22-05-2018: بعد از سوراخ کردن ناحیه گودی خاصره ای سمت چپ مشخص شد که در گذشته یک کاتر (سوند) تخلیه 12F در این ناحیه به علت محتوای پیوس (نوعی چرک) وارد شده است.

آی آر سی پی 24-05-2018 جی آ: شکاف روی خط آناستوموز مری-معده برای چیست؟ قرار دادن استنت (بانداژ گره از روی سطح) در کانال پانکراس.

\*تاریخچه خانوادگی: چیزی مشخص نیست.

شکم متورم شده است. حساسیت زیادی دارد. صداهای روده کم فعال (در مقابل بیش فعال) است.

12-05-2018: سی تی اسکن (CT) تمام شکم در مورد ارزیابی ساخته شده در مقایسه با آزمایش CTدر تاریخ 11-05-2018.

پلورال افوژن (ریزش مایع به درون فضای جنبی) تشخیص داده شده در هميتوراکس چپ (سمت چپ قفسه سینه) تا 3 سانتيمتر در اسکن کنونی اندازه گیری شد و روند افزايشی را نشان داد. گسترده شدن تصاویر هوای آزاد در زیر ناحیه دیافراگمی مجاور به طرف قدامی کبد در سمت راست و همی دیافراگم سمت جلویی در سمت چپ سطح آناستوموز مری-روده ای به عنوان یافته های اضافی اشاره شده است. اختلاف معنی داری در مجموعه مشاهده شده در بخش عقبی پانکراس وجود ندارد. افزایش متوسطی در جمع آوری مایع در بخش طحال مشاهده شد. تورم یا نفخ گاز به عنوان یافته اضافی در حلقه های روده بزرگ اشاره شد.

30-05-2018: سی تی اسکن تمام شکم نشادن داد که اندازه کبد طبیعی است و تراکم پارنچیمال (بافت اصلی) همگن است. هیچ ضایعه اضافی قبلی یافت نشد. کیسه صفرا و مجاری صفراوی با خصوصیات آناتومیک عادی مشاهده شدند. تغییرات پس از جراحی مرتبط با عمل وپپل و ناهمگونی بافت پانکراس باقی مانده ذکر شده است. طحال جراحی شد. غدد آدرنال در ابعاد طبیعی هستند و هیچ ضایعه آسیب شناختی مشخص نشد. ابعاد، ضخامت پارنچیمال و خطوط هر دو کلیه طبیعی هستند. پریرنال فاسیکاس (نوعی بافت که غدد آدرنال را در بر می گیرد) سالم هستند، صفحات آدیپوز یا چربی یافت شدند. هیچ ضایعه اضافی قبلی یافت نشد. کارکرد جفت کلیه ها همزمان و طبیعی هستند. هیچ پاتولوژی انسدادی در سیستم دو طرفه پلویکالیکال مشاهده نگردید. استفراغ و انسداد بخش های کولون و روده کوچک ذکر شد. کاترهای زهکشی در گودی خاصره درون شکمی و دیافراگم سمت چپ قرار دارند. مجموعه های مایعات آزاد حداقلی پیش روده ای پلویک و درون شکمی پری هپاتیک وجود دارد. مثانه خالی است و بالون کاتر در داخل مثانه قابل مشاهده است. چند میلی متر حباب هوا در مجاورت بخش قدامی کبد زیر جگر در سمت راست دیافراگم مشخص شد. آزمایشات دیگر در پرونده بیمار ثبت شده اند.

سرطان لوزالمعده ديستال

26-05-2018: نشت آناستوموز، دبریدمان (خارج کردن بافت مرده) صفاقی به علت گسترش پریتونیت (التهاب صفاق)، اسفاگوژیونوستومی (راه دادن مری به ژونوم) (روکس-ان-وای)، ژیونوستومی تغذیه ای.

30-05-2018: سپسیس شکمی، لاپاروتومی به علت روش واک (جریان متناوب ولتاژ)، جایگزینی واک-لاپاروتومی مجدد-دبریدمان شکمی، جایگزینی 01-06-2018.

بیمار به علت تومور پانکراس دیستال در تاریخ 10-05-2018 جراحی شد. پانکراتکتومی ديستال، اسپلنکتومی و گاسترکتومی پروگزيمال، اسفاگوگاستروستومی به علت تهاجم اجرا شد. بیمار دوباره به دلیل نشت از آناستوموز و سپسیس شکمی در تاریخ 26-05-2016 جراحی شد؛ آناستوموز به اسفاگوژیونوستومی آنتیروکس n-y تبدیل شد. معده بیمار به همان اندازه باقی مانده بوده و در سمت چپ بسته شد. روش واک برای کنترل سپسیس شکمی بیمار در طی فرایند پیگیری انجام شد. ژیونوستومی تغذیه ای برای تغذیه بیمار استفاده شد. تغییر واک تا سه بار انجام شد و شکم بسته شد. با این وجود، نشت صفرا مانند (احتمالا از طرف لوله تغذیه)، هوای آزاد و خونریزی رخ داد. وضعیت کلی بیمار متوسط است. آخرین تحولات وضعیت عمومی بیمار را خراب نکرد. او هنوز هم به صورت تزریقی غذا می خورد. او لوله های تخلیه درون شکمی دارد. ضربان قلب بیمار حدود 110 و تعداد تنفس ش 2224 است. بیمار تب ندارد. بیمار به مدت طولانی بی حرکت بوده و در بخش آی سی یو بیمارسنتان بستری است در بیمارستان بستری است و او زخم بستر دارد. هوشیار است. هیچ شکستگی اندامی ندارد. عملکرد کلیوی خوب است. تنظیم گلوکز خون گاهی اوقات مختل می شود. تزریق آنتی بیوتیک و دیگر درمانها ادامه دارد. بررسی مجدد تجویز شده است. با این حال، بستگان بیمار به علت مسائل مالی نپذیرفتند و خواهان بازگشت به ایران شدند. بنابراین، گواهی ترخیص و رد درمان را امضا کرده و بیمار مرخص شد.