. سکته قلبی با صعود قطعه ST (STEMI)
۵. سردرد تنشی (Tension-Type Headache)
۶. میگرن (Migraine Headache)
۷. سردرد خوشه‌ای (Cluster Headache)
۸. تومور مغزی (Brain Tumor)
۹. سکته مغزی (Stroke)
۱۰. میاستنی گراویس (Myasthenia Gravis)

بیماری‌های غدد

۱. دیابت شیرین (Diabetes Mellitus)
۲. دیابت بی مزه (Diabetes Insipidus)
۳. سندرم کوشینگ (Cushing Syndrome)
۴. نارسایی آدرنال (Adrenal Insufficiency)
۵. کم کاری هیپوفیز (Hypopituitarism)
۶. راشیتیزم/اوستئومالاسی (Rickets/Osteomalacia)
۷. پرکاری تیروئید (Hyperthyroidism)
۸. کم کاری تیروئید (Hypothyroidism)
۹. گواتر (Goiter)
۱۰. کنسر تیروئید (Thyroid Cancer)
۱۱. تیروئیدیت تحت حاد (Subacute Thyroiditis)

بیماری‌های خون / کنسرها

۱. تالاسمی (Thalassemia)
۲. آئمی داسی شکل (Sickle Cell Disease)
۳. لوسمی لنفوبلاستیک حاد (Acute Lymphoblastic Leukemia)
۴. لوسمی میلوئیدی حاد (Acute Myeloid Leukemia)
۵. لوسمی لنفوسیتیک مزمن (Chronic Lymphocytic Leukaemia)
۶. لوکمی میلوئیدی مزمن (Chronic Myeloid Leukemia)
۷. لنفوم هوجکین (Hodgkin Lymphoma)
۸. لنفوم غیرهوجکین (Non-Hodgkin Lymphoma)
۹. مولتیپل میلوم (Multiple myeloma)
۱۰. کنسر پستان (Breast Cancer)
۱۱. کنسر مری (Esophageal Cancer)

بیماری‌های اعصاب

۵. نارسایی قلبی (Heart Failure)
۶. فیبریلاسیون دهلیزی (Atrial Fibrillation)
۷. نارسایی میترال/تنگی میترال (MR/MS)
۸. نارسایی آئورت/تنگی آئورت (AR/AS)
۹. تب حاد روماتیسمی (ARF)
۱۰. اندوکاردیت حاد (Acute Endocarditis)
۱۱. پریکاردیت حاد (Acute Pericarditis)
۱۲. میوکاردیت حاد (Acute Myocarditis)
۱۳. آنوریسم (Aneurysm)
۱۴. دایسکشن آئورت (Aortic Dissection)
۱۵. بیماری‌های قلبی ارثی آسیانوتیک (Acyantotic Congenital Heart Disease)
۱۶. بیماری‌های قلبی ارثی سیانوتیک (Cyanotic Congenital Heart Disease)
۱۷. سندرم متابولیک (Metabolic Syndrome)

بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار

۱. نارسایی مزمن کلیه (Chronic Kidney Disease)
۲. هایپرپلازی خوش خیم پروستات (Benign Prostatic Hyperplasia)
۳. کنسر پروستات (Prostate cancer)
۴. پروستاتیت حاد (Acute Prostatitis)
۵. عفونت مجاری ادرار (Urinary Tract Infection)
۶. سنگ کلیه و مجاری (Nephrolithiasis)
۷. کنسر کلیه (Renal Cell Carcinoma)

بیماری‌های عفونی

۱. سرخک (Measles)
۲. اوریون (Mumps)
۳. سرخچه (Rubella)
۴. آبله مرغان/زونا (Varicella/Herpes Zoster)
۵. تب اسکالرل (Scarlet fever)
۶. روزئولا اینفانتوم (Roseola Infantum)
۷. اریتم عفونی (Erythema infectiosum (۵th disease))
۸. لیشمانیوز پوستی (Cutaneous Leishmaniasis)
۹. هپاتیت A (A Hepatitis)
۱۰. هپاتیت B (B Hepatitis)
۱۱. هپاتیت C (C Hepatitis)
۱۲. سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)
۱۳. تب مالت (Brucellosis)
۱۴. سل (Tuberculosis)
۱۵. مالاریا (Malaria)
۱۶. مننژیت باکتریال (Bacterial Meningitis)
۱۷. انسفالیت حاد (Acute Encephalitis)
۱۸. سیاه سرفه (Pertussis)
۱۹. زخم پای دیابتی (Diabetic Foot Ulcer)

بیماری‌های روماتولوژیک

۱. بیماری دژنراتیو دیسک (Degenerative Disc Disease)
۲. اسپوندیلیت انکیلوزان (Ankylosing Spondylitis)
۳. روماتوئید آرتریت (Rheumatoid Arthritis)
۴. لوپوس (Systemic Lupus Erythematosus)
۵. اسکلرودرمی (Scleroderma)
۶. سندرم تونل کارپال (Carpal Tunnel Syndrome)
۷. نقرس (Gout)
۸. آرتریت سپتیک (Septic Arthritis)
۹. بورسیت (Bursitis)
۱۰. اوستئومیلیت (Osteomyelitis)



گوارش



بیماری ریفلاکس (GERD)	اجزای Illness Script
بیمار آقایی ۲۴ ساله است که از یکسال پیش با شرح حال حس سوزشی قفسه سینه که با دراز کشیدن نیز بدتر می‌شود مراجعه کرده است. درد وی تقریباً هرروز تکرار می‌شده است اما باعث کاهش وزن و استفراغ‌های مکرر در وی نشده است و همچنین نشانه‌هایی از ملنا را نیز ذکر نمی‌کند.	Problem Representation
بازگشت نامناسب ترشحات معده به مری ناشی از عدم کفایت Esophagogastric junction به دلایلی از قبیل: • شل شدن غذای اسفنکتر تحتانی مری (شایع‌ترین علت) • کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری • نقص آناتومیک Esophagogastric junction • نکرور مخاط مری و وقوع erosion و ulcer ناشی از بازگشت اسید معده به مری	پاتوفیزیولوژی و اتیولوژی
(۱) توزیع جنسیتی: مردان = زنان (۲) شیوع: در آمریکا ۱۵-۳۰٪ و در آسیا ۵٪ می‌باشد (۳) ریسک فاکتورها: مصرف کافئین، سیگار والکل/استرس/چاقی/بارداری/اختلالات دیافگرام / اسکلرودرمی / فتق هیاتال	اپیدمیولوژی و ریسک فاکتورها
علامت تبییک: (۱) احساس سوزش رترواسترنال علامت آتیپیک: (۳) احساس فشار در قفسه سینه (۵) تهوع، استفراغ (۷) علائم نومی آسپیراسیون (۲) رگورژیتاسیون (۴) سرفه‌های مزمن خشک و شبانه (۶) بوی بد دهان (۸) دیسفاژی	تظاهرات بالینی (شرح حال)
معاینات روتین در GERD عموماً طبیعی هستند. در اندوسکوپی فوقانی ممکن است درجاتی از ازوفازیت وجود داشته باشد (گرچه ممکن است اندوسکوپی طبیعی باشد).	تظاهرات بالینی (معاینه و آزمایشات)
(۱) در موارد با علائم بالینی تبییک: تشخیص فقط براساس علائم بالینی و به صورت کلینیکی است. (۲) اندوسکوپی فوقانی: موارد عارضه دار / موارد طول کشیده بیش از ۵سال / عدم پاسخ به درمان دارویی با PPI / همراهی با علائم خطر (دیسفاژی، اودینوفاژی، کاهش وزن، خونریزی گوارشی، آنمی) (۳) Esophageal pH Monitoring: جهت تایید موارد آتیپیک / پیش از انجام عمل جراحی GERD (۴) Esophageal Manometry: رد اختلالات حرکتی مری / ارزیابی عملکرد پریستالتیک مری / پیش از جراحی	تشخیص
(۱) اصلاح سبک زندگی: مصرف مواد غذایی کم حجم و افزایش تعداد وعده‌های غذایی / اجتناب از مواد غذایی با چربی فراوان / کاهش وزن / بالابردن سرتخت (برای بیماران با ریفلاکس شبانه مقاوم) / اجتناب از مصرف دخانیات، الکل و قهوه (۲) درمان دارویی: مصرف آنتی اسید در صورتی که علائم کمتر از یکبار در هفته وجود دارند مصرف Low dose H ₂ RA در مواقع نیاز مصرف PPI یکبار درروز برای ۸ هفته در صورت عدم پاسخ به درمان‌های فوق و یا وجود علائم شدید و مکرر GERD از همان ابتدا. سپس: در صورت عدم پاسخ: انجام ارزیابی‌های تشخیصی بیشتر / در صورت پاسخ نسبی: افزایش دوز PPI به دوبار درروز	درمان
افرادی که به درمان PPI یکبار در روز پاسخ نمی‌دهند افرادی که مصرف طولانی مدت PPI را تحمل نمی‌کنند یا می‌خواهند درمان خود را قطع کنند در موارد نیاز به اندوسکوپی فوقانی یا ارزیابی‌های بیشتر (اندیکاسیون‌ها در قسمت تشخیص، ذکر گردیده است)	بستری و ارجاع
۱) Infectious esophagitis ۲) Esophageal candidiasis ۳) Herpes esophagitis ۴) CMV esophagitis ۵) Drug-induced esophagitis ۶) Eosinophilic esophagitis ۷) Angina Pectoris ۸) Diffuse Esophageal Spasm ۹) Achalasia	تشخیص‌های افتراقی

^۱ منظور از (ازوفازیت در اینجا: قراردادی است که بدون بررسی پاتولوژیک و صرفاً با مشاهده ی اندوسکوپی و بر اساس تغییرات ظاهری مخاط به دسته‌های متفاوت تقسیم می‌شوند.

^۲ موارد عارضه دار GERD عبارتند از: متپلازی بارت - ازوفازیت (روزیه) - تنگی پیپتیک

امراض Illness Script	دیسپسپی عملکردی (Functional Dyspepsia)
Problem Representation	فرد جوان تا میانسال که از درد شکم یا احساس پری شکم شکایت دارد و تمام بررسی‌ها و آزمایشات نرمال گزارش شده‌اند. به احتمال زیاد فرد استرس زیادی دارد و از مشکلات سایکوسوشیال هم رنج می‌برد.
پاتوفیزیولوژی و اتیولوژی	مکانیسم‌های احتمالی: اختلال حرکتی GI tract، حساسیت بیش از حد احشا به درد، عفونت H. pylori، اختلالات سایکوسوشیال ۷۵٪ بیماران، functional dyspepsia دارند (ایدئوپاتیک یا nonulcer) اما برخی علل دیسپسپی organic عبارتند از: PUD/ Gastroesophageal reflux / NSAIDS induced dyspepsia/ Gastric Malignancy
اپیدمیولوژی و ریسک فاکتورها	شیوع: ۱۰-۵٪
تظاهرات بالینی (شرح حال)	درد مزمن ناحیه اپی‌گاستر، معمولاً همراه با regurgitation، نفخ، تهوع و سوزش سر دل
تظاهرات بالینی (معاینه و آزمایشات)	احساس پری بعد از غذا
تشخیص	تشخیص: بالینی (براساس کرایتریای تشخیصی مبتنی بر علامت) + رد سایر علل در بیماران با دیسپسپی بررسی از نظر H. pylori لازم است.
درمان	Alarm signs: سن < ۶۰ سال، کاهش وزن، دیسفاژی، اדיنوفازی، تهوع پایدار، آنمی، توده قابل لمس، سابقه خانوادگی سرطان گوارشی
بستری و ارجاع	۱) رژیم H. pylori eradication (در عمده بیماران بعد از حذف H. pylori همچنان علائم باقی می‌ماند ولی برای پیشگیری از ایجاد PUD و تعدیل ترشح اسید مفید است) ۲) PPIها (هر ۶ تا ۱۲ ماه باید قطع دارو امتحان شود تا از عوارض طولانی مدت دارو جلوگیری شود. اثربخشی دز پایین و دز استاندارد در مطالعات مشابه بوده است) ۳) داروهای ضد افسردگی (معمولاً TCA با دز پایین، شب‌ها قبل از خواب) ۴) داروهای پروکیتیک (متوکلوپرامید): به عنوان خط آخر درمانی، در صورتی که سایر روش‌ها شکست بخورند
تشخیص‌های افتراقی	۱) GERD (می‌تواند با دیسپسپی همراه باشد) ۲) گاستروپارزی (نسبت به دیسپسپی شیوع کمتری دارد ولی می‌تواند با دیسپسپی همراهی داشته باشد. در این بیماران تهوع و استفراغ نسبت به درد شکمی غالب تر است.) ۳) IBS (بیش از ۶۰ درصد بیماران علائم IBS را هم دارند)

تفسیر ECG به زبان ساده



پیش از خواندن یک ECG باید به چند مورد توجه کرد:

- (۱) تطبیق اسم بیمار و تاریخ و ساعت
- (۲) صحیح و استاندارد بودن سرعت و ولتاژ نوار گرفته شده. سرعت استاندارد ۲۵ میلی‌متر در ثانیه و ولتاژ استاندارد ۱۰ mm/mv است.

(۳) درست گرفته شدن نوار و صحیح بودن محل الکترودها: برای این منظور به لید I نگاه می‌کنیم. موج P در این لید باید همیشه مثبت باشد. اگر موج P در این لید منفی باشد، یا الکترود دست‌ها اشتباه بسته شده‌اند یا بیمار دکستروکاردی دارد. در صورتی که موج R در لید های V۱ تا V۶ به جای این که بزرگ‌تر شود، کوچک و سپس منفی شود، بیمار دکستروکاردی دارد.

برای خواندن ECG ابتدا باید با یک نگاه سریع شکل کلی امواج را بررسی کنیم، چراکه برخی از اختلالات مثل هایپرکالمی امواج به شکل خاص ایجاد می‌کنند که برای تشخیص آن‌ها روش کلاسیک چندان لازم نمی‌باشد.

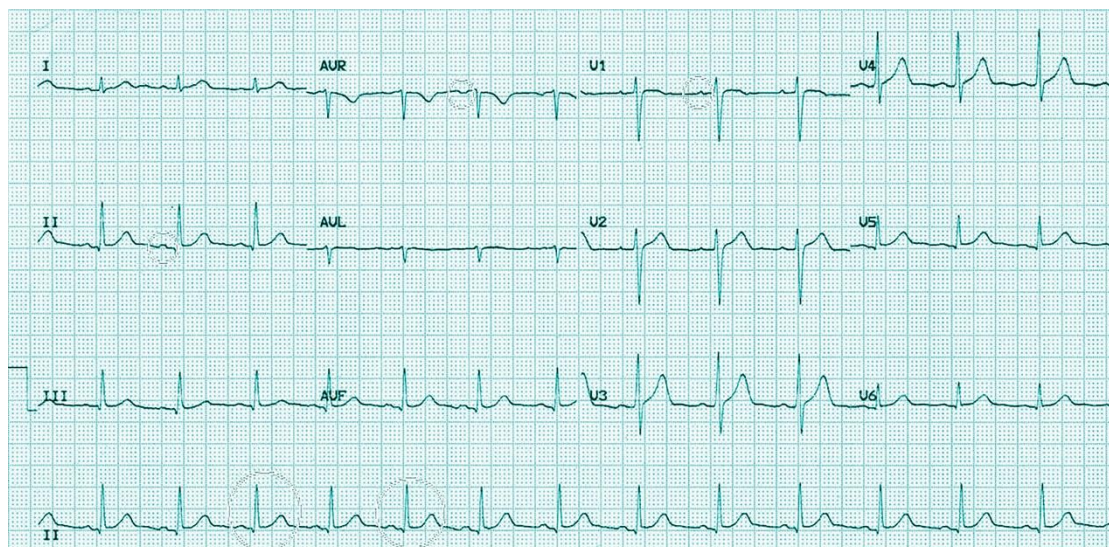
مراحل ۱۲ گانه خواندن ECG به روش کلاسیک	
(۱) ریتم (Rhythm)	(۷) موج QRS: ولتاژ
(۲) سرعت (Rate)	(۸) موج QRS: Wide یا Narrow بودن
(۳) محور (Axis)	(۹) موج QRS: R Progression
(۴) موج P	(۱۰) تغییرات قطعه ST (ST Segment)
(۵) فاصله PR (PR Interval)	(۱۱) تغییرات موج T
(۶) موج QRS: وجود Q پاتولوژیک	(۱۲) تغییرات قطعه QT (QT Segment)

۱- ریتم (Rhythm):

در این قسمت نوع ریتم باید مشخص گردد.

ریتم سینوسی ۴ ویژگی مهم دارد:

- (۱) P در لید II باید مثبت باشد.
- (۲) P در لید aVR باید منفی باشد.
- (۳) P در لید V۱ باید دوفازی (اول مثبت، بعد منفی) باشد.
- (۴) قبل از هر کمپلکس QRS باید یک موج P هم شکل وجود داشته باشد.



شکل ۱. ریتم سینوسی و ویژگی های آن

۲- ضربان (Rate)

تعداد ضربان قلب را می‌توان با استفاده از این فرمول به دست آورد:

$$\text{تعداد خانه‌های بزرگ بین دو موج R} \div ۳۰۰ = \text{ضربان (Rate)}$$

شکل زیر هم یک روش خلاصه‌تر برای محاسبه تعداد ضربان است:



شکل ۲. روش محاسبه‌ی سریع تعداد ضربان قلب