

خانم 37 ساله، ساکن شهر، لیسانس، BMI=30، G1P0، سابقه GDM از ماه اول بارداری و تحت درمان با رژیم غذایی، سابقه میومکتومی سال قبل، سابقه تزریق 2 دز واکسن کورونا و بارداری خواسته می باشد. مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان انجام گرفته است. مادر مورخ 00/9/19 در ساعت 23:23 با حاملگی 31w,2d با شکایت درد بدن به اورژانس بیمارستان الف مراجعه کرده و در اورژانس توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شود. بعد از ویزیت مادر توسط متخصص زنان مقیم مرکز، طی تماس تلفنی با پزشک معالج مادر، طبق نظر ایشان بعلت تاکی کاردی جنین و بارداری 31 هفته به بیمارستان ب ارجاع داده می شود. مادر ساعت 2:2 بامداد به اورژانس بیمارستان ب مراجعه می کند. در موقع پذیرش، مادر از تب و لرز و سرفه و آبریزش شاکمی بود. علائم زایمانی نداشت. NST Nonreactive بود. در معاینه فاقد آبریزش واضح بود.

علائم حیاتی: BT=37.1 BP=110/80 SPO2=97% FM=good FHR=175.

بعد از اقدامات اولیه مادر با دستورات: اکسیژن با ماسک 6-8 lit/min تکمیل 2 دوز بتامتازون- قرص پنتاپرازول- سونوگرافی وضعیت جنین و پروفیل بیوفیزیکی، چارت قندخون اخذ NST روزانه و تست نیتراژین، مشاوره عفونی و قلب چک آزمایشات BS, CBC, LFT, CRP, Cr, BUN, U/A, و جمع آوری ادرار 24 ساعته و چک پروتئین و کراتینین ادرار بستری اتاق زایمان می شود. در سونوگرافی جنین زنده و متحرک با ریت قلبی /جفت قدامی / قرار طولی /میزان مایع آمنیوتیک نرمال با اندکس 12 سانتیمتر و BPP=8/8 بود. دستورات مشاوره عفونی (تلفنی): انتقال مادر به بخش کرونا - چک PCR، شربت برم هگزین و قرص آیترومایسین.

طبق یادداشت رزیدنت سال 1 در ساعت 5 بامداد: مادر تدار و تاکی کارد نمی باشد. وضعیت قلب جنین بهبود یافته و NST reactive می باشد. طبق مشاوره قلب تلفنی انجام شده در ساعت 5:50 در صورت تشدید علائم تنگی نفس، تغییرات همودینامیک و درد قفسه سینه به اطلاع سرویس قلب رسانده شود و درد اپی گاستر ذکر شده که با غذا خوردن تشدید می شود به احتمال زیاد ناشی از مشکلات معده است که در بارداری شایع بوده و چک CTNI در دو نوبت و انجام اکو فردا صبح انجام شود.

علائم حیاتی ساعت 9:20: PR=80 BP=110/70 BT=36.7 بدون اکسیژن Sato2=99%

بیمار علی رغم توضیحات و آگاه نمودن نسبت به عواقب ترخیص رضایت به ادامه بستری نداده و پس از انجام مشاوره پزشکی قانونی با رضایت شخصی مرخص می شود.

آزمایشات WBC=5700 Hb=11.1 PTT=186000 AST=32 ALT=25 CRP=1+ تست نیتراژین بیمار منفی بود.

2 روز بعد با مثبت شدن تست PCR مادر ساعت 17:18 با شکایت تنگی نفس و علائم کووید 19، هوشیار با ویلچر در حال دریافت اکسیژن به اورژانس بیمارستان ب مراجعه و با سطح تریاز 3 بستری تحت نظر ایزوله اورژانس می شود. علائم حیاتی بیمار حین پذیرش: PR=110 BP=110/70 RR=20 T=37 SPO2=91% FHR=115 بود. آزمایشات CBC، تستهای کبدی، تستهای کلیوی و آنالیز ادرار درخواست شده و بستری ایزوله لیبر می شود.

جواب آزمایشات اولیه:

Cr=0.7 WBC=6000 PLT=179000 HCT=37.6 Hb=13.8 CRP=3+
Keton= 1+ U/A در SGOT=30 SGPT=39 LDH=451

NST جنین reactive، FHR=146 بود.

روز دوم بستری: ساعت 6 بامداد: مادر تب دار است BT=38 قلب جنین تاکی کارد می باشد. برای مادر اکسیژن و پوزیشن داده و هیدراته می شود (ساقوریشن با اکسیژن 92% بود). به علت تب آپوتل و قرص استامینوفن تجویز می شود. با مشاوره عفونی تماس می گیرند و ایشان دستورات: آمپول دگزامتازون، آمپول رمدیسیویر، ویتامین D3، قرص آیترومایسین، شربت برم هگزین، قرص پنتاپرازول و قرص ویتامین ث، مشاوره ICU از نظر انتقال به ICU را تجویز می کند. با نظر اتند زنان و طبق مشاوره با ICU man مادر ساعت 8:50 با علائم حیاتی: بدون اکسیژن

92 % و با اکسیژن spo2= 100% PR=116 BP=105/67 RR=22-29

به بخش ICU کورونا منتقل می شود.

روز سوم بستری: مادر ILL و تاکی کارد است. دیسترس تنفسی دارد.

علائم حیاتی بیمار RR=45-50 PR=90-104 BP=109/60 BT=37.8 SPO2=91--93% با کانول

بینی. مادر توسط اتند زنان ویزیت می شود.

با دستور ICU Man بدلیل تاکی پنه بودن CXR پرتابل اخذ می شود.

در گزارش CXR کدورت‌های پچی آلوئولر در نواحی میانی و تحتانی هر دو ریه با محو شدگی حدود قلب مطرح کننده پنومونی کوید 19 دیده می شود اندازه قلب بزرگ و زوایای جنبی باز و کدورت ها محو شده است . با دستور متخصص ICU مادر تحت درمان با اسپری سرفلو، سفیم و سپیروفلوکساسین قرار می گیرد.

روز نهم بستری: مادر افت ساچوریشن در حد 80-79% داشته که با تبدیل کانول به ماسک ساچوریشن بیمار به 92-91% افزایش می یابد. ریت تنفسی بیمار RR=45-50 می باشد. مادر تب دار نیست . در سونوگرافی پروفیل : جنین زنده و متحرک با ریت قلبی 143 و اندکس مایع 13 سانتیمتر و BPP 6 از 8 است و تصویر میوم در دیواره قدامی چپ رحم به قطر 45*68 میلیمتر گزارش می شود. ساعت 20 بدلیل تاکی پنه و افت ساچوریشن ماسک ساده به ماسک رزرو بگ تبدیل می شود.

روز ششم بستری: در ساعت 11:10 به علت گزارش BPP 4 از 8 و NST Nonreactive و دیسترس تنفسی و افت ساچوراسیون مادر آماده عمل سزارین شده و ساعت 12:10 به اتاق عمل منتقل می شود

با علایم حیاتی : BP=135/65 SPO2=83% RR=59 .

عمل ساعت 12:50 با بی هوشی عمومی وبا حضور اتند پریناتولوژی و وزیدنت ارشد شروع شده و حاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم بریج با آپگار 8/7/2 بود. حجم خونریزی حدود 700-800 سی سی ثبت شده است. نوزاد به بخش NICU منتقل می شود.

نت متخصص بیهوشی : بیمار بصورت اورژانسی جهت ختم حاملگی به OR آورده شد . در بدو ورود هوشیار و اوربانت و تاکی پنیکی و تاکیکارد بود . دیسترس تنفسی داشت . مخاطات خشک بود و در حال دریافت اکسیژن از طریق رزرو بگ بود قادر به تحمل پوزیشن سوپاین نبود . بلافاصله مانیتورینگ شد O2Sat=75-85% اولیه بود که پس از آماده سازی، ساکشن و تمهیدات ضروری جهت حفظ راه هوایی تحت بیهوشی عمومی با استفاده از گلایدوسکوپ قرار گرفت . طی جراحی همودینامیک نسبتا پایدار داشت SPO2 به حدود 84% رسیده بود . دیورز برقرار و خونریزی تحت کنترل بود و در نهایت پس از اتمام جراحی بیمار بصورت انتوبه تحت حمایت O2 و آمبویگ به ICU منتقل شد. بعد از انتقال به بخش ICU مادر به ونتیلاتور وصل شده و تحت انفوزیون میدازولام ، فنتانیل ، پرسدکس و سیس آتراکوریوم قرار می گیرد.

علایم حیاتی ساعت 14:20 : HR=121 SPO2=84%

علایم حیاتی ساعت 19:30 : PR=80-100 BP=112/78 SPO2=95% BT=37

طبق گزارش پرستاری در شیفت شب با تغییر پوزیشن دچار افت ساچوراسیون تا حد 85% می شده است و گاهی افت فشارخون تا BP=80/64 نیز داشته . ترشحات دهان زیاد و چسبناک و ترشحات تراشه کم بود.

روز هفتم بستری: از خط بحران K=5.3 اعلام می شود.

جواب آزمایشات : IL6 =23.9 LDH=2615 D-Dimer >15000

WBC=15300 HCT=29 Hb=13.5--9.3 K=4.47 PTT=31 PT=14.9

INR=1.5 Na=133.1 Cr=0.7 urea=39

روز هشتم بستری و روز سوم بعد از عمل: اتند زنان درصدد اعزام مادر است ولی وضعیت بالینی مادر اجازه اعزام را نمی دهد.

ویزیت ساعت 14:30 : بیمار انتوبه بوده و علائم حیاتی PR=65-75 RR=25 BP=114/63 SPO2=93-94%

BT=37.2

خونریزی بیمار در حد PP می باشد. با دستور اتند ICU دگزا متازون D.C و متیل پردنیزولون شروع می شود.

روز نهم بستری: به درخواست همراه بیمار و با اطلاع قبلی ICU Man در حضور متخصص مقیم بیهوشی ، یکی از پزشکان فوق تخصص

ریه بخش خصوصی بیمار را ویزیت نموده و پیشنهاد مشاوره قلب و اکو جهت بررسی کاردیومیوپاتی را می دهد. ساعت 00:40 باشک به T -

invert در مانیتور سانترال با نظر پزشک مقیم ICU ECG 12 لید، اخذ و CTNI در سه نوبت ارسال شده که جواب آنها منفی بوده است.

طبق مشاوره قلب و اکوی انجام شده همانروز در اکو EF=55% Mild PE Normal RVsize گزارش شده و از نظر قلبی اقدام خاصی نیاز نداشت.

روز بعد مادر ساعت 8:20 دچار افت ساچوریشن در حد 40% شده و لوله تراشه بیمار توسط پزشک مقیم ICU تعویض می شود. با این اقدام ساچوراسیون به 95% افزایش پیدا می کند.

روز یازدهم بستری: ساعت 6:20 مادر خودش را **اکستوبه** کرده و لوله تراشه توسط متخصص بیهوشی مقیم تعویض و فیکس می شود. علائم

حیاتی بیمار: PR=100-110 BP=121/72 RR=15 SPO2=88-91% FIO2=80-85 BT=37

در ABG آکالوز متابولیک دارد. در معاینه شکم نرم و فاقد دیستانسیون می باشد خونریزی در حد P.P است Hb=8.7

PLT=68,000—85,000—134.000

ساعت 21:15 بطور ناگهانی دچار های PVC بای ژمینه می شود. یک دقیقه بعد بدون هیچ مداخله ای ریتم بیمار سینوسی شده و CTNI ارسال می شود که منفی بوده است.

روز بعد K=2.6 از خط بحران اعلام می شود. دز KCL تجویزی زیاد شده و CVlin تعبیه می شود.

مادر تب دار است BT=38. ریتم قلب بیمار در مانیتور سینوسی با PVC گهگاهی ، BP=121/63 ، PR=110-120 که آمپول آپوتل تزریق شده و با نظر ICU Man کشت خون در دو نوبت و کشت ادرار ارسال شده که جواب آنها منفی بوده است.

با توجه به اعلام K=2.5 پتاسیم کلراید داخل سرم به 60 میلی اکی والان افزایش داده می شود.

روز سیزدهم بستری: مادر دچار دیسترس تنفسی و تنفس های شکمی شده و با دستور پزشک مقیم ICU آمپول سیس آتراکوریوم تزریق و با توجه به تآکیکاردی سینوسی تا 165 و افت Sato2 تا 77 % و BT=38.3 مختصات دستگاه ونتیلاتور تغییر داده می شود و مروپنم و وانکومایسین شروع می شود. روز بعد به علت تب 39 درجه آپوتل تزریق شده و مادر هیدراته می شود. به علت دیسترس مادر ، لوله تراشه توسط ICU Man تعویض و کانتر پلورال سمت چپ تعبیه می شود. مشاوره قلب و اکو جهت R/O آمبولی و CXR درخواست می شود.

گزارش CXR : پنوموتراکس وسیع در نیمه سینه راست با کلاپس پارشیل ریه راست رویت می شود . قلب و مدیاستن نمای سونوگرافیک نرمال دارد . لوله تراشه در محل مناسب و کانتر cvlin در SVC قرار دارد و کدورت های گراند کلاس و آلونولر پچی بصورت منتشر در ریه چپ دیده می شود و زاویه جنبی چپ با کدورت های محو شده است.

پس از رویت کلیشه CXR توسط متخصص ICU ، Chest tube سمت راست توسط ایشان تعبیه می شود. طی مشاوره قلب آمبولی Masive و sub Masive رد می شود.

روز چهاردهم بستری: SPO2=82-85% BP=115/75 BT=38 PR=90-100 هر دو مردمک دارای واکنش به نور می باشد.

آزمایشات: Ferritin = 245 IL6=56.2 D-Dimer=160 procalcitonin=160 LDH=2820 , ساعت 9:30 به علت **اتواکستوبه** شدن لوله تراشه توسط ICU Man لوله تراشه تعویض شده و به دلیل عدم کارکرد مطلوب چست تیوپ سمت راست توسط ایشان تعویض می شود.

در ادامه بستری مادر گاهی دچار تآکیکاردی و افزایش فشارخون شده و گاهی برادیکارد می شود.

جواب آزمایشات مورخ 00/10/11 : Hb=8.1 HCT=26.4 PLT=381000 تست های انعقادی نرمال
WBC=24800 BIL T=0.5 LYM=1%

بدلیل ترشحات سرریزی از محل سوچورهای سزارین ، محل انسزیون در حد جلدوزیر جلد بازمی شود. فاسیا کاملاً Intact بوده است. پانسمان wet to dry هر 12 ساعت انجام می شود. چهار روز بعد محل ترمیم می شود.

به علت Hb=7.8 ، HCT=26.2 با دستور ICU Man یک واحد پکدسل تزریق می شود. هیدروکلروتیازید ، NAC ، اسپیرینولاکتون ، منیزیم سولفات ، کسپوفونژین تجویز می شود.

در CXR پنوموتوراکس در مدیال نیمه سینه راست مشاهده می شود با تصویر C.T در قسمت تحتانی ریه راست. 2 روز بعد به علت افت فشارخون BP=69/35 انفوزیون لنوفد و فنتانیل شروع و انفوزیون پرسدکس ، میدازولام و آتراکوریوم Hold می شود.

مشاوره ENT جهت تعبیه تراکنوستومی انجام می شود. ولی سرویس ENT به بهانه های مختلف از انجام تراکنوستومی سرباز می زنند. وانکومایسین و مروپنم قطع می شود.

: ESR=64 Procalcitonin=2.15 BT=37.8 SPO2=82% BP=108/62

کشت خون ارسالی در دو نوبت منفی گزارش می شود و کشت از ترشحات ساکشن ارسال می شود. بعد از تهیه نمونه ها کلیستین و وانکومایسین شروع می شود. 2 روز بعد وانکومایسین قطع و لینزولید شروع می شود. در نمونه ترشحات E.Coli رشد کرده است.

CVL بیمار خودبخود خارج شده که مجدداً از ورید ژوگولار چپ توسط ICU Man تعبیه و کشت از ترشحات CVL قبلی فرستاده می شود. در ادامه بستری بیمار با کوچکترین تغییر پوزیشن دچار افت ساچوریشن تا 60-65 % و تآکیکاردی می شده و تب دار بود و مرتب آپوتل و پاشویه می شد . گاوژ را تحمل نمی کرد و فقط داروهای بیمار گاوژ می شده است . چست تیوپ بیمار اسولیشن نداشته و از محل خودبخود خارج شده بود. فشارخون بسیار پایین و مقاوم به درمان می باشد. به علت افت شدید ساچوراسیون تا 30% لوله تراشه توسط اتند ICU تعویض می شود و کشت خون و ترشحات ارسال می شود. در قاعده ریه ها کراکل سمع می شود در اکوی بدساید آمبولی ماسیو و ساب ماسیو رد می شود.

INR> 6 PTT>38.7 K=8.7-9 می باشد. برای مادر مشاوره عفونی اساتید درخواست می شود و اتند عفونی عصر مادر را ویزیت می کند.

36 روز بعد از زایمان مادر بعد از چند بار احیا فوت می کند.

جواب آزمایشات : WBC=7600—7300—12600—14300—26000—29900—30200—5800

Hb=12.5—10.9—10.4—9.5—8.9—8.4—8—7.7—11.2

Urea=5—13—34—34—39—51—55—31 Cr=0.7-0.9 PLT=228000—110,000—189,000--665000

ALP=295 BIL T=0.7 SGPT=39—67—92—77—39—29 SGOT=30—54—38—25

CTNI=Neg BS=114 LDH=532—1720—773

نکات ویژه :

1- مراقبت های قبل و دوران بارداری مرتب و کارآمد ، واکسیناسیون مادر، مراجعه به هنگام بیمار، اخذ شرح حال دقیق ، معاینات بالینی و اقدام به موقع ، کار تیمی و مراقبت های دقیق پرستاری در اپیدمی ها نجات دهنده بیمار می باشد.

کیس 2

خانم 27 ساله، ساکن شهر، لیسانس، خانه دار، BMI=21.5، سابقه تزریق واکسن کرونا ندارد.

مراقبت پیش از بارداری و دوران بارداری در مطب متخصص زنان انجام گرفته است. بنا به اظهار همسر " اوایل دی ماه مادر به علت درد عضلانی و بیحالی و سرفه به متخصص زنان مراجعه می کند. پزشک **بدون ویزیت** بیمار ، توصیه می کند آزیترامیسین و دیفن هیدرامین مصرف کند و در صورت تشدید علائم به بیمارستان مراجعه نماید. مادر در تاریخ 10/6/ به دلیل عدم بهبودی به بیمارستان مراجعه می کند. در اورژانس سرم تزریق شده و تست PCR اخذ می شود و به علت نداشتن مشکل تنفسی مرخص می شود (در بررسی فقط برگ **تریازسطح 4** تکمیل شده بود). مادر به علت سرفه و درد عضلانی در تاریخ 9 / 10 / به درمانگاه بیمارستان الف مراجعه نموده و طبق گفته همسر فقط شربت ضد سرفه تجویز میشود. در آن مرکز با متخصص زنان تماس می گیرند و ایشان توصیه به مراجعه به بیمارستان دانشگاهی می کند. مادر مورخ 00/10/15 (هفته 35-36 بارداری) با شکایت سرفه بصورت سرپایی به بیمارستان ب مراجعه و با سطح **تریاز 3** وارد اورژانس می شود . موقع مراجعه ساعت 7:25 بامداد از سردرد و میالژی از 2 هفته قبل که طی 2-3 روز اخیر تشدید یافته شاکی بود. سابقه مراجعه به اورژانس بیمارستان قلب مورخ 00/8/21 با شکایت تنگی نفس را ذکر می کرد که در اکو یافته ای نداشت .

علائم حیاتی ثبت شده در بدو ورود: BP=105/65 PR=90 RR=20 BT=37 O2Sat=97%

مادر به بخش ایزوله تنفسی تحت نظر اورژانس منتقل شده و توسط متخصص زنان ویزیت شده و سونوگرافی و پروفیل بیوفیزیکیال و مشاوره عفونی درخواست می شود. در سونوگرافی جنین زنده با FHR=124 و میزان مایع نرمال و در BPP 6 از 8 گزارش می شود. مشاور عفونی دستورات : ارسال PCR- قرص استامینوفن- شربت دیفن هیدرامین -چک روزانه CBC -چک CRP -بستری در بخش کرونا را توصیه می کند.

ساعت 13:10 مادر با نظر متخصص زنان ورزیدنت ارشد به علت خالی نبودن تخت در بخش کورونا ، بستری LDR اتاق ایزوله می شود.

روز دوم بستری 10/16/:

علائم حیاتی : BP=107/65 PR=87 RR=12 BT=37.3 SPO2=96% بدون اکسیژن

مادر هوشیار واریانته است و سرفه شدید دارد. تحت درمان با آزیترامیسین و دیفن هیدرامین قرار دارد. در ساعت 9:30 به علت تاکیکاردی شدید جنین FHR=190 با دستور رزیدنت زنان مادر هیدراته شده و تغییر پوزیشن و اکسیژن داده می شود. به دلیل BT=37.8 آمپول آپوتل تزریق شده مشاوره عفونی درخواست می شود. مشاور عفونی دستور پیگیری جواب PCR و کنترل تب با استامینوفن و اطلاع در صورت افت ساچوراسیون اکسیژن به زیر 95% را توصیه می کند. در سونوگرافی ریت قلبی 154 و منظم ، میزان مایع نرمال و BPP 8 از 8 بود. در ساعت 23:30 به علت تب 38.2 یک گرم آپوتل تزریق می شود. FHR=170-175 بود.

جواب آزمایشات : WBC=7600 Hb=12.7 Hct=35.8 PLT=184,000 Cr=0.8 Urea=12

AST=29 ALT=16 LDH=478 BS=92 CRP=3+ INR=1 PT=10.7

روز سوم بستری: قلب جنین همچنان تاکیکارد است و مادر تب دار می باشد. علائم حیاتی: RR=22 PR=103 BP=113/60
 BT=38 O2Sat=96% با اکسیژن و O2Sat=92% بدون اکسیژن می باشد. در ساعت 15:30 FHR=198-200 ثبت شده است که برای مادر اکسیژن و پوزیشن داده شده بود.

ساعت 16:30 علائم حیاتی ثبت شده: BT=37.7 RR=34 BP=99/61 O2Sat=99% می باشد.

تست PCR منفی اعلام می شود. طبق توصیه مشاوره عفونی به علت تب دار بودن برای مادر کشت خون، کشت و آنالیز ادرار، سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری و اسکن ریه درخواست می شود.

در سونوگرافی هیدرونفروز خفیف در کلیه راست و استاز خفیف در سمت چپ گزارش می شود.

کشت ادرار و کشت خون در 2 نوبت منفی بود.

مادر ساعت 20:50 به بخش کورونا منتقل می شود.

روز چهارم بستری: برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود و مشاور توصیه می کند آمپول رمدسیویر شروع شود و در صورت تشدید دیسترس تنفسی به ICU کورونا منتقل شود.

در سونوگرافی بیوفیزیکیال ریت قلب جنین 146 و میزان مایع کمتر از نرمال با اندکس 6 می باشد. تست آمنیوشور منفی می باشد.

روز پنجم بستری: مادر ساعت 10:30 به علت اندکس پایین به بخش LDR منتقل می شود با علائم حیاتی: PR=87 BP=112/69
 RR=28 BT=36.2 O2Sat=92% با رزروپگ. در ساعت 12 ظهر به علت افت ساچوراسیون به 85% در خواست انتقال مادر به بخش ICU داده می شود. در ساعت 13:00 برای مادر مشاوره پریناتولوژی جهت ختم بارداری شده و با نظر موافق ایشان جهت سزارین مادر به اتاق عمل منتقل می شود. علائم حیاتی قبل از شروع عمل: PR=96 BP=127/79 O2Sat=91% با رزروپگ عمل ساعت 14 با بی حسی اسپینال توسط رزیدنت ارشد شروع شده و حاصل زایمان نوزاد دختر پره ترم با آپگار 10/9 بود. مادر ساعت 15:50 هوشیار و با علائم حیاتی: PR=80 BP=115/61 O2Sat=96% به بخش ICU منتقل می شود.

روز ششم بستری: با نظر اتند ICU برای مادر اسکن ریه انجام می گیرد. در اسکن درگیری منتشر هردوریه و برجستگی بطن چپ گزارش می شود. PE نداشت. با این گزارش سفیپیم و لوفلوکساسین به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز هفتم بستری: در آزمایشات درخواستی IL6=41 Ferritin=281 D.Dimer=2799 گزارش می شود. برای مادر آمپول آکترما 400mg تزریق می شود. ساعت 18:30 به علت افت ساچوراسیون و تاکیکاردی HR=130 O2Sat=81% با دستور پزشک مقیم ICU اسپری سالبوتامول و سروتاید تجویز شده و فیزیوتراپی سینه انجام می گیرد. روز بعد به علت IL6=348
 Ferritin=189 D.Dimer=8668 مجدداً آمپول آکترما 400mg Order می شود. به علت بی قراری و اضطراب مادر (به خاطر صدای محیط و نگرانی از وضعیت نوزاد) مشاوره روانپزشکی در خواست شده و مشاور اولانزاپین و سرتالین برای مادر تجویز می کند.

روز نهم بستری: طبق نت پرستاری در زمان تحویل گرفتن شیفت صبح کاری مادر تاکیکارد بود و سرفه شدید داشت.

علائم حیاتی: O2Sat=80-84% با رزروپگ BP=119/86 PR=130-140 RR=25-30 به پزشک مقیم ICU اطلاع داده می شود و به علت حملات پانیک ایشان مادر را دعوت به آرامش می کند. ساعت 11 به علت تاکیکاردی و تاکی پنه با ساچوراسیون 84% ICU Man تعبیه NIV با مد BIPAP، انفوزیون پرسدکس، قطع دگزامتازون و شروع آمپول متیل پردنیزولون 500mg/d تا 3 روز، چک قند خون هر 6 ساعت، آمپول کتورولاک 30mg/q8h و تهیه ABG ساعت 13 را Order می کند. با این اقدامات ساچوراسیون به 95% افزایش می یابد و ریت قلبی کاهش می یابد (HR=80-90). ساعت 17 به علت عدم تحمل NIV با دستور پزشک مقیم اکسیژن با ماسک رزروپگ داده می شود (O2Sat=90-91%, RR=25-27).

روز یازدهم بستری: در ساعت 5 بامداد به علت افت ساچوراسیون در حد 74-75%، تاکیکاردی در حد 120-125 و تاکی پنه در حد 35-39 با دستور پزشک مقیم پوزیشن نیم نشسته داده می شود. ساعت 8:40 به علت عدم تحمل NIV و RR=35-45 توسط اتند ICU انتوبه شده و تحت انفوزیون فنتانیل و آتروکوریوم قرار می گیرد. ساعت 9:20 به علت برادیکاردی در حد 35 احیا می شود. مادر چندین بار دچار برادیکاردی شده و احیا می شود. برای مادر مشاوره قلب در خواست شده و طبق مشاوره واکوی پرتابل در ساعت 11 برای مادر آمبولی ماسیوریه مطرح می شود. مشاور انفوزیون هپارین فول دوز و چک PTT هر 8 ساعت، قرص آسپرین، قرص آتروواستاتین و استفاده از آدرنالین در موقع برادیکاردی را توصیه می کند. ساعت 12:20 مادر دچار اپیستاکسی شدید شده و تامپون با پنبه آغشته به اپی نفرین می شود. به علت ادامه خونریزی انفوزیون هپارین hold می شود. HR=140 BP=105/65 O2Sat= غیر قابل احساس

از ورید فمورال CVP Line تعبیه می شود. ادرار بیمار هم‌چونیک است و ترشحات NGT خونی می باشد و مردمکها دویل میدریاز می باشد.
به علت اسیدوز تنفسی شدید در ABG، 20 عدد آمپول بیکربنات تزریق می شود.

ABG: PH=6.9 PCO2=54 HCO3=10.9

در ساعت 14 به علت Clear شدن ترشحات NGT و قطع خونریزی بینی، انفوزیون هپارین شروع می شود. مادر دوباره دچار براردیکاری شده و احیا می شود. به علت شروع مجدد خونریزی از مخاطات، هپارین قطع میشود. نهایتاً مادر ساعت 18 بعد از چندین بار احیا فوت می کند.

آزمایشات: WBC=13700—16300—26500 LYM=7% SGOT=69—36—37

SGPT=33—16—21 Hb=11.5—12.2—12.9 PLT=311000—485,000--265,000

نکات ویژه :

- 1- علت مرگ مادر ترومبو آمبولی وسیع ریه می باشد.
- 2- برخورد های سلیقه ای و نبود پروتکل جامع برای مدیریت درمان بیماری در خارج بیمارستان باعث سرگردانی بیماران در اپیدمی ها می شود.
- 3- عدم اخذ شرح حال دقیق (سیر بیماری) و معاینات روزانه بیمار، موجب تشخیص نادرست و Missmanage بیمار شده است.

کیس 3

خاتم 36 ساله، ساکن روستای اصلی، لیسانس، BMI=21، G1P0، سابقه جراحی قلب 18 سال پیش (ASD)، سابقه حساسیت به اریتروماکسین و بارداری خواسته بوده است (متخصص قلب اجازه بارداری داده است).

مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری را از مرکز بهداشت و متخصص زنان در بخش خصوصی بصورت مرتب دریافت کرده است. (مادر در 4 ماه اول بارداری به علت ترومبوسیتوز تحت نظر یکی از اساتید پریناتولوژی بوده است و توسط ایشان آمنیو سنتز نیز انجام گرفته است) سابقه واکسیناسیون ندارد.

طبق اظهار همسر، مادر بدنبال مراجعه به درمانگاه زنان جهت مراقبت بارداری دچار علام تب و لرز می شود. مادر مورخ 00/7/2 با شکایت تب، میالژی، بی اشتها، تنگی نفس به بیمارستان A مراجعه کرده و در بخش کرونا بستری می شود. در بیمارستان NST راکتیو بوده و علائم

حیاتی: BP=110/80 PR=110 BT=37.8 RR=19 O2Sat=93% برای مادر هپارین 5000U/TDS - آمپول

بتامازون 12mg/2dose - آمپول سفتریاکسون گذاشته می شود آزمایشات: WBC=8000 Hb=11.6 PLT=123000

PT=15 Cr=0.9 PTT=43 AST=15 ALT=8 CRP=2+ بود.

روز بعد مادربه بیمارستان B اعزام می گردد. با علائم حیاتی: BP=158/87 PR=105 BT=37 RR=19 O2Sat=97%

بنا به اظهار همسر، در مسیر اعزام مادر بدلیل حضور پزشک مراقبشان در بیمارستان C، با اصرار به بیمارستان C منتقل می گردد. مادر ساعت 14:33 با سطح تریاژ 3 وارد اورژانس بیمارستان می شود. موقع پذیرش مادر هوشیار واریانته بود. علائم زایمانی نداشت سن حاملگی 36 هفته و 6 روز بود. در معاینه ریه ها Clear و قلب نرمال بود. علائم را از 2 هفته قبل ذکر می کرد.

علائم حیاتی: BP=124/71 PR=90 RR=17 BT=36.8 FHR=135 O2Sat=95%

مادر بعد از ویزیت توسط طب اورژانس، طی تماس تلفنی با متخصص داخلی ساعت 15:30 در بخش کووید بستری می شود. بادرستورات: سرم

نرمال سالین 1L/24h - اکسیژن تراپی - آمپول سفتریاکسون - آمپول آپوتل PRN - قرص برم هگزین - قرص فاموتیدین - آمپول انوکسپارین

40mg/d - آمپول دگزامتازون 4mg/BID - اخذ EKG - درخواست آزمایشات CBC, LFT, BS, Cr, BUN, CRP, ESR, PT, PTT, INR, K, Na

مادر ساعت 20:40 توسط رزیدنت سال 1 زنان ویزیت می شود. در پیگیری نمونه اخذ شده در شهرستان PCR مثبت گزارش می شود.

جواب آزمایشات: WBC=8200 LYM=8% Hb=11.5 HCT=35.2 PLT=115,000 Cr=1.1

K=3.27 Urea=13 BS=145 BIL T=0.9 SGPT=18 SGOT=24 CRP=+2

PT=12.6 PTT=39 INR=1

روز دوم بستری: مادر علائم زایمانی ندارد. NST راکتیو و سونوگرافی وضعیت جنین و پروفیل نرمال است. علائم حیاتی Stable است.

ساجوراسیون با اکسیژن 96%، و بدون اکسیژن 92% می باشد. متخصص داخلی ساعت 10 مادر را ویزیت کرده و مشاوره زنان و قلب درخواست می کند. مادر جهت مشاوره قلب واکو به درمانگاه قلب برده می شود.

دراکو Mild RV Enlargement Mild To Moderate MR Stemi RBBB EF=50-55% گزارش می شود

شود. متخصص قلب برای مادر پروفیلاکسی با هپارین، آسپرین، بیروپرولول، لازیکس 20 میلی روزانه توصیه می کند. در ساعت 21:20 به علت سرفه با دستور متخصص داخلی یک عدد سیتیزین داده می شود.

روز سوم بستری: مادر مشکل خاصی را ذکر نمی کند. NST راکتیواست و علائم حیاتی Stable می باشد. متخصص داخلی مادر را ویزیت کرده و به علت گرفتگی بینی اسپری تجویز می کند. روز بعد جهت تصمیم گیری در مورد ختم بارداری مشاوره تلفنی پریناتولوژی می شود و مشاور توصیه می کند نیازی به ختم بارداری نیست مادر بعد از اتمام دوره ایزولاسیون به درمانگاه پرخطر مراجعه کند. با دستور متخصص داخلی مادر مرخص می شود. مادر با اکسیژن (کانول بینی) بیمارستان را ترک می کند با علائم حیاتی: BP=110/74 PR=85 BT=36.9 O2Sat=95%.

مادر 2 روز بعد بعثت درد زایمانی، آبریزش و علائم کرونا به بیمارستان A مراجعه و به علت احتمال نیاز به مراقبت ویژه به بیمارستان B ارجاع داده می شود. مادر دوباره با خواست خود به بیمارستان C اعزام می شود. مادر ساعت 12:45 توسط ماما تریاژ با سطح 2 به متخصص طب اورژانس ارجاع می شود. مادر موقع ورود هوشیار بود. تنگی نفس نداشت در معاینه واژینال آبریزش واضح داشت. علائم حیاتی: BP=110/70 PR=84 RR=19 BT=37.2 O2Sat=93% بود. مادر بعد از ویزیت توسط رزیدنت سال 2 زنان به دلیل عدم موافقت سرویس بیهوشی برای بستری و عدم ویزیت حضوری سرویس قلب بعد از هماهنگی با بیمارستان B ساعت 16 به آن بیمارستان اعزام می شود. در اورژانس بیمارستان C اقدام درمانی یا تشخیصی خاصی غیر از اخذ NST در کات کوتاه و کنترل علائم حیاتی انجام داده نمی شود.

مادر مورخ 00/7/8 ساعت 16:30 هوشیار و با علائم حیاتی: BP=132/75 PR=85 RR=16 BT=37 FHR=158 وارد اورژانس بیمارستان B شده و ساعت 16:45 توسط اتند مقیم اورژانس ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان: در معاینه ریه ها Clear بودند. انقباض رحمی نداشت. در معاینه واژینال TV: 2cm/Rip/-2 و ساک پاره و مایع روشن داشت. تست نیتراژین مثبت بود. برای مادر مشاوره عفونی انجام می شود (تلفنی) و مشاور انجام اسکن ریه اورژانسی، شروع دگزامتازون 6mg/BID و هپارین با دوز پروفیلاکسی را توصیه می کند. با نظر متخصص زنان مادر ساعت 17:40 بستری اتاق زایمان می شود. در ساعت 18 برای مادر مشاوره قلبی (تلفنی) انجام می گیرد و مشاور پالس اکسیمتری مداوم - آمپی سیلین جهت پروفیلاکسی اندوکاردیت و هپارین پروفیلاکسی را توصیه می کند. مادر ساعت 20 جهت انجام اسکن ریه به بیمارستان C منتقل می شود. در اسکن ریه شواهد استرنوتومی قبلی، پلورال افیوژن خفیف تا متوسط در همی توراکس چپ و کدورت Patchy متعدد بصورت مولتی لوبار در هر دو ریه با شدت بیشتر در لوب تحتانی ریه چپ سازگار با نمای Advance Stage پنومونی کووید 19 گزارش می شود. بعد از برگشت مادر از اسکن با دستور مشاور عفونی آمپول رمدسیویر برای مادر شروع می شود. مشاور عفونی مادر نظر گرفتن درگیری شدید ریوی (50-60%) و احتمال افت ساچوراسیون در NVD ختم بارداری با C/S را توصیه می کند. مادر ساعت 22 با نظر اتند زنان جهت سزارین به اتاق عمل فرستاده می شود. با علائم حیاتی: BP=143/84 PR=102 عمل ساعت 22:35 با بی حسی اسپینال توسط رزیدنت سال 3 شروع شده و حاصل نوزاد دختر با آنگار 9/8 و مکونیومی بود. نوزاد به بخش نوزادان منتقل می شود. عمل ساعت 23:20 تمام شده و مادر ساعت 00:10 بامداد با علائم حیاتی: BP=102/77 RR=22 HR=99 O2Sat=91% بدون اکسیژن و 94% با اکسیژن به بخش ICU کورونا منتقل می شود.

آزمایشات اولیه: WBC=8900 Hb=12.5 HCT=35.4 Cr=0.9 Urea=11 SGOT=25 SGPT=14 BILT=0.8 LDH=368 PT=12.8 PTT=37.2 INR=1.1 Urine Pro=Trace

روز دوم بستری: علائم حیاتی: BP=119/77 PR=64-70 RR=20-24 O2Sat=96-98% با کانول بینی

روز سوم بستری: مادر با نظر ICU Man و رزیدنت زنان ساعت 10:50 با دستورات هپارین - رمدسیویر - پنتا پرازول - شباف دیکلوفناک با علائم حیاتی: BP=105/77 PR=95 RR=20-23 O2Sat=77% بدون اکسیژن و 94% با رزروبیگ (10 لیتر در دقیقه) به بخش HDU منتقل می شود.

روز چهارم بستری: علائم حیاتی: BP=117/63 PR=89 RR=22-24 O2Sat=90% بارزروبیگ. در ساعت 13:40 مشاور عفونی جهت انتقال مادر به بخش ICU درخواست می شود ولی به نظر مشاور نیازی به انتقال مادر به ICU نیست و قرص فاموتیدین و آمپول دگزامتازون به دستورات دارویی اضافه می شود (علیرغم توصیه مشاور عفونی دگزامتازون تا آن موقع شروع نشده بود).

روز پنجم بستری: روز چهارم دریافت رمدسیویر می باشد. ساچوراسیون با رزروبیگ 87-90% می باشد. PR=94 RR=19-22

است. مادر تب دار است. برای مادر آمپول آپوتل تجویز می شود. BP=94/72

روز نهم بستری: مادر موقع پایین آمدن از تخت دچار تاکی پنه شده و مشاوره جهت انتقال به ICU درخواست می شود و مشاور پاسخ می دهد با توجه به نبود تخت خالی در ICU کورونا، مادر در بخش تحت نظر بماند و در حد امکان از حرکت مخصوصاً راه رفتن خودداری کند. در صورت تشدید دیسترس تنفسی و یا ساچوراسیون زیر 82% با اکسیژن کمکی اطلاع داده شود.

علائم حیاتی ساعت 10: BP=102/76 PR=80 RR=27 O2Sat=88% بارزروبگ و 67% بدون اکسیژن

علائم حیاتی ساعت 14:45: BP=137/72 PR=90 RR=35 O2Sat=88% بارزروبگ و 67% بدون اکسیژن

مادر ساعت 16:45 به بخش ICU کورونا منتقل می شود.

روز ششم بستری: مادر در شیفت شب دچار افزایش فشارخون در حد BP=154/70 شده و با نظر پزشک مقیم ICU قرص متورال 25mg/BID و با دستور رزیدنت ارشد زنان سولفات منیزیم شروع می شود. روز بعد با دستور ICU Man قرص مونته لوکاست، برم هگزین، آمپول ناندرولون، شربت دیفن هیدرامین و ویتامین E به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز هفتم بستری: مادر استرس دارد، تاکی پنه دارد RR=28-35. ساچوراسیون اکسیژن 85-80% می باشد. مادر اجازه نصب ماسک NIV را نمی دهد. طبق نظر پزشک ICU نیازی به انتوباسیون نیست. با دستور ICU Man یک گرم متیل پردنیزولون STAT تزریق می شود.

روز یازدهم بستری: مادر هوشیار واریانته است. علائم حیاتی: BP=134/82 PR=80-90 RR=30-35

O2Sat=77-83% بارزروبگ می باشد با دستور ICU Man برای مادر آمپول ناندرولون، اسپری بودزوناید، NAC و مشاوره روانپزشکی درخواست می شود. عصر برای مادر ماسک NIV نصب می شود.

روز بعد ساعت 10:50 به علت افت ساچوراسیون تا 65% و عدم تحمل NIV توسط ICU Man انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل و تحت انفوزیون پرسدکس و فنتانیل قرار می گیرد. ساعت 12 با وجود انتوباسیون ساچوراسیون در حد 65% بوده و توسط ICU Man تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده شده، CVP Line تعبیه، پرسدکس hold شده و پروپوفول و آتروکوریوم شروع می گردد. برای مادر CXR پرتابل اخذ می شود. ساعت 16:30 به علت افت فشارخون BP=78/52 برای مادر انفوزیون دوپامین با دوز 5µg/kg/min شروع می شود و آمپول متیل پردنیزولون 2 گرم STAT تجویز می شود. ساعت 18:50 طبق نت پرستاری O2Sat=70% BP=103/51 PR=59 می باشد. مادر قرص متوپرولول 50 میلی گرمی می گیرد. طبق مشاوره روانپزشکی مادر به اقدام خاصی نیاز ندارد.

روز بعد: به علت اصلاح فشارخون و بهبود نسبی ساچوراسیون O2Sat=75-78% با دستور پزشک مقیم ICU انفوزیون دوپامین Taper می شود. به علت ترشحات زیاد دهانی، ساکشن می شود.

روز چهاردهم بستری: حوالی 12 ظهر به علت افت ساچوراسیون اکسیژن تنظیمات ونتیلاتور به مد BIPAP تغییر داده شده و قرص لوراتادین BID تجویز می شود. ترشحات حلق و دهان زیاد و کمی خونابه ای است. مادر ساعت 15:40 دچار کریز فشارخون در حد BP=205/105 شده و آمپول لابتالول 20 میلی گرم وریدی STAT و آمپول لازیکس 20 میلی گرم STAT تزریق می شود و ساعت 16:10 با دستور پزشک مقیم ICU تمام سدا تیو ها hold می شود. ساعت 16:05 به علت BP=71/30 یک لیتر سرم رینگر در عرض 30 دقیقه تزریق می شود. 17:10 به علت برادیکاردی و فشار خون PR=55-45, BP=44/20 با دستور پزشک مقیم ICU یک عدد آتروپین وریدی تزریق و انفوزیون لنوفد شروع می شود. با شروع لنوفد فشارخون و ریت قلبی موقتاً اصلاح شده و ساعت 17:40 مادر دچار ارست قلبی شده و ماساژ قلبی شروع می شود. عملیات احیا به مدت 40 دقیقه ادامه می یابد ولی متأسفانه پاسخ نداده و مادر ساعت 18:20 فوت می کند.

آزمایشات: WBC=10200—10000—17500 LYM=2% Hb=11.7—10.9—11

PT=11.4—11.7—13.1 PLT=145000—254000—255000 PTT=45—47.8—27

INR=1—1.2—1 Urea=11—27—26--55 Cr=0.8 Alb=2.6—2.4 K=3.9

LDH=980 SGPT=14—15 SGOT=32—49—26

نکات ویژه:

1 - مشاورات تلفنی، عدم تصمیم گیری تیمی، عدم رعایت پروتکل های کشوری و همکاری ضعیف بیمار سبب Missmanage بیمار شده است.

خاتم 34 ساله، ساکن شهر، خانه دار، لیسانس، BMI=36.3، G2P1، سابقه یکبار سزارین وبدون بیماری خاص وبارداری خواسته بوده است. واکسن تزریق نکرده است.

مادر در دوران بارداری تحت نظر متخصص بوده و 4 بار نیز به مرکز سلامت مراجعه نموده است (4 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک ویزیت شده است). آزمایشات و سونوگرافی ها را انجام داده مشکل خاصی نداشته است.

مورخ 00/8/7 مادر و همسرش هردو دچار علائم سرماخوردگی شده به پزشک عمومی مراجعه می نمایند و تست PCR برای هر دو درخواست می گردد مادر از رفتن به آزمایش امتناع می کند ولی نتیجه آزمایش شوهر مثبت بوده است.

مادر بدلیل سرفه و علایم سرما خوردگی به متخصص زنان مراجعه نموده و به متخصص ریه ارجاع داده می شود ایشان نیز دارو تجویز نموده و توصیه می کند یک هفته استراحت نماید.

مادر مورخ 00/8/14 (هفته 38 بارداری) بعثت ادامه درد عضلانی و سردرد به درمانگاه مراجعه کرده و به بیمارستان A ارجاع داده می شود. مادر ساعت 21:11 با شکایت لرز، سردرد و سرفه وارد اورژانس شده و با سطح تریاژ 2 به متخصص طب اورژانس معرفی می شود. علایم حیاتی موقع پذیرش: BP=177/121 PR=99 RR=22 BT=37.2 O2Sat=94% برای مادر دستور تعبیه لاین وریدی - سرم نرمال سالین نیم لیتر - آمپول آپوتل - آمپول سفتریاکسون و بستری بخش ایزوله گذاشته می شود. مادر رضایت به بستری نداده و با رضایت شخصی ساعت 22:02 بیمارستان را ترک می کند. روز بعد مادر ساعت 10:21 با شکایت تنگی نفس و میالژی مجدداً به اورژانس بیمارستان A مراجعه می کند.

علایم حیاتی موقع مراجعه: BP=110/57 PR=119 RR=20 O2Sat=88% BT=37
برای مادر سرم 1/3 و 2/3 و آمپول آپوتل و اکسیژن با ماسک صورت، درخواست آزمایشات CBC, Cr, BUN, LFT، تستهای انعقادی و پیگیری PCR و ویزیت همکاران داخلی و زنان تجویز نموده و nst درخواست می شود. در ساعت 11:30 تست PCR مثبت گزارش شده و مادر با دستور متخصص داخلی بستری بخش کووید می شود با دستورات: مونیتورینگ قلبی ریوی - اکسیژن تراپی با کاتول بینی - سرم نیم نرمال - آمپول ویتامین C - آمپول پنتا پرازول - شربت برم هگزین - شربت دیفن هیدرامین - آمپول هپارین پروفیلاکسی - آمپول دکزامتازون - آمپول سفتریاکسون.
مادر ساعت 14 توسط متخصص زنان ویزیت شده و به علت شروع انقباضات رحمی (5*20 ثانیه)، سابقه سزارین و افت ساجوراسیون با بیمارستان B هماهنگ شده و مادر به آن بیمارستان اعزام می شود. NST راکتیو بود.

علایم حیاتی قبل از اعزام: BP=120/80 PR=118 RR=19 BT=36.8 O2Sat=92% FHR=+
مادر ساعت 16:40 مورخ 00/8/15 با سطح تریاژ 1 وارد اورژانس بیمارستان B شده و ساعت 16:55 توسط متخصص زنان ویزیت می شود. علایم حیاتی حین پذیرش: BP=100/90 PR=130 RR=30 BT=38.5 FHR=190 O2Sat=96%
مادر ساعت 17:35 با دستور فلوی کشیک به علت تاکیکاردی قلب جنین FHR=170-180 و انقباضات فعال و سابقه سزارین جهت C/S به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 18:05 با بی حسی اسپینال با حضور اتند زنان شروع شده و حاصل نوزاد پسر ترم با آپگار 10/9 بود. حجم خونریزی در حدود 300-400 سی سی قید شده است. طبق یادداشت رزیدنت بی هوشی قبل از تزریق اسپینال بیمار تاکی کاردی، تاکی پنه و تب داشت و در طی عمل همچنان تبار و تاکیکارد بود. پس از اتمام عمل مادر ساعت 20 با ساجوراسیون 90% بدون اکسیژن و 94% با اکسیژن، BP=134/88 RR=20 PR=115 BT=37.5 تحویل بخش HDU داده می شود. بعد از انتقال به بخش طی مشاوره عفونی تلفنی دستورات: آمپول هپارین 5000U/BID - آمپول دکزامتازون 6mg/BID - اسکن ریه - آمپول رمدسیویر - چک آزمایشات کبدی، CBC, CRP، روزانه و اکسیژن با ماسک گذاشته می شود.

جواب آزمایشات: WBC=9500 LYM=8% Hb=11.9 PLT=102000 LFT=N CRP=3+
PT=11 PTT=35.2 Cr=0.7 LDH=413 ALP=218 U/A: Pro=1+
روز دوم بستری 00/8/16: مادر هوشیار است. تاکی پنه دارد. خونریزی واژینال در حد P.P می باشد.

علایم حیاتی: BP=117/85 PR=86 RR=24 O2Sat=90% بدون اکسیژن و 94% با کاتول بینی BT=36.9
عصر مادر جهت اسکن ریه به بخش رادیولوژی منتقل می شود. در اسکن Patchy Consolidation منتشر در ریتین سازگار با کووید مشاهده می شود.

روز چهارم بستری 00/8/18: مادر تاکی پنه و سرفه گهگاهی دارد RR=32 O2Sat=94%
مادر ساعت 11:15 به بخش ICU کورونا منتقل می شود.

علام حیاتی ثبت شده در بخش ICU : BP=178/128 PR=105 RR=30 O2Sat=83-86% بدون اکسیژن و 92-95% با رزرو بگ .

مادر سرفه های مکرر دارد. با نظر ICU Man برای مادر یک عدد قرص کاپتوپریل 25 میلی گرم و قرص متورال 50mg/BID داده می شود. طبق یادداشت ICU Man درگیری ریه 70% می باشد و مادر شدیداً مضطرب است و فعلاً شرایط نسبتاً پایداری دارد. علائم حیاتی ساعت 13:50 : RR=30-35 PR=95-105 BP=136/80 O2Sat=92-93% بارزرو بگ و 76% بدون اکسیژن در ساعت 16:15 یک عدد کاپتوپریل 50 میلی گرم داده می شود.

ساعت 16:30 : مادر دیسترس شدید تنفسی، دیس پنه و تاکی پنه دارد و ساچوراسیون در حال افت می باشد. برای مادر توسط پزشک مقیم ICU اسپری سروتايد و آتروونت شروع شده و تشویق به گرفتن پوزیشن پرون می شود. 45 دقیقه بعد به علت ادامه مشکل یک عدد آمپول هیدروکورتیزون تزریق می شود.

ساعت 18:10 مادر دچار افت شدید ساچوراسیون اکسیژن در حد 45% شده و توسط پزشک مقیم ICU انتوبه می شود. طبق گزارش مادر ترشحات فراوان و کف آلود از لوله تراشه داشت. برای بیمار NGT تعبیه می شود. مادر تحت سداسیون با فنتانیل، میدازولام و آتروکوریوم قرار می گیرد.

ساعت 19:30 : PR=120-140 O2Sat=40-65% ساعت 20:10 HR=134 BP=129/88 O2Sat=63% در ABG اسیدوز تنفسی شدید داشت تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده می شود. ساعت 23:30 O2Sat=50% BP=78/49 برای مادر با دستور پزشک مقیم ICU 500 سی سی سرم رینگر تزریق می شود و به دلیل عدم اصلاح فشارخون انفوزیون لووفد شروع می شود. برای مادر CXR پرتابل درخواست می گردد. در CXR کدورت های آئولولر بصورت منتشر در ریه ها با محو شدگی حدود قلب و همی دیافراگم چپ گزارش می شود.

آزمایشات ساعت 4 با مادر مورخ 00/8/19 : WBC=37500 Hb=14.8 SGPT=30 SGOT=106 Cr=1.2 PLT=382,000 LDH=1382

ساعت 7:30 از خط بحران K=7.4 اعلام می شود. با دستور ICU Man آمپول بی کربنات سدیم 5 عدد STAT و آمپول کلسیم یک عدد وریدی و دکستروز 50% و انسولین رگولار تجویز می شود. BP=76/38 PR=93 O2Sat=82% BT=37 ساعت 8:40 بیمار برادیکاردی در حد HR=40-50 و ریتم VT دارد. عملیات احیا برای مادر شروع شده و به مدت 20 دقیقه ادامه داده می شود. ریتم قلب سینوسی با HR=125 BP=150/100 با لووفد می شود. ساعت 9:10 K=4.6 اعلام می شود. در ABG اسیدوز شدید Mixed وجود دارد. PH=7.12 PCO2=63 HCO3=14 دیورز قابل قبول می باشد و برای مادر CVP Line از ورید فمورال پای چپ تعبیه می شود.

دستورات ICU Man : آمپول تازوسین، آمپول وانکومایسین، آمپول لازیکس 10mg/TDS، قرص رنژل، آمپول دگزامتازون 8mg/BID، متورال 25mg/BID و بقیه دستورات.

طبق یادداشت اتند آنکال ICU اتفاقات شب گذشته توسط پزشک مقیم به ایشان اطلاع داده بود . ساعت 13:40 مادر مجدداً برادیکارد شده HR=25-35 و ماساژ قلبی داده می شود. علائم حیاتی مادر برمی گردد. مادر تحت انفوزیون وازوپرسین قرار می گیرد. ساعت 16:10 از خط بحران K=6.2 اعلام می شود. مادر چندین بار دچار ارست قلبی شده و احیا می شود. به علت آنوری و هیپر کالمی مقاوم به درمان مشاوره نفرولوژی شده و مشاور انجام دیالیز اورژانس را توصیه می کنند. مادر غیر قابل انتقال به بیمارستان امام رضا بوده و امکان دیالیز در الزهرا فراهم نمی شود. طبق نظر مشاور نفرولوژی مادر اندیکاسیون قطعی CRRT ندارد و دیالیز SLED شود. در ادامه مادر تب 40 درجه پیدا می کند برای مادر تازوسین قطع و کاسپوفونژین و وانکومایسین و مروپنم، کشت خون در 3 نوبت چک پروکلسیتونین و Sepsis Workup تجویز می شود. مادر 10:20 مورخ 00/8/21 بعد از چند بار احیا فوت می کند.

آزمایشات : WBC=9400--13800--37500--23000 LYM=4--8--10% Hb=11.6--14.8--13.1 ALT=15--30--3120 AST=44--106--2060 PLT=91000--209000--382000--154,000--67000 PT=11.9--11.5--31.1 PTT=30.1--34--59 INR=1--1--4.9 BILT=1.2 ALP=778 Urea=11--21--26--32--77--84 LDH=785--1382 >1500 K=3.7--7.4--9.6--4.6--6.4 Ca=8.5--7.7 P=3.9--8.9 Cr=2.9 Na=141.4 IL6=3406

نکات ویژه :

- 1- مادر همکاری خوبی در درمان نداشته وعدم مراقبت خوب در هفته اول سبب پیشرفت بیماری شده است.
- 2- مونیتورینگ دقیق سیر بیماری توسط تیم پزشکی ومراقبت پرستاری دقیق می تواند نجات بخش بیماران باشد.

کیس 5

خاتم 25ساله ، فوق دیپلم وشاغل G_1P_0 ، BMI=27.3 ، سابقه فامیلی پلی سیتی وحاملگی خواسته بوده است.

مراقبت پیش از بارداری داشته ومراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان به صورت مرتب انجام شده است . همچنین به علت پلی سیتی تحت نظر متخصص داخلی بود. قبل از بارداری نیز چند بار به فوق تخصص هماتولوژی مراجعه کرده بود. ولی داروی خاصی مصرف نمی کرد. آزمایشات اوایل بارداری :

Hb=19.2 Hct=54.5 PLT=181,000 $RBC=6.22 \times 10^6$ WBC=9.400 (00/7/14)

(00/11/18)Hb=17.5

مادر در تاریخ 00/1/7 (هفته 33 بارداری) به علت تورم صورت ودور چشمها وخارش ژنرالیزه بدن به بیمارستان A ارجاع شده وبا تشخیص احتمالی پره اکلامپسی بستری می شود.براساس مستندات پرونده بستری "در موقع بستری مادر هوشیار واریاتنه بود و خارش بدن وافزایش فشارخون سیستولی درحد 140-130 از یک هفته قبل را می داد. آثار خارش وزخمهای ناشی از آن در اندامها وبدن وجود داشت. علایم حیاتی نرمال بودند. BP=125/80. برای مادر سولفات منیزیوم شروع و2 دوز بتا متازون تزریق می شود.

آزمایشات بیمارستان A: Hb=15.7 Hct=45.4 WBC= 11,000 Lym=1870 PLT=96,000--91,000

LDH=522 LFT=Normal BIL T=1.8 -1.6 BIL D=0.4—0.6

Pro=2+ ادراری

روز بعد (تاریخ 00/1/8): مادر به علت بیلی روبین بالا وپلاکت پایین با تشخیص احتمالی پره اکلامپسی به بیمارستان B اعزام می شود.موقع پذیرش مادر در اورژانس (ساعت 17:45): مادر هوشیارواریاتنه بود. تب دار نبود. اسکلرا ایکتریک نبود. سرفه خشک را ذکر می کرد ولی تنگی نفس نداشت. علایم زایمانی نداشت. علایم حیاتی: BT=36.9 BP=120/80 PR=92 O2Sat=93% RR=18 بود.مادر با دستورات: کنترل فشارخون وعلایم حیاتی وعلایم Severity -چک تستهای کبدی، کلیوی وانعقادی -چک CBC,CRP,U/A- چک پروتئین ادرار 24 ساعته -قطع سولفات منیزیوم- مشاوره داخلی -سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی در بخش زایمان بستری می شود. مشاور داخلی بصورت تلفنی دستور: مصرف مایعات فراوان -قرص پردنیزون 12.5 میلی گرم STAT روزانه بعداز شام وچک روزانه پلاکت برای تصمیم گیری در مورد ادامه یا قطع پردنیزون را می دهد. در سونوگرافی سایز واکوژنیسته کبد نرمال بود ودر مجاری صفراوی وکیسه صفرا مشکلی نداشت. CBD=3mm بود.

جواب آزمایشات: WBC=12,400 Lym=867(7%) Hb=15.9 Hct=44.8 Cr=0.7 PLT=100,000

Urea=18 SGOT=26 SGPT=15 LDH=691 BIL T=1.3 BIL D=0.2

CRP=3+ ESR=26 Pro=2+ Protein_{24h}=702 Cr_{24h}=378

به علت لنفونپی و+CRP=3 درخواست اسکن ریه می شودکه منفی بود.

روز دوم بستری (00/1/9): مادر تبار نیست. تنگی نفس ندارد.در چک مجدد پروتئینوری 2+ دارد.به علت گزارش PLT=110,000 در آزمایش دوم با دستور تلفنی متخصص داخلی پردنیزون قطع وبه علت عفونت ادراری سفیکسیم شروع می شود. حوالی ظهر به علت افت ساچوراسیون اکسیژن O2Sat=90% با دستور رزیدن اکسیژن تراپی با ماسک شروع می شود. وضعیت مادر بصورت تلفنی به مشاور عفونی اعلام می شود وایشان ذکر می کند اقدام خاصی لازم نیست.ساچوراسیون های ثبت شده برای مادر با اکسیژن 96%، وبدون اکسیژن 93% می باشد.فشارخون در محدوده BP=115-125/70 بود.

روز سوم بستری:مادر تب دار نیست.باماسک اکسیژن می گیرد.فشارخون در محدوده BP=135-138/82-88 می باشد.عصر مادر با دستور اتند به بخش HDU (ویژه کورونا) منتقل می شود.در سونوگرافی کالر داپلر گردش خون فیتو پلاسنرال مشکلی ندارد.تستهای کبدی نرمال وپروتئینوری 3+ می باشد.مشاور داخلی تلفنی برای مادر اسپری سالبوتامول،اسپری سرفولو وکپسول آزیترامیسین تجویز می کند.

روز چهارم بستری:مادر هوشیار واریاتنه است.ساچوراسیون اکسیژن با وجود دریافت اکسیژن از طریق ماسک گاهی تا 91% کاهش نشان می

دهد.در VBG: PH=7.39 PO2=64 PCO2=25.8 HCO3=15.3 BE=-7.8

فشارخون در محدوده: BP=130-142/80-100 ثبت شده است وPLT=96,000 Lym=2116 می باشد.

روز نهم بستری : در ساعات اولیه (ساعت 1:45 بامداد) مادر تنگی نفس خفیف دارد (با دریافت اکسیژن با ماسک گاهی ساچوراسیون تا 91-

92% افت می کند). سمع ریه ها Clear است. علایم حیاتی : RR=20 BP=135-140/85-88 BT=37.2% با مشاور عفونی تماس می گیرند و ایشان می گوید اقدام خاصی لازم نیست. فقط اکسیژن تراپی شود و توصیه می کند کپسول آزیترومايسين ادامه یابد و مشاوره داخلی جهت R/O ترومبوآمبولی انجام گیرد. مشاور داخلی، تهیه ECG، اسپری سالبوتامول و سروفلو و مشاوره حضوری در صورت ادامه تنگی نفس را توصیه می کند. در ساعت 8 صبح تب 38 درجه برای مادر ثبت می شود. مشاوره پریناتولوژی جهت ختم بارداری درخواست می شود. مشاور نظر می دهد فعلاً ختم بارداری برای مادر اندیکاسیون ندارد و تحت نظر بماند. مشاور عفونی در تماس مجدد سفیکسیم را قطع و ادامه آزیترومايسين و اسپری ها و CBC روزانه را توصیه می کند.

آزمایشات مورخ 1/12 : SGOT=60 SGPT=45 LDH=1117 PLT=50,000 Pro=3+ PT=12.1 PTT=42 INR=1

به علت افت پلاکت متخصص داخلی قرص پردنیزون 25 میلی گرم صبح ها با چک روزانه پلاکت و قرص مونته لوکاست را تجویز می کند.

روز ششم بستری : مادر تبار نیست ولی تاکیکارد است. علایم حیاتی : BP=145/89 PR=112 RR=20

O2Sat=92-93% با ماسک اکسیژن. در ساعت 12 ظهر به علت تب Low grade و تنگی نفس با مشاور عفونی تلفنی صحبت می شود و ایشان توصیه می کند برای مادر CRP مجدد چک شود و نمونه برای تست کورونا ارسال شود. همچنین لام خون محیطی از نظر بررسی شیسستوسیت و همولیز تهیه گردد. CRP=1+ بود. برای مادر رزرو 10 واحد پلاکت، 5 واحد FFP و 2 واحد پکد سل ایزوگروپ کراس مچ درخواست می گردد. در ساعت 13:25 پلاکت PLT=34,000 گزارش می شود. با نظر اتند زنان مادر با احتمال سندروم هلمپ کانید سزارین بعد از تزریق 5 واحد پلاکت می شود. BP=150/90 بود و O 2Sat=84% بدون اکسیژن و 91% با اکسیژن بود. مادر بعد از دریافت 5 واحد پلاکت کراس مچ ساعت 15:25 به اتاق عمل منتقل می شود. در اتاق عمل مادر قبل از شروع بی هوشی دچار افت شدید ساچوراسیون و O 2Sat=60% بدون اکسیژن و O 2Sat=72% با اکسیژن، سیانوز انتها ها و تاکیکاردی شدید PR=150 می شود. با پیشنهاد متخصص بی هوشی عمل کنسل شده و مشاوره قلب درخواست می شود. متخصص قلب در اتاق عمل حاضر شده و برای مادر اکوی بد سایید انجام می دهد.

LV EF=55-60% D shaped LV&RVE گزارش می شود و ایشان اظهار می کند برای مادر آمبولی Submissive مطرح است و نیاز به شروع هپارین فول دوز می باشد و عمل جراحی در صورت Emergency بودن انجام گیرد. از اساتید پریناتولوژی درخواست مشاوره می شود. ایشان اظهار می کند احتمال TTP در ردیف اول تشخیص مطرح است و سندروم هلمپ در ردیف بعدی قرار دارد. با نظر 3 تن از اساتید عمل کنسل شده و مادر به ICU منتقل و انتوبه می شود. با هماهنگی اساتید زنان و اساتید ریه مادر ساعت 19:30 جهت CT آنژیوی ریه و مراقبت به بیمارستان امام رضا منتقل می شود. علایم حیاتی قبل از انتقال : BP=142/85 PR=100 O2Sat=86%

مادر ساعت 22:40 توسط بخش ICU ریه تحویل گرفته می شود. طبق یادداشت رزیدنت زنان در موقع تحویل نقاط اکیموتیک متعدد در اندامها و فوقانی و تحتانی وجود داشت.

موقع پذیرش در ICU ریه: O2Sat=74% بود. در قاعده ریه ها کاهش صدا وجود داشت. اسکلرا ایکتریک نبود.

برای مادر آزمایشات کشت خون، ادرار، آنالیز ادرار، تستهای کبدی، انعقادی و پلاکت، انجام CXR - سونوگرافی کالر داپلر اندامهای تحتانی برای بررسی DVT - اکوکاردیوگرافی از نظر PAP - آمپول مروپنم و وانکومايسين - قرص متیل دوپا 250mg/TDS - چک قند خون هر 6 ساعت - مشاوره اورژانس زنان برای تعیین زمان ختم بارداری و تستهای روماتولوژی درخواست می شود. به علت خرابی دستگاه پرتابل CXR انجام نمی گیرد. در سونوگرافی کالر داپلر یافته ای به نفع DVT نداشت. در اکو سائیز و پرونده قلب چپ نرمال بود و دیلاتاسیون RV وجود داشته، TAPSE=15.8mm، TR=2+ و قابلیت اندازه گیری فشار پولمونری با دستگاه بدساید وجود نداشت. BS=105 بود.

مشاور زنان یادداشت کرده بود: حفظ جان مادر مقدم بر جنین بوده و بعد از مشخص شدن جواب CT آنژیوی عروق ریه در مورد ختم بارداری تصمیم گیری خواهد شد و برای مادر شروع سولفات منیزوم را توصیه کرده بودند. 3 ساعت بعد از ورود مادر به ICU ریه، انفوزیون هپارین بادوز 800U/h شروع شده بود.

آزمایشات : PLT=52,000 PT=14.3 PTT=36 INR=1.06 SGOT=48 SGPT=35 LDH=1438

روز دوم بستری در ICU ریه: مادر همچوری دارد که با شستشوی سوند Clear می شود. لام خون محیطی مادر توسط گروه هماتولوژی رویت می شود. طبق گزارش ترومبوسیتوپنی وجود داشت و شیسستوسیت نداشت.

مادر اسیدوز دارد در ABG : PH=7.25 PCO2=35 HCO3=15 می باشد.

بصورت موقت سداتیوها hold شده و ونتیلاتور روی Spont گذاشته می شود ولی مادر تحمل نکرده تنظیمات دوباره روی SIMV برگردانده می شود. عصر مادر ایزوله شده و نمونه کورونا ارسال می گردد و هیدروکسی کلروکین 400mg/BID برای 24 ساعت گذاشته می شود. یکساعت بعد به علت افت شدید فشارخون و ساچوراسیون میدازولام hold شده و لنوفد بادوز 5µg شروع و 500 سی سی نرمال سالین تزریق می شود. BP=87/44 O2Sat=60% بود. با افزایش PEEP=10 و تنظیم Setting دستگاه ساچوراسیون تا O2Sat=88%-97% افزایش می یابد. متیل دوپا و هپارین hold شده و با تجویز 500 سی سی نرمال سالین دوم و انفوزیون 800cc/h مادر جهت CT آنژیوی ریه برده می شود. گزارش CT آنژیو: به علت دیسترس تنفسی بیمار CT A همراه با آرتیفکت حرکتی بوده و در حد قابل ارزیابی نقص پرشدگی در تنه پولمونر و شاخه راست و چپ رویت نمی شود. پلورال افیوژن جزئی با کلاپس ریه مجاور وجود دارد. در کات پارانشیمال علائمی به نفع کووید 19 وجود ندارد. برای مادر مشاور اورژانس زنان برای ختم حاملگی خواسته می شود. سرویس زنان اصلاح پلاکت و OK بی هوشی از سرویس ریه و مشاوره پزشکی قانونی برای عمل پرخطر را قبل از عمل خواستار می شوند. آخرین پلاکت PLT=44,000 می باشد. برای مادر 10 واحد پلاکت ایزوگروپ در خواست می شود ولی موجود نبود.

روز سوم بستری ICU ریه: به علت نبود پلاکت ایزوگروپ (B+) با مجوز سرویس ریه 10 واحد پلاکت O+ رزرو می شود. مادر ساعت 13:45 با رزرو 2 واحد پکدسل، 2 واحد FFP و 10 واحد پلاکت جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی دربدو ورود به اتاق عمل BP=127/81 با لنوفد PR=83 و تنفس خودبخودی و بیدار همراه با دیسترس تنفسی O2Sat=80% بود. حجم ادرار اندک و هماچوریک بود. عمل ساعت 14 با بی هوشی عمومی شروع شده و حاصل نوزاد پسر پره ترم با آپگار 4 و 5 بود که به NICU منتقل می شود. بعد از کلامپ بند ناف 10 واحد پلاکت درخواستی تزریق می شود. در حین عمل برای مادر CVP Line تعبیه می شود. فشارخون در طی عمل در محدوده BP=90-120/40-50 با وجود دریافت لنوفد بود. بعد از اتمام عمل مادر اینتوبه ساعت 15:30 تحویل ICU ریه داده می شود. طبق یادداشت نرس ICU مادر با فشارخون غیر قابل اندازه گیری PR=135 و O2Sat=67% و سیاتوزه تحویل گرفته شد. با توجه به ادامه افت ساچوراسیون علیرغم PEEP=10 و FIO2 بالا CXR برای بررسی پنوموتوراکس در خواست می شود. یا فته ای به نفع پنوموتوراکس نداشت.

علایم حیاتی ساعت 18:30 : BP=140/86 PR=105 BT=37 U/O=400cc/6h

در ساعت 19 به علت آزیاتاسیون و Fight سداسیون کامل می شود.

ABG ساعت 22:30 PH=7.25 PCO2=41.6 HCO3=18

ساعت 23:30 PH=7.30 PCO2=34 PO2=40.9 HCO3=16.6

مادر ساعت 2:05 نصف شب در حین ویزیت فلوی ریه دچار برادیکاردی شده و ارست می کند. بعد از 5 دقیقه CPR برمی گردد. برای بیمار دوپامین شروع شده و لوله تراشه تعویض می شود. با احتمال PTE برای مادر هپارین فول دوز شروع و مشاوره اورژانس قلب در خواست می شود. در اکو کلات در بالای LV احتمالاً ناشی از CPR مشاهده می شود.

مادر باردوم ساعت 7:10 با مداد ارست کرده و علیرغم 45 دقیقه تلاش فوت می کند.

آزمایشات: تستهای روماتولوژی و PCR کورونا منفی بود. اسکن ریه از نظر کورونا منفی بود.

Hb=15.5--14.8--12.2 PLT=44,000--66,000--116,000 WBC=14,610 Lymp=1084

SGOT=41--42--182 BIL D=0.9 BIL T=2.2 Uric Acid=6.6 Urea=29 Cr=0.8

INR=1 PTT=31 PT=12.5 LDH=1189--872--3051 SGPT=26--28--19

نکات ویژه:

1. دادن پردنیزولون برای مادر اشتباه بوده است.
2. مادر به علت پلی سیمی احتمالاً پولمونری هیپر تنشن مزمن داشته ولی در طول حاملگی مورد توجه قرار نگرفته است.
3. به علت شرایط زمانی خاص (بحران کورونا) و نسبت دادن علایم به کورونا و عدم بررسی دقیق مادر، موجب Missed شدن مشکل اصلی شده است
4. مادر علایمی به نفع کووید 19 نداشت.
5. تابلوی مرگ با احتمال قوی Acute PTE می باشد.

خاتم 40 ساله، دیپلم، BMI=31، G3P2، سابقه 2 بار سزارین (12 و 6 سال پیش)، بدون بیماری زمینه ای و حاملگی خواسته بوده است. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در بخش خصوصی بصورت مرتب توسط متخصص زنان انجام شده و 2 بار هم توسط ماما در مرکز جامع سلامت مراقبت شده است.

مادر در تاریخ 17/2 (هفته 38 بارداری) دچار علائم سرما خوردگی (گلو درد و درد در اندام ها) شده و به متخصص زنان در بیمارستان A مراجعه می کند. برای مادر آزمایش درخواست شده و پس از اخذ نتیجه آزمایش قرص سرما خوردگی و سفکسیم تجویز می شود. ESR=45 CRP=2+

دو روز بعد مادر با علائم استفراغ و درد بدن به پزشک عمومی مراجعه می کند و ایشان نیز آزمایش خون درخواست کرده و سرم و آمپول تجویز می کند و توصیه می کند جواب آزمایش را بیاورند. اظهارات همسر بیمار: "ساعت 4 بعد از ظهر جواب آزمایش خون رو از آزمایشگاه گرفتم پیش همان پزشک عمومی بردم گفتند احتمالاً کروناست و پیش متخصص زنان خودش بروید. به بیمارستان A جهت ویزیت متخصص زنان رفتیم گفت در منزل استراحت کند. روز بعد به یک تزیقات نزدیک خانه رفتیم و خواهش کردم برای تزریق سرم و آمپول تجویز شده توسط پزشک عمومی به منزل بیاید که بعد از کلی خواهش آمد و سرم را تزریق کرد. دیدم حالش خوب نیست سرم را در آوردم و به بیمارستان B رفتیم" مادر مورخ 00/7/6 ساعت 13:13 به اورژانس بیمارستان B مراجعه و با سطح تریاژ 4 و احتمال کووید 19 وارد اورژانس می شود. علائم حیاتی موقع ورود:

: BP=99/65 RR=22 O2Sat=90% BT=37 PR=107 FHR=142.

مادر ساعت 13:30 توسط پزشک مقیم اورژانس ویزیت شده و با سطح تریاژ 2 بستری بخش زایمان می شود. مادر ساعت 14:55 وارد بخش زایمان می شود. در بخش موقع پذیرش BT=37.8 RR=17 ثبت شده است. دستورات حین بستری: NPO -تعبیه لاین وریدی -کنترل علائم حیاتی وزایمانی -آمپول سفازولین -آزمایشات CBC, LFT, CRP، اخذ NST -مانیتورینگ FHR -اخذ رضایت عمل.

در ساعت 16:05 برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود ولی موفق به تماس با فوکل پوینت دانشگاه نمی شوند. مادر ساعت 17:15 با نظر فلوی کشیک به علت شروع درد های زایمانی و سابقه 2 بار سزارین بصورت اورژانس اماده عمل شده و به OR منتقل می شود.

عمل ساعت 17:50 با بی حسی اسپینال و برش LML شروع شده و حاصل نوزاد پسر ترم با آپگار 9/10 بود. موقع سزارین یک اکستنشن کوچک در محل برش وجود داشت که ترمیم می شود. عمل ساعت 19:20 تمام شده و مادر ساعت 20:10 با علائم حیاتی: هوشیار و BP=117/71 O2Sat=95% PR=70 به بخش HDU منتقل می شود. بعد از انتقال مادر به بخش، به علت بالا بودن آنزیمهای کبدی سولفات منیزیم شروع می شود (فشارخون نرمال بود).

جواب آزمایشات: WBC=7600 LYM=836 تعداد Hb=12.9 ESR=41 PLT=202,000 Urea=10 CRP=3+ LDH=943 SGPT=128 SGOT=317 Cr=1.1

روز دوم بستری: مادر تب دار نیست (در دستورات آپوتل و شیاف دیکلوفناک وجود داشت). فشارخون پایین است. BP=79-83/49-63 تاکی پنه دارد RR=18-22 ساچوراسیون اکسیژن با کاتول بینی O2Sat=91-97% می باشد. مادر سفتریاکسون، آزیترامیسین، هیدروکلروکین و دیفن هیدرامین و هپارین دریافت می کند. ساعت 20 سولفات منیزیم قطع می شود (24 ساعت). براساس مشاوره عفونی اسکن ریه درخواست شده است. در اسکن ریه Patchy Consolidation منتشر در هر دو ریه دارد. اندازه تصویر قلب در حد نرمال بوده و پلورال افیوژن رویت نمی شود.

روز سوم بستری: مادر همچنان تاکی پنه دارد RR=24-25. با وجود دریافت اکسیژن گاهی ساچوراسیون تا حد 92% افت دارد.

Hb=11.3 Urea=10 Cr=1 SGOT=158 SGPT=96 LDH=804

روز چهارم بستری: مادر با ماسک صورت اکسیژن می گیرد. ریت تنفسی بالاست RR=28-50. ساچوراسیون بدون اکسیژن تا 88% افت دارد. با پیشنهاد مشاور عفونی و مشاور داخلی برای مادر مشاوره ریه جهت انتقال به بیمارستان جنرال درخواست می شود. به علت نبود تخت خالی در بیمارستان جنرال مادر در بخش HDU تحت نظر گرفته می شود.

WBC=14800 Hb=11.3 Urea=10 Cr=0.8 SGOT=89 SGPT=71 LDH=9174 CPK-T=30 D.Dimer=2510

روز پنجم بستری: با دستور مشاور عفونی هیدروکسی کلروکین قطع شده و رسیژن شروع می شود. مادر همچنان منتظر انتقال به بیمارستان امام رضایی باشد.

روز ششم بستری: مادر تب دار شده است BT=38.1 و تاکی پنه دارد RR=42 بدون اکسیژن ساچوراسیون تا 83% افت دارد. مادر با ماسک رزودار اکسیژن می گیرد. برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود. با توصیه ایشان کشت خون در 2 نوبت و مشاوره داخلی جهت R/O

آمبولی ریه درخواست می شود. ساعت 14 با نظر متخصص داخلی برای مادر مشاوره ICU و مشاوره ریه درخواست می شود. فلوی ریه توصیه می کند مادر نیاز به ICU Care دارد و در صورت وجود تخت خالی به بیمارستان امام رضا منتقل شود.

ABG ساعت 15:46 : PH=7:52 PCO2=26 PO2=72 HCO3=21

ساعت 16:40 : رزیدنت ICU برای مادر پلاسما کاتالست وضعیت پرون - تعبیه سوند فولی - قطع هپارین و شروع انوکسپارین و انتقال به ICU را Order می کند. ساعت 20:15 به علت افت شدید ساچوراسیون (78%) با ماسک رزوداروبدون اکسیژن تا 60 % مادر اینتوبه می شود و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. رمدسیور با دوز 400mg Stat و 200mg روزانه - آمپول متیل پردنیزولون - تعبیه NGT - گاوژمتیل دوبا هر 8 ساعت یک عدد - آمپول سولفات منیزیم 20% 2 گرم هر 6 ساعت - گلوکومتري و در صورت BS>140 تزریق انسولین 20 واحد و میدازولام، فنتانیل و سیس آتراکوریوم شروع می شود.

ABG ساعت 21:25 : PH=7:32 PCO2=49.2 PO2=51 HCO3=24

علایم حیاتی قبل از اینتوباسیون : BT=38.1 PR=111 BP=97/54 RR=29 O2Sat=78% با ماسک رزروار ساعت 23:30 برای مادر دستورات کشت خون وادرار - پره کلستونین، ESR, CRP - لازیکس 20mg/BID - آمپول سفپیم-وانکومایسین و سیپروفلوکساسین و تعبیه CVPLine توسط رزیدنت کشیک ICU گذاشته می شود و CVPLine از ورید جوگولار راست توسط ایشان گذاشته شده و CXR و پرتابل گرفته می شود.

مادر ساعت 0:45 بامداد از بیمارستان B خارج شده و ساعت 1am در بخش ICU پذیرش می شود.

با علایم حیاتی BP=90/55 ، BT=37/2 ، PR=100 ، O2sat =74% و اینتوبه. درنت پرستاری علایم بدو بستری BP=60/40 و PR=120 ثبت شده است. مادر توسط رزیدنت سال 3 ویزیت شده ، لوله تراشه به اندازه 1 سانتیمتر بیرون کشیده شده و بعد از فیکساسیون و به ونتیلاتور با مد SIMV با PEEP=10 وصل می شود. دستورات بخش: درخواست آزمایشات ، VBG ، CXR ، پرتابل، رمدسیور ، بتا اینترفرون ، سفپیم ، سیپروفلوکساسین ، وانکومایسین ، دگزامتازون و انوکسپارین. صبح ساعت 9 توسط اتند ریه ویزیت می شود. در گرافی کنترل بعد از تعبیه CVP Line در الزهرا مشکلی نداشت)

VBG اولیه : PH=7:05 PCO2=82.9 PO2=62 HCO3=23 BE=-9

درگرافی سینه (ساعت 3:12) پنوموتوراکس 2 طرفه با شدت بیشتر در طرف راست وجود داشت بطوریکه ریه راست کلا به بود و توسط اتند ریه نیدل زده می شود و پس از انجام مشاوره جراحی اورژانس چست تیوپ دوطرفه توسط رزیدنت جراحی تعبیه می شود . طبق نوت پرستاری پس از تعبیه چست تیوپ O2sat بیمار از 58% به 90% افزایش می یابد . به علت افزایش آنزیمهای کبدی ، سونوگرافی کبد و کیسه صفرا انجام می شود که کبد و کیسه صفرا نرمال بوده ولی مایع آزادشکمی خفیف گزارش می گردد . مادر ساعت 17:00 جهت مراقبت بهتر از ICU8 به ICU5 منتقل می گردد .

روز دوم بستری : مادر تب دار است BT=38.8 . به علت Hb=7.8 یک واحد پکدسل ایزوگروب درخواست و تزریق می شود.

مشاور زنان سونوگرافی شکم و لگن از نظر آبسه و هماتوم داخل شکم درخواست کرده و جنتامایسین، آمپی سیلین و کلیندامایسین و مشاوره عفونی پیشنهاد می کند. در سونوگرافی هماتوم و کالکشن وجود نداشت فقط مقدار جزئی مایع آزاد شکمی و لگنی رویت می گردد برای بررسی بیشتر سی تی شکم و لگن نیز درخواست می گردد که به علت unstable بودن بیمار انجام نمی گردد . به علت برادیکاردی طی انجام مشاوره قلب آمپول آتروپین standby می گردد . اکوکاردیوگرافی انجام می شود که EF=55-60% داشته است . به علت برادیکاردی دونوبت آتروپین تزریق می گردد و هموپرفیوژن به مدت 16 ساعت از ساعت 23:45 شروع می گردد . ساعت 4:30 am مورخه 00/7/14 علی رغم داشتن مهار فیزیکی و شیمیایی بیمار دچار اتواکستوباسیون می گردد . طبق یادداشت رزیدنت و پرستار جهت اینتوباسیون بیمار به کد احیا و رزیدنت بیهوشی اطلاع داده می شود و تا زمان حضور رزیدنت بیهوشی حمایت تنفسی با آمبوپگ برقرار می شود و طبق یادداشت رزیدنت بیهوشی در try اول اقدام به اینتوباسیون می کنند که چند دقیقه بعد بیمار دچار آمفیزم در ناحیه صورت و گردن می شود . محل لوله تراشه توسط رزیدنت بیهوشی چک می گردد . لوله تراشه در محل مناسب بوده است ولی همچنان آمفیزم تشدید یافته و افت ساچوریشن پیدا می کند . بیمار ابتدا تاکیکارد و سپس برادیکارد و آسیستول می گردد و عملیات احیا از ساعت 4:45 الی 5:30 انجام می شود که موفقیت آمیز نبوده و متاسفانه بیمار فوت می نماید .

جواب آزمایشات : WBC=14,600 LYM=%7.4 Hb = 10/6-- 10/2-- 7/8 PLT=270,000 Cr=0.93—

1.26--1.3 Ca=7.7 P=2.2—7.2 PCR=+ ESR=91

نکات ویژه :

1- اتواکستوباسیون بیمار به علت بی توجهی پرستاری و ترومای تراشه در اثر تلاش برای انتوباسیون مجدد سبب مرگ مادر شده است.

کیس 7

خانم 29 ساله، فوق دیپلم و خانه دار، $G_4P_1Ab_2$ BMI=26، سابقه یکبارسزارین 7 سال پیش، بدون سابقه بیماری خاص و حاملگی خواسته بوده است.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و بخش خصوصی بصورت مرتب انجام شده است. مادر مورخه 00/6/28 ساعت 20:41 با شکایت تب و لرز، سرفه و درد بدن به اورژانس بیمارستان A مراجعه کرده با علائم حیاتی: BT=38.1 و $O_2Sat=96\%$ BP=104/69 PR=121 و حاملگی 30 هفته با سطح تریاژ 2 در بخش MDR اورژانس تحت نظر قرار می گیرد. بعد از تزریق سرم نرمال سالین، آپوتل، سفتریاکسون و یک عدد قرص آزیترومایسین و درخواست آزمایشات CBC, CRP در ساعت 22:15 با توصیه به مراجعه سرپایی به متخصص عفونی ترخیص می شود (ساعت تکمیل برگ ترخیص 20:45 ثبت شده است). آزمایشات بیمارستان A: $CRP=2+$

WBC=7800 Lym=23% Hb=12.4 (مادر توسط متخصص زنان یا ماما ویزیت نشده بود)

طبق اظهارات اطرافیان، مادر روز بعد مورخه 00/6/29 جهت ویزیت به مطب متخصص زنان در A مراجعه کرده و اظهار می کند که تنگی نفس دارد. ایشان مادر را به متخصص قلب ارجاع می دهد، متخصص قلب پس از بررسی، پیگیری هفتگی به خاطر تنگی عروق را توصیه کرده و اسپرین تجویز می کند. مادر همانروز به مطب متخصص عفونی مراجعه کرده که منشی محترم مادر را به ترک مطب تشویق می کند و می گوید دکتر وقت برای ویزیت ندارند. مادر به مطب پزشک عمومی مراجعه می کند و ایشان با تشخیص عفونت ریوی توصیه به مراجعه فوری به بیمارستان می کند. مورخه 00/6/30 به علت توصیه پزشک و حال عمومی نامساعد، مادر به بیمارستان B رفته و به علت توصیه پزشک کلینیک مبنی بر نبود امکانات به بیمارستان C مراجعه میکند و پزشک شاغل در بیمارستان که گویا از فامیلهای خانم بوده، مادر را به بیمارستان مرجع ارجاع میدهد و در اورژانس بیمارستان یکی از کادر پیشنهاد داده اند به علت خطراتی که در این بیمارستان برای وی وجود دارد بهتر است بستری نشوند و به بیمارستان خصوصی مراجعه کند و مادر به بیمارستان خصوصی رفته و توسط پزشکان آن بیمارستان مورد ویزیت قرار می گیرند و توصیه می کنند بهتر است دستورات دارویی را در منزل اجرا کنند. مادر به خانه برمیگردد و دستورات دارویی پزشک را ادامه میدهد و بدنبال و خیم شدن حال در تاریخ 00/6/31 به بیمارستان زنان مراجعه می کند.

(گزارش اکو LV EF=50% MR=1+ TR=1+).

مادر در تاریخ 00/6/31 ساعت 4:14 بامداد به اورژانس زنان مراجعه و با سطح تریاژ 2 وارد اورژانس می شود. موقع مراجعه مادر هوشیار بود. درد پشت، بی حالی، درد گلو و سرفه را ذکر می کرد. در معاینه تب دار بود. مخاط گلو اریتماتو و بدون آگزودا بود. در سمع ریه کراکل Fine و کاهش صدا در هردو ریه داشت. علائم زایمانی نداشت. اختلاف سایز اندامهای تحتانی نداشت. حیاتی: RR=20 PR=130 BP=100/50

BT=39 $O_2Sat=92\%$ بدون اکسیژن بود. مادر توسط رزیدنت سال یک ویزیت شده با دستورات: اطلاع به رزیدنت سال بالا - اکسیژن تراپی با ماسک، تعبیه لاین وریدی و سرم نرمال سالین - کنترل علائم حیاتی و زایمانی - در خواست کشت خون و ادرار - در خواست آزمایشات کبدی، کلیوی، CBC, ESR, CRP - آمپول آپوتل - سونوگرافی وضعیت جنین و NST روزانه بستری بخش HDU می شود. در سونوگرافی و بیوفیزیکیال پروفیل جنین مشکلی نداشت. مادر در طی روز فشار خون پایین در محدوده BP=78-90/36-50 داشت.

روز دوم بستری (00/7/1): مادر هوشیار است با ماسک اکسیژن می گیرد. علائم حیاتی: BP=88/48 PR=120

$O_2Sat=93\%$ با ماسک BT=37.1 RR=20 بود. ساعت 17:30 با فوکل پوینت عفونی تماس گرفته می شود و ایشان توصیه می کند برای مادر LDH, CPK, B/C, U/C, PCR در خواست شود و آمپول سفتریاکسون 1g/BID - آزیترومایسین 250mg/D و قرص هیدروکسی کلروکین 2 عدد هر 12 ساعت شروع شود. در صورت افت ساچوراسیون اسکن ریه انجام گیرد.

در ساعت 20 به علت افت ساچوراسیون تا 81% و تاکی پنه RR=30 مشاوره قلب و ICU درخواست می شود. رزیدنت ICU مادر را ویزیت کرده توصیه می کند مادر هیدراته شده و ABG اخذ شود. به علت پوشش بخش MICU توسط ایشان و عدم امکان مراقبت ویژه در بیمارستان زنان مادر به بیمارستان جنرال اعزام شود. مشاور قلب بصورت غیر حضوری توصیه به تزریق آمپول هپارین 5000U/STAT/SC می کند. با فوکل پوینت عفونی تماس گرفته می شود و با مجوز ایشان و هماهنگی با رصد مادر ساعت 23:30 جهت اسکن ریه و ICU Care با همراهی رزیدنت زنان و تکنسین بی هوشی به بیمارستان جنرال اعزام می شود.

آزمایشات الزهرا: WBC=8500 Lym=15 Hb=13.1 PLT=219,000 Urea=17 SGOT=22 Cr=0.8
Mg=1.7 Ca=7.9 ESR=14 LDH=464 SGPT=13

ABG: PH= 7.43 PCO2=29 PO2=26 HCO3=19.2

EKG: تاقیکاردی سینوسی

مادر ساعت 12 شب با سطح تریاژ 2 و علائم حیاتی: BP=101/59 PR=125 O2Sat=88% RR=20 وارد اورژانس بیمارستان می شود. برای مادر اسکن ریه تهیه شده و به علت نبود تخت خالی در بخش های ICU کورونا به قسمت MDR منتقل شده و به مانتیور وصل می شود. در اسکن درگیری G.G دوطرفه ریه مشهود بود. مادر ساعت 2:30 بعداز ویزیت توسط سرویس داخلی به بخش کورونا (ENT) منتقل می شود. دستورات بخش: اکسیژن با کاتول 6L/min - سرم نرمال سالین 1L/12h ساعت 11 با توجه به افت ساچوراسیون اکسیژن تا 84% و عدم احساس حرکت جنین توسط مادر برای مادر دستورات سونوگرافی اورژانس از نظر سلامت جنین و مشاوره زنان اورژانس - انتقال به بخش ICU در اولین فرصت - قرص برم هگزین - قرص فاموتیدین - امپرازول - اسپری اترونت و سروتاید - چارت تب گذاشته می شود. ساعت 00:25 نصف شب توسط رزیدنت داخلی به علت تاقی کاردی، تاقی پنه و تب، جهت R/O DVT برای مادر درخواست سونوگرافی کالر داپلر اندامهای تحتانی و آمپول انوکسپارین 60U/BID Order می شود (RR=30 PR=120 BT=38.5 در سونوگرافی کالر داپلر ورجم مشکلی نداشت.

پس از هماهنگی با سوپر وایزر و باز شدن تخت، ساعت 2:30 بامداد مورخ 00/7/3 به ICU کورونا منتقل شده و با گزارش PCR+ ساعت 10 برای مادر آمپول ایمی پنم 500mg/QID - آمپول متیل پردنیزولون 125mg/BID - آمپول رمدسیویر 100mg/BID روز اول و 100 میلی گرم روزانه - آمپول β-اینترفرون 300μg/5dose - اکوکاردیوگرافی جهت تعیین فشار خون شریان پولمونی - تعبیه NIV در صورت افت ساچوراسیون - چک D-Dimer, Procalcitonin - پلاسمای IgG مثبت 500 سی سی + 40 میلی گرم لازیکس - آمپول ویتامین C یک گرم هر 8 ساعت و مولتی ویتامین و شربت دیفن هیدرامین 15cc/TDS گذاشته می شود. در اکوی بدساید LV.EF=55% RV mild Enlargement با فانتکشن نرمال گزارش می شود. در ساعت 13:30 به علت افت ساچوراسیون اکسیژن به 88% با ماسک رزروار برای مادر NIV تعبیه می شود و مادر ساعت 15 جهت مراقبت بهتر با دستور اتند ریه به ICU6 منتقل می شود. در پیگیری ویزیت روزانه زنان اتند انکال اعلام می کند ویزیت روزانه لازم نیست و nst و سونوگرافی هفته ای 2 بار انجام گیرد در صورت لزوم مشاوره شود.

در ساعت 21 دیسترس تنفسی و تاقیکاردی شدید مشاوره بی هوشی شده و انتوبه می شود. (RR=50-55 PR=135-140 O2Sat=85%) مادر ابتدا خودش را اکستوبه می کند و مجدداً توسط فلوی ریه انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود.

شود. ABG: PH=7.28 PCO2=39.3 PO2=58 HCO3=18.3 برای مادر مشاوره اورژانسی زنان درخواست می شود. با نظر اتند زنان برای جلوگیری از آسفیکسی جنین مادر ساعت 00:45 بامداد جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 1:30 با بی هوشی عمومی شروع شده و یک نوزاد پسر پره ترم با آپگار 5/1 دنیا می آید که به NICU الزهرا منتقل می شود. با اتمام عمل مادر ساعت 2:50 انتوبه و با O2Sat=76% BP=110/70 PR=121 به بخش ICU منتقل می شود.

روز سوم بستری: مادر فول سدیت است به تحریکات جواب نمی دهد و مردمکها میوتیک با پاسخ جزئی می باشد. فشار خونهای مادر علیرغم سرم تراپی پایین است. دیورز در حد 200cc/5h دارد. سمع ریه ها کاهش صدای دوطرفه جنرالیزه دارد. شکم نرم می باشد و خونریزی و ژنرال ندارد. و

Hb=11.2 PLT=341,000 به علت افت فشار خون و عدم پاسخ به مایع درمانی برای مادر لووفد شروع می شود (BP=86/45). عصر برای مادر کانتیر دیالیز تعبیه شده و مادر 5 ساعت همو پرفیوژن می شود.

ساعت 23 نرس بیمار متوجه آمفیزم دوطرفه گردن می شود فلوی ریه اظهار می کند نیاز به اقدام اورژانسی نیست ولی اتند انکال دستور اخذ گرافی گردن، CXR و VBG را می دهد. VBG: PH=7.2 PCO2=54.8 HCO3=22 در گرافی شواهد پنومومدیاستن و پنومو توراکس وجود داشت.

روز چهارم بستری: مادر آریته است. شکم کاملاً دیستانت است و با مختصر فشار بیمار آریته و برادیکاردی می شود. پانسمان محل انسزیون c/s خشک است. افت هموگلوبین ندارد (گزارش فلوی زنان). لووفد با دوز 30μ/h می گیرد.

برای مادر مشاوره جراحی درخواست شده و C.Tube دوطرفه توسط سرویس جراحی تعبیه می شود. ولوله تراشه تعویض می شود. عصر مادر به مدت 4 ساعت تحت همو پرفیوژن قرار می گیرد.

روز ششم بستری: در چست تیوب سمت راست Babbling واضح و در گردن آمفیزم دوطرفه وجود دارد. به علت گسترش آمفیزم به صورت و شانه مشاوره سرویس جراحی می شود. مشاور جراحی ولوله هارا چک کرده و اظهار می کند چست تیوبها کارکرد دارد و برای مادر برونکوسکوپی بدساید

جهت بررسی احتمال فیستول انجام گیرد و مشاور توراکس درخواست گردد. در برونکوسکوپي مشکلي نداشت. علايم حياتي Stable است. عصر مادر 6 ساعت هموپرفیوژن می شود

آزمایشات : Hb=7.1 Hct=21.4 PT=29.7 PTT=48 INR=2.21

روز هفتم بستری: علايم حياتي Stable است. مشاور توراکس معتقد است نشت مربوط به پارانشیم ریه می باشد اقدامات حمایتی کافی است و اقدام جراحی لازم نیست.

روز نهم بستری: علايم حياتي Stable است. در شیفت شب مادر دچار افت ساچوراسیون و آمفیژم ناحیه گردن و صورت می شود. ابتدا لوله تراشه تعویض می شود. به علت عدم اصلاح مشاوره جراحی درخواست می شود و مشاور جراحی ابتدا 2 عدد چست تیوب دیگر تعبیه می کند و به علت ادامه مشکل چست تیوب های قبلی را تعویض می کند ولی تغییر محسوسی در وضعیت مادر ایجاد نمی شود. با صلاحدید اتند ریه ایمی پنم و وانکومایسین قطع شده و لینزولید و سفیپیم شروع می شود.

مادر شیفت شب چندین نوبت دچار برادیکاردی و ارست قلبی تنفسی شده و احیا می شود. در نهایت در ساعت 22:20 ارست کرده و 23 فوت می کند.

آزمایشات : WBC=12,200---32,800 Lym=10%---2.9% Hb=10.6—7.1—9.5 PLT=296,000
AST=69-- CRP=181 ESR=46 LDH=1097--1707 Cr=0.6—1.17 Urea=38—43
CTNI=Neg CPK-MB=40--76 CPK=566--340 ALT=28--404 340
BIL_D=0.8 BIL_T=1.5 FT4=12.01 TSH=3.48

گزارش اسکن اسپیرال ریه: کدورت های آئولر اینترستیشیل گسترده در ریه ها مشهود است که در راست بسیار شدید و متراکم می باشد نکات ویژه :

1- لنفوسیت 2.9% نشانگر پروگنوز بد بیماری می باشد.

2- مادر قبل از بستری شدن به مراکز متعدد مراجعه کرده ولی راهنمایی و مدیریت صحیح نشده است.

3- پنوموتوراکس الزاماً با ونتیلیسیون مکانیکی مرتبط نیست و بخاطر تخریب ریه و نشت هوا از آئول ها، آمفیژم و پنوموتوراکس ایجاد می شود.

کیس 8

خاتم 36 ساله، ساکن روستای اصلی، دیپلم و خانه دار، BMI=37.1، G2P1، سابقه یکبار سزارین 8 سال پیش، سابقه میوکتومی، سابقه افزایش فشارخون از اوایل بارداری اخیر و مصرف متیل دوبا و آسپرین و بارداری خواسته می باشد. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و متخصص زنان بصورت مرتب انجام گرفته است.

مادر مورخ 00/6/10 به علت تورم پوست (نمای پوست پرتغالی) ناحیه شکم و ادم گوده گذار به درمانگاه زنان شهرستان مراجعه کرده و سونوگرافی و آزمایشات پره اکلایمپی در خواست می شود. در سونوگرافی افزایش شدید ضخامت پوست، ادم زیر جلدی و افزایش اکوژنیسیته نسج چربی زیر جلدی ناشی از پروسه التهابی گزارش می شود. AST=22 ALT=27 Urine PRO=420 TSH=2.28

متخصص زنان شهرستان متورال را موقتاً قطع کرده و هیدروکلروتیازید تجویز می کند.

مورخ 00/6/19 (25 هفته و 5 روز) با شکایت بالا بودن فشارخون علیرغم مصرف متیل دوبا 250mg/BID و پروتینیوری توسط متخصص زنان به درمانگاه پرخطر ارجاع می شود. مادر ساعت 6:25 بامداد مورخ 00/6/20 به اورژانس بیمارستان A مراجعه می کند. موقع مراجعه : هوشیار واریانته بود. علايم زایمانی نداشت. از سرفه تکی از حدود 3-4 روز قبل شکای بود و اظهار می کرد حساسیت به وایتکس است. تب دار نبود و سردرد و میالژی را ذکر نمی کرد. علايم حياتي ثبت شده : BP=131/86 PR=120 RR=18 FHR=143

O2Sat=97% بود. مادر توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده و به درمانگاه زنان ارجاع می شود و توصیه می گردد PCR بصورت سرپایی اخذ گردد. بعد از مراجعه به درمانگاه پرخطر و ویزیت توسط اساتید با تشخیص پره اکلایمپی و سرفه دستور بستری نوشته می شود. مادر ساعت 12:45 در بخش زایمان، اتاق ایزوله بستری می شود. برای مادر دستورات مانیتورینگ قلبی ریوی، اکسیژن با کاتول بینی، شروع سولفات منیزیم، مشاوره قلب به علت فشارخون بالا و تاکیکاردی، تهیه NST, CTG, EKG سونوگرافی بیوفیزیکیال، مشاوره عفونی، آمپول بتا متازون دودوز 12mg/q12h و درخواست آزمایشات پره اکلایمپی و PCR گذاشته می شود. موقع بستری : BP=160/102 بود. مشاور قلب در درمانگاه

مادر را ویزیت کرده و قرص متیل دوپا 250mg/TDS - قرص متورال 50mg/BID تجویز می کند. PR=130 بود. در A/U آلومینوری Trace گزارش می شود.

روز دوم بستری 00/6/21 : مادر هوشیار است. تب دار نیست. علایم زایمانی ندارد. انفوزیون سولفات منیزیم با دوز 1g/q4h ادامه دارد. علایم حیاتی : BP=130-152/70-108 PR=110-123 بود. طی مشاوره تلفنی قلب متورال D.C شده و بیروپرولول 5mg/BID شروع می شود. در ادرار 24 ساعت میزان پروتئین 55.4 گزارش می شود. تزریق سولفات منیزیم ساعت 14 قطع می شود.

آزمایشات : WBC=4400—5400 LYM=17% Hb=14.9 PLT=234,000 SGOT=54--39
SGPT=42—31 LDH=443—557 CRP=3+ Cr=0.67 Urea=23

روز سوم بستری 00/6/22 : جواب آزمایش PCR منفی اعلام می شود. ظهر مادر با OK سرویس عفونی و زنان مرخص می شود.

مادر 13 روز بعد مورخ 00/7/4 به علت افزایش فشارخون در حد BP=190/116 PR=100 RR=24 FHR=120

O2Sat=98% و تهوع و سرخه به بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. برای مادر یک دوز لابتالول، اسپری سالبوتامول و دوز اولیه سولفات منیزیم تزریق کرده با فشارخون BP=145/100 مادر را ساعت 22 با تشخیص پره اکلامپسی شدید به بیمارستان زنان اعزام می کنند. مادر

ساعت 23:30 هوشیار و آریانته و علایم حیاتی : BP=135/80 PR=105 RR=16 BT=36.5

O2Sat=97% و عدم سمع ضربان قلب جنین، با تریاز سطح 2 وارد اورژانس زنان می شود. مادر ساعت 23:40 توسط رزیدنت سال 2 ویزیت شده دستور بستری در بخش زایمان نوشته می شود. مادر ساعت 00:20 به اتاق زایمان منتقل شده و توسط اتند مقیم ویزیت می شود.

برای مادر دستورات : مانیتورینگ قلبی ریوی - کنترل علایم زایمانی و B/V - ادامه سولفات منیزیم - قرص متیل دوپا 250mg/BID - سونوگرافی وضعیت بارداری - درخواست آزمایشات پره اکلامپسی، انعقادی و کلیوی صادر می شود. علایم حیاتی در بخش : PR=101 BP=160/110

RR=18 BT=36.7 ثبت شده است. برای مادر یک دوز لابتالول تزریق شده و فشارخون به BP=135/95 رسانده می

شود. در سونوگرافی بدساید، جنین فاقد علایم با سن حاملگی 26 هفته و قرار عرضی گزارش می شود. مادر ساعت 1:05 به علت پره اکلامپسی شدید، سابقه سزارین و جنین فاقد علایم جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. مادر بعد از انتقال به اتاق عمل ساعت 1:10 تحت بی حسی اسپینال

قرار می گیرد. طبق یادداشت متخصص بی هوشی به علت چاقی مادر تزریق اسپینال بدون دادن پوزیشن انجام می گیرد. فشارخون ثبت شده موقع تزریق BP=165/90 PR=88 می باشد. با دادن پوزیشن برای شروع عمل و قبل از برش پوست مادر دچار درد قفسه سینه و افت فشارخون

و ساچوراسیون و برادیکاردی شده و اینتوبه و عملیات احیا شروع می گردد. مادر به تزریق آتروپین و اپی نفرین پاسخ داده ولی مجدداً دچار برادیکاردی و آسیستول می شود. در ادامه احیا با وجود ونتیلاسیون کافی سیانوز مرکزی برطرف نمی شد. با حضور متخصص قلب و ICU عملیات احیا ادامه

داده می شود. ولی مادر به احیا پاسخ نداده و ساعت 03:00 فوت می کند.

آزمایشات: WBC=10,300 LYM=21% Hb=17 PLT=276,000 Urea=60 Cr=1.3

SGOT=191 SGPT=122 LDH=1003 Urine PRO=1+ PT=15.8 INR=1.5
Fib=303

نکات ویژه :

1. مادر بدون بررسی کافی از نظر مسائل قلبی و داخلی از بیمارستان مرخص شده و پیگیری لازم از طرف بیمارستان و بهداشت انجام نشده است.
2. روز دوم بستری مشاوره حضوری قلب درخواست شده ولی ساعت 10 مشاوره تلفنی انجام گرفته است.
3. اتند زنان روز ترخیص بدون ویزیت حضوری متخصص قلب اجازه ترخیص داده است.
4. متخصص زنان بعد از ترخیص مادر از بیمارستان متورال را قطع و هیدروکلروتیازید تجویز کرده است؟؟

کیس 9

خانم 27 ساله، ساکن شهر، خانه دار و لیسانس، G_1P_0 BMI=27.8، حاملگی خواسته بوده است.

مراقبت پیش از بارداری داشته و به علت نازایی تحت درمان بوده است. مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان و مرکز بهداشت بصورت مرتب انجام شده است.

. طبق اظهار خانواده "مادر در تاریخ 00/1/12 با شکایت علائم سرماخوردگی (تب، درد عضلانی و درد زیر شکم به بیمارستان مراجعه و سرپایی ویزیت می شود. (مشکلی مامایی نداشته است) و دوبار نیز به کلینیک خصوصی مراجعه می کند که استامینوفن و آموکسی سیلین تجویز شده و

آزمایش PCR درخواست می شود. مورخ 00/1/14 (هفته 31 بارداری) به علت تنگی نفس و سرفه به بیمارستان خصوصی مراجعه و با تشخیص احتمالی کووید 19 به بیمارستان زنان ارجاع می شود. مادر ساعت 13:54 به بیمارستان زنان مراجعه می کند. موقع مراجعه مادر تنگی نفس و سرفه خشک از حدود یک هفته قبل را ذکر می کرد که از دوز قبلی تشدید یافته بود. سردرد و میالژی نداشت و یک بار استفراغ روز گذشته داشته است. در معاینه کاهش صدای ریوی در سمت راست داشت. علائم زایمانی نداشت.

علائم حیاتی: BP=130/66 PR=110 BT=39.8 RR=24 FHR=170

O2Sat=88% در هوای آزاد و O2Sat=96% با اکسیژن داشت. مادر بعد از پذیرش در بخش کورونا بستری و مشاوره عفونی درخواست می شود. ساعت 15 مادر توسط متخصص داخلی ویزیت شده و آمپول دگزامتازون 8mg/d -آزیترومایسین -هپارین 5000U/BID -برم هگزین، ویتامین C، فاموتیدین، زینک -اسکن ریه و انجام PCR برای کووید 19 توصیه می شود. مادر ساعت 17 اسکن ریه انجام می دهد. بعد از اسکن ریه در ساعت 23 طی مشاوره داخلی رسیژن نیز به دستورات دارویی اضافه می شود. در اسکن ریه Patchy Consolidation منتشر در ریتین گزارش شده بود. پلورال افیوژن نداشت.

آزمایشات بدو بستری: WBC=5800 LYM=13%(754) Hb=12 PLT=121000 Cr=0.7
Na=131 K=3.8 SGPT=31 SGOT=32 LDH=578 CRP=2+ PT=11.5 INR=1 PTT=36

روز دوم بستری 00/1/15: با توجه به تاکی پنه بودن مادر تا RR=35 و افت ساچوراسیون تا 90% با اکسیژن مشاوره ریه جهت انتقال به بیمارستان جنرال درخواست شده و مادر بعد از خالی شدن تخت مراقبت ویژه کورونا ساعت 20:10 به همراه رزیدنت سال 1 زنان و تکنسین بی هوشی به بیمارستان جنرال بخش ICU کورونا منتقل می شود. علائم حیاتی قبل از انتقال: PR=113 RR=30 BP=114/56
BT=37.9 O2Sat=85% و O2Sat=92% با کاتول بینی بود. موقع تحویل در بخش ICU: RR=43 O2Sat=89% بود.

برای بیمار دستورات: اکسیژن با ماسک رزروپگ -رمدسیویر-سفپیپم -برم هگزین -دگزامتازون 8mg/d -انوکسپارین 40mg/d -مالتونین، اسپرومتری تشویقی و اسپری سروتاید و ویتامین C 2 گرم روزانه تجویز می شود. 2 ساعت بعد متیل پردنیزولون شروع می شود. ساعت 1:30 با مامد مادر به NIV می شود. یک ساعت بعد به علت عدم تحمل NIV و احتمال انتوباسیون مشاوره اورژانسی زنان جهت ختم بارداری درخواست می شود و مادر ساعت 4 با مامد بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل می شود. موقع ورود به اتاق عمل تنفسهای سطحی در حدود RR=40-45 داشت و HR=130 BP=154/98 O2Sat=80% با ماسک رزروپگ بود.

مادر بلافاصله انتوبه شده و عمل ساعت 4:15 شروع و حاصل زایمان نوزاد پره ترم با آپگار 7/4 بود. مادر بعد از اتمام عمل ساعت 5:45 انتوبه با HR=96 و O2Sat=90% به بخش ICU منتقل می شود. مادر در بخش به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود.
در بخش، علائم حیاتی: BP=164/85 HR=125 O2Sat=83%
در ABG ساعت 12 ظهر اسیدوز تنفسی شدید داشت: PH=7.04 PCO2=107.7 PO2=86 HCO3=28.3
برای مادر متورال و لوزاتان شروع می شود.

روز سوم بستری 00/1/17: مادر انتوبه و تب دار است: BP=122/66 HR=85 O2Sat=82% BT=37.7
به علت تب، مادر Sepsis Work Up شده مروپنم، آمپول سیپروفلوکساسین و لینزولید و قرص کونکور (بیزوپرولول) و آمپول ال کارنیتین شروع و متورال قطع می شود.

روز چهارم بستری 00/1/18: همچنان تب دار است BT=38.3 به علت افت ناگهانی ساچوراسیون به 74% و نتیلاتور تعویض و تنظیمات آن تغییر داده می شود. و با شک به PTE دوز انوکسپارین به 60mg/BID داده می شود ولی در اکو PTE وسیع تائید نمی شود.

ABG: PH=7.4 PCO2=56.1 PO2=82.3 HCO3=34.5 BE=9.8
برای مادر کشت خون، ادرار و ترشحات لوله تراشه و سی تی آنژیوی ریه بعد از Stable شدن، درخواست می شود.

روز پنجم بستری 00/1/19: مادر اینتوبه و سدیت است. O2Sat=81%. برای مادر آمپول لازیکس Stat تزریق و قرص آلداکتون 25mg روزانه تجویز می شود.

روز ششم بستری 00/1/20: چندین نوبت افت ساچوراسیون داشته است. برای مادر اریترومایسین و پلازیل تجویز می شود. CT آنژیوی ریه hold شده است. در بررسی عروق اندامهای تحتانی DVT وجود نداشت (00/1/22). دوز انوکسپارین 40mg/BID کاهش داده می شود.

در تاریخ **00/1/23** سوچورهای محل انسزیون سزارین به طول 10سانتیمتر به علت ترشحات عفونی درحد جلدوزیر جلد باز می شود . فاسیا Intact بود. برای مادر توسط سرویس زنان شستشوی زخم هر 8 ساعت گذاشته شده وکاسیوفونژین به رژیم دارویی اضافه می شود.-O2Sat=93 94% می باشد.به علت ایزولاسیون آنتوباکتر از ترشحات لوله تراشه حساس به جنتامایسن، جنتامایسن 300mg/d به رژیم دارویی اضافه می شود.

در تاریخ **00/1/28** به علت افت های مکرر اکسیژن وتهویه با آمبو ،آمفیزم زیر جلدی دوطرفه در Chest ایجاد شده وCT دوطرفه توسط سرویس ICU تعبیه می شود ولی تغییرمحسوسی در ساچوراسیون اکسیژن ایجاد نمی شود.مادر با صلاحدید گروه ICU به بخش ICU جنرال منتقل می شود. برای مادر ویال اکترا،قرص استازولامید 500mg/BID -آتروواستاتین -آمپول گلیکوفوس -قرص جوشان NAC -اسپری آترونت و Budesonide تجویز می شود. ومجدداً دوز انوکسپارین به 60mg/BID افزایش داده می شود.

از ترشحات محل انسزیون آنتوباکتر واز ادرار کاندیدیا آلیکنس ایزوله شده است. در تاریخ **00/1/30** آمپول کلیستین تجویز می شود.

از ترشحات مایع پلور(باتل CT) به تاریخ **00/2/6** استاف اورئوس حساس به وانکومایسن جدا شده است .

پیست وششمین روز بستری (00/2/9): مادر همچنان تب داراست ،فشارخون نوسان دار می باشد.CT کارکرد ندارند .به علت Leak شدید هوا از محل لوله راست،لوله به فشارمنفی ساکشن وصل می شود.ساچوراسیون اکسیژن تا حد 30%افت دارد.CXR پرتابل اورژانسی درخواست می شود. CT دو طرفه درفضای بین دنده ای پنجم تعبیه می شود.روز بعد مادر ارست قلبی ریوی کرده واحیا می شود.یعداً مادر تحت انفوزیون لووفد قرار می گیرد.روز بعد به علت کاهش حجم ادرار ابتدا مایع تراپی شده وآمپول لازیکس تجویز می شود. مورخ **00/2/12** به علت تورم سمت راست گردن وصورت، مشاوره توراکس برای بررسی C.Tube ها درخواست می شودو مشاور معتقد است با توجه به Expansion ریه ها در عکس سینه ،به دلیل تخریب بافت ریه نشت هوا وجود دارد .به علت آنوری مشاوره نفرولوژی جهت انجام دیالیز درخواست می شود.مشاور نفرولوژی اصلاح اسیدوز تنفسی (PH=7.13 PCO2=70 HCO3=22) وانفوزیون لازیکس را توصیه می کند.به علت ادامه آنوری وعدم پاسخ به درمان با توجه به افت شدید پلاکت کاتتر شالدون بعداز تزریق 10 واحد پلاکت در تاریخ **00/2/14** تعبیه ویک نوبت دیالیز با تجویز لووفد با دوز بالا انجام می گیرد. روز بعد مورخ **00/2/15** آنوری همچنان ادامه دارد ونوبت دوم دیالیز درخواست شده است. مادر ساعت 18 دچار ارست قلبی تنفسی شده ومتاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات: Hb=12—11—8.6—7.8—7 Lym=5.2—23.9 WBC=8500—10200—16100
PTT=35—24—119 INR=1—2—3.2 PLT=211,000—247,000—34,000---86,000
BILT=1.4BIL I=1 SGOT=102—21—266 Cr=0.5—0.7—1.6 Urea=24—30—122—141
Ferretin=274 D.Dimer=2339—5542-->15000SGPT=50—23—339
PCR=+ ESR=77 CRP=113 IL6>1000 LDH=1647

نکات ویژه :

1. علیرغم تاکید وزارت وکمیته دانشگاهی برای ویزیت مادران باردارپرخطر توسط تیم درمانی وبالاترین رده آموزشی از هر گروه آموزشی ،در مورد این بیمار رعایت نشده است.
2. مادر از لحظه پذیرش در بخش ICU تا لحظه انتقال به اتاق عمل توسط اتند ICU ویزیت نشده است
3. پروتکل مدیریت مادران باردار مشکوک به کووید 19در مورد این بیمار مخصوصاً در اوایل بستری دربخش مراقبت ویژه رعایت نشده است.
4. در مادران پرخطر مخصوصاً کووید 19 مدیریت درمان مادر توسط اتند مشخص (مسئول بیمار) الزامی بوده وتصمیمات مهم از جمله زمان ونحوه ختم بارداری وانتوباسیون باید توسط اتند مسئول بیمار اخذ شود.ترجیحاً ختم بارداری توسط اتند زنان با حضور اتند بی هوشی انجام گیرد.
5. اولین پزشکی که مادر پرخطر وکمپلیکه را ویزیت می کند پزشک مسئول بیمار محسوب شده ومی بایست مادر را تاآخر پروسه درمان همراهی کند.

کیس 10

خانم 35ساله ، فوق لیسانس ، بدون سابقه تزریق واکسن ، BMI=25.3،G1P0 وبارداری خواسته بوده است. مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته ومراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان انجام گرفته است.

مادر مورخ 00/6/4 (بارداری 25 هفته) با شکایت تب و لرز به مطب پزشک مراجعه کرده و آزمایش خون درخواست می شود (همسر متوفی به علت ابتلا به بیماری کووید در تاریخ 00/5/28 در بیمارستان میانه بستری بوده است).

جواب آزمایشات : CRP=3+ FBS=75 PLT=211000 Hb=11.6

عصر با نتیجه آزمایشات ساعت 20:50 به بیمارستان خاتم مراجعه و با سطح تریاژ 2 وارد اورژانس می شود. موقع مراجعه مادر هوشیار واریانته بود.

علائم حیاتی : PR=116 BP=107/70 BT=38.6 RR=18 O2Sat=98% بدون اکسیژن داشت

بعد از ویزیت توسط متخصص طب اورژانس و اجرای دستورات ایشان (تعبیه لاین وریدی، سرم 1/3, 2/3- آمپول آپوتل -، مشاوره زنان و مشاوره داخلی) جهت ویزیت متخصص زنان به اتاق زایمان منتقل می شود. بعد از ویزیت توسط متخصص زنان به علت نبود تخت خالی در بخش زنان، با تشخیص احتمالی کووید در بخش مردان بستری می شود. با دستورات: آمپول سفازولین 2g/QID، انوکسپارین 40mg/d و درخواست - U/A, U/C, CBC, CRP, LFT, Na, K, BS, EKG, VBG.

متخصص داخلی ساعت 23:30 دستورات تلفنی: اکسیژن از طریق کانول بینی - ارسال نمونه برای PCR - نوار قلبی - آزمایشات کبدی، قلبی، کلیوی، الکترولیتها - آمپول هپارین 5000U/TDS - آمپول دکزامتازون 8mg/d - قرص پنتا پرازول - قرص آزیترومایسین - قرص استامینوفن 500 - شربت دیفن هیدرامین و ب. کمپلکس و سونوگرافی سلامت جنین را Order می کند. روز بعد مادر توسط متخصص داخلی ویزیت شده و انوکسپارین D.C و هپارین تجویز می شود.

روز سوم بستری 00/6/6: در شیفت شبکاری مادر تب بالادارد BT=39.7 و مادر از احتقان بینی شاکی است (آزیترومایسین و سفازولین و استامینوفن 500 و آپوتل می گیرد). متخصص داخلی تلفنی دستور قطره فنیل افرین، چک CBC, CRP, ESR و پاشویه تجویز می کند.

BP=90/60 HR=99 RR=18 O2Sat=99% با کاتول بینی (6L/min) بود

روز پنجم بستری 00/6/8: در نت پرستاری ساعت 6 صبح O2Sat=85% بدون اکسیژن ثبت شده ولی دستور خاصی داده نشده است.

روز ششم بستری 00/6/9: به علت دیسترس تنفسی و افت ساچوراسیون تا حد O2Sat=86% علیرغم دریافت اکسیژن با ماسک ساعت 8:30 صبح به متخصص داخلی اطلاع می دهند و ایشان تلفنی توصیه می کند اکسیژن با ماسک رزودار داده شود. برای اعزام هماهنگ شوند و آمپول رمدسیویر شروع کنند و در صورت عدم اعزام، سوند فولی تعبیه و به ICU منتقل شود. بعد از تعبیه سوند مادر از آبریزش شاکی بوده که مشاوره زنان درخواست می شود. مشاور مادر را ویزیت کرده و یادداشت می کند مادر آبریزش واضح ندارد و کول بسته می باشد. و با توجه به دیسترس تنفسی اعزام بلامانع می باشد. مادر ساعت 13 با علائم حیاتی: BP=100/60 PR=110 RR=22 BT=36.5 O2Sat=86% با ماسک به بیمارستان زنان اعزام می شود.

آزمایشات: WBC=7000--5800 LYM=15%--18% Hb=11.1--10.2

PLT=182,000--143,000 PTT=45.9 PT=13.3 INR=1.1 Urea=15--17 Cr=1.3--

0.7 K=3.3 Urine GLU=3+ PCR=+

SGOT=15--35 SGPT=18--28 CK=46 CK-Mb=10 LDH=252 CRP=33--58

در سونوگرافی مورخ 00/6/6 جنین زنده 24 هفته با ضربان قلب منظم و مایع نرمال گزارش می شود

مادر پس از 8 ساعت بستری در مرکز زنان، به علت افت ساچوریشن تا 72% و نیاز به ICU Care، پس از هماهنگی با رصد سلامت با علائم حیاتی GCS=15، BP=110/70، RR=27، O2sat=90% و PR=131 به بیمارستان جنرال اعزام و ساعت 2:25 am مورخ 06/10 در بخش ICU کورونا پذیرش میشود. طبق نوت پرستاری در لحظه پذیرش بیمار هوشیار و اوریانته بوده و علائم حیاتی BP=106/66، PR=115، RR=35، BT=37.5 و O2sat=85% داشته است. پس از اقدامات اولیه، مانیتورینگ قلبی و اکسیژن تراپی با ماسک رزروینگ ساعت 2:55 am بیمار توسط ICUman اینتوبه و تحت انفوزیون فنتانیل، میدازولام و آتراکوریوم قرار می گیرد. بعد از اینتوباسیون BPهای بیمار در حدود 83/44 - 88/50 بوده است که صبحکاری جهت حفظ MAP>65 تحت انفوزیون لنوفد قرار میگیرد. برای مادر پالس متیل پردنیزولون 250 میلی گرم - هپارین پروفیلاکسی، آمپول لازیکس 20mg و 10 میلی گرم روزانه، اسکن ریه و مشاوره پریناتولوژی از نظر ختم بارداری و بررسی وضعیت جنین Order میشود. طبق مشاوره انجام شده، اگر ختم بارداری باعث بهبود وضعیت مادر خواهد بود اندیکاسیون ختم دارد و توصیه به مشاوره با سرویس ریه و بیهوشی و ویزیت روزانه زنان میگردد. مراتب طی تماس تلفنی به اطلاع ICU Man رسانده می شود و ایشان دستور می دهد فعلاً مادر تحت نظر قرار گرفته شود (ختم بارداری سودی به حال مادر ندارد).

HCO3=19.1 PCO2=28 PH=7.44 : ABG ساعت 08:09

در سونوگرافی، جنین زنده با ضربانات قلبی منظم (FHR=148) و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش میگردد. برای مادر NGT تعبیه و گاوآفرمولا شروع میشود. Cvine از ورید ساب کلاوین راست تعبیه و CXR پرتابل انجام میشود. در ساعت 23:45 به علت تب BT=38.7 برای مادر کشت خون، کشت و آنالیز ادرار درخواست شده و سفپیم تجویز می شود.

روز دوم بستری 00/6/11: مادر اینتوبه و تحت سداسیون با پروپوفول، آتراکوریوم و فنتانیل می باشد. ساچوراسیون اکسیژن 98% می باشد.

در آزمایشات: LDH=936 CRP=120 IL6=37

ABG ساعت 6:52 : PH=7.36 PCO2=46.2 HCO3=26.2

با دستور اتند ICU آمپول سفپیم قطع و مروپنم و وانکومایسین شروع می شود. جواب کشت های ارسالی منفی بوده است.

روز سوم بستری 00/6/12: مادر تب دار نیست. دیورز دارد. اینتوبه است با سداسیون کامل و ساچوراسیون 86-88% . PR متغیر می باشد.

گاهی تاکیکاردی و گاهی برادیکاردی دارد. تحت انفوزیون لنوفد می باشد.

در ABG اسیدوز تنفسی و آلکالوز متابولیک دارد. PH=7.41 PCO2=53 HCO3=34

روز پنجم بستری مورخ 06/14: بیمار خونریزی ریوی و افت ساچوریشن تا 50%-60% داشته است که با دستور اتند آمپول ترانس آمین واپی

نفرین داخل تراشه تزریق میشود. مشاوره زنان از نظر ختم بارداری درخواست می شود. CTG اخذ میشود، طبق مشاوره انجام شده جنین تاکیکارد

(FHR=203) بوده و احتمال زنده بودن نوزاد پس از زایمان اندک می باشد. ساعت 23 با توجه به خونریزی ریوی و ARDS شدید جهت حفظ

جان مادر براساس اندیکاسیون سرویس بیهوشی، سزارین اورژانس درخواست میشود BP=144/94 , PR=126 و O2sat=79% که پس

از هماهنگی با سرویس زنان و رزرو پکد سل، مادر ساعت 24:00 به اتاق عمل پیوند منتقل میشود. طبق برگه رکورد بیهوشی قبل از عمل بیمار

O2sat=35% PR=160 با لنوفد BP=90/45

HCO3=31. PCO2=47 PH=7.42 : ABG مورخ 06/13 ساعت 22

HCO3=38.3 PCO2=56 PH=7.44 : ABG مورخ 06/14 ساعت 05:00

داشته است. عمل ساعت 00:05 بامداد با بی هوشی عمومی شروع شده و حاصل آن نوزاد دختر با آپگار صفر بوده است. براساس شرح عمل

رحم کاملاً گرم بود. حجم خونریزی در طول عمل 700 بود. پس از پایان عمل 5 عدد قرص میزوپروستول رکتال گذاشته می شود. ساعت 1:20

بامداد بیمار با علائم حیاتی: BP=85/50 ، HR=160 و O2sat=54% از اتاق عمل تحویل و به بخش منتقل می شود و تزریق 2 واحد پکدسل

توسط سرویس زنان درخواست میشود. 25 دقیقه بعد از انتقال مادر به بخش ساعت 1:45 am دچار ارست قلبی تنفسی شده و به مدت 45 دقیقه

تحت CPR قرار می گیرد که موفقیت آمیز نبوده و متأسفانه ساعت 2:30 فوت می نماید.

HCO3=30.9 PCO2=57.7 PH=7.33 : ABG ساعت 6:58 مورخ 06/13

در آزمایشات انجام شده: WBC=8,300—13200 LYM=9.6% Hb=9.8—10.1 PLT=227,000

Alk.p =275 ALT=26--39 AST=39--49 Cr=1.88

Urea=42 Ferritin=677 D-Dimer =1320 ESR=92 TG=694

مورخ 00/6/14 : PT=14.5 PTT=33 INR=1.05 PLT=216,000

نکات ویژه:

1. علت مرگ مادر درگیری ریوی و ARDS می باشد
2. مادر توسط مرکز بهداشت به عنوان مادر باردار شناسایی نشده است.
3. علیرغم اینکه همسر به علت کووید در بیمارستان بستری بوده مادر غربالگری نشده است.
4. دستورات متخصص داخلی عمده تلفنی صادر شده است.

کیس 11

خانم 27 ساله، ساکن شهر، دیپلم و خانه دار، BMI=28، G1P0، دیابت بارداری از هفته 7 بارداری و تحت درمان با متفورمین و انسولین 30 واحد

روزانه، سابقه مصرف آسپرین و شیاف پروژسترون از اوایل بارداری و بارداری خواسته بود. مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران

بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام شده است. مادر مورخ 00/8/4 هفته 25 بارداری به علت نارسایی سرویکس در بیمارستان

خصوصی بستری و سیرکلاژ می شود. طبق شرح عمل موقع مراجعه کیسه آمنیوتیک داخل واژن بمبه بوده است. مادر با توصیه استراحت مطلق

و انوکسپارین مرخص می شود. در سونوگرافی مورخ 00/8/5 میزان مایع آمنیوتیک در کمترین حد طبیعی بود. طبق اظهار مادر، بعد از ترخیص در

منزل آبریزش بصورت قطره قطره داشته است. به همین منظور توسط متخصص زنان کیسول آزیترومايسين و سرم جهت تزریق در منزل تجویز شده بود. در سونوگرافی مورخ 00/8/18 که توسط پزشک معالج درخواست شده بود $AFI=6.5cm$ (کمتر از مقدار نرمال) و کانال سرویکال باز گزارش شده است. مادر مورخ 00/8/20 ساعت 18:32 با شکایت تب ولرز به بیمارستان الزهرا مراجعه می کند. موقع مراجعه مادر هوشیار واریانته بود.

علامه حیاتی : $BT=41$ $PR=146$ $BP=131/63$ $RR=25$ $FHR=165$ $O2Sat=97\%$

مادر با سطح تریاژ 2 وارد اورژانس شده و ساعت 18:40 توسط رزیدنت سال 3 ویزیت می شود. در معاینه واژینال $TV:2-3cm$ و آبریزش واضح نداشت. در دست راست بیمار آنژیوکت وجود داشت. برای مادر 2 عدد لاین و ریدی تعبیه ، یک عدد آپوتل، 500 سی سی سرم رینگر و 500 سی سی نرمال سالین سریع تزریق می شود و پس از اخذ NST دستور بستری با احتمال کوریو آمینیت نوشته می شود. مادر ساعت 19:15 به بخش زایمان -اتاق ایزوله منتقل می شود. در ساعت 19:40 با مشاور عفونی تماس گرفته و ایشان درخواست CBC, CRP, اورژانسی ، پاشویه و تزریق 1 لیتر نرمال سالین در عرض 2 ساعت را توصیه می کند. مشاور قلب تلفنی دستور اخذ نوار قلبی ، چک Hb و اسپیس ورکاپ را می دهد.

ساعت 21:30 مادر توسط اتند کشیک ویزیت و بعد از اخذ نمونه برای کشت خون و کشت ادرار آمپول آمپی سیلین، جنتا مایسین تجویز می شود.

علامه حیاتی ساعت 21:30 : $BT=38.8$ $RR=18$ $PR=135$ $BP=90/50$ $FHR=152$

ساعت 22 با حضور اتند کشیک سیرکلاژ برداشته می شود.

در ساعت 22:25 مادر توسط رزیدنت رادیولوژی سونوگرافی شده و IUFD گزارش می شود. در این گزارش اندکس مایع 2cm بود. در برگ ثبت پیشرفت زایمان FHR تا ساعت 22 در محدوده نرمال ثبت شده است. بعد از گزارش مرگ جنین ، دستور ختم بارداری با ایندکشن Low dose با نظر اتند کشیک و پریناتولوژیست مشاور داده می شود. اولین دوز آنتی بیوتیک ها ساعت 23 تزریق می شود. در ساعت 23:15 آمپول کلیندامایسین ، رزرو 10 واحد FFP و تزریق 2 واحد ایزوگروپ توسط فلوی کشیک به رژیم دارویی اضافه می شود. در ساعت 4 بامداد یک واحد FFP برای مادر تزریق می شود و ساعت 4:20 مادر زایمان می کند. حاصل نوزاد دختر با آپگار صفر/صفر بود. ساعت 4:30 جفت خود بخودی خارج می شود. طبق یادداشت عامل زایمان جفت و پرده های جنینی بدبو بودند ولی جنین ماسره نبود. بعد از خروج محصولات حاملگی ترشحات بدبو قطع می شود. برای مادر سرم سنتو شروع شده و 3 عدد میزوپروستول رکتال گذاشته می شود. بعد از زایمان رحم جمع بود و خونریزی در حد P.P بود. برای

مادر یک واحد دیگر FFP تزریق می شود. علامه حیاتی : $BP=125/75$ $PR=124$ $RR=19$ $BT=37.5$

آزمایشات : $WBC=10500$ $Hb=12.9$ $PLT=294,000$ $Urea=11$ $Cr=0.9$

$SGOT=16$ $SGPT=10$ $LDH=354$ $CRP=2+$

روز دوم بستری 00/8/21 : ساعت 7:15 صبح مادر توسط فلوی کشیک ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان حال عمومی مادر خوب بوده و در حال صرف صبحانه بود. در ساعت 11:30 به علت افت فشار خون تا $BP=80/60$ به رزیدنت سال 1 اطلاع داده و یک لیتر سرم رینگر و یک لیتر دکستروز انفوزیون می شود. 20 دقیقه بعد مجدداً با رزیدنت تماس می گیرند و عدم اصلاح فشار خون بیمار را اطلاع می دهند $BP=70/40$ بود. رزیدنت ساعت 12:15 بر بالین مادر حاضر می شود.

ویزیت ساعت 12:15 ظهر : مادر هوشیار و III می باشد. رحم مختصری شل بود که پس از ماساژ لخته خون خارج شد. طبق نت مامای بیمار (طبق برگ مراقبت در ساعت 12 و 13 دفع لخته وجود داشت). برای مادر مترژین، 5 عدد قرص میزوپروستول و 30 واحد سنتوسینون و ریدی تجویز می شود. 2 عدد رگ بزرگ برای مادر تعبیه شده و 5 لیتر سرم رینگر تزریق می شود. با نظر استاد کشیک 1 واحد پکدسل ایزوگروپ با کراس مچ صحرائی (به دلیل نبود خون کراس مچ شده) و 2 واحد FFP برای تزریق آماده می شود. در آزمایشات : $Hb=11.5-6.6$ $INR=2-1.6$ بود.

با توجه با اینکه در سونوگرافی بقایای حاملگی نداشت با 3 نفر از اساتید پریناتولوژی جهت انتقال مادر به اتاق عمل صحبت می شود. طبق نظر ایشان با توجه به نبود بقایا نیازی به کورتاژ نداشته و مادر به ICU منتقل شود. علامه حیاتی :

$BP=97/44$ $PR=149$ $BT=36.5$ $I/O=500cc$

طی مشاوره عفونی اکسیژن درمانی با ماسک - اخذ CXR رژیم آمپی سیلین ، جنتا مایسین و کلینداماسین قطع و مروپنم و وانکومايسين و مترونیدازول شروع می شود. CXR به علت Stable نبودن بیمار انجام نمی گیرد.

مادر ساعت 13:40 در حال دریافت اولین واحد پکد سل به بخش ICU منتقل می شود. برای مادر احتمال پارگی سرویکس و شوک سپتیک مطرح

است. علامه حیاتی ساعت 13:50 : $BP=86/52$ $HR=156$ $O2Sat=99$

بعد از انتقال به ICU یک واحد پکدسل کراس مچ شده تزریق می شود.

ساعت 14:20 $PH=6.97$ $PCO2=34$ $HCO3=7.5$ $BE=-24.2$

ساعت 17:30 یادداشت رزیدنت زنان: رحم جمع و فاقد خونریزی است. ریه ها در سمع Clear می باشد و مادر از تنگی نفس شاکی است. RR=45

O2Sat=98%

ساعت 18:10 به علت گزارش PLT=40,000 برای مادر 10 واحد پلاکت درخواست شده و تزریق می شود.

در ساعت 18:30 به علت دیسترس تنفسی مادر توسط پزشک کشیک ICU انتوبه شده به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. مادر تحت انفوزیون میدازولام، لووفد و فنتانیل و پروپوفول قرار می گیرد. با دستور پزشک ICU یک واحد پکدسل و 3 گرم فیبرینوژن تزریق می شود.

یادداشت ICU Man ساعت 20:30: مادر با شوک سپتیک و هیپو ولیمیک در بخش بستری می باشد. به دلیل اسیدوز شدید متابولیک در ABG بعد از تزریق 25 آمپول بی کربنات PH=7.3 HCO3=20 می باشد. دیورز برقرار است. فشارخون BP=87/55 با وجود دریافت لووفد می باشد.

سرویکس توسط اتند مقیم بررسی می شود که فاقد پارگی بود. به علت دیستانتسیون شکم زیر گاید سونوگرافی رحم بررسی می شود فاقد بقایا بود. در لگن و شکم مایع متوسط وجود داشت که Tap می شود. ترشحات سرریزی بود. ساعت 20 مادر توسط متخصص ICU ویزیت شده CVP Line تعبیه می شود.

اتند مسنول بیمار مجدداً با 3 نفر از اساتید پریناتولوژی در خصوص نیاز به هیستریکتومی مشاوره می کند. طبق نظرایشان با توجه به اینکه رحم جمع بوده و خمیری نیست و فاقد ترشحات عفونی می باشد متریت برای مادر مطرح نبوده و هیستریکتومی اندیکاسیون ندارد و پیشنهاد می شود تستهای لوپوسی درخواست گردد.

ABG ساعت 23:30 PH=7.15 PCO2=53 HCO3=17.8 BE=-11

روز سوم بستری 00/8/22 : مادر انتوبه و تحت انفوزیون لووفد، فنتانیل و پروپوفول می باشد. با تحریکات درد ناک اندامها را تکان می دهد.

. مادر دیورز دارد و آمپول لازیکس 10mg/BID و هیدروکلروتیازید 50mg/QID دریافت می کند. رحم جمع و فاقد خونریزی است.

علائم حیاتی : BP=87/60 PR=124 O2Sat=98-99% BT=39.1

ABG : PH=7.29 PCO2=40 HCO3=19.1 BE=-7.3

آزمایشات : WBC=30000 Neu= 90% Hb=8.2 PLT=66000 PT=14.8

ALT=47 AST=72 Alb=2.7 Urea=58 Cr=1.8 INR=1.4 PTT=42.5

P=5.8 K=4.6

با دستور ICU Man آمپول گلوکونات کلسیم، 7cc سولفات منیزوم 50% - آمپول کاسیوفاترین تجویز می شود.

ساعت 15:30 : فشارخون همچنان پایین است. دیورز برقرار می باشد. ترشحات NGT کاملاً صفرای و شکم تمپان می باشد. مشاوره حضوری با اساتید عفونی درخواست می شود. مشاور، تلفنی تشخیص کوریو آمینیت شدید را مطرح کرده و توصیه می کند ترشحات و اژینال از نظر WBC و گلوکز بررسی شود. پیگیری کشت ادرار و کشت خون، درخواست کشت ترشحات و اژینال انجام گیرد. وانکومایسن و مروپنم D.C و آمپول جنتامایسین 240mg/d - آمپول آمپی سولباکتام 3g/q6h - آمپول مترونیدازول 500mg/q6h شروع شود.

در ساعت 21:30 تب بیمار قطع شده و دیستانتسیون شکم کاهش یافته است. اندامهای تحتانی ادماتو نیست. نبض دیستالها ضعیف می باشد. علائم

حیاتی : BP=116/74 PR=108 BT=36.9 O2Sat=95%

روز چهارم بستری 00/8/23 :

ساعت 9:45 مادر توسط استاد گروه عفونی ویزیت می شود و دستورات تلفنی را مجدد تکرار می کند.

مادر ساعت 10:10 توسط ICU Man ویزیت شده پروپوفول قطع و میدازولام با دوز 1-2mg/h شروع می شود.

ساعت 11:35 دچار ارست قلبی تنفسی شده و عملیات احیا شروع می شود متاسفانه پاسخ نداده ساعت 12:10 فوت می کند.

مادر مجموعاً 3 واحد پکدسل و 7 واحد FFP و 10 واحد پلاکت دریافت کرده است.

آزمایشات : WBC=10500-38000-23100-30900 Neu=90% Hb=12.9-6.6-6.4-8.2-9.8-7.9

HCT=20-19.6-23.8-26.9-22.8 PLT=294000-40000-66000-83000-61000

Urea=11-36-58-69 Cr=0.9-1.6-1.8-2 P=5.8-5.5-6.3 K=4.7-3.4-3.9

SGPT=41-47-50 SGOT=64-72-90 LDH=487-579-685

PT=17.7-14.6 INR=2-1.4 PTT=49-35.5 Fib=179-- >484

Urine PRO=3+ PCR- HbA1C=5.3 U/C=Neg تستهای لوپوسی

درکشت خون **باسیل گرم منفی** گزارش می شود.

در اکوکاردیوگرافی LV EF=55-60% بود و مشکل خاصی گزارش نشده است.

در CXR به تاریخ 00/8/22 ساعت 3:16 بامداد **ادم حاد ریه** گزارش شده است.

در اتوپسی ادم شدید ریه وجود داشت. در رحم علایم متريت وجود نداشت.

نکات ویژه :

1- تجویز آنتی بیوتیک نامناسب و اصرار مادر به نگه داشتن جنین سبب بوجود آمدن چنین وضعیتی شده است.

کیس 12

خانم 22 ساله ، BMI=26.3 ، G1P0 ، بارداری خواسته ، پدر متوفی به علت کووید فوت کرده است .

مادر در تاریخ 00/5/2 با بارداری 36 هفته جهت مراقبت دوران بارداری به مطب متخصص زنان مراجعه و به علت علایم کووید (درد بدن ، سرفه و تنگی نفس) به متخصص ریه ارجاع داده می شود . مادر به متخصص ریه مراجعه کرده ، آزیترامایسین و اسپری دریافت می کند و توصیه می گردد در صورت عدم بهبودی و بدتر شدن مراجعه نماید .

مادر 5 روز بعد مورخ 00/5/7 به علت عدم بهبودی به بیمارستان خصوصی مراجعه می کند در آنجا توسط متخصص زنان ویزیت شده و به بیمارستان زنان اعزام می گردد .

مادر ساعت 10 صبح در بیمارستان زنان پذیرش و توسط متخصص زنان مقیم اورژانس ویزیت می شود. مادر از میالژی ، سرفه و تنگی نفس گهگاهی از حدود 9 روز قبل شاکی بود. علایم زایمانی نداشت .

علایم حیاتی: RR=23 BP=110/70 PR=111 O2Sat=93% بدون اکسیژن BT=38 بود.

مادر با دستورات : چک CBC,CRP ,LFT,CTNI,LDH,Ferretin,D.Dimer -چک PCR -آمپول دگزامتازون 6mg/IM/BID -آمپول هپارین 5000U/SC/BID -اسکن ریه -چارت تب و آمپول آپوتل- NST و سونوگرافی پروفیل بستری بخش کورونا می شود.

مادر ساعت 16:20 اسکن انجام می دهد.

جواب آزمایشات : WBC=13000 LYM=10% Hb=11.5 PLT=190,000 Urea=11 Cr=0.6

SGOT=15 SGPT=11 LDH=718 CRP=2+ PTT=39.5 PT=11.5 INR=1

ESR=60 CTNI=Neg

در اسکن ریه Patchy Consolidation در لوب بازال هردوریه و Crazy Paving در بقیه پارانشیم سازگار با کووید 19 گزارش می شود.

ساعت 17:45 پس از اطلاع جواب آزمایشات و اسکن به متخصص داخلی دستورات : آمپول رمدسیویر-آمپول دگزامتازون 8mg/BID -آمپول هپارین 5000U/TDS -دریافت اکسیژن با رزروبیگ و درخواست پره کلسی تونین به دستورات دارویی اضافه می شود.

ABG: PH=7.46 PCO2=27.9 HCO3=22

علایم حیاتی: BP=113/71 RR=29 PR=128 O2Sat=86% با ماسک رزروبیگ

علایم حیاتی ساعت 20 : BP=87/67 RR=28 PR=138 O2Sat=85% بدون اکسیژن و O2Sat=93% با ماسک رزروبیگ.

برای مادر مشاوره ریه درخواست کرده و با هماهنگی سرویس ریه مادر ساعت 22:40 به بیمارستان مرجع کورونا جهت ICU Care اعزام می شود.

با علایم حیاتی O2Sat=84% , PR=140 , RR=28 , BP=87/67 , GCS=15 , ساعت 23:15 در بخش ICU پذیرش می شود. در لحظه

تحويل بیمار PR=138 , BP=111/48 , RR=30 , BT=39.5 , O2sat=91% و GCS=15 داشته و اکسیژن با ماسک رزروبیگ دریافت

می کرد . برای مادر دستورات رمدسیور، دگزامتازون 4mg/BID ، فاموتیدین ، انوکسپارین 40mg/D و سفپییم و سونوگرافی وضعیت بارداری

گذاشته می شود. در سونوگرافی جنین زنده با ضربانات قلبی منظم (FHR=152) و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می شود.

نومین روز بستری 00/5/8: به دلیل همپتزی انوکسپارین Hold و هپارین زیرجلدی شروع می شود و به دلیل تاکی پنه بودن و عدم تحمل بیمار

، تحت NIV قرار می گیرد. ویزیت زنان انجام و توصیه می شود NST روزانه و سونوگرافی بررسی وضعیت جنین، هفته ای دو نوبت انجام شود. به

علت تاکی کاردی ، اکوکاردیوگرافی نیز انجام می شود که EF=50%-55% داشته است . ساعت 13:30 به دلیل وخامت حال مادر و احتمال

این توباسیون در 24 ساعت آینده با نظر مشترک سرویس ریه و زنان جهت حفظ سلامت جنین و کمک به ونتیلیسیون بهتر مادر، تصمیم به ختم

بارداری

با

گرفته می شود. مادر با دریافت 2gr سفازولین ساعت 15:15 با HR=127 , BP=127/78 و O2sat=73% RR=43 به اتاق عمل

منتقل می شود. بیمار در اتاق عمل اینتوبه شده و پس از ختم حاملگی ساعت 17:15 به صورت اینتوبه با BP=136/100, HR=127, O₂Sat= 82% به بخش منتقل و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل و تحت انفوزیون فنتانیل، میدازولام و آتروکوریوم قرار می گیرد. حاصل سزارین نوزاد دختر با آپگار 9/5 بود.

ساعت 18:30 بیمار تاکی کارد (PR=120) است و همچنان gasping دارد.

VBG : PH=7.11 PCO₂=71.8 HCO₃=23.2

مختصات ونتیلاتور تغییر و ABG دوساعت بعد و CXR پرتابل درخواست می شود. در CXR شواهد پنوموتوراکس وجود نداشت.

ABG : PH=7.01 PCO₂=117 HCO₃=28.5

وضعیت بیمار به فلو واتند ریه اطلاع داده شده و با توصیه ایشان دوز آتروکوریوم و میدازولام افزایش داده می شود. با افت بیشتر ساچوریشن تا 47% مشاوره بیهوشی جهت بررسی وضعیت لوله تراشه انجام می شود. لوله تراشه باز بود و در محل مناسب قرار داشت. به علت ادامه وضعیت مادر، فلوئی آنکال بر بالین بیمار حاضر شده، بیمار را از ونتیلاتور جدا و حدود 20 دقیقه با آمبویگ ونتیله می کنند با این کار ساچوراسیون تا 60% بالا می آید ولی با وصل مجدد به ونتیلاتور ساچوراسیون افت می کند. شرایط به اتند ریه اطلاع داده می شود.

اتند ریه بر بالین مادر حضور یافته و دستورات: تعویض دستگاه ونتیلاتور و تنظیم روی مد فشاری PC - پالس کورتون (250 میلی گرم) - آمپول وانکومایسین - مشاوره قلب اورژانس - ABG مجدد گذاشته می شود. با این اقدام ساچوریشن های بیمار تا 74% افزایش می یابد.

ABG ساعت 22:30 : PH=7.19 PCO₂=69 HCO₃=25.6

روز سوم بستری 00/5/9: مادر فول سدیت است. تب دار نیست. خونریزی واژینال ندارد. ترشحات NGT صفراوی است. O₂Sat=94% BP=105/61 PR=92 RR=30 در CXR ادم شدید ریه و Overload مایع دارد. برای مادر CVP Line از ورید جوگولار راست تعبیه و آمپول لازیکس 40mg/d گذاشته می شود.

ABG : PH=7.48 PCO₂=31.6 HCO₃=23.8 بود.

ویزیت روزانه زنان انجام شده. به علت افت BP=81/51 انفوزیون لنوفد شروع می شود.

روز چهارم بستری 00/5/10: به علت افت Hb (9 → 10.9 → 11.6 → Hb=12.4) و خونریزی واژینال مشاوره زنان درخواست می شود. مشاوره ذکر می کند فعلاً از نظر زنان مشکلی وجود ندارد و توصیه می شود Hb و Hct هر 8 ساعت چک و در صورت افت Hb و تشدید خونریزی، اطلاع داده شود.

روز پنجم بستری 00/5/11: انفوزیون لنوفد قطع می شود. ریت قلبی و فشارخون مادر نوسان دار است و در حین ویزیت رزیدنت داخلی مادر بصورت گذرا دچار برادیکاردی در حد PR=48-50 می شود. مادر 3 دوز پالس کورتون گرفته است (تاریخ 9/8 و 10/5). دوز پنجم رمدسیویر تزریق شده است.

در طی بستری با توجه به افت ساچوریشن، لوله تراشه بیمار توسط سرویس بیهوشی تعویض و به علت هیپر ترمی (BT=41) CV Line ورید ژوگولار راست خارج و از ورید فمورال راست تعبیه می شود. بیمار علیرغم دریافت کاسپوفونژین، لووفلوکساسین، تازوسین و لینزولید همچنان تب بالا داشت. به علت آژیتاسیون بیمار، مورفین وریدی و پروپوفول 5cc/h تجویز می شود. طی انجام مشاوره عفونی توصیه به کشت خون، کشت ترشحات لوله تراشه و کشت ادرار، انجام اکوکاردیوگرافی از نظر وژتاسیون، سونوگرافی کالرداپلر محل Cvine از نظر ترومبوز و سونوگرافی شکم و لگن جهت بررسی همتوم و کالکشن می گردد، در اکوکاردیوگرافی و ژتاسیون رویت نمی گردد. در سونوگرافی شکم و لگن انجام شده نیز مایع آزاد لگنی و در سونوگرافی داپلر کاتتر CV Line فمورال و ژگولار راست شواهدی به نفع همتوم در محل کارگذاری CV Line نداشت. درخواست سونوگرافی بررسی آبه و کالکشن توسط اساتید رادیولوژی جواب داده نمی شود.

U/C, B/C = Negative آسینتوباکتر حساس به آمیکاسین و جنتامایسین = کشت تراشه Procalcitonin = 0.2

روز هشتم بستری مورخ 00/5/14: با توجه به افت ساچورلسیون (O₂Sat=65%) با شک به PTE انوکسپارین درمانی شروع می گردد. به علت مردمکهای مید ساین علیرغم دریافت فنتانیل مشاوره نورولوژی انجام می شود و مشاور توصیه می کند سی تی مغز انجام گیرد. به علت افت هموگلوبین Hb=7.6 تزریق دو واحد پکدسل Order می شود، پکدسل اول همراه با آپوتل، هیدروکوتیزون و کلروفنیرامین تزریق می شود ولی به علت تب بالا (BT=40.5) تزریق پکدسل دوم Hold میگردد.

با توجه به دریافت آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف والگوی تب، تب دارویی برای مادر مطرح شده و آتروکوریوم و میدازولام قطع و سیس آتروکوریوم و پرسیدکس تجویز می شود. به علت تاکیکاردی با دستور رزیدنت سال 3 متورال 25mg/BID شروع می شود.

روز دوازدهم بستری مورخ 00/5/18: به علت ادامه تب طی مشاوره عفونی تازوسین و لینزولید قطع و مروپنم، وانکومايسين، کاسپوفونژین و کلیستین شروع می شود. در سمع ریه ها کاهش صدای واضح در هردوریه وجود دارد. گاهی افت ساچوراسیون تا حد 30% دارد.

ABG: PH=7.34 PCO2=57.5 HCO3=31.2

روز یازدهم بستری 00/5/21: دراکو کاردیوگرافی شواهد ترومبو آمبولی وجود نداشته و آمپول انوکسپارین قطع می شود. به علت افت هموگلوبین Hb=6.7 باشک به ICH مشاوره نورولوژی انجام می شود و مشاور توصیه می کند در صورت امکان سداتیوها کاهش داده شود تا بررسی کاملتر انجام گیرد و در صورت استیبل شدن بیمار سی تی مغز انجام گیرد.

روز شانزدهم بستری 00/5/22: مادر دچار افت پلاکت شده است PLT=83,000

در شیفت شب مادر ساعت 04:20 به طور ناگهانی دچار افت BP وافت ساچوریشن وریتم AF شده و عملیات احیا شروع و حین احیا دیگوسین، آتروپین و اپی نفرین تزریق می شود. نهایتاً بعد از 70 دقیقه احیای ناموفق ساعت 05:30 ختم CPR اعلام می شود.

آزمایشات: WBC=13,000—18,000-- 26,000 LYM=10%

Hb=11.5—12.4—8.8—7.6 PLT=190,000—418,000—91,000—83,000

Cr=0.6—1.27 Urea=11—53—62

SGPT=13 SGOT=20 LDH=491--1262 K=2.9 Na=149 CPK=644 ESR=100

نکات ویژه:

1. فوت پدر بیمار به علت کووید 19 (بدون بیماری زمینه ای) یک ریسک فاکتور برای مادر محسوب می شود.
2. در بیمارانی که دچار سپسیس می شوند بهتر است از پروپوفول استفاده نشود.
3. در این بیماران تزریق خون شسته و کم لوکوسیت در ارجحیت می باشد.

کیس 13

خانم 34 ساله، ساکن شهر، خانه دار، لیسانس، BMI=31.6، G₃P₂، کیس شناخته شده مولتیپل اسکلوزیس از سال 94 که در سالهای اخیر درمان خاصی نمی گرفته است. آخرین زایمان 4 سال قبل بوده و حاملگی خواسته می باشد.

مادر مورخ 00/5/19 (هفته 9 بارداری) با شکایت تنگی نفس وضعف و بی حالی به بیمارستان A مراجعه می کند. مادر از 10 روز قبل بی اشتها و وضعف و بی حالی را ذکر می کرد. همسر ایشان نیز علائم مشابه داشته است. در اورژانس O₂Sat=94% بود. برای مادر آزمایشات PCR, CBC, LFT, CRP, CTNI, LDH تستهای انعقادی، الکترولیت و تستهای کلیوی و سونوگرافی وضعیت حاملگی و اسکن ریه درخواست می شود. مادر اجازه انجام اسکن را نمی دهد. بعد از آماده شدن جواب آزمایشات برای مادر دستور بستری نوشته می شود ولی مادر حاضر به بستری نشده و با رضایت شخصی مرخص می شود.

آزمایشات: WBC=3000 Hb=12.2 LYM=456 ALT=128 PLT=112,000 AST=126

LDH=605 CRP=129 CTNI=Neg Na=133 K=3.6

در سونوگرافی جنین زنده با سن بارداری 9 هفته و 2 روز گزارش می شود.

بعد از مراجعه به منزل به مطب پزشک مراجعه می کند و ایشان مادر را جهت بستری به بیمارستان B معرفی می کند. مادر شب به اورژانس بیمارستان B مراجعه و با سطح 2 تریاژ وارد اورژانس می شود. موقع مراجعه (ساعت 00:44 بامداد 00/5/20) مادر هوشیار بود از تنگی نفس وضعف و بی حالی شاکی بود.

علائم حیاتی ثبت شده: BP=111/70 PR=133 O₂Sat=91% BT=37 RR=18 در هوای آزاد

مادر ساعت 1:20 توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده و دستورات تعبیه لاین وریدی و سرم نرمال سالین و تماس با متخصص ICU جهت بستری گذاشته می شود. ساعت 3:30 بامداد مادر در بخش ICU بستری می شود.

موقع تحویل به بخش علائم حیاتی مادر BP=117/77 PR=120 RR=30 O₂Sat=94%

برای مادر دستورات اکسیژن با ماسک، سرم نرمال سالین- آمپول انوکسپارین 40 میلی گرم روزانه - آمپول پنتوپرازول و دکزامتازون 8mg/d - شربت برم هگزین و ویتامین C, D Order می شود. ساعت 11:30 توسط ICU مانیتورینگ و اکسیژن با کانول بینی 3l/min تجویز می شود.

VBG: PH=7.47 PCO2=36.4 PO2=31.1 HCO3=26.3

O2Sat=96% HR=81

روز دوم بستری 00/5/21: مادر هوشیار است. علائم حیاتی ثبت شده: BP=94/58

HCO3=24.9

PO2=33.4

PCO2=39.5

PH=7.41 : VBG

روز سوم بستری 00/5/22: مادر هوشیار است. مادر افت ساچوراسیون دارد. اجازه اسکن ریه نمی دهد. علائم حیاتی ثبت شده: BP=109/71

O2Sat=85% با کانول بینی

HR=104

برای مادر پالس کورتون 500mg/d شروع می شود.

در شیفت شبکاری مادر دچار تاکی پنه شده و توسط متخصص داخلی ویزیت می شود. یادداشت متخصص داخلی (ساعت 21:15): مادر هوشیار واریانته است. دیسترس تنفسی واضح ندارد مقداری تاکی پنه دارد و فعلاً نیازی به انتوباسیون نیست. برای مادر اکسیژن با ماسک رزروپک و

O2Sat=87%

HR=105

BP=112/78

علائم حیاتی: O2Sat=87% HR=105 BP=112/78

HCO3=27.0

PO2=29.3

PCO2=36.1

PH=7.48 : VBG.

روز چهارم بستری 00/5/23: ساعت 6:30 مادر توسط متخصص داخلی ویزیت می شود. علائم حیاتی: BP=120/70 HR=112

O2Sat=84% . ایشان توصیه می کند در صورت تشدید دیسترس یا افت ساچوراسیون از ماسک NIV استفاده شود. در ساعت 10

مادر توسط ICUman ویزیت شده و به علت دیسترس واضح و تاکی پنه تصمیم به انتوباسیون گرفته می شود و مادر ساعت 11 انتوبه می گردد. یافته های بالینی: ویزینگ منتشر بازدمی و کراکل در قاعده هردوریه -

O2Sat=50%

HR=118

BP=111/72

قبل از انتوباسیون

O2Sat=80%

HR=150

BP=148/110

بعد از انتوباسیون

در دستورات آزیترومايسين وسفتریاکسون قطع و مروپنم ، وانکومايسين وسپیروفلوکساسین ورمدسیویر واسپری سالبوتامول شروع و دوز انوکسپارین به 60mg/BID افزایش می یابد .

در ساعت 15:30 به علت افت ساچوراسیون و ترشحات کف آلود از لوله تراشه با تشخیص ادم ریه ، سرم hold شده و چند دوز لازیکس وریدی تجویز می شود. به علت افت فشارخون لنوفد شروع و CVP Line از وریدفمورال راست تعبیه می شود. دیورز برقرار بود. برای مادر CXR پرتابل درخواست می شود. مادر ساعت 19:45 دچار ارست قلبی شده و CPR می شود. پس از 15 دقیقه ریتم قلب سینوسی می شود. و مجدد ساعت 21:50 برادیکارد شده و آسیستول می شود. نهایتاً مادر ساعت 23:05 فوت می کند.

PLT=125,000—240,000—271,000

WBC=2700—5000—11000—13200 : آزمایشات

PCR=+

Urea=15 Cr=0.5

CTNI=Neg

SGPT=108—73

SGOT=116—46

در CXR کدورت شدید و منتشر آلوده سراسر هردوریه و ARDS شدید گزارش شده است.

نکات ویژه :

1. سیر بیماری خیلی فولمینانت بوده است.
2. مادر بررسی قلبی نشده است و شاید یک عارضه قلبی (میوکاردیت) برای مادر مطرح باشد.
3. مشکل عمده ای در پروسه درمان مادر وجود ندارد.
4. طبق پروتکل جدید برای اسکن ریه در هر سن بارداری اجباری برای اخذ رضایت از مادر و پدر جنین وجود ندارد .

کیس 14

خاتم 21 ساله ، ساکن شهر ، بدون سابقه بیماری خاص ، چاق با BMI=34 ، G1P0 ، بارداری 25 هفته و خواسته مراقبت دوران بارداری در مرکز جامع سلامت (2 بار) و متخصص زنان در بیمارستان انجام گرفته است. در تاریخ 00/7/13 واکسن آنفلوآنزا دریافت نموده است. طبق اظهار خانواده به دنبال تزریق واکسن آنفلوآنزا مادر دچار سردرد و تب شده و به پزشک مراجعه می کند . پزشک با تشخیص سرما خوردگی دارو تجویز می کند (00/7/18). یک هفته بعد مورخ 00/7/28 مادر بعلت سردرد شدید ، تنگی نفس و سرفه به بیمارستان زنان مراجعه می کند. موقع پذیرش ساعت 00:13 بامداد مادر هوشیار و تب دار بود . از سرفه و تنگی نفس شاکی بود. علائم حیاتی BP=110/50

O2Sat=93% بود. سن بارداری 25 هفته و علائم زایماتی نداشت. برای مادر

PR=131

RR=22

BT=38.7

آزمایشات درخواست شده و مادر با احتمال کووید 19 با مشاوره متخصص ICU بستری HDU نوشته می شود. در سونوگرافی جنین مشکلی نداشت. مادر حاضر به بستری نشده و با مشاوره پزشک قانونی و رضایت شخصی ساعت 4:00 بامداد مرکز را ترک می کند. آزمایشات : CRP=3+

SGPT=18

SGOT=40

PLT=126,000

Hb=12.5

LYM=16%

WBC=8100

LDH=573 سه روز بعد مورخ 00/7/30 به بیمارستان نزد پزشک متخصص زنان مراجعه می کند و ایشان مادر را به بیمارستان

ریفرال ارجاع می دهد و مادر ساعت 10:40 با شکایت سرفه و تنگی نفس به اورژانس بیمارستان مذکور مراجعه می کند. موقع مراجعه مادر دیسترس

تنفسی نداشت و آرام بود. از سرفه های خلط دار شاکی بود. علایم حیاتی: PR=140 BP=110/60 BT=37.1 RR=19

O2Sat=75% بود. مادر توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده و برای مادر با شک به کووید 19 دستورات: تعبیه لاین وریدی -

سرم تراپی - آمپول سفتریاکسون STAT - آپوتل - آمپول اندانسترون - شربت دیفن هیدرامین - اکسیژن تراپی 5-8L/m و درخواست آزمایشات CBC, LFT, BUN, Cr, ESR و بستری در بخش کورونا Order می شود. مادر بعد از انتقال به بخش توسط سرویس زنان ویزیت شده با فوکل پوینت عفونی مشاوره تلفنی می شود و ایشان ذکر می کند مادر نیاز به Care ICU داشته و به بیمارستان امام رضا منتقل شود.

آزمایشات طالقانی: Urea=18 Cr=0.7 CRP=3+ PLT=197,000 Hb=12.1 LYM=14% WBC=8900

ESR=31 ALP=144 ALT=30 AST=105

مادر ساعت 13:30 به مرکز جنرال اعزام می شود و ساعت 14:35 هوشیار و بیدار و با O2sat=81% با اکسیژن، وارد اورژانس می شود. پس از ویزیت اولیه و چک آزمایشات، سونوگرافی از نظر سلامت جنین با دستور اتند طب اورژانس ساعت 16:30 به ICU منتقل می شود.

علایم حیاتی موقع پذیرش در ICU: BP=116/67 RR=45 PR=140 O2Sat=75% با ماسک رزروپگ

دستورات بخش: اکسیژن از طریق ماسک رزروپگ و NIV به صورت متناوب، CT ریه با شیلدشکمی پس از اخذ رضایت، ارسال اورژانسی PCR، CXR، انوکسپارین، بتالینترفرون، رمدسیور، دکزامتازون، برم هگزین، تعبیه کاتتر دیالیز و شروع هموپیروژن قرار می گیرد.

روز دوم بستری (00/8/1): به علت رویت پنومومدیاستن در سی تی ریه، مشاور جراحی اورژانس از نظر تعبیه چست تیوب درخواست می شود. ابتدا

رزیدنت جراحی از انجام آن به بهانه عدم رویت پنومومدیاستن واضح سرباز می زند ولی در مشاوره مجدد ساعت 12:40 پس از هماهنگی تلفنی

با اتند توراکس (درخواست تعبیه C.T از جنبه پروفیلاکسی)، چست تیوب دو طرفه تعبیه می گردد و همزمان کاتتر دیالیزی از ژگولار راست توسط

ایشان تعبیه و CXR پرتابل درخواست می گردد. به علت تاکی کاردی، مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی در خواست می شود. در اکو EF=55-60%

بود و غیر از تاکی کاردی سینیوسی مشکل دیگری نداشت. CTNI=0.3 CPK=2297 بود.

ساعت 16:00 به علت تاکی پنه و دیسترس تنفسی با نظر اتند آنکال بیمار توسط فلوئ ریه اینتوبه می گردد و تحت انفوزیون فنتانیل، میدازولام و

سیس آتراکوریوم قرار می گیرد. سونوگرافی مجدد نیز از نظر وضعیت بارداری و سلامت جنین اورژانسی درخواست و انجام می شود که جنین زنده

با ضربانات قلبی منظم (FHR=157) گزارش می شود. مشاوره زنان از نظر ختم ویا ادامه بارداری درخواست می شود. طبق نظر اتند زنان،

مادر اندیکاسیون ختم بارداری نداشته و ویزیت روزانه زنان انجام می شود. به علت خروج ترشحات کف آلود از لوله تراشه با شک به ادم ریه

لازمیکس تجویز می شود.

VBG: HCO3=29.2 PO2=13 PCO2=61 PH=7.3

شب به علت تدار شدن مادر UA - U/C و B/C درخواست شده و مروپنم و واکومایسین شروع می شود. جواب کشتها منفی بوده است. مادر

یک نوبت به مدت 4 ساعت هموپیروژن می شود.

روز سوم بستری (00/8/2): مادر همچنان تاکی کاردی و تاکی پنه دارد. علایم حیاتی: BP=108/60 PR=131 RR=38

O2Sat=73%

مادر برای باردوم به مدت 6 ساعت تحت همو پیروژن قرار می گیرد.

ABG: HCO3=24 PO2=50 PCO2=48.9 PH=7.3

روز چهارم بستری (00/8/3): مادر تب دار شده است BT=38.4 و تاکی کارد می باشد PR=130. با نظر متخصص زنان و اتند ریه اندیکاسیون

ختم بارداری از نظر مادری و جنینی داده می شود. نوبت سوم هموپیروژن از ساعت 13:15 شروع می شود ولی 15 دقیقه بعد ادامه هموپیروژن

به علت انتقال بیمار به اتاق عمل Hold می گردد و مادر ساعت 13:45 جهت انجام سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی قبل از عمل

: HR=135 O2Sat=55% BT=38.8 BP=100/69

عمل ساعت 14 شروع شده و حاصل زایمان نوزاد پسرزنده به ظاهر سالم با آپگار صفر/چهار خارج می گردد. مادر ساعت 16

با ساچوراسیون O2Sat=87% PR=120 به بخش منتقل می گردد. ادامه هموپیروژن ساعت 22:10 شروع می شود. ساعت 3 به علت

افت ساچوریشن تا 50% و سیانوزه شدن بیمار، هموپیروژن ختم داده می شود. به رزیدنت و فلوئ ریه اطلاع داده می شود. فلو دستور می دهد به

رزیدنت بی هوشی جهت تعویض لوله تراشه اطلاع داده شود و مادر با آمیوبگ و نتیله می شود. رزیدنت بیهوشی از حضور بر بالین بیمار بدون

ارسال مشاوره امتناع می کند. سوپروایزر با رزیدنت بیهوشی صحبت می کند. چند دقیقه بعد مادر دچار آمفیژم ناحیه صورت و تشدید آمفیژم سینه

می شود. سریعاً کد احیا اعلام می شود. لوله تراشه بیمار توسط کد احیا تعویض می گردد. 10 دقیقه بعد از اعلام کد رزیدنت بیهوشی بر بالین

بیمار حاضر می شوند. مشاوره جراحی نیز از نظر تغییر محل چست تیوب داده می شود رزیدنت جراحی سریعاً "بر بالین بیمار حضور یافته و CXR پرتابل درخواست می شود. به علت خونریزی وافت هموگلوبین تا 8/8 مشاوره زنان نیز ارسال می گردد. پس از انجام CXR پرتابل و رویت جابجایی چست تیوب سمت چپ توسط رزیدنت جراحی تعویض می شود. اما حین تعبیه چست تیوب بیمار برادیکارد شده و ارست قلبی می کند. عملیات احیا بلافاصله شروع و به مدت 45 دقیقه ادامه می یابد که موفقیت آمیز نبوده و بیمار ساعت 4:45 فوت می نماید. (قبل از انجام مشاوره زنان بیمار فوت می نماید).

آزمایشات :

LDH=739--1588 CRP=89 Urea=18 Cr=0.7 ALT=30 AST=105
PCR=Positive

گزارش اسکن ریه (00/7/30): کدورت های گراند گلاس Patchy محیطی در هردوریه دیده می شود. کانونهای پنومومدیاستن در مدیاستن فوقانی رویت می شود.

CXR مورخ 00/8/1 : کدورت در پارانشیم ریه ها خصوصاً نواحی میانی و تحتانی آنها همراه با پنوموتوراکس داخلی در نیم سینه راست و پنومو مدیاستن ظریف سمت چپ رویت می شود.

CXR مورخ 00/8/4: همی دیافراگم راست بالاتر از محل طبیعی بوده و پنومو پریتون واضح در شکم دیده می شود که نسبت به گرافیهای قبلی یافته جدید است. کدورت در هردوریه دیده می شود که نسبت به گرافیهای قبلی بطور قابل توجهی بر شدت آن افزوده شده است. اندازه قلب بزرگ است. حدود همی دیافراگم چپ محو شده است و به نظر می رسد انتهای NGT از فوندوس معده به GEJ برگشته است و تصویر مطرح کننده پنومومدیاستن قابل رویت است. انتهای CVP Line در محل مناسب دیده می شود. 2 عدد چست تیوب در همی توراکس دوطرف و آمفیژم نسج نرمی شدید در انساج نرم هردو همی توراکس مشهود است.

نکات ویژه :

1. مادر درگیری شدید ریوی داشته و علیرغم تمام اقدامات انجام شده بهبودی حاصل نشده است.

2. مادر از اورژانس با رضایت شخصی مرخص شده است!

کیس 15

خاتم 21 ساله ، دیپلم ، خانه دار ، G4P1Ab2، دارای یک فرزند 1.5 ساله ، باردار 18 هفته و بارداری خواسته مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و بخش خصوصی انجام گرفته است . یکبار در مرکز جامع سلامت توسط ماما مراقبت شده است . بعلت استفراغ و سردرد به متخصص ارجاع داده شده است (00/8/11).

مادر با شروع بارداری تهوع و استفراغ شدید داشته و به چند پزشک در شهرستانهای مختلف مراجعه کرده و باتشخیص و بارداری درمان گرفته بود . در همراه نیز بعلت استفراغ و درد شکم به کلینیک مراجعه نموده اند و با تشخیص آپاندیسیت در بیمارستان جراحی شده است . بعد از جراحی حالش بهتر نشده به **متخصص چشم بعلت سردرد** مراجعه می نماید و برایش دارو و عینک تجویز می گردد . به علت ادامه مشکل به متخصص زنان مراجعه می کند و ایشان سرم و آمپول تجویز می کند . بعلت **عدم نتیجه گیری از درمان** ، به متخصص زنان در مرکز استان مراجعه می نماید و ایشان مادر را با احتمال HELLP در تاریخ 00/8/27 در بیمارستان زنان بستری میکند. به علت سردرد ، تهوع و تاری دید برای مادر مشاوره نرولوژی تلفنی انجام می شود و مشاور توصیه می کند برای مادر MRI و MRV درخواست شود.

با توجه به گزارش **توده در بطن 4** با اندازه mm26*33*39 ، دیلاتاسیون و نتریکول چهارم و هیدروسفالی با احتمال مننژیوما (آپاندیما) مادر ساعت 13:30 با علایم حیاتی : BT=37 PR=76 BP=100/60 RR=17 O2Sat=97% GCS=14 و مردمکهای

دوبل میدریاز مورخ 00/8/28 به همراه اینترن و همراه درمانی و با هماهنگی سرویس نرولوژی به بیمارستان جنرال منتقل می شود. در اورژانس مادر توسط سرویس نرولوژی ویزیت شده و ساعت 16:30 مادر با همراهی رزیدنت نرولوژی به سرویس نروسرجری با برانکارد منتقل می شود . طبق یادداشت پرستار کشیک . شوهر بیمار آژیه بود و رضایت به بستری و عمل نمی داد حتی با کلیشه های بیمار بخش را ترک کرد. بعد از تماسهای مکرر و پیگیری های رزیدنت کشیک بلاخره ساعت 18 برای بیمار پرونده تشکیل می شود. بعد از اخذ رضایت و تهیه شنت توسط همسر مادر بلافاصله جهت تعبیه شنت به اتاق عمل منتقل می شود. در زمان انتظار برای حضور همسر برای مادر مشاوره زنان و عفونی از نظر اجازه عمل و بررسی از نظر کووید 19 انجام می شود. یادداشت مشاور زنان : با توجه به اورژانسی بودن عمل جراحی مغز ، عمل بلامانع است و رضایت مرگ جنین از مادر و پدر اخذ شود. شیاف پروژسترون روزانه یک عدد 400 میلی رکتال تا یک هفته و آمپول پرولوتون 500mg عضلانی هفته ای یک عدد تجویز شود. سونوگرافی وضعیت جنین بعد از عمل انجام گیرد .

عمل ساعت 20:30 با بی هوشی عمومی شروع شده و بعد از تعبیه EVD مادر ساعت 22:30 هوشیار و با علائم حیاتی BP=116/83

PR=108 O2Sat=100 به بخش ICU مغز تحویل داده می شود.

ویزیت ساعت 6:30 مورخ 99/8/29: مادر ویزیت شد علائم حیاتی: BP=93/65 PR=87 RR=12 BT=36.5

شنت کارکرد مناسب دارد. مادر در لیست عمل مورخ 99/9/2 قرار می گیرد. در سونوگرافی وضعیت جنین و میزان مایع نرمال است. مشاوره زنان جهت ختم بارداری برای شروع درمان تومور انجام می گیرد. مشاور معتقد است مجوز باید از پزشکی قانونی اخذ شود و رضایت پدر و همسر بیمار اخذ شود. همراهان مادر علیرغم توضیحات تیم درمانی با اخذ پذیرش از یکی از بیمارستان های تهران مورخ 00/8/30 با رضایت شخصی، بیمار را مرخص و با آمبولانس خصوصی و همراه درمانی مادر را به آن بیمارستان منتقل می کنند. مادر در 00/9/01 مورد جراحی قرار می گیرد ولی متأسفانه بعد از عمل به هوش نمی آید و در مورخ 00/09/02 در بیمارستان فوت می نماید. به علت بارداری بودن برای مادر اسکن ریه درخواست نشده و PCR منفی بود.

نکات ویژه :

1- مادر علیرغم مراجعات متعدد به متخصصین مختلف ، علت مشکل اصلی بیمار بررسی نشده و مادر درمان علامتی شده است.

کیس 16

خانم 34 ساله ، دبلم و خانه دار ، (وزن 100 کیلو و قد 170) BMI=35.7، G₃P₂ ، سابقه 2 بار سزارین (10 و 5 سال قبل) و سابقه کوله سیستکتومی و حاملگی خواسته بوده است.

مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام شده است (13 بار مراجعه در درمانگاه ثبت شده است). در تاریخ 00/1/6 توسط پزشک عمومی در بیمارستان برای مادر نسخه سرم ، آمپول کتورولاک ، آپوتل و آزیترومايسين ویتامین C تجویز شده بود .

مادر در تاریخ 00/2/9 (هفته 38 بارداری) جهت مراقبت به درمانگاه زنان مراجعه و به علت سابقه 2 بار سزارین سونوگرافی داپلر درخواست و دستور بستری توسط متخصص زنان جهت عمل سزارین برای روز 00/2/11 داده می شود (در سونوداپلر مشکلی نداشت) . روز بعد مورخه 00/2/10 مادر ساعت 10:50 با شکایت کاهش حرکات جنین به بخش مامایی مراجعه می نماید . طبق برگ تریاژ T=36.7 FHR=165 O2Sat=98% BP=120/80 PR=78 و سطح تریاژ 2 بود . به پزشک مقیم زنان اطلاع داده شده ، NST انجام و مادر جهت سونوگرافی پروفیل فرستاده می شود. ساعت 11:15 با پروفیل 4 از 8 و FHR=185 جهت سزارین پذیرش شده و آزمایشات درخواستی ارسال می شود.

مادر ساعت 11:25 با علائم حیاتی BP=12/80 PR=78 RR=17 به اتاق عمل تحویل داده می شود.

بعد از سونداژ و تزریق سفازولین عمل ساعت 12:10 با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل نوزاد پسر مکنونیومی با آپگار 9/10 با وزن 4150 گرم بود. عمل بدون مشکل خاصی در ساعت 13:10 تمام شده و مادر 13:30 به ریکاوری منتقل و ساعت 14:10 با علائم حیاتی BP=120/80 PR=80 RR=20 با دستورات : آمپول سفازولین ، جنتامایسین ، پرومتازین و شیاف دیکلوفناک به بخش زایمان منتقل و نوزاد به علت دیسترس تنفسی بستری بخش NICU می شود.

علائم حیاتی ثبت شده در 6 ساعت اول مراقبت بعد از زایمان : BP=110-135/80 PR=80-88 RR=17

ساعت 22 طبق دستور پزشک مادر از تخت پایین آمده و ضمن راه رفتن در بخش به بخش نوزادان جهت ملاقات نوزاد سر میزند و همان ساعت توسط متخصص زنان ویزیت شده طبق برگ سیر بیماری حال عمومی خوب و علائم حیاتی Stable و رحم جمع بود.

روز بعد مورخه 00/2/11 ساعت 9 توسط متخصص زنان ویزیت شده طبق برگ سیر بیماری حال عمومی خوب ، علائم حیاتی Stable و کارکرد شکمی دارد و دستور ترخیص بعد از تزریق آنتی بیوتیک 12 داده می شود . در طول بستری مادر در بخش زایمان شکایتی از طرف بیمار در گزارش پرستاری و سیر بیماری در پرونده ثبت نشده است .

علائم حیاتی ساعت 11 (قبل از ترخیص): BP=110/70 HR=76 BP=16 BT=36.5

آزمایشات : WBC=18,330---15420 Hb=11.8--10 Hct=35.3---29.3 PLT=271,000

Urea=17 Cr=0.8 HBs Ag=Neg HIV=Neg U/A=N FBS=97

مادر بعد از ترخیص روزی 2 بار برای شیردهی به بیمارستان مراجعه می کرد. در مورخه 00/2/12 مادر با شکایت سردرد به درمانگاه عمومی مراجعه می کند که با توجه به دستورالعمل (الزام ویزیت مادران باردار تا 42 روز پس از زایمان توسط متخصص زنان) بلافاصله به درمانگاه زنان ارجاع داده شده و مادر توسط متخصص زنان ویزیت می شود. طبق بیان پزشک متخصص زنان با توجه به شکایت مادر از سردرد و بی خوابی، با شک به عوارض بی حسی نخاعی سرم نرمال سالین، آمپول کتورولاک، آمپول آپوتل و متوکلوپرامید برای بیمار نسخه می شود. نوزاد 00/2/15 از بیمارستان مرخص می شود.

طبق اظهار همسر، "مادر 2 روز بعد از ترخیص دچار تنگی نفس و تعریق مخصوصاً موقع دراز کش می شود که حالت پیشرونده داشته و همراه با درد سینه بوده است". در تاریخ 00/2/18 جهت ویزیت پس از سزارین و برداشتن بخیه ها به مطب پزشک معالج مراجعه می کند. در برگ مراقبت پزشک حال عمومی خوب و علایم حیاتی BP=120/75 PR=87 ثبت شده است.

مادر روز بعد با شکایت درد سینه و سردرد مورخ 00/2/19 ساعت 18:35 به درمانگاه شهید بهشتی مراجعه کرده و توسط پزشک عمومی ویزیت می شود. طبق اظهار پزشک مادر از سردرد شاکی بود که با استامینوفن 325 خوب نشده بود. ساچوراسیون مادر نرمال بود. BP=90/60
و تب و تاکیکاردی و علایم گوارشی و خونریزی نداشت. برای مادر نیم لیتر نرمال سالین، آمپول ب کمپلکس و کتورولاک، شیاف دیکلوفناک سدیم، قرص استامینوفن 500 و قرص ایندرا 10 میلی گرم (نصف قرص شبها) تجویز می شود. بعد از انجام تزریقات مادر مرخص شده و توصیه می شود در صورت عدم بهبودی به متخصص زنان مراجعه کند. به علت عدم بهبودی، مادر روز بعد مورخ 00/2/20 ساعت 9:53 بیمار با همسرش به درمانگاه قلب بیمارستان محلاتی مراجعه نموده در ساعت 10:10 ویزیت و واکوی قلبی توسط متخصص قلب انجام می شود. در اکو بزرگی قلب چپ (دهلیز و بطن) با EF=25% و نارسائی شدید میترال و پولمونری هایلر تنش وجود داشت و طبق یادداشت متخصص قلب در سمع ریه رال فاین و کورس در تمام فاز تنفسی وجود داشت. بیمار از تنگی نفس شدید از شب گذشته شاکی بود و در حالت درازکش تشدید می شد. ایشان با تشخیص احتمالی کاردیومیوپاتی پری پارتوم با بیمارستان شهید مدنی هماهنگ شده و مادر جهت انجام مقدمات اعزام با ویلچر به اورژانس فرستاده می شود.
در ECG تاکیکاردی سینوسی داشت.

مادر موقع ورود به اورژانس (ساعت 10:25) هوشیار بود. از تنگی نفس شدید شاکی بود. بی قرار بود و تعریق سرد داشت.
علایم حیاتی ساعت 10:25: BP=174/115 PR=122 RR=20 O2Sat=62% بدون اکسیژن و 88% با اکسیژن بود.
برای مادر دستورات: تعبیه لاین وریدی-نوار قلبی-سرم نرمال سالین KVO-آمپول لازیکس 40 mg (2 دوز)-مانیتورینگ قلب و ریه-درخواست CBC, CTNI, -سونداژ مثانه-اکسیژن تراپی با 3-6 لیتر-اعزام به بیمارستان شهید مدنی-وترالی احیا Stand by توسط پزشک اورژانس گذاشته می شود. مادر ساعت 10:50 به علت بد حال شدن به اتاق CPR منتقل شده و مشاوره زنان درخواست می شود. علایم حیاتی ثبت شده در ساعت 10:50: BP=150/82 PR=120 RR=10 O2Sat=78% در حین ویزیت متخصص زنان ساعت 10:55 دچار خستگی تنفسی، افت ساچوراسیون و افت سطح هوشیاری شده و کد احیا زده می شود. متخصص طب اورژانس اقدام به انتوباسیون مادر می کند و بعد از 3 بار تلاش موفق به انجام آن می شود. طبق یادداشت متخصص طب اورژانس مادر ترشحات غلیظ فراوان، صورتی و کف آلود از ریه ها داشت (حدود 1.5 لیتر) که مرتب ساکشن می شد. در ساعت 11:40 از متخصص قلب مشاوره درخواست می شود. ایشان ساعت 11:45 بر بالین مادر حاضر می شود. طبق یادداشت متخصص قلب موقع حضور ایشان اندامها سرد و قلب آسیستول بود. عملیات احیا تا ساعت 12 ادامه می یابد ولی متأسفانه پاسخ نمی دهد و فوت می کند. در حین انتوباسیون و احیا پروپوفول 100 میلی گرم-آمیودارون و میدازولام 2-5 میلی گرم تزریق شده بود.

آزمایشات اورژانس: WBC=16210 LYM=22.5% Hb=12.5 PLT=596,100 PT=12.5
BS=132 INR=1 PTT=28 CTNI=Neg K=4.3 Cr=1

نکات ویژه:

1. مادر شرایط مناسبی برای بارداری نداشته است (BMI=35.7).
2. سیر بیماری در مورد این بیمار خیلی سریع بوده و حجم داده شده توسط پزشکان متعدد به موضوع کمک کرده است.
3. مادر بعد از زایمان مراجعات متعدد داشته و کسی به فکر مشکل قلبی مادر نبوده است.
4. متخصص قلب می بایست از درمانگاه مادر را تا اورژانس همراهی کرده و راساً در تثبیت وضعیت بیمار تلاش می کرد.
5. بیماران با ادم ریه ساچوراسیون پایین را تحمل نمی کنند و پزشک مسئول می بایست بجای تمرکز برای اعزام بیمار سریعاً برای درمان ادم ریه اقدام می کرد.

خانم 19 ساله، ساکن حومه شهر، خانه دار، باسواد دبیرستان ، G_1P_0 ، $BMI=33.3$ ، بدون بیماری خاصی و حاملگی خواسته بوده است.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام شده است و یکبار هم مورخ 00/1/15 در مجتمع سلامت مراقبت شده است.

اظهارات خانواده "مادر در تاریخ 00/2/08 جهت مراقبت به مطب متخصص زنان مراجعه می نماید و بعلت شلوغی مطب چند ساعت انتظار می کشد. بعد از آن سرفه شروع شده و چندین بار به کلینیک خصوصی مراجعه می نماید که گفته می شود مشکلی نداری. بعد از چند روز مادر به متخصص زنان مراجعه می نماید و توسط ایشان به متخصص ریه ارجاع داده می شود. متخصص ریه اسکن درخواست می نماید ولی خانواده بعلت حاملگی اسکن نمی روند. مادر بعد از دو روز بدحال شده (تب و سرفه) به بیمارستان الف مراجعه و از آنجا به بیمارستان ب ارجاع داده می شود."

مادر مورخ 00/2/21 (هفته 36+5d بارداری) به علت تنگی نفس و آزمایش $PCR+$ به بیمارستان الف مراجعه می کند. بعد از ویزیت توسط پزشک در اورژانس به دلیل نبود تخت خالی کورونا با آمبولاتس خصوصی به بیمارستان ب ارجاع داده می شود. براساس گزارش رابط مادران پرخطر $O_2Sat=66\%$ بود. مادر ساعت 12:43 به مرکز آموزشی درمانی ا مراجعه می کند. موقع مراجعه مادر تاکی پنه و تنگی نفس داشت. دردهای عضلانی، تب و لرز و تنگی نفس را از حدود 10 روز قبل ذکر می کرد که سیر پیشرونده داشته است. علایم گوارشی و سردرد نداشت و سرفه خشک در اواخر به تابلوی بیماری اضافه شده بود. علایم حیاتی: $BP=110/70$ $PR=109$ $BT=37.8$ $RR=22$ $O_2Sat=75\%$ بدون اکسیژن و 85% با اکسیژن $FHR=126$

مادر بعد از پذیرش ساعت 13:50 بستری بخش زایمان می شود. برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود و مشاور برای مادر اسکن ریه را توصیه می کند. رزیدنت داخلی انتقال مادر به بیمارستان جنرال را توصیه می کند. طبق نظر اتند پریناتولوژی به علت نداشتن علایم زایمانی، مادر اندیکاسیون ختم بارداری ندارد.

ساعت 15:50 برای مادر مشاوره تلفنی ICU جهت انتوباسیون انجام می گیرد و ایشان توصیه می کند مادر با ماسک رزودار به بیمارستان جنرال منتقل شود. مادر ساعت 16:10 با همراهی رزیدنت زنان به بیمارستان ج عزام می شود (مدت اقامت در ب حدود 3.5 ساعت بود)

علایم حیاتی قبل از اعزام: $BP=90/70$ $PR=124$ $RR=24$ $O_2Sat=85\%$ با رزوبگ $FHR=125$
مادر ساعت 16:35 در بخش ICU پذیرش می شود. موقع پذیرش: هوشیار بود دیسترس تنفسی داشت. تب دار و تاکیکارد بود. در سمع ریه ها کراکل کورس دوطرفه داشت. علایم حیاتی: $BP=100/60$ $PR=115$ $BT=38$ $RR=46$ بود.

دستورات حین بستری: سرم نرمال سالین - قرص برم هگزین - مونته لوکاست - اسپری سروتاید - اکسیژن با ماسک رزودار - آمپول دگزامتازون $4mg/BID$ - رمدمسیور - فاموتیدین - اسکن ریه - اکوکاردیوگرافی - انوکسپارین $40mg/d$ - ارسال نمونه PCR برای کووید 19 و مشاوره پریناتولوژی. طبق مشاوره اساتید زنان مادر نیاز به اقدام اورژانسی جهت ختم بارداری ندارد و تحت NST روزانه و ویزیت روزانه زنان قرار گیرد. در اکوکاردیوگرافی: $EF=55-60\%$ و قلب هیپر دینامیک بود.

در ساعت 22:30 مادر به NIV وصل می شود ولی به دلیل عدم تحمل، مجدداً اکسیژن تراپی از طریق ماسک رزوبگ انجام می شود. O2. ساچوریشن های بیمار مابین 80-88% و ریسپراتوری ریت 28-40 بوده و طبق نظر رزیدنت کشیک اندیکاسیون اینتوباسیون نداشته است.

ABG ساعت 5 بامداد: $PH=7.36$ $PCO_2=27.5$ $PO_2=76$ $HCO_3=15.2$

روز دوم بستری 00/2/22: بعد از انجام اسکن ریه و رویت درگیری دوطرفه ریه ($<60\%$) ساعت 14:00 به دلیل دیسترس تنفسی و افت ساچوریشن (87%) و احتمال هیپوکسی شدید مشاوره مجدد زنان از نظر ختم بارداری انجام می شود. پس از اطلاع وضعیت بیمار به اتند زنان با توجه به اندیکاسیون مادری و با توجه به نظر سرویس ریه مبنی بر ختم بارداری، بیمار آماده عمل سزارین اورژانس می گردد و مادر ساعت 17:00 جهت ختم بارداری به اتاق عمل منتقل می شود.

علایم حیاتی موقع ورود به اتاق عمل $HR=125$ $BP=195/110$ $O_2Sat=93-94\%$ بود. عمل با بی حسی اسپینال ساعت 17:15 شروع شده و حاصل نوزاد پسر پره ترم به ظاهر سالم با آپگار 9/10 بود. حجم خونریزی حدود 1 لیتر برآورد شده است. مادر بعد از اتمام عمل با علایم حیاتی: $BP=100/55$ $PR=110$ $O_2Sat=96\%$ با ماسک رزودار تحت ریکاوری قرار گرفته و ساعت 19:15 به صورت هوشیار با $BP=116/72$ ، $PR=121$ ، $O_2Sat=95\%$ و $BT=37.1$ توسط نرس ICU از اتاق عمل تحویل گرفته می شود با دستورات: آمپول سفازولین - هپارین $5000U/BID$ شش ساعت بعد از عمل - آمپول سولفات منیزوم - قرص آملودیپین -

روز سوم بستری 00/2/23: ساعت 4:30 بامداد به دلیل آرتاسیون و بی قراری بیمار، قرص لورازپام و آمپول هالوپریدول دریافت می کند که تاثیر چندانی نداشته است. همچنین به علت تب دار شدن سفپییم-وانکومایسین شروع می شود. ساعت 10:15 به علت بی قراری و لتارژیک بودن مشاوره نورولوژیک درخواست می شود. در ساعت 12:10 به علت تاکی پنه شدید RR=45 و هیپوکسی O2Sat=75% و دلیریوم شدید تصمیم به انتوباسیون گرفته می شود. ساعت 12:30 به علت افت ساچوریشن تا 75% و تاکی پنه بودن (RR=45) توسط رزیدنت داخلی انتوبه شده و تحت سداسیون با فنتانیل و آتروکوریوم قرار می گیرد. سولفات منیزیوم hold می شود. در ساعت 14:30 مادر خودش را اکستوبه می کند و بلافاصله انتوبه می شود.

ABG ساعت 14: PH=7.33 PCO2=38.0 PO2=83.4 HCO3=19.5

ساعت 15 به علت افت فشارخون تا BP= 75/50، پس از سرم تراپی به علت عدم اصلاح انفوزیون لنوفد شروع می گردد. در ساعت 21 Hb=9.9 گزارش می شود. محل عمل فاقد هماتوم بود و خونریزی و ژینال نداشت. دیورز برقرار بود.

ABG ساعت 24: PH=7.20 PCO2=49.5 PO2=75.7 HCO3=18.7

روز چهارم بستری 00/2/24: مادر تبادراست. دوز چهارم رمدسیور را دریافت می کند. اسیدوز متابولیک دارد. PH=7.33 PCO2=54 HCO3= 28. حجم ادرار کاهش داشته که با درمان بهتر شده است.

روز پنجم بستری 00/2/25: مادر تب دار است. آمپول سیپروفلوکساسین و اسپری سروتاید شروع می شود. در CXR آمفیزم زیرجلدی جزئی و پنومومدیاستن دارد. O2Sat=75% فشارخون BP=121/59 PR=120 می باشد. ساعت 20:30 به علت افت شدید

ساچوراسیون و فشارخون و تاکیکاردی ، CXR پرتابل ، ABG و مشاوره اورژانسی قلب در خواست می شود. O2Sat=46% . در شیفت شب ساعت 22:45 طی مشاوره جراحی CT دو طرفه تعبیه می شود. با توجه به ساچوریشن پایین ، تاکیکاردی و افت فشارخون مشاوره قلب و اکو از نظر آمبولی ریه انجام می شود و با احتمال آمبولی وسیع ریوی تحت انفوزیون هپارین قرار می گیرد.

در اکو ساعت 23 شواهد ترومبو آمبولی گزارش می شود. RV E & PAP=60 (سپتوم D شکل) EF=50-55% برای مادر هپارین فول دوز شروع می شود. به علت آنوریک بودن تحت درمان با لازیکس قرار می گیرد.

ABG: PH= 7.28 PCO2=60.3 HCO3=28 PO2=40.1

مادر ساعت 10:30 روز بعد مورخ 00/2/26 دچار برادیکاردی و سپس ایست قلبی شده و بعد از 5 دقیقه به عملیات احیا پاسخ می دهد. ولی اسیدوز شدید تنفسی و متابولیک (PH=6.9) داشت و در شوک بود. طبق نوت پرستاری حین CPR نیز بیمار دچار خونریزی از لوله تراشه می گردد که انفوزیون هپارین Hold می گردد. مجدداً ساعت 11:10 دچار ارست قلبی می شود. نهایتاً مادر ساعت 12 فوت می کند.

آزمایشات: WBC=16,900---15,400 --18,300—35,000 (Seg=82%) LYM=8.3% PCR=+

Hb=13.6—11.1—10.6—8.2—10.1—9.2—8.3 PLT=317,000—460,000

TSH=1.2 Urea=13—32--35 SGOT=59 Cr=0.95—0.82—1.05 SGPT=24 CTNI=Neg

ESR=49 CRP=200 Uric Acid=10.9 LDH=1401 UPro=1+

PT=20.1 PTT=77 INR=1.47 PLT=549

تستهای انعقادی مورخ 00/2/26 کشت خون و ادرار منفی می باشد.

نکات ویژه :

1. عدم اطلاع مادر از علایم خطر و عدم پیگیری موثر سیستم بهداشتی
2. مادر بعد از درگیری وسیع ریه ها به بیمارستان ارجاع شده است. مراجعه زود هنگام و بستری زود هنگام شاید می توانست جلومرگ مادر را بگیرد.
3. در مادران باردار زمانیکه سن بارداری زیر 37 هفته کامل می باشد بسته به وضعیت مادر ، در خصوص ختم بارداری تصمیم گیری می شود.
4. درگیری ریوی در مادر وسیع بوده و به احتمال زیاد مادر با تابلوی ترومبوآمبولی ریه فوت کرده است.

کیس 18

خانم 26 ساله ، با سوادلیسانس و خانه دار با سابقه هیپوتیروئیدی و GDM ، BMI=35.1 ، G1P0 ، بدون سابقه تزریق واکسن کورنا و بارداری خواسته بوده است. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و مطب خصوصی متخصص زنان بوده است.

طبق اظهار خانواده "مادر مورخ 00/6/2 به علت سرفه و بارداری 35-36 هفته به درمانگاه بیمارستان A مراجعه و توسط متخصص عفونی قرص تجویز شده و توصیه به استراحت می گردد. 3 روز بعد مادر به علت تب و لرز به بیمارستان B مراجعه می کنند. متخصص داخلی مادر را ویزیت کرده و سرم و آمپول تجویز می کند. مادر بعد از اتمام سرم به خانه بر می گردند. صبح روز بعد مورخ 00/6/6 ساعت 4-5 صبح مادر دچار آبریزش شده و به بیمارستان A مراجعه و تحت نظر گرفته می شود. بعد از چند ساعت می گویند چون کوید مثبت هستی و اتاق ایزوله NICU تخت خالی ندارد نمی توانیم بستری کنیم. با پزشک تماس می گیرند و ایشان می گوید به بیمارستان C بروند. در آنجا به علت هزینه زیاد بستری نشده و به بیمارستان D مراجعه و بستری می شود."

موقع مراجعه به بیمارستان D (ساعت 14:6) مادر هوشیار واریانته بود. از سرفه و تب از 6 روز قبل شاکی بود. ابتلا اطرافیان به کوید را ذکر می کرد. تنگی نفس داشت. در معاینه و اژینال آبریزش واضح داشت و تست نیتراژین مثبت بود. خونریزی و اژینال و انقباض موثر نداشت و سن بارداری

36 هفته بود. TV:1F/Ripe/C/RC/-3 و علایم حیاتی: PR=113 BP=112/63 RR=19

BT=37 O2Sat=96% FHR=151 مادر با دستورات آمپی سیلین و ریدی -درخواست آزمایشات BS CBC,LFT, تست های انعقادی، الکترولیت ها و تستهای کلیوی، کنترل علایم هیپو و هیپر گلیسمی، CRP,ESR,LDH- NST- سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال، مشاوره عفونی در بخش زایمان اتاق ایزوله بستری می شود. ساعت 18 با دستور رزیدنت ارشد ایندکس با متد Low dose شروع می شود. مشاور عفونی تلفنی برای مادر درخواست اسکن و تست PCR را توصیه می کند. ساعت 1:30 با ماداد با نظر فلوی کشیک به علت آبریزش و عدم پاسخ به ایندکشن مادر آماده سزارین اورژانس می شود. مادر با O2Sat=86% بدون اکسیژن و 90% با اکسیژن ساعت 1:40 به اتاق عمل منتقل شده و ساعت 1:55 عمل با بیحسی نخاعی شروع می شود. حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 9/7 بود. بعد از اتمام عمل مادر ساعت 3:10 به ریکاوری منتقل شده و ساعت 4:25 با علایم حیاتی: BP=120/60 PR=96 O2Sat=88% به بخش کورونا منتقل می شود. در طول عمل مشکل خاصی قید نشده بود.

جواب آزمایشات: WBC=6100 LYM=17% Hb=15.1 PLT=132,000 ESR=1 Urea=14

Cr=0.9 SGOT=317 SGPT=166 LDH=602 Urine Pro=1+ CRP=3+

روز سوم بستری 00/6/7: مادر با ماسک رزرو بگ اکسیژن می گیرد. با علایم حیاتی: BP=100-109/53-75 PR=94

RR=22-24 BT=36.9 O2Sat=92-94%

PH=7.39:VBG PO2=41.9 PCO2=32.3 HCO3 =19.4 FIO2=21%

برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود و ایشان دستورات: آمپول دگزامتازون 6mg/BID -درخواست اسکن ریه -آمپول هپارین 5000U/BID -چک آنزیمهای کبدی اورژانس را تجویز می کند.

مادر ساعت 16:30 جهت انجام اسکن منتقل شده و ساعت 17:55 برگردانده می شود. بعد از برگشت مادر از اسکن ریه ساچوراسیون اکسیژن با ماسک رزرو بگ در حد 89% و RR=25-34 ثبت شده است.

مشاور عفونی بعد از رویت اسکن ریه، شروع رمدسیور، چک روزانه آنزیمهای کبدی و مشاوره ICU را توصیه می کند. مشاور ICU دریافت اکسیژن با رزرو بگ، مونیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری مداوم و اخذ VBG را تجویز می کند.

در اسکن ریه Patchy Consolidation grand glass op و Collapse Consolidation در لوب بازال هردوریه و در بقیه پارانشیم سازگار با کوید 19 و پلورال افیوژن خفیف در دو طرف گزارش می شود.

با بدتر شدن حال بیمار با مرکز رصد جهت اعزام بیمار به بیمارستان H تماس می گیرند ولی موفق به اخذ پذیرش نمی شوند.

روز سوم بستری 00/6/8: به علت ساچوراسیون اکسیژن تا 70%-65% با هوای آزاد و 80%-85% با ماسک رزرو بگ، مشاوره ICU جهت انتوباسیون و ICU Care درخواست می شود. مشاور یادداشت می کند نیازی به انتوباسیون نیست و برای مادر اسپری سالبوتامول، آترونت و سروتاید را تجویز می کند.

متخصص ICU در ساعت 9:45 مادر را ویزیت کرده و دستورات: سرم نرمال سالین، آمپول وانکومايسين و مروپنم -آمپول لازیکس 10mg/TDS -آمپول هپارین 5000U/TDS -آمپول دگزامتازون 8mg/d -قرص مونته لوکاست -آمپول NAC -وضعیت پرون یا لاترال را Order می کند.

PH=7.43:VBG PO2=30.3 PCO2=32.1 HCO3 =21.4 FIO2=21%

مادر ساعت 8 روز بعد مورخ 00/6/9 با همراهی رزیدنت سال 1 و تکنسین بیهوشی با علایم حیاتی: BP=110/60 PR=115

RR=28 O2Sat=75% با رزرو بگ به ICU بیمارستان H منتقل می شود.

آزمایشات: WBC=6100-11,400 LYM=16%---6% PLT=132,000-121,000 SGOT=317-106

Cr=0.9

Urea=19

BS=100

Hb=15.1

LDH=602—521

SGPT=166—79

مادر ساعت 8:30 am در بخش ICU پذیرش می‌شود. علایم حیاتی موقع پذیرش: BP=135/75، BT=36.8، RR=35، PR=118، O₂Sat=56% و GCS=14. بیمار تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار گرفته و توسط فوق تخصص مراقبتهای ویژه ویزیت و با دستور ایشان تحت NIV و انفوزیون پرسدکس (1mg/h) قرار میگیرد. بعد از تعبیه NIV، O₂ ساچوریشن های بیمار درحد 86%-91% افزایش می یابد. برای مادر دستورات: اکترا 400mg، رمدسیور، دگزامتازون 8mg/d، هپارین پروفیلاکسی-سفپیم-ملاتونین وکلردیاز پوکساید، وضعیت پرون و درخواست روزانه آزمایشات LDH،PTT،INR،Cr،Urea،PT،ABG،CBC،LFT،تجویز می شود. روز بعد دوز دوم اکترا 400mg تجویز می شود.

روز هفتم بستری 00/6/15: به علت عدم بهبود وضعیت مادر، یک نوبت هموپرفیوژن انجام می گیرد. به علت وجود ترشحات از محل انسزیون سزارین، آمپول سفپیم قطع شده و وانکومايسين، سیپروفلوکساسین وایمی پنم شروع و محل انسزیون پانسمان فشاری انجام میشود. روز هشتم بستری 00/6/16: شبکاري بیمار افت ساچوریشن درحد 79% و تاکی پنه RR=30-34 دارد. وسایل اینتوباسیون Standby میگردد ولی به علت عدم رضایت بیمار اینتوبه نمی شود. با دادن پوزیشن، O₂ ساچوریشن های بیمار به 84% می رسد. روز بعد صبحکاری ساعت 08:10 به علت تاکی پنه بودن (RR= 33-50) و افت ساچوریشن تا 70% اینتوبه میشود و تحت انفوزیون فنتانیل، پروپوفول و آتراکوریوم قرار می گیرد. بعد از اینتوباسیون ساچوریشن های بیمار به تدریج افزایش می یابد. 4 ساعت بعد از اینتوباسیون به علت افت فشارخون BP=63/35 انفوزیون لنوفد شروع میشود. به علت اولیگوری آمپول لازیکس 20mg/TDS تجویز می شود.

روز نهم بستری 00/6/17: به علت باز شدن محل سوچور سزارین در حد جلد وزیر جلد، طی مشاوره زنان، شستشوی WET TO DRY هر 12 ساعت، کشت نمونه ترشحات محل انسزیون و آنتی بیوگرام Order می شود. جواب کشت آسینتوباکتر حساس به جنتامایسین و کلیستین گزارش میگردد. با این گزارش وانکومايسين و سیپروفلوکساسین قطع و کلیستین و لینزولید شروع می شود.

5 روز بعد (مورخ 06/22) مشاوره زنان جهت ترمیم زخم درخواست می شود و ایشان ترمیم را به سرویس جراحی محول می کند و طی مشاوره جراحی، جداره شکم با سرم فراوان شستشو داده شده و سپس سوچور میشود.

مورخ 00/6/23: مادر انتوبه و فول سدیت است O₂Sat=80-90% می باشد. طبق نت پرستاری شیفت صبح از محل بخیه ها کمی خونریزی وجود داشت که پانسمان فشاری شده است. ساعت 8:20 مادر توسط فلوی زنان ویزیت می شود. در یادداشت ایشان اشاره به خونریزی و پانسمان فشاری شده ولی توصیه خاصی نداشتند. اتند ICU ساعت 11:15 مادر را ویزیت کرده و به علت خونریزی از محل سوچورهای ناحیه عمل، با دستور ایشان هپارین Hold شده و پانسمان فشاری انجام و کیسه شن گذاشته می شود (خونریزی فعال از محل وجود داشته است). به علت افت فشارخون BP=83/52 انفوزیون لنوفد مجددا شروع و CBC و تستهای انعقادی اورژانس و مشاوره زنان درخواست می شود. در تماس تلفنی با رزیدنت مشاور زنان، اعلام می کند رویت محل عمل اورژانسی نیست و پانسمان فشاری حفظ شود و فردا توسط رزیدنت زنان ویزیت خواهد شد. ساعت 18 مجدداً با رزیدنت مشاور زنان تماس گرفته شده و ایشان مادر را در ساعت 18:15 ویزیت می کند. یادداشت مشاور زنان: در حال حاضر مادر اینتوبه می باشد. از محل سوچور خونریزی فعال مشهود است علایم حیاتی: BP=120/80 با لنوفد PR=96 (مادر متورال

می گیرد) O₂Sat=88% می باشد. رحم جمع و فاقد خونریزی و اثرینال می باشد. طبق گزارش سرویس محترم جراحی، درموقع ترمیم محل انسزیون فاسیا intact بوده و ترمیم درحد جلدوزیر جلد انجام گرفته است. با نظر فلوی کشیک فعلاً از نظر زنان نیاز به اقدام خاصی نیست. هپارین موقتاً Hold شود و با توجه به تستهای انعقادی مختل، مشاوره داخلی از نظر DIC و مشاوره جراحی با توجه به ترمیم سوچور توسط سرویس جراحی درخواست شود. رزیدنت داخلی ساعت 19:30 مادر را ویزیت می کند. یادداشت رزیدنت داخلی: درحال حاضر از محل سزارین خونریزی دارد ولی ترشحات لوله تراشه و NGT فاقد خونریزی می باشد. برای بیمار DIC مطرح نبوده و افت هموگلوبین (Hb=5/4) بیشتر در زمینه خونریزی از

ALT=420—1516

AST=118—980

RR=20

BP=120/80

PR=140 علایم حیاتی:

Hb=10—5.4

Urea=146

LDH=1509

BIL D=0.6

BIL T=1.9

ALP=130

Cr=1.5

PTT=27

INR=1.4 PLT=61,000 WBC=14,000

برای مادر 4 واحد FFP و 4 واحد پلاکت ایزوگروپ تزریق شود. مشاور جراحی ساعت 21:45 مادر را ویزیت کرده و با اشاره به وجود Oozing از محل سزارین توصیه به مشاوره با سرویس زنان و بررسی از نظر خونریزی و عوارض بعد از عمل می کند.

ساعت 22:40 مادر به علت اسیدوز متابولیک و اختلال الکترولیتها توسط رزیدنت داخلی ویزیت می شود. براساس یادداشت ایشان: مادر اینتوبه بوده مردمکها میدریاتیک با واکنش به نور می باشد. از محل سوچور سزارین خونریزی شدید و فعال وجود دارد که به غیر از فشار دست و پیک کردن خونریزی

کنترل نمی شود. مادر 2 واحد FFP، 2 واحد پکدسل و 3 واحد پلاکت دریافت کرده است. مادر تحت انفوزیون لنوفد با دوز بالایی باشد. علایم حیاتی :

O2Sat=93% U/O=500cc/12h BP=108/50 HR=177

BE=-9 HCO3=19 PCO2=63 PH=7.12 :ABG

بیمار اسیدوز تنفسی و متابولیک دارد که اسیدوز متابولیک در زمینه خونریزی شدید و فعال می باشد. برای مادر Salin Challenge Test انجام شده است اما برونه ادراری 50 سی سی می باشد توصیه می شود مشاوره با سرویس زنان و جراحی جهت اقدام جراحی و 6 ساعت دیالیز و تزریق FFP، P.C و کرایو حین دیالیز و تعبیه CVP Line انجام گیرد.

Fib=156 D.Dimer=7280 FDP=Pos PTT=28 INR=1.66 PT activity=48

LDH=2444 BIL T=1.9 AST=94 ALT=322 Cr=2.28 Urea=130--146

Na=152 K=4.1 P=6.6 Ca=7.9 ALb=2.7 PLT=96,000

رزیدنت مشاور وارشد جراحی در ساعت 1:15 با مامد مادر را ویزیت کرده و محل خونریزی را بررسی می کنند و بعد از مشورت با اتند آنکال توصیه می کنند مشکل بیمار مربوط به عارضه عمل سزارین بوده و باید توسط سرویس زنان برطرف شود. در صورت وجود هرگونه مشکل جراحی اطلاع داده شود. رزیدنت زنان ساعت 1:30 با مامد مادر را مجدداً ویزیت کرده و با دستور اتند آنکال سوچور باز شده و حدود 600 سی سی لخته خارج می شود. طبق یادداشت ایشان فاسیا باز بود و عضله رکتوس دیده می شد. با اطلاع وضعیت بیمار به استند مربوطه، ساعت 2:10 am بیمار سریعاً به اتاق عمل منتقل میشود با علایم حیاتی : BP=80/43 HR=170 و O2Sat=83%.

رکورد برگ بیهوشی : مادر بشدت Pale و آنوریک می باشد و ادرار اولیه 200 سی سی است. مادر توسط رزیدنت زنان تحت لاپاراتومی تجسسی قرار می گیرد. طبق شرح عمل هماتوم بر روی عضله بودو فاسیا باز شده بود. با سرم شستشو داده شد. رگ در حال خونریزی در پشت فاسیا و بین فاسیا و عضله وجود داشت که با چند سوچور هموستاز برقرار شد سوچورهای پریتون باز شد داخل شکم لخته و خون کهنه وجود داشت که شستشو داده شد محل انسزیون رحم Intact بود و خونریزی نداشت. جهت بررسی بیشتر به سرویس جراحی اطلاع داده می شود. رزیدنت جراحی در اتاق عمل حاضر شده، داخل شکم بررسی می شود. مشکل خاصی نداشت. در طول عمل 3 واحد پکد سل، 2 گرم فیبرینوژن و یک واحد ffp تزریق می شود. پس از پایان عمل ساعت 3:45 am مادر با علایم حیاتی : BP=148/71 HR=140 و O2Sat=95% از اتاق عمل تحویل گرفته میشود.

4 ساعت بعد (ساعت 8 مامد) مادر توسط فلوی زنان ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان محل عمل مشکلی نداشت و مادر همچنان اولیگوریک بود. BP=109/78 PR=120 O2Sat=93%

روز هفتم بستری 00/6/25: مادر انتوبه و فول سدیت می باشد. به علت هموگلوبین Hb=6.8 PLT=31000 مشاوره زنان، جراحی و داخلی درخواست می شود. علایم حیاتی : HR=136 BP=170/50 O2Sat=82%

مشاور زنان مادر را ویزیت کرده و یادداشت می کند. "شکم نرم و فاقد دیستانسیون می باشد. محل برش سزارین فاقد Oozing و خونریزی فعال می باشد. ترشحات خونابه ای (تیره) در گوشه راست پانسمان دیده می شو که فعال نیست. پانسمان تعویض و پانسمان فشاری صورت گرفت. PT=22.8 PTT=35 INR=1.7 و BP=165/75 Na=152 می باشد. طبق تماس با اتند کشیک با توجه به ختم بارداری 20 روز قبل احتمال پره اکلامپسی برای مادر کمتر مطرح بوده و برای کنترل فشارخون مشاوره قلب درخواست شود. توصیه می شود سونوگرافی از نظر هماتوم جدار شکم و مشاوره هماتولوژی صورت گیرد."

مشاور داخلی چک ALb سرم، آنالیز ادرار، LDH, Retic Count, BIL T & D، لام خون محیطی- ادامه دریافت فرآورده های خونی و جمع آوری ادرار 24 ساعت و چک حجم Cr، و پروتئین به علت افزایش فشارخون تا حد SBP=170-190 - گاوآز آب آزاد و چک سدیم هر 6 ساعت را توصیه می کند.

Na=152 Urine V24h=2500 Urine Cr24h=0/95 Urine Pro24h=1050

به علت ادم گوده گذار اندام تحتانی چپ، سونوگرافی کالر داپلر درخواست می شود که ترومبوز و نقص پرشدگی رویت نمیگردد. در سونوگرافی بدساید هماتوم سطحی به قطر 100*27 میلیمتر در جدار شکم رویت میگردد، به علت ادامه افت هموگلوبین مشاوره جراحی درخواست می شود که توصیه به اصلاح آنمی و اختلالات انعقادی و انجام سی تی شکم و لگن در صورت صلاحدید سرویس زنان میگردد.

مورخ 00/6/26: به علت برادیکاردی (HR=42) مشاوره قلب انجام می شود و طبق نظر سرویس کاردیولوژی نیاز به اقدام خاصی نداشت. مورخ 06/27: صبح ویزیت روزانه زنان انجام و توصیه به اصلاح وضعیت انعقادی و تعویض پانسمان محل عمل 2 بار در روز میشود. به علت خروج خون روشن و واضح از محل سزارین طی انجام مشاوره مجدد زنان، ساعت 13:30 بیمار به اتاق عمل منتقل میشود (Hb=8، Plt=45000

، INR=1.2 ، PT=16.5 ، PTT=26) طبق شرح عمل در ناحیه زیرجلد یک رگ با قطر متوسط در گوشه چپ خونریزی فعال داشت که لیگاتور شده و هماتوم در محل عمل (70cc) زیر فاسیا تخلیه می شود. در داخل شکم حدود 30-40 سی سی خون وجود داشت. بین عضله و فاسیا اوزینگ وجود داشت که سرجی سل گذاشته می شود. در طول عمل حدود 400-500 سی سی خونریزی داشت. ساچوراسیون مادر در ابتدای عمل 45% و در انتهای عمل 84% بود و در پایان عمل 150 سی سی ادرار داشت. مادر ساعت 15:25 با علایم حیاتی : BP=113/80 HR=81 ، O₂Sat=77% از اتاق عمل تحویل گرفته شده و تحت نفوزیون P.C قرار میگیرد.

مورخ 06/29 سونوگرافی شکم از نظر هماتوم انجام میشود که مایع آزاد جزئی شکمی در فضای مورسیون و هماتوم به حجم تقریبی 95 سی سی رویت میگردد. به علت تب دار شدن (BT=39) آپوتل تزریق و کشت خون و کشت ادرار ارسال و بیمار تحت درمان با کاسپوفونژین و لینزولید قرار میگیرد (به علت گزارش کاندیدا آلبیکانس در ادرار).

به علت نشستی و عدم کارکرد کاتتر فمورال خارج و CV Line از ورید ژوگولار راست تعبیه می شود. برای مادر رضایت جهت تراکنوستومی اخذ میگردد. نهایتاً مورخ 06/31 مادر دو نوبت دچار ارست قلبی تنفسی شده و به مدت 10 دقیقه تحت CPR موفق قرار میگیرد مجدداً ساعت 17:00 ارست قلبی- تنفسی کرده و به مدت 55 دقیقه CPR میشود که موفقیت آمیز نبوده و ساعت 17:55 ختم CPR اعلام می شود. در آزمایشات انجام شده :

D-Dimer=7380	LDH=2444	Cholesterol=151	TG=478	منفی = کشت تراشه و کشت خون
Interleukin-6 >1000	Alk.p=224	ALT=1516	AST=983	U/C = کاندیدا آلبیکانس
Retic Count=5	FDP=Positive	Fibrinogen=156		

نکات ویژه :

1. علت مرگ مادر خونریزی خوب درمان نشده از محل انسزیون سزارین با علت زمینه ای کووید می باشد.
2. اصولاً محل انسزیون بعد از پانسمان مرتب Wet to day نباید سوچور زده می شد (مورخ 00/6/22)
3. خونریزی به احتمال خیلی زیاد از محل باز شدن عروق کوتر شده بوده است.
4. در تاریخ 00/6/23 از زمان شروع خونریزی از محل انسزیون تا انتقال به اتاق عمل مادر خوب Manage نشده است. در زمان درخواست مشاوره، طبق دستور عمل وزارتی و دانشگاهی ابلاغ شده، مادران پرخطر باید توسط اتند سرویس مربوطه ویزیت شوند نه رزیدنت.
5. در زمان گزارش خونریزی از محل انسزیون، مادر می بایست سریعاً توسط اتند زنان به اتاق عمل منتقل شده و رانیماسیون در اتاق عمل انجام می گرفت.

کیس 19

خانم 26 ساله، ساکن حاشیه شهر، خانه دار، دیپلم، BMI=19.8، G3P2AL2، سابقه 2 بار زایمان طبیعی، سابقه هیپوتیروئیدی و مصرف لووتیروکسین روزانه 1.5 قرص، سابقه تشنج (از 4 سال قبل) و مصرف کاربامازپین 200mg/d و بارداری خواسته می باشد. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان در بخش خصوصی بصورت مرتب انجام شده است. مادر در هفته 23 بارداری بدنبال تماس با مورد کورونایی مورخ 00/5/11 دچار تب و سرفه شده و به متخصص عفونی مراجعه می کند (سابقه واکسیناسیون ندارد). 5 روز بعد مورخ 00/5/16 به علت بدتر شدن بیماری، با شکایت سرفه و سرگیجه به بیمارستان زنان مراجعه و بستری می شود.

علایم حیاتی موقع بستری : BP=110/70 PR=82 RR=18 FHR=140 O₂Sat=92% بدون اکسیژن BT=38 بود.

برای مادر اکسیژن با ماسک، مونیتورینگ قلبی ریوی، لاین وریدی، شربت دیفن هیدرامین، هپارین و درخواست اسکن ریه و آزمایشات مربوطه تجویز می گردد.

روز دوم بستری مورخ 00/5/17 : مادر شیفت عصر کاری اسکن ریه می شود. ساعت 23:30 به علت افت ساچوراسیون و گزارش درگیری دوطرفه در اسکن ریه طی مشاوره عفونی رمدسیویر و دکزامتازون 6mg/BID و دریافت اکسیژن با ماسک رزرویک Order می شود. علایم حیاتی: PR=90-101 RR=20-24 BP=100-110/54-70 O₂Sat=92-93% بدون اکسیژن BT=38 در سونوگرافی جنین مشکلی نداشت.

آزمایشات: WBC=4700 Hb=10.8 PLT=166,000 CRP=2+ ESR=18 Cr=0.7
Urea=7 AST=36 ALT=34 LDH=262 Na=133 Ca=7.1 K=2.9 Mg=1.5

روز سوم بستری 00/5/18: به علت افت ساچوراسیون تا 84% در هوای آزاد مشاوره تلفنی با سرویس ریه جهت اعزام به بیمارستان جنرال انجام می گیرد و مشاوره توصیه می کند مادر اعزام شود ولی به علت نبود تخت خالی اعزام نمی شود.

روز چهارم بستری 00/5/19: PCR مثبت گزارش شده است. مادر هوشیار واریانته است. با ماسک رزرو بگ اکسیژن می گیرد و ساچوراسیون گاهی تا 93% افت دارد. فشارخون اغلب در محدوده BP=90-95/47-60 می باشد. تاکی کاردی و تاکی پنه دارد PR=110-120 RR=26-37 BT=38.4 ICU Man با مشاوره می شود و ایشان نیول پالمیکورت و دنولین را توصیه می کند. به علت ادامه وضعیت مادر مشاوره ریه حضوری می شود و مشاور یادداشت می کند مادر نیاز به ICU Care دارد و در اولویت انتقال به ICU تحت نظر سرویس ریه می باشد و در صورت نبود تخت خالی به ICU های بیهوشی منتقل شود.

روز پنجم بستری 00/5/20: مادر تاکی پنه دارد و RR>40 می باشد. سومین دوز رمدسیویر را دریافت کرده است. مادر با هماهنگی رصد سلامت و با علایم حیاتی BT=36.9, RR=38, PR=110, BP=101/51, O2sat=82% بدون اکسیژن و O2Sat=94% با اکسیژن، ساعت 15:00 به بیمارستان جنرال اعزام و با علایم حیاتی BT=37.8, RR=38, PR=123, BP=106/66, O2sat=84% (با ماسک رزرو بگ) و GCS=14 در بخش ICU تحویل گرفته می شود. پس از ویزیت اولیه دستورات: آمپول سفپییم، لووتیروکسین، کاربامازپین، هپارین، رمدسیویر و متیل پردنیزولون 250mg/d، سونوگرافی وضعیت جنین و مشاوره زنان گذاشته می شود. مادر ساعت 17:00 به علت افت ساچوریشن تا 85% اینتوبه شده تحت انفوزیون میدازولام، فنتانیل و آتراکوریوم قرار می گیرد.

HCO3=23.5 PCO2=25.9 PH=7.56 ABG ساعت 21:03

درسونوگرافی جنین زنده (FHR=165) با مایع آمنیوتیک نرمال و جفت قدامی گزارش می شود. مشاور زنان سونوگرافی وضعیت بارداری هفتگی و ویزیت روزانه زنان توصیه می کند.

HCO3=25.1 PCO2=38.1 PH=7.42 ABG ساعت 00:20 am

روز دوم بستری ICU مورخ 00/5/21: مادر انتوبه و سدیت است. تب دار نیست. علایم حیاتی Stable می باشد. ساچوراسیون اکسیژن 95% می باشد.

روز سوم بستری مورخ ICU 00/5/22: مادر تب Low grade گهگاهی دارد. علیرغم عدم افت ساچوراسیون، PSV و T-tube را تحمل نمی کند. Cvline.. از ورید ساب کلاوین راست تعبیه می شود. ABG : PH=7.38 PCO2=40.1 HCO3=24.2

روز پنجم بستری ICU مورخ 00/5/24: مادر ساعت 11:10 اکستوبه شده و اکسیژن تراپی با ماسک رزرو بگ انجام می شود. بعد از اکستوباسیون علایم حیاتی بیمار GCS=15, BP=92/62, PR=120, RR=20, O2sat=98% و BT=38 دارد و به علت تبادریودن آپوتل دریافت می کند. به علت آنمی Hb=9.5 مشاوره داخلی درخواست می شود (مادر فروس سولفات دریافت می کند). بیمار هموپتیژی داشته که توصیه می شود در صورت ادامه داریودن، اسکن پرفیوژن ریه انجام شود که بعدا تکرار نمی گردد.

HCO3=19.6 PCO2=27.6 PH=7.46 ABG

روز ششم بستری 00/5/25: مادر لتارژیک است و با ماسک معمولی اکسیژن می گیرد. آمپول متیل پردنیزولون در حال Taper می باشد. برای مادر اسپیرومتري تشویقی و اسپیری سروتاید تجویز می شود. PR=85 O2Sat=96% BP=103/67

روز هفتم بستری مورخ 05/26: در شیفت صبحکاری بیمار دچار افت فشارخون، افت ساچوراسیون، تاکی کاردی و تاکی پنه می شود (BP=70/46). RR=45 PR=113 O2Sat=80% که سرم تراپی انجام و اکسیژن تراپی از ماسک ساده به ماسک رزرو بگ تبدیل میشود و به علت عدم تحمل، تحت اینتوباسیون و سپس انفوزیون لنوفد قرار میگیرد. بعد از اینتوباسیون مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی درخواست می شود. در اکوکاردیت با EF=30% مطرح و توصیه به ادامه لنوفد، ادامه کورتون، تبدیل هپارین به انوکسپارین و شروع درمان HF بعد از افزایش BP و Taper شدن لنوفد و ویزیت روزانه قلب و چک CTNI کمی در 3 بار شده و انفوزیون لازیکس و دوباتمین و قرص آلداکتون Order می شود.

برای مادر سونوگرافی بدساید جهت R/O دکولمان و اکوداپلر انجام می شود. شواهدی به نفع دکولمان و DVT در اندامهای تحتانی نداشت. به علت تب دار شدن، کشت خون، کشت ادرار و ترشحات لوله تراشه درخواست شده و ایمي پنم و وانکومایسین تجویز می گردد. آمپول متیل پردنیزولون D.C شده و هیدروکورتیزون تجویز می گردد. بعد از ظهر دوباره متیل پردنیزولون با دوز 250mg/q6h شروع و لازیکس 80mg/STAT Then 5mg/h تجویز می گردد.

روز هشتم بستری 00/5/27 : انفوزیون دوبوتامین قطع می شود. به علت کشت ادرار مثبت (کاندیدا آلبیکانس) کاسپوفونژین شروع می شود . ساعت **22:30** طبق نوت پرستاری بیمار با دستورفلوی مقیم اکستوبه و اکسیژن با ماسک رزرو بگ دریافت می کند . ($O_2Sat=97\%$) ، مادر **روز بعد مورخ 05/28** ساعت **22:00** به علت افت ساچوریشن تا **80%** و افزایش نیاز به لووفد در حد **40** میکرو ، تحت اینتوباسیون مجدد قرار می گیرد و فنتانیل و تیوپنتال شروع می گردد با دستور اتند انفوزیون لازیکس و آلداکتون قطع و انفوزیون میلرینون با دوز **5µg/min** و آمپول لازیکس **20mg/qid** شروع می شود و توصیه می شود در صورت اکستوبه کردن بیمار در شیفت عصر و تعطیلات حتماً با اتند هماهنگ شوند.

روز نهم بستری مورخ 05/29 : مادر تب دار و تاکیکارد است **PR=140 BT=37.6** ظهر با دستور فلو ، انفوزیون لووفد **Taper** و انفوزیون تیوپنتال شروع می شود. در شیفت شبکاری ساعت **20:15** مادر چار **VT** شده و تحت **CPR** موفق قرار می گیرد. حین **CPR** آمپول لیدوکائین و آمیودارون تزریق و شوک داده می شود . بعد از **CPR** انفوزیون اپی نفرین شروع و مشاوره قلب اورژانس انجام می شود . با احتمال **VT** دارویی میلرینون و اپی نفرین **DC** و توصیه به انجام اکو بعد از کنترل ریت قلبی می گردد . مشاوره زنان نیز انجام می شود که توصیه به انجام سونوگرافی از نظر بررسی وضعیت بارداری می گردد . طبق سونوگرافی انجام شده جنین با ضربانات قلبی **FHR= 177** و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می گردد . به علت عدم کارکرد یکی از لومن های **Cvline** سواب کلاوین راست ، **CV Line** سه لومنه از ورید ساب کلاوین چپ تعبیه می شود. **CXR** پرتابل انجام و به علت پنوموتوراکس سمت راست ، طی مشاوره جراحی اورژانس چست تیوب سمت راست تعبیه می گردد.

ساعت 00:50 am (مورخ 05/30) بیمار مجدداً دچار **VT** شده و به مدت **10** دقیقه تحت **CPR** قرار می گیرد . صبح طی انجام ویزیت روزانه زنان به علت عدم سمع ضربان قلب جنین ، سونوگرافی از نظر سلامت جنین انجام می شود که جنین زنده با ضربانات قلبی **FHR= 200** و بدون تحرک گزارش می شود. علی رغم دریافت لووفد، به علت افت فشارخون لاین شریانی فمورال راست تعبیه و فشار شریانی اندازه گیری می شود به علت گزارش کشت خون مثبت (**E.Coli** حساس به سیپرو، جنتامایسین و آمیکاسین) و آنکومایسین **DC** و جنتامایسین به دستورات دارویی بیمار اضافه می گردد . به علت ادامه هیپوتانسیون ، مشاوره قلب اورژانس از نظر تعبیه بالون پمپ انجام می شود . مشاور قلب معتقد است تعبیه بالون پمپ اندیکاسیون ندارد و درمان مدیکال صورت گیرد. با توجه به عدم اصلاح افت **BP=70-80/50-60** علیرغم درمان مدیکال (دریافت میلرینون و لووفد)، مشاوره مجدد قلب انجام می شود که پس از صحبت با اساتید اینترونشن ، با توجه به شرایط بارداری و ریسک بالای دایسکشن آنورت در تعبیه بالون پمپ ، توصیه به ادامه درمان با لووفد و در صورت عدم پاسخ به درمان مدیکال تعبیه **ECMO** می شود. عصر به علت تاکیکاردی و عدم افزایش فشارخون ، انفوزیون اپی نفرین نیز شروع می شود. نهایتاً ساعت **22:30** مادر به دنبال افت شدید **BP** دچار **VT** شده و دونوبت شوک دریافت و تحت **CPR** قرار می گیرد که موفقیت آمیز نبوده و متأسفانه فوت می نماید .

جواب آزمایشات: **WBC=5000-- 6200—4300—3800==30900—18600** **LYM=10%-6%**

PLT=189000—216000--283000 **Hb=9.6—9.5—8.5—9.1—12.4—10.9**

Urea=11—51 **Cr=0.5—1.2** **PTT=37—32—26** **PT=15.4—12—17.8**

CRP=61 **LDH=316--516** **SGPT=17--34—40--33** **SGOT=27--61—50—98**

CTNI=N **CPK=61** **ESR=36** **Ferritin=162--432** **D.Dimer=630--2288**

PCR=+ **TG=617**

نکات ویژه :

1. مادر دچار سپسیس شده بود. با توجه به **CTNI** منفی به نظر می رسد علت **EF** پایین میوکاردیال ساپرسیون باشد نه کاردیومیوپاتی
2. درمان مناسب برای مادر انجام نشده است. درمان توکوناید قطع می شد. داروهای اینوتروپ مثبت باید **Low dose** (با دوز نگهدارنده) ادامه داده می شد.
3. در پیک موج پنجم کورونا کمبود داروهای سداتیو وجود داشت و علت اکستوباسیون توسط فلوی مقیم در ساعت **22** هوشیاری مادر و عدم تحمل لوله تراشه بود که اصولاً باید بجای اکستوباسیون توسط داروهای جایگزین (لورازپام وریدی) سدیت می شد.
4. در شیفت عصر و شب توصیه به اکستوباسیون نمی شود.

کیس 20

خانم **41** ساله ، خانه دار با سواد سوم راهنمایی ، **BMI=26.9** ، **G3P2AL2** سابقه **2** بار **NVD** ، بدون سابقه بیماری خاصی و بارداری خواسته بوده است.

مادر در دوران بارداری تحت مراقبت متخصص زنان در بخش خصوصی و مرکز بهداشت قرار داشته است. سابقه واکسیناسیون ندارد.

طبق اظهار خانواده مادر از تاریخ 00/6/28 علایم سرماخوردگی داشته و در منزل استراحت می کرده است. مورخ 4 مهر بدلیل سردرد به کلینیک مراجعه نموده و یک عدد آمپول تزریق و سونوگرافی درخواست می شود. مادر مورخ 00/7/5 به علت سردرد و درد عضلانی به بیمارستان زنان مراجعه می کند. در بیمارستان PCR درخواست می کنند که مادر آزمایش را انجام نداده و به خانه برمی گردد. مادر مجدداً مورخ 00/7/8 (هفته 24-25 بارداری) باشکایت درد بدن و سرفه از 5 روز قبل وضعف و بی حالی و PCR+ به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه می کند. موقع ورود (ساعت 9:20) مادر هوشیار واریانته بود.

علایم حیاتی: BP=110/65 PR=125 RR=16 BT=37 O2Sat=94% FHR=158 سطح 2
تریازوارد اورژانس می شود و ساعت 10 توسط متخصص زنان مقیم اورژانس ویزیت می شود. برای مادر دستورات: تعبیه لاین وریدی - اکسیژن با ماسک، مانیتورینگ علایم حیاتی و زایمانی، آمپول آپوتل، سونوگرافی وضعیت بارداری و درخواست آزمایشات CBC, CRP, LDH, LFT, Cr, Urea, ESR, گذاشته می شود. مادر ساعت 14:20 طی مشاوره تلفنی با سرویس عفونی بستری بخش کرونا می شود. برای مادر آمپول هپارین 5000U/BID و شربت دیفن هیدرامین گذاشته می شود. در طی روز مادر تب دار نبود (آپوتل دریافت می کرد)
PR=100-115 RR=20-22 BP=89-112/50-60 ثبت شده است.

جواب آزمایشات: WBC=3000 LYM=15% Hb=9.6 PLT=95,000 CRP=3+ ESR=18
LDH=345 Cr=0.7

در سونوگرافی جنین زنده باسن حاملگی 24 هفته و 5 روز با ریت قلبی 141 گزارش می شود. به علت پلاکت پایین درخواست مشاوره داخلی می شود.

روز سوم بستری 00/7/10: در شیفت شبکاری 2 نوبت تب و تاکیکاردی برای مادر ثبت شده است. 39.5, BT=38.7 و PR=138 برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود و مشاور طی تماس تلفنی درخواست اسکن ریه، شروع دگزامتازون با دوز 6mg/BID و تهیه لام خون محیطی به علت ترومبوسیتوپنی را توصیه می کند. در لام خون محیطی پلاکت پایین تایید می شود.
در اسکن ریه Patchy Consolidation در هردوریه سازگار با کووید و پلورال افیوژن خفیف دوطرفه گزارش می شود.

به علت بی قراری و حملات پانیک و گریه مشاوره روانپزشکی درخواست می شود. اتند روانپزشکی پس از ویزیت مادر قرص سرتالین و هالوپریدول 0.5mg/d تجویز می کند. مشاور عفونی بعد از رویت اسکن در ساعت 23:30 آمپول رمدسیویر شروع می کند.

علایم حیاتی: PR=85-98 RR=20-24 BP=90-100/50-60 O2Sat=95-95% با کانول بینی
آزمایشات: WBC=2700 LYM=16% Hb=8.3 PLT=73,000 SGOT=57 SGPT=29
LDH=489

روز پنجم بستری 00/7/12: مادر تاکی پنه دارد RR>26 می باشد. با توجه به افت گهگاهی ساپوراسیون اکسیژن، مشاوره جهت انتقال به ICU درخواست می شود و مشاور عفونی انتقال به ICU - قرص ویتامین C&D - فاموتیدین و Zinc Plus را Order می کند. از ساعت 8 صبح به علت افت ساپوراسیون اکسیژن با ماسک رزرو بگ اکسیژن داده می شود. مشاور ICU یادداشت کرده به علت نبود تخت خالی امکان پذیرش بیمار وجود ندارد.

علایم حیاتی ساعت 14: PR=90 RR=29 BP=89/59 O2Sat=94% با ماسک رزرو بگ
از ساعت 21 مادر دچار تاکی پنه شدید و افت ساپوراسیون می شود. RR=31-52 O2Sat=88-89% بود. ساعت 22 مجدداً مشاوره انتقال به ICU درخواست شده و مادر ساعت 23:10 به ICU منتقل و بعد از انتقال انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. برای مادر سداسیون با میدازولام، پروپوفول و فنتانیل داده می شود.

علایم حیاتی موقع انتقال به ICU: HR=110 RR=53 BP=100/60 O2Sat= 80%
در ساعت 24 به علت ترشحات صورتی رنگ لوله تراشه و کراکلهای فاین در سمع ریه با تشخیص ادم ریه، درمان ادم ریه شروع و مشاوره قلب اورژانسی درخواست می شود. طی تماس تلفنی مشاور قلب انفوزیون لازیکس و نوراپی نفرین را توصیه می کند.

دستورات ساعت 23:30: انفوزیون نوراپی نفرین - انفوزیون لازیکس 5mg/h - انفوزیون فنتانیل - انفوزیون پرسدکس - آمپول لیدوکائین و مورفین
روز ششم بستری 00/7/13: حوالی ساعت 8:40 صبح مادر تشنج کرده و بدنبال آن دچار VF می شود. برای مادر دونوبت شوک داده می شود.

مادر جواب می دهد علایم حیاتی بعد از احیاء: BP=140 BP=117/60 با لوفد O2Sat=70%
در ساعت 11:42 مادر دچار برادیکاردی و افت شدید فشارخون شده و عملیات CPR شروع می شود. پس از 30 دقیقه ریتم قلب سینوسی می شود.
با متخصص ICU جهت ختم بارداری تماس می گیرند و ایشان با توجه به ناپایداری علایم حیاتی ختم را به صلاح مادر نمی داند. مادر در ساعت

13:50 دچار VF و ارست قلبی شده و احیا می شود. مادر ساعت 14:20 مجدداً دچار ارست قلبی شده و به مدت 30 دقیقه CPR می شود ولی پاسخ نداده و 14:50 فوت می کند.

در سونوگرافی ساعت 13:15 جنین فاقد قلب بود.

آزمایشات مورخ 00/7/12 : WBC=3000 Hb=8.9 PLT=114,000 SGOT=80 SGPT=51
مورخ 00/7/13

LDH=571 SGPT=47--54 SGOT=70--85 PLT=158,000 Hb=9.1 LYM=8% WBC=4400
ABG ساعت 3:43 : PH=7.38 PCO2=41.6 HCO3=24.1

ساعت 5:19 : PH=7.07 PCO2=

نکات ویژه :

1- مادر همکاری خوبی در درمان نداشته است.

2- مشاورات تلفنی، عدم اخذ شرح حال صحیح و بررسی دقیق بیماران در زمان پذیرش و درمان صرفاً علامتی سبب Missmanage بیماران شده است.

کیس 21

خانم 30 ساله، ساکن روستای اصلی، خانه دار با تحصیلات ابتدائی، G1P0، سابقه کیست تخمدان، سابقه آپاندکتومی و جراحی چشم چپ، سابقه بیماری ریوی و قلبی از کودکی و تحت درمان دارویی (برونشکتازی در زمینه احتمالاً CF) و کاهشگی با BW=29Kg و سابقه قالی بافی. بارداری خواسته می باشد. مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و بعد از بارداری در هفته 9 بارداری در مرکز بهداشت توسط بهورز و پزشک مراقبت شده است. مادر از اوایل بارداری به علت سردرد و بی حالی در منزل پدری اقامت داشته است. مادر مورخ 00/5/22 (هفته 10-11 بارداری) به علت سردرد شدید به مرکز شبانه روزی مراجعه و استامینوفن تجویز می شود. با ادامه سردرد مادر روز بعد به مطب پزشک مراجعه و آزمایش درخواست می شود. روز سوم مورخ 00/05/24 با شکایت سردرد و تهوع، استفراغ شدید و بیقراری ساعت 15:55 به بیمارستان شهرستان مراجعه و پس از تعبیه لاین وریدی و مایع درمانی (سرم نرمال سالین و دکستروز 5% و آمپول ب کمپلکس) به بیمارستان ریفارال اعزام می شود. علایم حیاتی ثبت شده دریدو ورود به اورژانس بیمارستان شهرستان : BP=80/50 PR=90 PR=17 O2Sat=98% BS=170
موقع اعزام : O2Sat=97% BT=37 PR=98 RR=17 BP=90/60 GCS=13
مادر ساعت 19:18 در اورژانس بیمارستان ریفارال پذیرش می شود. در لحظه پذیرش مادر دیس اوریاتنه بود با علایم حیاتی BP=187/125 PR=120-132, O2Sat=87% RR=40-50. مادر به بخش حاد منتقل شده و پس از اکسیژن تراپی با ماسک BS گلوکومتری (190) - تزریق یک لیتر سرم N.S - سونوگرافی از نظر سلامت جنین (جنین زنده، متحرک، مایع آمنیوتیک نرمال و جفت با وضعیت قدامی) انجام و تست های کبدی، VBG، U/A و کشت خون در دو نوبت و Brain MRI+MRV اورژانس درخواست می شود و آمپول هالوپریدول (عضلانی) جهت سدیت در MRI و لابتالول طبق دستور پزشک تزریق می شود.

HCO3=17.5 PCO2=26 PH=7.43 VBG :

جواب آزمایشات ارسالی اورژانس :

Hb=10.4 Na=139 K=3.8 CRP=231 PLT=187,000 LYM=3.5%(752) WBC=21500
Urea=18 AST=28 ALT=23 LDH=472 Alk.p=223 Bili.T=1.24 Cr=0.6
Bili.D=0.6 Bili.In=0.64

کشت خون منفی بود.

برای مادر وسایل اینتوباسیون Stand by کرده و ویزیت نورولوژی، ویزیت عفونی و مشاوره زنان درخواست می شود.

مشاور نورولوژی آنسفالیت را برای بیمار مطرح می کند و با توجه به دیس اوریاتنسیون و علایم تب و لرز، تهوع و استفراغ، لکوسیتوز (21000)، لنفوپنی و CRP بالا توصیه به ویزیت عفونی از نظر مننژوآنسفالیت و ریبورت MRI میکند. ساعت 21:04 ویزیت عفونی انجام می شود. طبق نوب مشاور عفونی بیمار لتارژیک است. از سه روز قبل سردرد و استفراغ های مکرر داشته است. تاکیکارد و تاکی پنه می باشد. ردور گردنی و رژیديتي اندام ها را دارد و توصیه می شود ویزیت نورولوژی و ok از نظر انجام LP و شروع سفتریاکسون و وانکومایسین صورت گیرد. مشاور زنان نیز مادر را ویزیت کرده و قید می کند بیمار نیاز به اقدام اورژانس از نظر زنان ندارد. رزیدنت نورولوژی مجدداً مسائل عفونی را مطرح و پیگیری انجام MRI را خواستار می شود.

ساعت 23:10 ویزیت مجدد عفونی انجام و پس از صحبت با آنکال عفونی؟ یادداشت می کند برای بیمار قویا آنسفالیت مطرح نبوده و با توجه به حاملگی، سردرد و عدم وجود تب CVT مطرح است و سفتریاکسون، و انکومایسین و LP DC شود.

بعد از انجام MRI, MRV ساعت 00:20 am ویزیت نورولوژی انجام و پس از اطلاع وضعیت بیمار به رزیدنت ارشد کشیک و اتند آنکال نورولوژی CVT رد و آندوکاردیت عفونی مطرح می گردد با توجه به $INR=1.6$ ، قبل از انجام LP، چک مجدد PT PTT, INR و انجام LP طبق توصیه سرویس عفونی و اکوکاردیوگرافی و مشاوره قلب اورژانس از نظر آندوکاردیت عفونی، بررسی از نظر Covid-19 و بعد از بستری انجام MRI هیپوفیز با توجه به بزرگی هیپوفیز در یکی از کاتهای MRI درخواست می گردد.

ساعت 00:40 am دستور بستری ICU ریه و درخواست مشاوره قلب در بخش توسط رزیدنت سال 3 نوشته می شود. طبق یادداشت ایشان: مادر هوشیار واریانته نیست. قلب تاکیکارد است با $PR=160$ در سمع ریه ها کراکل فاین بصورت منتشر و دوطرفه سمع می شود. کف پای دابل فلکسور و چشم راست واکنش به نور دارد ولی چشم چپ بدون پاسخ است (عمل شده). $O_2Sat=94\%$ $BP=124/102$

بیمار ساعت 1:50 با $O_2sat=91\%$ ، $BP=100/68$ ، $PR=165$ ، $RR=45$ ، $BT=37.9$ با ماسک رزروگ و $GCS=6$ در بخش ICU ریه پذیرش می گردد، مادر در بدو ورود دیسترس شدید و تنفسهای gasping داشته و تاکیکارد بود. بلافاصله وضعیت بیمار به فلوی آنکال اطلاع و توسط ایشان ویزیت می شود و طی مشاوره بیهوشی اورژانس توسط رزیدنت بیهوشی با لوله تراشه شماره 7/5 و با داروهای پروپرفول و ساکس اینتوبه می گردد. مادر با $O_2Sat=95\%-96\%$ به رزیدنت ICU تحویل داده می شود. به علت افت $BP (60-70)$ (SBP) بعد از اینتوباسیون بیمار هیدراته شده و تحت انفوزیون لنوفد قرار می گیرد. مشاوره قلب اورژانس از جهت بررسی آندوکاردیت درخواست و اکوی قلبی انجام می شود (توسط رزیدنت سال 2). در اکوکاردیوگرافی بیمار تاکی کارد بوده و شواهد وژتاسیون مشکوک در دریچه میترال داشت. که توصیه به TEE و TTE برای فردا صبح می گردد. مشاوره عفونی مجدد از نظر احتمال آنسفالیت و انجام LP درخواست می شود و سفتریاکسون و انکومایسین مجدداً شروع و کشت خون در سه نوبت درخواست می گردد. CXR پرتابل نیز با اخذ رضایت از همسر و با شیلد شکمی انجام می شود. فلوی آنکال ریه پس از ریت CXR، با احتمال Covid-19 رمدسیویر و هیدروکورتیزون Order می کند.

بیمار دیورز نداشته و علیرغم دریافت لنوفد BP پایین و O_2 ساچوریشن $40\%-88\%$ داشته است. مادر ساعت 04:05 دچار برادیکاردی شده و به مدت 5 دقیقه تحت CPR موفق قرار می گیرد. مجدداً ساعت 04:30 دچار برادیکاردی و سپس آسیستول می گردد و تا ساعت 05:30 CPR می شود که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و ساعت 05:30 ختم CPR اعلام می گردد.

5/25 مورخ 3:08 am ساعت ABG : $PH=7.35$ $PCO_2=34.4$ $HCO_3=19.3$

5/25 مورخ 3:38 am ساعت ABG : $PH=7.23$ $PCO_2=38.4$ $HCO_3=16.3$

در آزمایشات انجام شده : $LDH=472$ $CRP=231$ $WBC=27600$ $Lymph=3.5\%$

PCR=Negative

در MRI مغز SAH دوطرفه در قسمت فرونتوپاریتال و هیدروسفالی خفیف و ادم اینتر ستیشیال پری و نتریکولار همراه با ایسکمی حاد در ناحیه سنترال سمی اول گزارش شده است. در MRV بطور صریح CVT و AVM رد شده است. در اتوپسی عفونت منتشر پرده های مغزی (مننژیت) و عفونت ریه ها گزارش شده که در پاتولوژی نیز تایید شده است. مادر سال 97 به علت PSVT به متخصص قلب مراجعه کرده و در اکو یافته پاتولوژیک نداشت.

نکات ویژه :

1. در MRI ایسکمی حاد و منتشر و دوطرفه مغزی در زمینه آمبولی احتمالاً عفونی مشاهده می شود.
2. SAH گزارش شده در MRI بسیار جزئی و خطی بوده و نمی تواند علت مرگ بیمار باشد.
3. مادر از اوایل بارداری سردرد و بی حالی داشته و توسط سیستم بهداشتی خوب Manage نشده است.
4. تابلوی بالینی بیمار با شوک سپتیک سازگار می باشد ولی کشت خون منفی بوده است. (آنتی بیوتیک دریافت نکرده بود)
5. در اتوپسی شواهد آندوکاردیت وجود نداشته است.
6. از زمان ورود بیمار به بیمارستان و ارست قلبی 9 ساعت طول کشیده و عملاً کار زیادی برای نجات بیمار نمی توانست انجام شود.
7. در بیمارستان مادر مسئول تشخیصی نداشته و کار تیمی انجام نشده است.
8. بیمار می بایست در اورژانس انتوبه شده و بعد از Stable شدن جهت ادامه مراقبت به ICU منتقل می شد.

خانم 29 ساله، خانه دار، دیپلم، BMI=29.2، G2P1، بدون سابقه بیماری خاص. بارداری خواسته بوده و سابقه تزریق واکسن کورونا ندارد. مادر با بارداری 21 هفته به علت تب و لرز، میالژی و سرفه مورخ 00/5/3 ساعت 23 به بیمارستان A مراجعه و با شک به کووید 19 در سرویس زنان بستری می شود. طبق اظهار همسر، مادر از 5 روز قبل تهوع و استفراغ و علائم تنفسی داشته و با مراجعه به درمانگاه آزیترومايسين، زینک پلاس، کلسیم و سرم دریافت کرده بود (مورخ 00/5/2). علائم حیاتی موقع بستری BT=37.4 BP=100/60 RR=17 PR=85 O2Sat=96% بود. برای مادر آزمایشات PCR، LDH، CBC، LFT و تستهای انعقاي والکتروليت ها را درخواست کرده و آمپول آپوتل، استامینوفن 500، شربت دیفن هیدرامین و آمپول انوکسپارین 60mg/BID تجویز می شود. مادر همچنین توسط متخصص زنان ویزیت می شود. به علت پتاسیم K=3 برای مادر پتاسیم خوراکی داخل آب میوه تجویز می شود.

روز دوم بستری: مادر همچنان تب دار است و از تهوع و استفراغ شکای می باشد. برای مادر دیمترون تجویز شده است. دستورات متخصص داخلی تلفنی صادر شده است. روز سوم بستری به علت افت ساچوراسیون تا 91% و ادامه تب، پس از هماهنگی (MCMC) با بیمارستان ریفال با تشخیص کوید-19 و با GCS=15، BP=120/80، PR=101، RR=18، BT=38 و بدون اکسیژن O2sat= 94- 95% به آن مرکز اعزام و ساعت 15:45 در بخش ICU پذیرش می شود.

در موقع پذیرش BP=121/63، PR=94، RR=19 و BT=37 O2Sat=94% بدون اکسیژن داشته است. بیمار تحت مانیتورینگ قلبی- ریوی قرار گرفته و اکسیژن تراپی با ماسک ساده انجام می شود، ویزیت اولیه توسط رزیدنت داخلی انجام و به اطلاع اتند مسئول رسانده می شود و دستورات چک آزمایشات مربوطه و EKG - فاموتیدین - هپارین پروفیلاکتیک، ارسال PCR- اکسیژن با کانول بینی - اسپری آترونت و سروتاید و قرص برم هگزین گذاشته می شود. با توجه به CTNI مثبت (weekly positive) و تغییرات ECG (ST Depression) در لیدهای (V3-V5) مشاوره قلب اورژانس انجام می شود. مشاور قلب درخواست CTNI مجدد به روش کمی در سه نوبت و ECG سریال را توصیه می کند. در اکومشکل خاصی وجود نداشت با LV EF=50-55%. در روش کمی CTNI منفی بود. برای مادر مشاوره زنان و سونوگرافی از نظر سن بارداری و سلامت جنین انجام می شود که جنین زنده با FHR=154 و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می گردد. (22w+3d = سن بارداری). مشاور زنان جواب می دهد در حال حاضر نیاز به اقدام خاصی از نظر زنان نمی باشد و سونوگرافی وضعیت بارداری دو بار در هفته توصیه می شود.

نومین روز بستری: مادر از درد شکم شکای است ولی در معاینه یافته خاصی ندارد (از 3 روز قبل دیفیکیشن نداشته است) دگزامتازون و رم دسیور و شربت MOM به دستورات دارویی بیمار اضافه می گردد. شبکاري بیمار تدار شده (BT=38-38.8) و چندین نوبت آپوتل تجویز و U/A، U/C و B/C در دو نوبت درخواست می شود. ساچوراسیون اکسیژن با هوای آزاد 88% می باشد.

روز سوم بستری: درد شکم برطرف شده است. PCR+ گزارش می شود.

علائم حیاتی: BP=121/77، PR=91، RR=25، BT=37 O2Sat=93% با ماسک می باشد.

VBG: PH=7.43 PCO2=34.4 HCO3=21.7

در عصرکاری بیمار دچار تاکی کاردی و تاکی پنه می شود (PR=120). اکسیژن با ماسک رزرو بگ می گیرد (O2Sat=92%). هپارین D.C و انوکسپارین (60mg/BID) به دستورات دارویی بیمار اضافه و CXR اورژانس درخواست می گردد. از اول شبکاري بیمار روی NIV قرار می گیرد (O2Sat=93%-97% و RR=15-21). به علت عدم تحمل NIV به طور متناوب تحت ماسک رزرو بگ و NIV قرار می گیرد. با توجه به ادامه تب برای مادر تازوسین و لووفلوکساسین شروع می شود.

روز چهارم بستری: مادر بی قرار است و احساس خفگی دارد. به علت عدم حس حرکات جنین توسط مادر، سونوگرافی اورژانس بدساید از نظر سلامت جنین انجام می شود که جنین زنده با FHR=150، جفت قدامی لترال راست و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می گردد. در CXR درگیری شدید ریوی دارد.

روز ششم بستری: به علت دیسترس تنفسی (O2Sat=84% با رزرو بگ)، دگزامتازون hold شده و پالس کورتون شروع و اکوکاردیوگرافی بدساید برای بررسی احتمال PTE و وضعیت RV درخواست می شود که EF=55% داشته است (NO clot, NO PE, Normal IVC). به علت گزارش BS=450 واحد انسولین رگولار تزریق شده و طی مشاوره غدد تحت درمان با انسولین رگولار و NPH و KCL قرار می گیرد.

VBG: PH=7.34 PCO2=40 HCO3=22 با ماسک رزرو بگ O2Sat=85% می باشد

(U/C= Three type of Gram Negative colonise isolated و B/C=Negative)

روز نهم بستری: ساعت 07:10 به دلیل افت ساچوریشن (64%)، تاکی کاردی PR=153 و دیسترس تنفسی (RR=54) با NIV، توسط کد احیا با داروهای فنتانیل و پروپوفول و با لوله تراشه شماره 7/5 تحت اینتوباسیون قرار می‌گیرد. CXR پرتابل نیز انجام می‌شود که نسبت به روز گذشته درگیری ریوی بیشتری داشته است. بعد از اینتوباسیون تحت انفوزیون فنتانیل، میدازولام و آتراکوریوم قرار می‌گیرد. ساچوریشن های بیمار بعد از اینتوباسیون متغیر و در محدوده 35%-85% بود. به علت ساچوریشن های پایین (75%-70%) دونوبت مشاوره زنان برای ختم بارداری جهت جلوگیری از هیپوکسی جنین درخواست می‌شود. طبق نظر اتند زنان به علت پایین بودن سن حاملگی نیاز به مداخله ای از نظر زنان ندارد و توصیه می‌شود سونوگرافی از نظر سلامت جنین بعد از Stable شدن درخواست گردد. به علت آمفیژم زیر جلدی دو طرفه گردن و قفسه سینه و پنومومدیاستن، چست تیوب دوطرفه توسط سرویس جراحی تعبیه می‌گردد. ساعت 13:40 سونوگرافی از نظر سلامت جنین انجام می‌شود که طبق سونوگرافی انجام شده جنین فاقد ضربان قلب بود. مجدد با مشاور زنان صحبت می‌شود و ایشان اظهار می‌کند با توجه به شرایط بحرانی مادر، فعلاً نیاز به ختم اورژانسی بارداری ندارد. به علت افت فشار خون BP= 65/50 تحت انفوزیون لنوفد قرار می‌گیرد. نهایتاً مادر ساعت 17:30 دچار ریتم VT و سپس آسیستول می‌گردد و چندین نوبت CPR می‌شود. حین CPR مشاوره قلب و اکوی قلبی نیز انجام می‌شود که EF=10%-15% داشته است. نهایتاً پس از یک ساعت و 30 دقیقه CPR، ساعت 19:00 ختم CPR اعلام می‌شود. در حین CPR ترشحات خونی فراوان از لوله تراشه وجود داشت.

آزمایشات : WBC=5400—6800--16900 Lymph=2.8%
 Hb=11.9—11.4--12 PLT=137,000—261,000—311,000
 T.Bili=0.4 AST=67 ALT=44 Alk.p=408 LDH=1677
 D.Bili=0.2 Ind.Bili=0.2 Urea=11 Cr=0.7 (D-Dimer=250) .

کیس 23

خانم 38 ساله، لیسانس، سابقه هیپوتیروئیدی BMI=29.5، G3P1، سابقه یکبار سزارین 9 سال قبل و بارداری خواسته بود. است. مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بوده و واکسن کووید تزریق نکرده است. مادر مورخ 00/5/26 (29 هفته) احساس سرما خوردگی داشته و روز بعد درد عضلانی به تابلوی بیماری اضافه می‌شود. با اساتید مشاوره کرده و استراحت تجویز می‌شود. 4 روز بعد مورخ 00/5/30 آزمایش PCR داده و عصر مثبت اعلام می‌شود. ساچوراسیون اکسیژن حدود 95% بوده است. با ICU man تماس گرفته و ایشان توصیه می‌کند استراحت نماید و در صورت ساچوریشن زیر 93 گزارش دهد. 2 روز بعد مورخ 00/6/1 توسط متخصص عفونی عضو هیات علمی ویزیت می‌شود با توجه به ساچوریشن 95% توصیه شده داروی خاصی لازم نیست و در منزل استراحت نماید. مورخ 00/6/3 ساچوریشن افت کرده و حدود 92-93 می‌گردد. از ICU man مشاوره می‌گیرد و با توصیه ایشان آمپول دگزا متازون شروع می‌کند. روز بعد مورخ 00/6/4 ساعت 8:45 صبح به علت افت ساچوریشن تا 86% و تشدید تنگی نفس به بیمارستان زنان مراجعه نموده پس از بستری و دریافت رمدسیور، دگزامتازون، هپارین، لووتیروکسین، اسپری سروتاید و آترونت، به دلیل نیاز به ICU Care با علایم حیاتی : BP=111/69، PR=99، RR=45، FHR=131، O2 ساچوریشن 88% بدون اکسیژن و 97% با ماسک رزرو بگ به بیمارستان جنرال اعزام و ساعت 21:30 در بخش ICU پذیرش می‌شود. در بدو ورود بیمار هوشیار و اورینته بوده و، BP=106/89، PR=96، RR=30، O2sat=90% و BT=36/8 داشته است.

HCO₃=16.7 PCO₂=54.4 PH=7.43 ABG مورخ 6/4 ساعت 10:30

برای مادر دستورات : اکسیژن با رزرو بگ - آمپول رمدسیور-فاموتیدین -، دگزامتازون 8mg/d - شربت دیفن هیدرامین، برم هگزین، قرص استامینوفن 500، اسپری سروتاید و آترونت، انوکسپارین بادوز پروفیلاکسی، اسکن ریه و مشاوره قلب و ویزیت روزانه سرویس زنان و درخواست آزمایشات مربوطه گذاشته می‌شود.

مورخ 6/5 ساعت 5:46 HCO₃=20 PCO₂=31.4 PH=7.41 ABG :

در اسکن ریه درگیری شدید دوطرفه و محیطی گزارش می‌شود. مشاور قلب برای مادر اکو انجام می‌دهد دراکو پریکاردیال افیوژن نداشته و EF=50%-55% بود. ساعت 12:30 با دستور اتند ریه دگزامتازون قطع و متیل پردنیزولون 40mg/TDS تجویز می‌گردد.

در ساعت 23 توسط اتند کشیک دستورات چک Iron, TIBC, Retic Count - آمپول سفتریاکسون و - آزیترامایسن گذاشته می‌شود. Hb=10.6 بود

روز دوم بستری 00/6/6: مادر تب دار نیست. از بی خوابی و سردردشاکمی است. در ویزیت سرویس زنان آمپول بتا متازون 12mg/12h/2dose وچک پروتئین وکراتینین ادرار 24 ساعته و LFT تجویز می شودو توصیه می شود با احتمال زایمان زودرس در صورت صلاحدید سرویس داخلی انوکسپارین قطع و هپارین تجویز گردد.

علائم حیاتی : BP=102/54 PR=88 RR=42 O2Sat=89% بارزروبگ

روز سوم بستری 00/6/7: مادر کمی ILL است. علائم زایمانی ندارد. جنین مشکلی ندارد.

علائم حیاتی : RR=40 O2Sat=95% BP=115/67 می باشد

روز ششم بستری وروز 16 بیماری: مادر هوشیارو اریانته است . تب دار نیست. مشکل خاصی را ذکر نمی کند .

علائم حیاتی : BP=100/60 PR=105 RR=25 O2Sat=88% با رزروبگ

آزمایشات: K=4.5 Na=135 PLT=298,000 Hb=11.1 LYM=22% WBC=21,700

ABG : PH=7.49 PCO2=34.3 HCO3=26.4

روز هشتم بستری: در CXR بهبودی نسبی دیده می شود. مشاوره روانپزشکی از نظر افسردگی و اختلالات خواب انجام و کلرودiazوپوکساید و شربت دیفن هیدرامین تجویز می شود. به علت پروتئینوری 437mg مشاوره نفرولوژی انجام میشود و مشاور یادداشت می کند نیازبه اقدام خاصی ندارد .

علائم حیاتی : BP=102/75 PR=88 RR=35 O2Sat=85%

ABG : PH=7.35 PCO2=38.2 HCO3=21.4

آزمایشات: WBC=15,300 LYM=3.7% Cr=0.65 Urea=42 LFT=N LDH=812

در شبکاری به علت افت ساچوریشن تا 76% به صورت متناوب روی NIV قرار میگیرد. با این اقدام O2 ساچوریشن بیمار تا 87 % افزایش می یابد . با توجه به احتمال هیپوکسی جنین برای مادر مشاوره زنان از نظر ختم بارداری انجام میشود. جواب مشاوره : در حال حاضر نیاز به ختم بارداری ندارد.

روز نهم بستری: ساعت 10:13am به دلیل دیسترس تنفسی و آریتاسیون اینتوبه میشود. بعد از اینتوباسیون تحت انفوزیون فنتانیل و پرسدکس و مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی از نظر PTE قرار میگیرد که نرمال گزارش میشود (RV نرمال + EF=55%).

CXR نیز انجام میشود که فاقد پنوموتوراکس بوده است. مشاوره زنان نیز از نظر ختم بارداری انجام میشود و اتند زنان اعلام می کند با توجه به کاهش (Beat to Beat Variability) و تاکیکاردی قلب جنین ، ختم بارداری اورژانس لازم است . جواب مشاور زنان به اطلاع اتند محترم ریه رسانده می شود و ایشان دستور می دهد در صورت نیاز به ختم بارداری از نظر سرویس زنان کارهای ختم بارداری انجام گیرد.

ABG : PH=7.45 PCO2=36.1 HCO3=22.54

علائم حیاتی بیمار ساعت 14:00 به صورت BP=88/48 ، PR=121 ، O2sat=92% و RR=12 چارت میشود و طبق نوت پرستاری ساعت 14:30 رزرو 2 واحد پکدسل انجام و مادر با علائم حیاتی stable و با همراهی نرس به اتاق عمل منتقل می شود. طبق برگه رکورد بیهوشی ، علائم حیاتی قبل از عمل BP=98/65 ، PR=115 و O2Sat=65% بود . عمل ساعت 15:15 با بی هوشی عمومی و برش LML توسط فلوی پریناتولوژی شروع می شود که حاصل آن نوزاد ؟ پره ترم با آپگار 6/2 بوده است. عمل بدون مشکل خاصی انجام می گیرد. ساعت 16:10 بعد از پایان عمل و قبل از تحویل بیمار به ریکاوری ، بیمار دچار افت ناگهانی فشارخون درحد BP= 58/29 با PR=110 میشود با شک به خونریزی زایمانی مادر بلافاصله توسط فلوشپ پریناتولوژی تحت معاینه قرار میگیرد . طبق گزارش ایشان ، خونریزی درحد آلودگی دستکش بود . بلافاصله انفوزیون لنوفد و اپی نفرین شروع میشود، ویزیت جراحی نیز از نظر پنوموتوراکس توسط رزیدنت جراحی انجام میشود که پنوموتوراکس نداشته است. مجدداً ساعت 16:30 توسط فلوشپ زنان ویزیت و به علت شلی عضله رحم ماساژ دودستی انجام می گیرد و بعداز ماساژ ، رحم جمع می شود و حدود 40 سی سی خون تیره خارج می شود. برای مادر یک واحد پکدسل پوش شده و 1000µg میزوپروستول رکتال گذاشته میشود. چند دقیقه بعد بیمار آسیستول شده و تحت CPR قرار می گیرد که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و ساعت 17:15 ختم CPR اعلام میگردد. بیمارستان زنان : CRP=3+

WBC=5700 LYM=9% Hb=11.5 PLT=224,000 SGOT=58 SGPT=34 LDH=527

Urine PRO=2+ Cr=0.7 Urea=9 تستهای انعقادی نرمال بود

بیمارستان جنرال: WBC=11500--15300 LYM=5.2%--3.7 PLT=298000

Hb=11.4 Cr=0.7 Urea=23 K=4.2

TSH=0.1 T4=10.5 LFT=N

نکات ویژه :

1. مادر در پذیرش درمان و بستری در بیمارستان همکاری لازم را نداشته است.
2. اضطراب بیماران مبتلا به کووید بیشتر به علت ریلیز کاتاکولامین ها می باشد.
3. درمان ها بیشتر سلیقه ای بوده وبا پروتکل کشوری کمتر مطابقت دارد.

کیس 24

خانم 34 ساله ، معلم ، فوق لیسانس، BMI=23.5، G1P0 بدون سابقه بیماری و مصرف داروی خاص و بارداری خواسته بوده است .
مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام شده و یکبار هم در مرکز جامع سلامت مراقبت شده است.
در هفته های آخر بارداری نیز در بیمارستان به پریناتولوژیست مراجعه کرده و تحت نظر ایشان بوده است .
مادر مورخ 00/7/20 (هفته 39 بارداری) به علت تنگی نفس و درد کمر از روز قبل به بیمارستان A مراجعه و زایمان طبیعی می کند و در تاریخ 00/7/21 با وجود علانم تنگی نفس و درد بدن مرخص می گردد(سرفه نداشته است).
مادر مورخ 00/7/24 با شکایت تب ،سرفه و تنگی نفس به کلینیک عمومی مراجعه می نماید و سرم تجویز و اسکن درخواست می شود .روز بعد 00/7/25 در اسکن ریه درگیری 70 درصد ریه را گزارش می شود و مادر بابت نتیجه اسکن به بیمارستان B مراجعه می کند .
موقع مراجعه (ساعت 16:30) : مادر هوشیار واریافته بود.از تنگی نفس شاکی بود.در اسکن همراه درگیری وسیع ریه داشت.

علائم حیاتی : BP=113/74 PR=113 RR=18 BT=38.3 O2Sat=76% بدون اکسیژن داشت.در اورژانس برای مادر دستورات : تعویه لاین وریدی-سرم نرمال سالین -آمپول آپوتل-اخذ EKG -اکسیژن تراپی با ماسک رزروپگ گذاشته می شود .بعد از اتمام سرم مادر ساعت 17:15 به علت نبود تخت خالی در بخش ICU، در بخش POST ICU بستری می شود با دستورات طب اورژانس : سرم نرمال سالین -اکسیژن با ماسک رزرودار-چک آزمایشات CBC.CPK,CTNI,ESR، تستهای کبدی ،کلیوی ،انعقادی و الکترولیتها-آمپول رمدسیویر، انوکسپارین 40mg/d، پنتوپرازول، اسپری سرتاید،آمپول متیل پردنیزولون 40mg/TDS -قرص NAC- ویتامین های روتین کورونا و اطلاع به متخصص عفونی و ویزیت روزانه زنان

روز دوم بستری: مادر ساعت 15:35 توسط متخصص عفونت ویزیت می شود.طبق یادداشت ایشان : وضعیت بالینی Stable در سمع قلب نرمال و خشونت منتشر در هردو ریه دارد و . O2Sat=80% می باشد .برای مادر دستورات : سرم نرمال سالین -اکسیژن با ماسک رزرودار-پتاسیم 15cc/q12h ،سولفات منیزوم 50% 5cc/Q8h ، کلسیم گلوکونات، انوکسپارین 40mg/q12h، پنتوپرازول، اسپری سرتاید، آمپول متیل پردنیزولون D.C و آمپول دگزامتازون 8mg/q12h و قرص نورتریپتیلین 10-آمپول سفتی زوکسیم -شربت دیفن هیدرامین را تجویز می کند.
ساعت 21 به علت تنفس شکمی و دیسترس شدید وافت ساچوراسیون تا 70 % با متخصص عفونی تماس می گیرند وبا دستور تلفنی ایشان با جا به جایی یکی از بیماران مادر به بخش ICU منتقل شده و تحت NIV قرار می گیرد.در ساعت 23:50 به علت عدم تحمل NIV و آژیتاسیون و شرایط Unstable وافت ساچوراسیون تا 55-60% مجدداً با متخصص عفونی تماس می گیرند وایشان تلفنی دستور می دهد نصف آمپول هالوپریدول تزریق شود ودر صورت ادامه بی قراری تزریق تکرار گردد.

روز سوم بستری: مادر هوشیار ولی آژیته است. تحت NIV می باشد .علائم حیاتی : BP=140/80 PR=75 O2Sat=84% می باشد. آمپول اکتمرا 800 میلی گرم وانکومایسین ،قرص آلپرازولام نصف قرص هر 12 ساعت برای بیمار تجویز می شود، درشیفت شبکاری ، به علت دیسترس تنفسی و افت SPO2 زیر 70% با دستور تلفنی متخصص عفونی آمپول مورفین و هیدروکورتیزون 100mg تزریق شده، به علت ادامه دیسترس تنفسی وافت هوشیاری و افت spo2 تا 20% و عدم تحمل NIV بیمار ساعت 23:30 توسط متخصص بی هوشی انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل و تحت انفوزیون میدازولام و فنتانیل قرار می گیرد.

روز چهارم بستری: تشکیل شورای تخصصی توسط پزشک معالج درخواست شده و در ساعت 12:30 جلسه شورای تخصصی مادر باردار برگزار می شود طبق نظر کمیسیون، پالس کورتون (250 میلی گرم متیل پردنیزولون به صورت BID به مدت سه روز و سپس 125 میلی گرم BID و سپس 30 میلی گرم هر 8 ساعت) شروع قرص نورتریپتیلین ،آلپرازولام ،دیفن هیدرامین ،هالوپریدول و دگزامتازون ،انوکسپارین قطع شده وپالس

متیل پردنیزولون 250mg/TDS، انفوزیون هپارین 900U/h، انفوزیون آتراکوریوم، فنتانیل، میدازولام و آمپول مورفین 2mg/q8h گذاشته می شود.

روز پنجم بستری: مادر انتوبه و سدیت است. در ویزیت روزانه زنان در محل بخیه های اپی مختصری باز شدگی مشاهده می شود ولی ترشحات

عفونی ندارد. علایم حیاتی: RR=29 PR=85 O2Sat=85% BP=120/80
WBC=19600 Hb=11.8 PLT=259000 PT=13.2 PTT>120 INR=1.13

سفتی زوکسیم D.C مروپنم، پنتو پرازول، کپسول داکسی سیکلین 100mg/BID و انفوزیون لازیکس به شرط فشار خون بالای 90، ویال فیبری نوژن با توجه به افت فیبری نوژن Order شده و دوز هپارین به (700 IU/h) کاهش داده می شود.

روز ششم بستری: بیمار تب دار شده است. در آزمایشات افت فیبری نوژن دارد. O2Sat=73% PR=83 BP=129/90
ABG: HCO3=23.5 PCO2=38 PH=7.4

آمپول کلیستین و آمپول مترونیدازول شروع می شود. شستشوی محل اپی زیاتومی روزانه دو بار با بتادین رقیق شده با سرم نرمال سالین و سایر مراقبت های لازم از محل اپی زیاتومی انجام می گیرد و علیرغم شستشوی روزانه، سوچورهای محل اپی باز شده و ترشحات چرکی از محل وجود دارد.

روز هفتم بستری: به علت افزایش فشارخون و افت ریت قلبی مشاوره قلب در خواست می شود. BP=174/99 PR=59 مشاور قلب برای مادر اسپرین، قرص تنوفیلین SR، قطع سداتیو مغزی، قرص لو زارتان و انوکسپارین 40mg/d را توصیه می کند. در اکو مشکل خاصی نداشت.

روز دهم بستری: مادر انتوبه و سدیت است. FIO2 با توجه به SPO2 و ABG بیمار در حال کاهش می باشد. بیمار تب بالادارد BT=39.3
O2Sat=89-90% HR=119 BP=175/116 با دستور تلفنی متخصص عفونی چک پره کلسیتونین درخواست و آمپول تیکارسیلین شروع می شود. در ویزیت ساعت 14 مشاوره ریه، انفوزیون لازیکس 4mg/h - آمپول مورفین 2mg/q12h - قرص والسارتان و آملودیپین - کپسول ریفامپین 300mg/q12h - قرص کوتریموکسازول هر 8 ساعت 2 عدد و آمپول دگزامتازون 4mg/q8h و قطع متیل پردنیزولون، لو زارتان، داکسی سیکلین، مترونیدازول و مروپنم را Order می کند. به علت بالا بودن فشارخون از سرم TNG برای کاهش فشارخون استفاده می شود.

ABG: HCO3=47 PCO2=75 PH=7.41 RR=23

HCO3=48.4 PCO2=80 PH=7.39 RR=28

WBC=31400 Neut=97% Hb=13.4 PLT=157000 Cr=0.6 D.Dimer=2375

مشاور ریه ساعت 15:30 مادر را ویزیت کرده و توصیه می کند: در ونتیلاتور RR=20 تنظیم شود-در خواست فسفر سرم و اکوکاردیوگرافی - CXR پرتابل - ارسال نمونه ترشحات لوله تراشه برای بررسی لنفوسیت ریدشتبرگ، چک PTT, VBG, تنظیم PTT=1-1.5 برابر کنترل با افزایش دوز هپارین - CXR پرتابل - اسپری آترونت و سرفلو و سالبوتامول و هماهنگی و انتقال به بیمارستان امام رضا انجام شود.

روز یازدهم بستری: هنوز انفوزیون سرم TNG ادامه دارد. دیورز برقرار است (انفوزیون لازیکس دارد). به علت افت فیبری نوژن مرتب فیبری نوژن تزریق می شود. با توصیه متخصص قلب به علت فشارخون بالا، چند بار لابتالول تزریق و قرص کنکور شروع می شود. مورخ 1400/08/07، آمپول کاسپوفاترین شروع می شود.

روز چهاردهم بستری: محل اپیزیوتومی باز است ولی خونریزی و ترشحات چرکی ندارد. علایم حیاتی: BP=152/90 PR=105
O2Sat=92%

طی مشاوره جراحی، CV-Line برای بیمار تعبیه می شود. ریفامپین، دگزامتازون و آلبومین D.C و کلیستین، متیل پردنیزولون 30mg/q8h و استازولامید 250mg/q12h تجویز می شود.

روز پانزدهم بستری: مادر اسهال دارد. در آزمایشات WBC=22,000 می باشد، متخصص عفونی طی دستور تلفنی ریفامپین را مجدداً شروع می کند. سایر دستورات: قطع استازولامید، تغییر تنظیمات و ونتیلاتور به RR=30،

در ویزیت ساعت 15: و انکومایسین و سفپییم D.C و لینزولید و آمپی سیلین سولباکتام و متیل پردنیزولون 20mg/q8h شروع می شود.

ABG: PH=7.29 PCO2=74 PO2=66 HCO3=35.5 BE=18

در تاریخ 00/08/13 در اول شیفت صبح کاری چندین بار دچار افت ساچوراسیون شده و مادر از دستگاه off شده و با آمبویگ و نتیله می شود. با دستور تلفنی متخصص عفونی انفوزیون هپارین 1000U/h - انفوزیون لازیکس 4mg/h - CXR - مشاوره قلب Order می شود. در ساعت

10:45 دچار ایست قلبی - تنفسی شده و احیای موفق انجام می شود . مجدداً ساعت **11:30** ارست کرده و تحت عملیات احیا قرار می گیرد که موفقیت آمیز نبوده و متأسفانه بیمار در ساعت **12:15** فوت نمود.

اکو: EF=50-55% و یافته ها با ترومبوآمبولی ماسیوسازگار نمی باشد. در صورت شک بالینی بالا اسکن پرفیوژن انجام شود.

WBC=6800 - 22800 Lymph=2.5% CRP=81 LDH=1456 FIB<81 CK-MB=20 COVID PCR=Neg

Procalcitonin=Neg D.Dimer=340 —>3200 B/C=Neg

CRP=81 SGOT=32 SGPT=25 P=2.5 Alb=2.5 Urea=13--26 Cr=0.5

در CXR پرتابل افزایش تراکم هتروژن وسیع با Air Bronchogram در ریه ها بجز آپیکال دوطرف دیده می شود. قلب نسبتاً بزرگ است (کاردیومگالی + پنومونیت وسیع دوطرف)

PLT=173,000--207000 WBC=19000—38900 LYM=9.2%--4.8% Hb=10.7—11.2

CRP=50 LDH=1429 Cr=0.5--1 BUN=17 D.DIMER>3200

نکات ویژه :

- 1- مادر در بیمارستان اول از نظر علائم کووید 19 غربالگری نشده است.
- 2- انتخاب آنتی بیوتیک ها صحیح نبوده است.
- 3- دادن ریفامپین بصورت روتین اشتباه بوده و جز موارد محدود اندیکاسیون نداشته و سبب ایجاد مقاومت های باکتریال می شود.

کیس 25

خاتم 23 ساله ، خانه دار باسواد دیپلم ، BMI=24 ، G2P0 با سابقه دیابت type1 از 15 سالگی و تحت درمان با انسولین ، سابقه یکبار EP 5-6 ماه قبل (6 هفته که خودبخود جذب شده بود) و حاملگی خواسته می باشد.

برای نامبرده به دلیل تمایل ایشان به بارداری مورخ 00/7/16 مراقبت پیش از بارداری انجام می گیرد.

در اوایل دی ماه ، مادر خانواده به بیماری کرونا مبتلا شده و متوفی با ایشان ملاقات داشته است (از حاملگی خود مطلع نبوده است).

مادر به علت درد کمر ، لک بینی و تهوع مورخ 00/10/6 به متخصص زنان مراجعه و برای مادر سونوگرافی و آزمایش بارداری درخواست می شود. متخصص زنان به علت گزارش قطب رویانی بدون ضربان قلبی واضح مادر رابه بیمارستان ارجاع می دهد. مادر عصر روز بعد (00/10/7) به بیمارستان زنان مراجعه می کند . برای ایشان آزمایش و سونوگرافی درخواست می گردد . مادر بعد از انجام سونوگرافی و اطلاع از تایید مرگ جنین بیمارستان را ترک می کند.

صبح روز بعد (مورخ 00/10/8) مادر به بیمارستان زنان مراجعه و با سطح تریاژ 4 وارد اورژانس می شود. موقع پذیرش ساعت 10:05 مادر هوشیار بود. درد کمر و لک بینی را از 2 روز قبل ذکر می کرد . مادر بیمار 5 روز قبل به علت کورونا فوت کرده بود. درسمع ریه ها کاهش صدا

در قاعده ریه ها وجود داشت . در معاینه واژینال کول بسته بود. علائم حیاتی ثبت شده: BP=120/70 BT=36.7 RR=14 PR=99

O2Sat=97% برای مادر سونوگرافی درخواست می شود. در سونوگرافی ساک دفورمه ، قطب جنینی فاقد ضربان قلب ، میزان مایع

نرمال و سن حاملگی 7 هفته و 6 روز گزارش می شود. در بررسی ضمنی پلورال افیوژن خفیف دوطرفه و مایع آزاد خفیف لگنی نیز گزارش می

شود. مادر ساعت 15:30 با تشخیص Missed Abortion بستری بخش جراحی شده و ساعت 16:30 دستور شروع قرص میزوپروستول

400 میکروگرم زیر زبانی هر 8 ساعت گذاشته می شود. چند ساعت بعد از تجویز میزوپروستول مادر تب دار شده و تنگی نفس و افت ساجوراسیون

پیدا می کند. بعد از مشاوره عفونی مادر ساعت 23 با احتمال کووید به بخش کورونا منتقل و اکسیژن تراپی با ماسک صورت 8-9L/m -

هیدروکسی کلروکین ، برم هگزین ، دیفن هیدرامین و ویتامینهای C&D شروع می شود. با توصیه مشاور CXR و PCR درخواست می شود.

علائم حیاتی ثبت شده در بخش جراحی:

ساعت 16:15 (بدو ورود به به بخش): BT=36.7 BP=110/60 RR=18 PR=94

ساعت 21 : BT=39.5 RR=18 PR=95

ساعت 21:30 : BT=39.5 PR=120

ساعت 22:30 : BT=38.5 PR=115 BP=130/70 RR=18 O2Sat=70%

روز دوم بستری: ساعت 9 متخصص داخلی مادر را ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان مادر هوشیار ولی ILL می باشد. تب دار و مضطرب است

از سرفه، تنگی نفس و اسهال شکمی می باشد. علائم حیاتی: BP=128/82 HR=112 BT=38.5 RR=26

O2Sat=70% بدون اکسیژن و 94% با ماسک رزروگ است. برای مادر دستورات آزیترومایسین، هپارین 5000U/BID، فاموتیدین

، آمپول دگزامتازون، بتا اینتر فرون و استامینوفن و مشاوره جهت انتقال به بیمارستان جنرال و درخواست آزمایشات

CBC, Cr, Urea, LFT, PT, PTT, INR, Ferretin, CRP, ESR, CTNI. را Order می کند. دودوز پس از دریافت میزوپروستول مادر

ساعت 10 جنین خود را به صورت لخته دفع می کند مشاوره بی هوشی برای دریافت سدیشن جهت کورتاژ تخلیه ای درخواست می شود

و متخصص بی هوشی با توجه به وضعیت بحرانی مادر دادن سدیشن را به صلاح مادر نمی داند و آنرا فقط در شرایط اضطراری مجاز می داند.

درسونوگرافی ترانس واژینال توسط پریناتولوژیست 30 سی سی بقا یا وجود داشته است که با پنس بیرون کشیده می شود.

در گرافی سینه با ویوی نامناسب کدورت آلوئولر درپارانشیم هردوریه در قسمت میانی و تحتانی با محو شدگی حدود دیافراگم دو سمت و حواشی

قلب وجود داشت.

آزمایشات: WBC=6200 LYM=10% Hb=12.3 HCT=32 PLT=263,000 SGOT=40 SGPT=37

LDH=988 Ferretin=605 CTNI=Neg CPK-Mb=38 CRP=Neg ESR=51

Urea=20 Cr=0.7 BS=72

ABG: PH=7.33 PCO2=33 HCO3=11.5

مادر ساعت 13 طی انجام مشاوره عفونی به بیمارستان جنرال اعزام و ساعت 14:40 در بخش ICU پذیرش می شود.

علائم حیاتی قبل از انتقال: T=37 PR=96 BP=135/83 RR=47 O2Sat=94% با ماسک رزروگ بود.

علائم حیاتی ثبت شده موقع پذیرش در بخش GCS=15، با ماسک رزرو بگ O2Sat=89%، BP=140/96 و HR=95 RR=49

بود. ساعت 17:45 برای مادر اسکن ریه انجام می گیرد.

در اسکن ریه پلورال افیوژن دوطرفه، پریکاردیال افیوژن دوطرفه خفیف، کدورت های گراند گلاس و آلوئولر مولتی لوبار در فیلد ریتین وجود داشت.

برای مادر آمپول متیل پردنیزولون - رمدسیور - سفپییم - انوکسپارین - برم هگزین - کلشی سین - ملاتونین - اسپرومتری تشویقی - آسپرین - فاموتیدین

و ویتامین های E & C & D - آترواستاتین - لازیکس - انفوزیون انسولین و اسپری سروتاید و آترونت گذاشته می شود.

روز دوم بستری: PCR مثبت گزارش می شود مادر تب ندارد و ساچوراسیون اکسیژن در حد 93-94% با ماسک رزروگ می باشد. در شیفت

شبکاری (ساعت 21:30) به علت افت ساچوریشن تا 70%، NIV تعبیه می گردد ولی 2 ساعت بعد به علت عدم تحمل ساعت 23:20 اینتوبه شده

و تحت انفوزیون میدازولام، فنتانیل و آتراکوریوم قرار می گیرد. بعد از انتوباسیون ساچوراسیون اکسیژن به 90% میرسد. ABG: PH=7.27

PCO2=49.4 PO2=64.8 HCO3=22.1 FIO2=100%

روز سوم بستری: مادر اینتوبه و فول سدیت است. تب ندارد. سفپییم قطع شده است. همچنان اسیدوز تنفسی دارد. ABG: PH=7.28

PCO2=55.1 PO2=49.9 HCO3=25.6 FIO2=100% O2Sat=85%

روز پنجم بستری: مادر اینتوبه است. تب دار شده است. ABG قابل قبول است

PCO2=49.8 PO2=88.2 PH=7.31 HCO3=24.7 FIO2=75% O2Sat=93% دوز

انوکسپارین به 60mg/BID افزایش داده می شود و به علت عدم کارکرد روده ای لاکتولوز داده می شود.

PT=21.8 PTT>120 INR=1.6

روز ششم بستری: مادر تاکیکارد است. BP=146/84 HR=126 O2Sat= 97%

برای مادر متورال شروع می شود 25mg/BID . شب مادر دچار افت ساچوراسیون در حد 79-81 شده و با افزایش FIO2 ساچوراسیون به بالای 90% افزایش می یابد. آمپول انوکسپارین به 60mg/daily تغییر داده می شود.

LYM=3.1%(517) WBC=16,700 PLT=443,000 INR=1.13 PTT=29 PT=15.6
K=4.7 Na=152

روز هفتم بستری: بیمار اسهال دارد (لاکتولوز دریافت می کند). به علت افت ساچوراسیون و اسیدوز تنفسی ساعت 12 لوله تراشه توسط فلوی ICU تعویض (شماره 8) تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده می شود. به علت عدم افزایش ساچوراسیون ، به مدت 8 ساعت مادر در وضعیت پرون قرار داده می شود. ساعت 20:30 CXR پرتابل انجام می شود و به علت آمفیزم زیرجلدی هردونیم سینه ، طی انجام مشاوره جراحی ساعت 22:15 توسط سرویس جراحی چست تیوپ دو طرفه تعبیه می شود. طبق یادداشت رزیدنت جراحی حین تعبیه C.T مقداری مایع و هوا خارج می شود. ساعت 23:30 CXR مجدد انجام می شود . به علت کاهش ادرار، سرم و لازیکس داده شده و شستشوی مثانه انجام می شود و ادرار برقرار می گردد.

روز نهم بستری: بیمار تبار شده است برای مادرکشت خون و ادرار درخواست شده و لینزولید، مروپنم و سیپروفلوکساسین شروع می شود. روز بعد به علت ادم پری اوربیتال و فشارخون بالا (BP=187/112) ، آمپول لازیکس 60mg و قرص لو زارتان 50 میلی گرم تجویز می شود. به علت گزارش E.COLI حساس به جنتا مایسین در کشت ادرار و ترشحات لوله تراشه سیپروفلوکساسین قطع و جنتا مایسین شروع می شود.

مورخ 00/10/19 به علت عدم کارکرد چست تیوب ، مشاوره جراحی درخواست می شود. طبق مشاوره انجام شده، چست تیوب سمت چپ به دلیل وجود ترشحات و عدم کارکرد بعد از جابجایی و فیکس کردن ، مجدداً کارکرد پیدا می کند . و به علت BP بالا 190/120 20 میلی گرم لابتالول تزریق و قرص لو زارتان 50mg/BID تجویز می شود به علت ادامه ادم برای مادر آمپول لازیکس 10mg/TDS و آمینواسید گذاشته می شود. مادر مورخ 00/10/21 عصرکاری ساعت 17:15 دچار برادیکاردی (HR=45) می گردد که آتروپین تزریق می شود، مجدداً ساعت 00:05 مورخ 00/10/22 دچار برادیکاردی و آسیستول می گردد و به مدت 30 دقیقه احیا می شود که متاسفانه پاسخ نداده و بیمار فوت می نماید.

Hb=12.7—10.2—7.6—7.2 Hct=24.9 WBC=14000—16,700: آزمایشات

LFT=N PLT=174,000---166,000 Urea=22—52—60 Cr=0.6—1.2—1.02

CPK=167 D.Dimer=1425 Alb=2.9—2.3 Ca=7.5 P=5.3

IL6=17.3—13.3 CTNI=Neg Ferretin=560 LDH=971—1209 ESR=60 CRP=102

کشت ادرار و ترشحات لوله تراشه : اشرشیا کولی E.Coli

کشت خون منفی بود.

نکات ویژه :

1. پلورال افیوژن خفیف در برخی از بیماران کورونایی دیده می شود ولی پریکاردیال افیوژن معمولاً وجود ندارد و بهتر بود آزمایشات روماتولوژی در خواست می کردند.
2. به احتمال قوی مرگ جنین در اثر بیماری کورونا نبوده است.
3. طبق گزارش پزشک معالج درگیری ریه بیش از 85% بود.

کیس 26

خانم 29 ساله ، دیپلم و خانه دار ، BMI=33.7 ، G3P1Ab1 سابقه سقط در بارداری اول و سابقه یکبار زایمان واژینال، بارداری خواسته بود. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در بخش دولتی و بخش خصوصی بصورت مرتب انجام گرفته است. اواخر مهرماه به دنبال ابتلا همسر و فرزند اول به کورونا مادر تست PCR داده و در تاریخ 00/8/2 مثبت گزارش می شود. مادر با متخصص زنان تماس می گیرد و ایشان توصیه به مصرف مایعات فراوان می کند. 2 روز بعد ساعت 21:53 با شکایت تب ، سرفه و میالژی از 3 روز قبل و بارداری 33 هفته به بیمارستان

A مراجعه و به علت تاکی کاردی جنین و NST نان راکتیو بستری می شود. علایم حیاتی موقع مراجعه : PR=138 RR=18

BP=117/72 BT=38.8 O2Sat=94% بدون اکسیژن FHR=170 . مادر بعد از تهیه NST واخذ

آزمایشات ساعت 00:35 در بخش LDR بستری می شود و ساعت 7:30 با دستور فلوی کشیک به HDU منتقل می شود. ساعت 12:45 با

توصیه مشاور عفونی (تلفنی) دستورات چک PCR-فرتیتن، CRP ، تره پونین، چک کمی CRP یک روز در میان ، CBC روزانه ، چک D-Dimer-کپسول آزیترومايسين 500mg/D تا 6 روز-استامینوفن 500/TDS-فاموتیدین، ویتامین C&D چک پرو کلسیتین، و آمپول هپارین 5000U/BID گذاشته می شود. در سونوگرافی سلامت جنین ، جنین مشکلی نداشت و میزان مایع نرمال بود. در پروفیل BPP=8/8 بود.

آزمایشات: ALT=39 AST=32 PLT=170,000 Hb=11.5 LYM=13% WBC=7100

CRP=3+ LDH=302 Cr=0.7

روز دوم بستری 00:8/6 مادر تبار و تاکیکارد است BT=38.2 PR=112 RR=20-25 گاهی ساچوراسیون تا 93% افت دارد ولی اغلب O2Sat>94% بدون اکسیژن می باشد.

روز چهارم بستری 00:8/8 PCR مثبت گزارش می شود. مادر سرفه پروداکتیو دارد . سمع ریه ها نرمال است . گاهی افت ساچوراسیون تا 92% دارد. RR=28 BP=88/50 . مشاوره داخلی کتبی درخواست می شود و مشاور یادداشت می کند با توجه به علایم ریوی خفیف

در خواست کشت خون ، پیگیری پروکلسیتونین -چک هر 5 روز یکبار CRP-شربت برم هگزین و دیفن هیدرامین تجویز گردد .

آزمایشات : D-Dimer=2889 CPK=343 CRP=24 ESR=31 Ferretin=54--227

روز پنجم بستری : مادر همچنان تب دار است و افت ساچوراسیون تا 89% بدون اکسیژن شده است. مادر تاکی پنه و تاکیکاردی دارد.

RR=25-38 PR=120-128

مشاور عفونی در دسترس نیست . مشاور داخلی انجام اسکن ریه ، اخذ ABG، مشاوره جهت انتقال بیمار به بیمارستان جنرال ، شروع رسیژن و سفتریاکسون و ادامه آزیترومايسين ، تجویز بتامتازون جهت مجوریشن ریه جنین ، مشاوره عفونی و ریه را توصیه می کند. مادر ساعت 17 اسکن ریه انجام می دهد.

در اسکن Patchy Consolidation های متعدد پریفرال و ساب پلورال ریه راست در تمام لوبهای آن و Consolidation سگمانتر سگمان آپیکوپوستریور ریه چپ و اپاسیته لوبار لوب تحتانی ریه چپ مشهود است برونکوپنومونی هر دو ریه مطرح است . پلورزی مختصر چپ وجود دارد . قلب نرمال و آدنوپاتی ندارد.

در ساعت 18:10 رسیژن با دستور متخصص داخلی Hold شده و رمدسیور شروع می شود.

روز ششم بستری 00:8/10 مادر تاکی پنه شدید دارد . مادر توسط متخصص ICU ویزیت می شود . ایشان برای مادر رسیژن ، نبول دنولین

و پالمیکورت و اکسیژن با ماسک رزوار 8-9L/m³ تجویز می کند . HR=123 BP=101/68 O2Sat=92% با ماسک رزوردار.

RR>35 ABG : PH=7.47 PCO2=26.8 PO2=81 HCO3=19.1

مادر ساعت 16:30 با هماهنگی مرکز رصد و دستور فوکل پوینت دانشگاه به بیمارستان جنرال منتقل می شود.

آزمایشات: WBC=7100—6000 LYM=11% Hb=11.5—10.5 PLT=170,000—146,000 CTNI=Neg

SGPT=39—94 SGOT=32—79 LDH=302—654 CPK-T=120

PT=11.5 PTT=33.6 INR=1

مادر ساعت 17:20 در ICU جنرال پذیرش می شود. موقع پذیرش مادر هوشیار بود علایم حیاتی: HR=127 BP=116/70

RR=34 O2Sat=92% با ماسک رزوردار بود. پس از ویزیت اولیه بیمار به NIV وصل شده دستورات : مانتیورینگ قلبی ریوی-

انوکسپارین 40mg/BID -سونوگرافی وضعیت جنین-آترواستاتین -آزیترومايسين-سفپیم-آمپول متیل پردنیزولون-لازیکس 10mg/TDS-

ملاتونین- قرص A.S.A -اسپیرومتری تشویقی-و ویتامین E&B گذاشته می شود. در سونوگرافی یک جنین زنده با ضربانات قلبی منظم و مایع

آمنیوتیک کمتر از حد طبیعی گزارش می شود.

روز دوم بستری : مادر همچنان تاکیکارد است و افت ساچوراسیون در حد O2Sat=88% دارد . مادر تحت درمان با رسیژن و رمدسیور قرار دارد. برای

مادر مشاوره قلب و اکو کاردیوگرافی درخواست می شود . در اکو EF=55-60% داشته و احتمال PTE برای بیمار مطرح می شود. مشاوره زنان

از نظر تصمیم گیری در مورد ختم بارداری انجام می شد و مشاور پاسخ می دهد برای ختم بارداری بصورت تیمی تصمیم گیری شود. روز بعد مورخ

00/8/12 به علت افت ساچوریشن وسایل اینتوباسیون Stand by می شود و قرص فلوپیراویلر (به علت نبود رمدسیور در بیمارستان) شروع می

شود. مشاوره زنان جهت ختم بارداری درخواست و مادر توسط رزیدنت زنان ویزیت می شود. با توجه به صلاحدید سرویس ICU تصمیم به ختم

بارداری گرفته می شود و مادر ساعت 17:00 با علامت حیاتی BP=105/65 ، HR=110 و O2Sat=75% به اطاق عمل منتقل و با بی حسی

اسپینال تحت سزارین قرار می گیرد و نوزاد پسر به ظاهر سالم با آپگار 9/10 خارج می گردد.

ABG بندناف نوزاد: PH=7.29 PCO2=53.1 HCO3=25.8 BE=1.7

مادر ساعت 18:55 از اطاق عمل به صورت Stable و با علایم حیاتی BP=110/50 ، HR=98 و O2Sat=85% به ICU جنرال منتقل می شود.

روز پنجم بستری 00/8/14 : مادر از دیشب تب دار شده است ساعت 05:30 به علت افت ساچوریشن O2Sat=64% و دیسترس تنفسی اینتنوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل و تحت انفوزیون میدازولام، فنتانیل و آتراکوریوم قرار می گیرد.

برای مادر با احتمال PTE مشاوره قلب و اکوی اساتید قلب درخواست می شود. طبق نظر اتندقلب احتمال Massive PTE کمتر برای بیمار مطرح بوده ولی رد کننده نمی باشد و توصیه می شود CT آنژیوی ریه بعد از Stable شدن انجام گیرد و برای بیمار انفوزیون هپارین با دوز درمانی شروع شده و آمپول انوکسپارین Hold می گردد. مشاوره زنان از نظر ترومبولیتیک درمانی و دیستانسیون شکم درخواست می شود. نظر مشاور زنان: هپارین درمانی از نظر سرویس زنان کنتراندیکاسیون ندارد و سونوگرافی شکم و لگن از نظر دیستانسیون شکمی و مایع آزاد لگنی انجام و در صورت افت هموگلوبین اطلاع داده شود. به علت تب ، سفیم قطع ورژیم مروپنم ، سیپروفلوکساسین و لینزولید شروع می شود BT=38.3 . به علت BP پایین تحت انفوزیون لنوفد و وازوپرسین قرار می گیرد و برای ماتیورینگ دقیق CVP Line ولاین شریانی تعبیه می شود. BP=100/45 با وازوپرسین و لنوفد PR=133

در گرافی سینه کدورت منتشر در هردو نیم سینه رویت می شود. افیوژن در هردو نیم سینه وجود دارد و زاویه کوستو غرنیک در هردو سمت بلانت می باشد. خط مشکوک به شکستگی در کلاویکل چپ رویت می شود.

روز ششم بستری: به علت کاهش دیورز مشاوره نفرولوژی اساتید از نظر نیاز به دیالیز انجام می گردد که طبق مشاوره انجام شده بیمار در شروع پروسه ATN در زمینه افت BP بوده و نیاز به دیالیز اورژانس نداشته و حفظ BP بالای 110 درخواست می شود. بیمار به تدریج دچار آنوری شده و به علت اسیدوز متابولیک شدید از مورخ 00/8/16 روزانه به طور مرتب تحت دیالیز قرار می گیرد. روزهای 18 و 19/8 روند بهبودی در مادر مشاهده شده و تصمیم به کاهش FIO2 و دوز لنوفد گرفته می شود O2Sat= 93% HR=69 BT=36.5 در اکوی مورخ 00/8/18 وضعیت قلب از نظر PTE نسبت به اکوی قبلی بهتر بود.

ولی به علت افت ناگهانی ساچوریشن تا 55% اکوی قلبی مجدد درخواست و انجام می شود و طبق مشاوره انجام شده PTE قویا برای بیمار مطرح می گردد و پیشنهاد استفاده از ترومبولیتیک مطرح می شود. سایز RV نرمال بود. به علت BP=130/79 لنوفد و وازوپرسین Hold می شود. شب به علت ترشحات کافی گراند NGT دوز هپارین از دوز درمانی به دوز پروفیلاکسی تبدیل می شود و طی مشاوره گوارش تحت آندوسکوپی قرار می گیرد که ازوفازیت و زخم ازوفازال به طول 10 میلی متر احتمالا ناشی از NGT گزارش می گردد و توصیه به عدم تعبیه NGT می گردد. به علت ادامه خونریزی هپارین بیمار Hold شده و انفوزیون پنتازول شروع می گردد. PT=19.9 PTT=45 INR=1.51

به علت INR بالا و افت هموگلوبین FFP و P.C تزریق می شود. به علت ایپستاکسی مشاوره ENT انجام می شود و پک حلقی تعبیه می گردد. مورخ 00/8/22 ساعت 00:30 به علت خونریزی از محل لوله تراشه، لوله تراشه تعویض و مشاوره ENT مجدداً انجام می شود. طبق نظر مشاور، منشأ خونریزی از ته حلق و مری می باشد. ابتدا OGT توسط سرویس بیهوشی تعبیه و مجدداً پک حلقی توسط سرویس ENT تعبیه می گردد. بعد از تعبیه OGT ، بیمار مجدداً دچار خونریزی می گردد و طی انجام مشاوره گوارش کاندید آندوسکوپی می گردد که به علت خراب بودن دستگاه آندوسکوپی پرتابل انجام نمی گردد (بیمار قابل انتقال به بخش آندوسکوپی نبود). مورخ 00/8/24 ساعت 18:00 به علت افت فشار اکسیژن سانترال و افت ساچوریشن بیمار به زیر 20% اکسیژن تراپی از طریق کپسول انجام می شود و O2Sat های بیمار به بالای 40% می رسد. 40 دقیقه بعد دیالیز شروع می شود. قبل از شروع دیالیز فشار خون بیمار BP=50/30 بود. برای بیمار آدرنالین و نوراپی نفرین تزریق شده و فشارخون به BP=170/80 می رسد. با دستور فلوئ ICU دیالیز شروع می شود. بلافاصله بعد از شروع دیالیز فشارخون از BP=130/80 به BP=80/40 افت می کند به فلوئ بخش اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهد دیالیز ادامه یابد. نهایتاً مادر ساعت 19:20 برادی کارد و آسیستول می شود و به مدت 45 دقیقه احیا می گردد که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و ساعت 20:05 دقیقه ختم CPR اعلام می شود.

آزمایشات : Hb=10.2—15.2--10.8--8.5 WBC=10.100—21,200—8,300--13,300

SGOT=37—152--47 LDH=886 PLT=244,000—538,000--191,000—142,000

Urea=23—155—188—266--111 Cr=0.54—2.86—4.85—6.40—3.15 SGPT=26—580—176

ESR=29—52-62--88 CRP=81--180 IL6=97(NL)--106

Uric Acid=8.6 Ferretin=766 CTNI=0.7 D. Dimer=164 -- >3200 CPK=54—328

B/C=Neg Pro Calcitonin=24.2 U/A=Neg i-PTH=480

گزارش CXR پرتابل : از شدت کدورتها و پلورال کاسته شده است.

نکات ویژه :

1. به احتمال قوی مادر ترومبوآمبولی داشته است . در بیماران با تشخیص کووید 19 بررسی DVT در اندامها برای R/O ترومبوآمبولی جایگاهی ندارد و پلورال افیوژن، مخصوصاً طرف چپ مطرح کننده PTE می باشد از سوی دیگر در بیماری که روند ساچوراسیون قابل قبول نیست قویاً PTE مطرح است.
2. رمدسیوردر هفته اول بیماری مجاز است و دادن داروهای آنتی ویرال در هفته دوم بیماری جایگاهی ندارد.
3. به نظر می رسد تاخیردرانجام همو دیالیز و انتوباسیون بیمار وجود دارد.
4. با وجود ساچوراسیون 86% در اتاق عمل ،مادر با بی حسی اسپینال سزارین شده است .مادر می بایست بی هوشی عمومی گرفته و انتوبه به ICU منتقل می شد.
5. علیرغم درگیری همسر و فرزند اول، مادر در زمان بستری حدود 7 ساعت در اتاق زایمان اقامت داده شده است.
6. درمادران باردارژمانیکه ساچوراسیون اکسیژن به 85% می رسد باید اکسیژن High Flow بگیرند (مثل هلمت) و وقتیکه به 80% می رسد باید انتوبه شوند.

کیس 26

خانم 16 ساله ، با سواد دبیرستان ، BMI=18.78 ، G1P0 و بارداری خواسته می باشد .مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و مطب متخصص زنان بوده است. آخرین مراقبت بارداری (هفته 37 بارداری) در تاریخ 00/3/4 در مرکز بهداشت بوده و مشکل خاصی ثبت نشده است.

مادر مورخ 00/3/11 (هفته 38 بارداری) ساعت 10 صبح بدنبال استفراغ دچار تشنج تونیک کلونیک می شود . با اورژانس 115 تماس گرفته شده و مادر توسط 115 به بیمارستان انتقال داده می شود. همکاران اورژانس 115 لاین ویدی تعبیه می کنند ولی به علت بی قراری مادر، موفق به وصل سرم نمی شوند.

علائم حیاتی ثبت شده در فرم 115 : PR=100 GCS=15 BP=140/90 RR=17 O2Sat=93%

مادر بعد از ورود به بیمارستان به جای اورژانس مستقیماً به بلوک زایمانی منتقل می شود. در دوربین بیمارستان ورود به حیاط ساعت 10:36 و ورود به زایشگاه ساعت 10:40 ثبت شده است (دربارگ اورژانس 115 ورود 10:31 و تحویل 10:33 ثبت شده است).مامای تریاژ به محض ورود بیمار بلافاصله کد فوریت های مامایی اعلام می کند. ساعت اعلام کد 10:42 می باشد .مادر در هنگام ورود به تریاژ بلوک زایمانی اسپاسم شدید داشت ، تشنج پی در پی می کرد و مواد استفراغی اطراف دهان بود. دفع ادرار و مدفوع داشت .ساعت ویزیت متخصص زنان 10:43 می باشد طبق یادداشت ایشان مادر هوشیار نبود و سیانوتیک بود .اسپاسم شدید داشت و کف فراوان از دهان خارج می شد. در معاینه نبض رادیال لمس نمی شد و نبض فمورال بسیار ضعیف بود. بلافاصله اقدام به تعبیه Air way و تعبیه لاین ویدی می شود ولی رگ گیری مقدور نمی شود. برای مادر سولفات منیزیم تجویز می شود. از کادر ICU درخواست کمک می شود . لاین ویدی توسط مترون بیمارستان تعبیه شده و سولفات تزریق می شود. انتوباسیون توسط متخصص بی هوشی انجام می گیرد (ساعت 10:44). آمپول دیازپام آماده تزریق می شود ولی با نظر متخصص بی هوشی تزریق نمی شود. در ضمن احیا با توجه به سن بارداری 38 هفته ،مادر توسط متخصص زنان TV می شود .کول رایپ و دیلاتاسیون 1F داشت. متخصص زنان در ساعت 11:00 برای نجات نوزاد در زایشگاه اقدام به سزارین می کند و نوزاد پسر با آپگار صفر 8/4 متولد می شود که توسط متخصص نوزادان احیا شده و به NICU منتقل می شود. طبق یادداشت متخصص زنان رحم کوئلر بود و خون فراوان و لخته با پوش رحم خارج می شود (دکولمان). بعد از اتمام سزارین عملیات احیا تا 40 دقیقه ادامه داده می شود ولی موفقیت آمیز نبود. ختم عملیات احیا ساعت 11:35 توسط متخصص بی هوشی اعلام می شود.

. جهت تشخیص علت مرگ برای مادر نمونه PCR واسکن مغز و ریه تهیه شده (ساعت 12:20) و مادر جهت کالبد شکافی به پزشکی قانونی تحویل داده می شود. در کالبد شکافی مشکل خاصی گزارش نشده است.

اسکن اسپیرال مغز بدون تزریق (35 دقیقه بعد از مرگ): کانونهای متعدد هایپودنس با حاشیه نامشخص بصورت پراکنده در هردو نیمکره به ویژه فرونتال و پاریتال راست و پاریتال چپ که مطرح کننده ادم در درجه اول می باشد وجود داشت.

اسکن ریه : کدورت های منتشر گراند گلاس بصورت گسترده در پارانشیم هردو ریه سازگار با ادم اینترستیشیل وجود داشت.

نوزاد در تاریخ 00/3/23 از بیمارستان مرخص می شود.

جواب آزمایشات :

PTT=31 PT=11.3 PLT=297,000 Hct=39.8 Hb=12.6 LYM=22.6 WBC=18300
CRP=Neg LDH=580 ALP=393 SGOT=101 Urea=23 Cr=0.6 BS=129

نکات ویژه :

1. بلافاصله بعد از ورود مادر به بیمارستان اقدامات لازم انجام شده و به نظر نمی رسد کوتاهی در امر درمان بعد از مراجعه بیمار به بیمارستان رخ داده باشد.
2. مادر شرایط مناسبی برای بارداری نداشته است (سن 16 سال و BMI=18.78)
3. با توجه به سن بارداری و یافته های اسکن ریه و مغز ، اکلامپسی یکی از تشخیص های احتمالی می باشد ولی احتمال خودکشی نیز دور از ذهن نیست

کیس 27

خانم 29 ساله ، ساکن روستای اصلی ، باسواد دبلم، BMI=35 ، سابقه GDM تحت درمان با انسولین در حاملگی اول و بارداری فعلی ، سابقه هایپوتیروئیدی تحت درمان از 3 سال قبل ، G2P1 و سابقه یکبار سزارین 10 سال قبل ، حاملگی خواسته بوده و مراقبت دوران بارداری در مطب خصوصی توسط متخصص زنان انجام گرفته است. مادر در هفته 26 بارداری با شکایت سرفه و تنگی نفس و درد قفسه سینه از چند روز قبل در تاریخ 00/7/24 به بیمارستان A مراجعه کرده و بعد از اکو و تهیه EKG مرخص و به بیمارستان B ارجاع داده می شود. مادر همانروز ساعت 6:30 صبح به اورژانس بیمارستان B مراجعه کرده بعد از معاینه و اخذ نمونه PCR مرخص می شود. مادر ساعت 22:54 همانروز به بیمارستان C مراجعه و با احتمال Covid-19 در بخش کورونا بستری می شود. علائم حیاتی موقع پذیرش : BP=125/84 PR=101 O2Sat=95% RR=20 BT=38 بود.

دستورات حین بستری: مانیتورینگ علائم حیاتی مادر و FHR - اکسیژن تراپی و پالس اکسی متری مداوم - مشاوره عفونی - درخواست آزمایشات CBC, LFT, Cr, Urea, تستهای انعقادی و الکترولیتها و اسکن ریه

به علت عدم پاسخگویی مشاور عفونی با توصیه متخصص ICU دستورات : آزیترامیسین - اسپری آترونت و سروتاید- آپوتل - هیدراتاسیون - چارت تب و شروع رسیژن یا فاوی پیراویر در صورت افت ساچوراسیون گذاشته می شود.

روز دوم بستری: مادر تب دار نیست. گاهی تا حد PR=102 تاکیکارد می شود. RR=20 و O2Sat=95-96% با اکسیژن. طبق نظر فوکل پوینت عفونی فعلاً نیازی به شروع رسیژن و فاوی پیراویر ندارد و در صورت افت ساچوراسیون، تنگی نفس یا تاکی کاردی اسکن ریه شود.

روز سوم بستری: PCR مثبت گزارش شده است. مادر تب Low grade دارد BT=37.3. مادرگاهی افت ساچوراسیون دارد O2Sat=87-89% بدون اکسیژن و O2Sat=92% با اکسیژن با RR= 18-27. مادر ساعت 11:40 اسکن انجام می دهد. در اسکن ریه درگیری هردو ریه داشت. همراه با باندهای فیبروتیک- Crazy Paving & Patchy Consolidation)

روز چهارم بستری: مادر از شب گذشته تاکی پنه دارد تا RR=38 ساعت 10:30 با متخصص ICU مشاوره شده و ایشان دستورات : شروع فاوپیراویر- رسیژن- رمدسیور - فاموتیدین - سرم نرمال سالین، اکسیژن با ماسک صورت ABG- 4-5L/m روزانه و هپارین با دوز پروفیلاکتیک

Order می کند. علائم حیاتی مادر : RR=32 BP=95/80 HR=87

مادر ساعت 16 به علت تاکی پنه شدید و تنگی نفس با صلاحدید اتند زنان و ICU به بیمارستان B اعزام می شود. علائم حیاتی موقع اعزام : BP=105/60 RR=42 O2Sat=85% بدون اکسیژن و O2Sat=90% با اکسیژن HR=115 BT=38.5

آزمایشات C : WBC=4100 LYM=26% Hb=13.2 PLT=240,000 Cr=0.8 CRP=1+ AST=40

ESR=18 LDH=349 ALT=32

ABG : PH=7.50 PCO2=25 PO2=67 HCO3=19

مادر ساعت 17:05 مستقیماً در بخش ICU پذیرش می شود با علائم حیاتی BP=109/72 ، PR=110 ، RR=36 و O2sat =88 . بعد از ویزیت رزیدنت داخلی ابتدا با ماسک رزرو بگ اکسیژن می گیرد. چند ساعت بعد با مشورت فلوی ریه به علت تاکی پنه و افت ساچوراسیون تا 86% به NIV متصل می گردد.

ABG : PH=7.39 PCO2=31.2 PO2=50 HCO3=19

ساعت 23:30 به علت دیسترس تنفسی، تاکی پنه و تاکی کارد بودن به منظور پیشگیری از خستگی تنفسی توسط فلوی ریه تحت اینتوباسیون قرار می گیرد. بعد از انتوباسیون ساچوراسیون تا 93% افزایش می یابد. سونوگرافی از نظر سلامت جنین انجام می شود که جنین با ضربان قلبی 147 و

مایع آمنیوتیک طبیعی گزارش می‌شود. به علت تاکی کاردی و احتمال PTE اکوکاردیوگرافی انجام می‌شود که یافته‌ای به نفع PTE نداشته و EF=55% داشته است.

روز دوم بستری (00/7/28) : مادر انتوبه بوده و با مد SIMV ونتیله می‌شود. علیرغم دریافت فنتانیل و پروپوفول هوشیار است. برای مادر

آتروکوریوم شروع می‌شود ABG : PH=7.23 PCO2=60 PO2=31 HCO3=24

برای مادر CXR درخواست می‌شود. پنوموتراکس نداشت. BT=37.6 PR=110 O2Sat=87-88%

ویزیت زنان صورت می‌گیرد و سرویس زنان معتقد است ختم بارداری از نظر سن جنینی مشکلی ندارد ولی سرویس ریه ختم بارداری را به صلاح

مادر نمی‌داند. مادر ساعت 12:30 جهت مراقبت بهتر به بخش ICU منتقل می‌شود با اعلام حیاتی: HR=110

، O2Sat=75% و BP=75/37 BT=39. به علت افت فشارخون برای مادر یک لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون می‌شود و با این

کار فشارخون اصلاح شده و BT کاهش می‌یابد. به علت BS بالا تحت انفوزیون انسولین قرار می‌گیرد. برای مادر کاتتر دیالیز توسط سرویس

جراحی تعبیه و 6 ساعت تحت هموپیورفیوژن قرار می‌گیرد. به علت تبار بودن برای مادر مروپنم، و انکومایسین و سیپروفلوکساسین شروع می‌شود.

روز سوم بستری: در NST جنین تاکی کارد گزارش می‌شود ولی طبق نظر اساتید زنان اندیکاسیون ختم بارداری از نظر جنین نداشته و ختم بارداری

در صورت اندیکاسیون مادری و طبق نظر سرویس داخلی اعلام شود و از همسر بیمار رضایت IUFD اخذ می‌شود ولی اتند بخش ختم بارداری را در

صورت وجود اندیکاسیون جنینی بلامانع اعلام می‌کند. مادر یک نوبت هموپیورفیوژن می‌شود.

روز چهارم بستری: به علت پنوموتوراکس دو طرفه در CXR چست تیوب دوطرفه توسط سرویس جراحی تعبیه می‌گردد.

گزارش CXR پرتابل : اندازه قلب بطور قابل توجه بزرگ است. کدورت در پارنشیم هردویه دیده می‌شود. پنومو مدیاستن قابل توجه مشهود است

که نسبت به گرافی قبل یافته جدید است.

به علت NST مختل مشاوره زنان مجدداً از نظر ختم بارداری ارسال و طی مشاوره با فلوی ریه، ختم بارداری به نفع مادر تعیین و دستور سزارین

اورژانس نوشته می‌شود. بیمار بلافاصله بعد از اتمام نوبت سوم هموپیورفیوژن ساعت 22 سیانوزه و O2Sat=25% HR=110 و انتوبه وارد

اتاق عمل شده و بعد از ونتیلاسیون و اصلاح وضعیت تنفسی ساعت 22:50 تحت سزارین اورژانس قرار می‌گیرد. و نوزاد پسر زنده پره ترم به ظاهر

سالم با آپگار 8-6-8 خارج می‌گردد. مادر بعد از اتمام عمل ساعت 1:30 با O2Sat=97% BP=118/74 HR=92 به بخش

ICU برمی‌گردد.

روز پنجم بستری: مادر تاکی کارد است و افت ساچوراسیون دارد.

PR=106 O2Sat=75% BP=115/60

برای مادر آمپول لازیکس 40 میلی گرم Stat تجویز می‌شود. مشاوره جراحی از نظر عدم کارکرد چست تیوب سمت چپ درخواست می‌شود و

طبق مشاوره انجام شده هر دو چست تیوب کارکرد و اوسیلیشن مناسب داشته و نیاز به اقدام اورژانسی جراحی ندارد. شب به علت افت شدید

ساچوراسیون درخواست اورژانسی CXR, ABG, ECG می‌شود. درگرافی سینه شواهد پنوموتوراکس نداشت. در ABG اسیدوز تنفسی داشت. با

نظر فلوی کشیک مختصات ونتیلاتور تغییر داده می‌شود.

روز هفتم بستری: لوله تراشه به علت گرفتگی تعویض می‌شود و مشاوره پزشکی قانونی برای رضایت تراکتوستومی درخواست می‌شود. 40mg

لازیکس Stat تزریق می‌شود. به علت افت ساچوراسیون به 60% در موقع تغییر پوزیشن اسپری سالبوتامول شروع می‌شود.

روز هشتم بستری: مادر آریته است و افت ساچوراسیون دارد O2Sat=65-66% در سمع ریتین کاهش صدا در هردو ریه دارد و کراکل کورس

سمع می‌شود در CXR درگیری ریوی بیشتر شده است.

PH=7.31 : ABG PCO2=83.2 PO2=43.7 HCO3=41.5 BE=15.4

روز نهم بستری: سونوگرافی کالرداپلر اندام تحتانی راست از نظر ترومبوز انجام می‌شود که ترومبوز واضح در وریدهای عمقی رویت نمی‌گردد.

اکوکاردیوگرافی جهت تعیین فشار شریان پولمونی درخواست می‌شود دراکو شواهد لخته وجود نداشت و EF=55%-60% بود. RVE

TAPSE=20. به علت تبار شدن کشت خون درخواست، و انکومایسین مروپنم D.C و لینزولید و تازوسین و کلسیتین شروع می‌شود. BT=39.

با توصیه اتند ریه یک نوبت هموپیورفیوژن می‌شود.

روز یازدهم بستری (00/8/7): در سمع ریه کاهش صدا و کراکل کورس سمع می‌شود و C.T کارکرد مناسب دارند. 100mg لازیکس Stat

تزریق 60mg روزانه گذاشته می‌شود. به دلیل ادامه تب، سونوگرافی لگن از نظر کالکشن انجام می‌گردد که مایع آزاد شکمی و لگنی و یا کالکشن

واضح رویت نمی‌گردد. BT=39.5 و کشت ترشحات لوله تراشه، کشت خون و ادرار منفی می‌باشد. برای مادر مشاوره عفونی درخواست می‌

شود. مشاور عفونی توصیه می کند: اسکن محل سزارین درخواست شود و تازوسین، کلستین قطع و مروپنم، وانکومايسين و سپیروفلوکساسین مجدد

شروع شود. ABG: PH=7.43 PCO2=76.2 PO2=54.9 HCO3=50.8 BE=26.6

روز دوازدهم بستری (00/8/8): بیمار همچنان افت ساچوریشن دارد O2Sat=45%. به علت عدم کارکرد و جابجایی، چست تیوب سمت راست توسط سرویس جراحی تعویض می گردد. مادر ساعت 18:35 دچار برادیکاردی شده و ارست قلبی می کند و تحت CPR قرار می گیرد. در طی CPR ریتم بیمار به VF تغییر می یابد. سه نوبت نیز شوک داده می شود که متاسفانه پاسخ نداده و پس از 45 دقیقه احیا ساعت 19:20 فوت می نماید.

آزمایشات: WBC=5.700—9.300—18.700 LYM=10.9 Hb=12.6—10.5 ESR=41
PLT=248,000—450,000 Cr=0.69—0.96 Urea=10—23--43 LDH=525
CRP=76--109 SGPT=37--31 SGOT=39--91

گزارش CXR مورخ 00/8/8: اندازه قلب بزرگ است. کدورت در هر دو ریه با ارجعیت در 2/3 تحتانی هردوریه و پنوموتوراکس داخلی ظریف در سمت راست دیده می شود. تصویر دو CT لوله تراشه و CVP Line در محل مناسب قرار دارد.
نکات ویژه:

1. احتمالاً موقع انتقال مادر به اتاق عمل لوله تراشه جابجا شده و افت شدید ساچوراسیون و سیانوز موقع ورود مادر به اتاق عمل به علت بی دقتی در ساپورت راه تنفسی مادر بوده است.
2. براساس اسکن بیمار درگیری ریوی توتال بوده و شرایط بیمار کریتیکال بوده است.
3. شروع زودهنگام استروئیدها و رمدسیور شاید در این بیمار کمک کننده بود ؟
4. هموپرفیوژن در زنان باردار کنتر اندیکه می باشد ولی به عنوان آخرین گام برای نجات مادر قابل اجرا است.
5. تراکنوستومی در این بیمار اندیکاسیون نداشته است.

کیس 28

خانم 36 ساله، خانه دار باسواد ابتدائی، BMI=25.4، G3P1Ab1، با بارداری 11 هفته و سابقه دیابت از 10 سال قبل و تحت درمان با مت فورمین 500mg/TDS و سابقه HTN، مورخه 00/8/25 ساعت 1:50 am با شکایت تنگی نفس ناگهانی به اورژانس بیمارستان A مراجعه می کند موقع مراجعه مادر هوشیار و آریته بود. تنگی نفس شدید داشت. علایم سرماخوردگی و سرفه و سردرد نداشت. علایم حیاتی: BP=140/85 PR=134 BT=37 RR=40 O2Sat=85% بدون اکسیژن و BS=308 بود برای بیمار تعبیه لاین وریدی - سرم نرمال سالین KVO. اسپری سالبوتامول 4 پاف - اکسیژن با ماسک صورت - وضعیت نیمه نشسته - هپارین 5000 واحد Stat وریدی Order می شود. 10 دقیقه بعد از ورود به اورژانس مادر دچار سیانوز و افت هوشیاری شده و توسط پزشک اورژانس انتوبه می شود. طبق نت پرستار کشیک، موقع انتوباسیون ترشحات کف آلود فراوان از داشت که ساکشن شد. سداسیون با میدازولام، پروپوفول و فنتانیل داده شده و سوند مثانه و NGT تعبیه می شود. در ساعت 2:10 مادر برادیکارد شده دچار ارست قلبی می شود. بلافاصله عملیات CPR شروع می شود و بعد از 10 دقیقه قلب بیمار برمی گردد. مادر ساعت 2:40 با علایم حیاتی BP=148/98، PR=140، RR=16، O2sat=92% و BT=37 به بیمارستان B اعزام و ساعت 3:45 بدون نبض و فشار و دوپل میدریاز وارد اورژانس شده و مستقیماً در بخش ICU ریه پذیرش می شود ابتدا مانیتورینگ قلبی انجام می شود. ریتم بیمار آسیستول بود. بلافاصله عملیات CPR شروع می شود و پس از 20 دقیقه CPR ریتم بیمار سینوسی می گردد و بعد از CPR تحت انفوزیون لووفد 20μ/m و هپارین با دوز درمانی قرار می گیرد. به علت سابقه دیابت و BS=375 انفوزیون انسولین شروع می شود. و با توجه به اسیدوز در ABG یک ویال بی کربنات انفوزه می شود.

علایم حیاتی بعد از احیاء: BP=110/80 PR=120 O2Sat=91%

ABG ساعت 5:05: PH=6/8 PCO2=59/7 HCO3=10/3 BE=-24

بعد از احیا برای مادر مشاوره زنان، سونوگرافی وضعیت جنین، اکوکاردیوگرافی جهت R/O ترومبوآمبولی ریه، CXR و سونوگرافی کالرداپلر اندام تحتانی چپ به علت اختلاف سایز با اندام راست، ارسال نمونه PCR از نظر کورونا در خواست می شود.

در CXR بدساید انجام شده کاردیومگالی داشته و طی انجام مشاوره قلب اکو کاردیوگرافی انجام می شود که EF=5-10% داشته و توصیه به انجام سی تی آنژیوی ریه جهت بررسی آمبولی و شروع هپارین با دوز درمانی می گردد. در سونوگرافی بدساید از نظر سلامت جنین، جنین زنده با FHR=158 و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می گردد. در سونوگرافی کالرداپلر، وریدهای اندام تحتانی چپ نقص پرشدگی واضح رویت نمی گردد.

طبق نظر مشاور زنان باتوجه به سن جنین نیاز به اقدام خاصی ندارد. در زمان ویزیت مشاور زنان (ساعت 6:15) BP=210/150 PR=150 بود.

به علت Twitch عضلات دور چشم مشاوره نورولوژی درخواست شده و ساعت 9:20 توسط اتند نورولوژی ویزیت می شود. طبق توصیه ایشان بیمار تحت انفوزیون میدازولام قرار گرفته و توصیه به انجام BrainMRI در صورت stable شدن و در غیر این صورت انجام Brain CT با اخذ رضایت و با شیلد شکمی می گردد. در زمان ویزیت ایشان BP=141/45 PR=155 MAP=89 بود.

به علت ترشحات فراوان لوله تراشه مرتب ساکشن می شد.

در ساعت 10:15 برای مادر دستورات: ایمی پنم - سیپروفلوکساسین - دگزامتازون - انفوزیون دیپوتامین - هیدرالازین 10mg/q6h توسط اتند ریه گذاشته می شود. مادر موقع ویزیت ایشان (10:15) دچار برادیکاردی و سپس آسپستول شده و به مدت 45 دقیقه احیا می شود که موفقیت آمیز نبوده و ساعت 11 متاسفانه فوت می نماید.

آزمایشات: PCR = Negative

Mg=2.5 K=4.3 Ca=8.3 Cr=1.4 Urea=28 PLT=207,000 Hb=14.7 WBC=27,800

ESR=2 INR=1.2 PTT=44 PT=15.9 CTNI=Neg Na=136

گرافی CXR ساعت 5:28: کورتیهای گراند گلاس و آلتونلر در هردو ریه دیده می شود و اندازه قلب برجسته می باشد. در کالبدشکافی ترومبوز واضح نداشته و فیبروز در میوکارد وجود داشت.

با توجه به گزارش فیبروز میوکارد و ادم شدید ریه در کالبدشکافی، علت مرگ ادم ریه کاردیوژنیک و یا آریتمی می باشد.

نکات ویژه:

1. محتمل ترین تشخیص ادم ریه کاردیوژنیک می باشد که ممکن است بعلة نارسایی قلبی بجا مانده از بارداری های قبلی باشد.
2. مادر به علت سابقه دیابت و هیپرتانسیون استعداد به کاردیومیوپاتی پری پارتیم بالا داشته و احتمالاً در بارداری قبلی نیز مشکل داشته و فالو آپ بعد از بارداری نشده است.

کیس 29

خانم 23 ساله، ساکن روستای اصلی، G3P2AL1، سابقه دوبار سزارین (بارداری اول سال 95 که احتمالاً سزارین اورژانس به دلیل دفع مکنویم بوده و بارداری دوم 8 ماه بعد از سزارین اول اتفاق افتاده است. در بارداری دوم در هفته 39 بارداری به تاریخ 00/11/8 مادر با احساس کاهش حرکت جنین از یک روز قبل و شروع درد های زایمانی از 10 ساعت قبل از مراجعه به بیمارستان، به علت بسته بودن راه ساعت 14:50 به بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. بعد از ویزیت به علت عدم سمع قلب جنین، سونوگرافی درخواست می شود. سونوگرافی داخل شکم مایع فراوان گزارش شده و مادر با علایم حیاتی BP=90/60 PR=145 به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 17 با حضور متخصص زنان و جراح عمومی با برش مید لاین شروع می شود. طبق یادداشت متخصص زنان: بعد از برش پوست جنین بدون علایم حیاتی داخل شکم بوده و دیواره رحم بصورت کامل و در طول رحم رابچر داشت. جفت 30% دکولمان داشت و حدود 1.5 لیتر لخته و خون روش در داخل شکم بود و لبه های رحم خونریزی فعال نداشتند. بند ناف یک دور بصورت سفت دور گردن بود و چند گره کاذب نیز وجود داشت. مثانه Intact بود. جنین حالت جمود نعشی داشته است. برای مادر 3 واحد پکدسل و 3 واحد FFP تزریق می شود. مادر 5 روز بعد باتوصیه عدم بارداری تا 3 سال و ختم بارداری در بارداری بعدی در سن حاملگی 37-38 مرخص می شود. روش پیشگیری قرص بوده و به علت تمایل به بارداری قطع کرده بود. مراقبت پیش از بارداری در تاریخ 00/5/15 انجام شده است. برای مادر گفته شده بارداری سوم باید زیر نظر متخصص زنان باشد. در دوران بارداری زیر نظر متخصص زنان و مرکز بهداشت بوده است.

بر اساس پرسشگری مادر تاریخهای 00/2/27 و 00/3/20 مراجعه به متخصص زنان داشته و توصیه می شود که مادر حتماً به درمانگاه پرخطر مراجعه کند. در نسخه دارویی مورخ 3/20 داروهای تقویتی، آمپول پرولوتون و شیاف پروژسترون تجویز شده است. در تاریخ 00/3/26 سونوگرافی کالر داپلر جهت بررسی نفوذ جفت در خواست شده است. همان روز به علت درد زیر شکم به بیمارستان A مراجعه می کند. برای مادر NST تهیه شده و 2 ساعت تحت نظر گرفته می شود. به علت نداشتن انقباضات رحمی 2 ساعت بعد مرخص می شود؟؟

مادر ساعت 13:30 روز جمعه 00/3/28 (هفته 31 بارداری) به علت درد شدید زیر شکم جهت مراجعه به پزشک مراقب از منزل حرکت می کند در مسیر به علت بد حالی مادر را به مرکز بهداشت می برند و از آنجا با اورژانس 115 با کاهش هوشیاری و در حالت شوک به بیمارستان A منتقل می کنند. مادر بلافاصله به اتاق عمل منتقل و تحت سزارین با برش میدلاین قرار می گیرد. دو واحد pc ترانسفوزیون می شود. رحم از سرویکس تا

فوندوس به صورت عمودی پاره شده بودو جفت اکرتا بوده است. 2 لیتر خون روشن و 1.5 لیتر لخته داخل شکم بود و حاصل سزارین، جنین مرده با آیکار صفر بود. مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و یک ساعت احیا نتیجه بخش نبوده است. در سونوگرافی نفوذ جفت بررسی نشده است ولی همکاران مراغه معتقدند جفت آکرتا بوده است.

نکات ویژه :

- 1- مادر نباید حامله می شد
- 2- مادرانیکه علیرغم هشدار درخصوص کنتراندیکاسیون بارداری ،باردار می شوند نیاز به مراقبت تیمی وبستری در بیمارستان جهت مراقبت بهتر دارند.
- 3- مادر در زمان مراجعه به بیمارستان جهت سونوگرافی باید بستری می شد.

کیس 30

خاتم 34ساله ، ساکن روستای اصلی ،خانه دار ،سوم راهنمایی، G5P2AL, BMI=40.2، سابقه دوبار سزارین ، فاصله 2 بارداری اخیر 3 ماه بوده وحاملگی ناخواسته می باشد.مراقبت پیش از بارداری نداشته است .

مراقبت دوران بارداری در مرکز جامع سلامت از هفته 16 قرار داشته و3بار مراقبت شده بود و3بار نیز به مطب متخصص زنان در کلینیک مراجعه کرده بود.

مادر در تاریخ 00/7/7 نوبت اول واکسن کوید را دریافت کرده و یک هفته بعد از آن دچار سرفه و بدن درد می شود چند بار به کلینیک مراجعه می کند و سرم و آمپول تزریق می گردد .بدلیل ادامه علایم به مطب پزشک مراجعه نموده وتست PCR درخواست و دارو تجویز می شود. بعد از سه روز با نتیجه آزمایش مثبت به متخصص زنان مراجعه کرده و ایشان مادر را به بیمارستان زنان ارجاع می دهند.مادر در شیفت شبکاری مورخ 00/7/24 با سن بارداری 29 هفته با شکایت تنگی نفس به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه می کند. موقع مراجعه ساعت 23:30 : مادر هوشیارواریانته بود.از تنگی نفس ، دردبدن وتب ولرز شاکی بود. علایم زایمانی نداشت .سابقه فشارخون بالا ومصرف متیل دوبا در بارداری قبلی وحساسیت به بتامتازون ودگزامتازون را ذکر می کرد. مادر باسطح 2 تریاژوارد اورژانس شده وتوسط رزیدنت ویزیت می شود. علایم حیاتی بدو

ورود : BP=37 PR=105 FHR=135 RR=22 BT=37 O2Sat=88% بدون اکسیژن

مادریا دستورات : اکسیژن تراپی با ماسک صورت – تعبیه لاین وریدی ،سونوگرافی وضعیت بارداری وپروپیل بیوفیزیکال –مشاوره عفونی – درخواست آزمایشات CBC,LFT,CRP,BUN,Cr در اتاق ایزوله تحت نظر بستری می شود. مشاور عفونی تلفنی شروع رمدسیویر-درخواست اسکن فردا صبح –شروع آمپول هپارین ودگزامتازون را توصیه می کند.

مادر بعداز انجام سونوگرافی وپروپیل بیوفیزیکال ساعت 2:55 با اکسیژن پرتابل به بخش کورونا منتقل می شود . در سونوگرافی میزان مایع نرمال وپروپیل 8 از 8 بود.موقع انتقال مادر به بخش ، در آسانسور دچار تب ولرز می شود.علایم حیاتی موقع تحویل به بخش : BP=125/80 BT=38

PR=130 RR=40-50 O2Sat=78% بدون اکسیژن و91-93% با ماسک رزرو بگ بود.بعداز بستری دربخش به علت تاکی پنه وتاکیکاردی مشاوره جهت انتقال به بخش ICU درخواست می شود.مادر ساعت 4:15 به بخش ICU منتقل می شود.طبق نت پرستاری مادر هوشیار با علایم حیاتی PR=120-125 RR=40-50 BP=150/72 O2Sat=87-90% با ماسک رزرو بگ BT=38.4 درشیفت صبح کاری تحویل گرفته می شود.متخصص ICU ساعت 8:40 مادر را ویزیت کرده ودستورات : اطلاع به

سرویس زنان از نظر ختم بارداری –ویتامین C –آمپول سفپییم –آمپول لووفلوکساسین –اسپری سروتاید –آمپول دگزامتازون 6mg/BID وCXR پرتابل را Order می کند.مادر ساعت 10:05 جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.بعداز انتوباسیون (طول کشیده) عمل باعلایم حیاتی RR=60 وPR=130 O2Sat=90% BT=38.6 وبییهوشی عمومی وبا حضور اتند پریناتولوژی برش LML شروع شده وحاصل نوزادپسر پره ترم با آگار 6/2/1 بود. عمل ساعت 11:35 تمام شده ومادر انتوبه وبدون ریورس به بخش ICU منتقل می شود. طبق یادداشت متخصص بی هوشی ترشحات فراوان کف آلود داخل لوله تراشه بود که ساکشن وآمپول لازیکس 20mg تزریق می شود. طی عمل O2Sat=85-90% بود. بدو ورود مادر به بخش ICU ساعت 12:10 مادر دچار برادیکاردی سپس آسیستول شده و عملیات احیا شروع می شود. طبق یادداشت ICU Man محل لوله تراشه چک می شود که هردو ریه ونتیله می شدند. مادر سیانوز شدید سروگردن واندامها را داشت وشکم شدیداً دیستانت بودیه همین خاطر سونوگرافی اوژانس بد سایید درخواست شد. عملیات احیا تا ساعت 12:45 ادامه داده می شود. مادر به احیا پاسخ نداده وفوت می کند. در گرافی سینه پرتابل که در حین احیا گرفته شده است کدورت های Patchy منتشر دوطرفه با کاهش حجم ریه ومایع جنبی دوطرفه وجود

داشت. از مادر به علت دیستانتسیون شکم با شک به خونریزی داخلی سونوگرافی و گرافی شکم انجام می گیرد که در حد ارزیابی پرگازی روده باریک و اتساع قابل توجه معده گزارش شده است و مایع آزاد وجود نداشت .

آزمایشات : WBC=4400—4200 LYM=15% Hb=14.4—13.5 PLT=125,000—106,000
SGPT=23 SGOT=46 LDH=626 ESR=40 CRP=2+ PTT=51 Urea=20
Alb=2.6 K=3.2 Na=138 Cr=0.8
ABG: اتاق عمل PH=7.06 PCO2=62.9 HCO3=17 BE=-11.5
نکات ویژه :

کیس 31

خاتم 40 ساله ، دیپلم و خانه دار ، BMI=43.8 ، G4P3AL3 ، سابقه 3 بار سزارین ، بارداری دو قلوئی DCDA با سن بارداری 33-34 هفته و بارداری ناخواسته بوده و در هفته 15 متوجه بارداری می شود. مراقبت دوران بارداری بصورت مرتب انجام شده است و چند بار هم در اواخر بارداری به علت GTT مختل جهت مراقبت به بیمارستان A مراجعه کرده بود. مادر مورخ 00/6/8 با شکایت سرفه ، میالژی و وکوریزا از حدود 5 روز قبل و تست PCR+ به بیمارستان A مراجعه می کند. موقع مراجعه (ساعت 9:36) مادر هوشیار واریانته بود بود . علایم زایمانی نداشت . علایم حیاتی ثبت شده: BP=110/70 PR=85 RR=18 FHR=138-145 BT=37

O2Sat=98%

مادر بعد از ویزیت متخصص زنان در بخش کورونا بستری می شود. با دستورات : مونیتورینگ علایم حیاتی ، سونوگرافی وضعیت بارداری ، درخواست آزمایشات و مشاوره عفونی .

در سونوگرافی میزان مایع آمنیوتیک در ساک قل تحتانی کاهش یافته و اندکس 2 سانتیمتر بود. و BPP هر دو قل 8/6 بود. در سونوگرافی کالر داپلر هفته 28 علایم پلاسنتا آکرتا در هر دو جفت گزارش شده بود ولی در سونوگرافی کالر داپلر هفته 31 علایمی به نفع نفوذ جفت وجود نداشت.

عصر ساعت 20 به علت تاکی کاردی مشاوره قلب در خواست شده و تهیه EKG و اکسیژن نازال 4L/min تجویز می گردد PR=120-125. مشاور قلب غیر حضوری برای مادر انوکسپارین 80U/BID و پیگیری PCR را توصیه می کند و اظهار می کند در صورت ادامه تاکی کاردی و منفی بودن PCR مشاوره حضوری درخواست شود.

آزمایشات : WBC=5200 LYM=38% Hb=11.2 PLT=140,000 Cr=0.9 AST=68
CRP=+2 ALT=34

روز دوم بستری 00/6/9: مادر با ماسک معمولی اکسیژن می گیرد. یکبار افت ساچوراسیون داشته است O2Sat=90-91% بدون اکسیژن و 97% با ماسک می باشد.

تب دار نیست. PR=100-110 RR=21-24 BP=90-100/60 می باشد.

روز سوم بستری 00/6/10: ساچوراسیون اکسیژن گاهی تا 88% بدون اکسیژن و 93% با ماسک افت دارد. تب دار نیست. برای مادر دگزامتازون 6mg/BID توسط سرویس عفونی و بیروپرولول 2.5mg/BID توسط سرویس قلب به علت تاکی کاردی تجویز شده است. به علت BPP=6/8 با اساتید پریناتال و ژنری صحبت می شود و ایشان توصیه می کند یکبار دیگر پروفیل در واحد FMU بررسی گردد.

روز چهارم بستری 00/6/11: به علت نان راکتیو بودن NST یکی از قلها و توکوی مثبت، مادر ساعت 11:25 بصورت PO و اورژانسی جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.

به علت دریافت انوکسپارین با دوز بالا برای مادر 5 واحد FFP و 3 واحد پکد سل رزرومی شود. عمل ساعت 11:50 با بیهوشی عمومی و برش LML شروع شده و حاصل 2 نوزاد پسر پره ترم با آپگار 10/5/2 بود. در طول عمل 3 واحد FFP برای مادر تزریق میشود. طبق یادداشت متخصص بیهوشی مادر در شروع بیهوشی ساچوراسیون 85% بدون اکسیژن داشت که با اکسیژن به 89-90% رسانده می شود. بعد از اتمام عمل سزارین مادر TL شده و عمل ساعت 13:10 تمام می شود. میزان خونریزی حین عمل 650-800 cc قید شده است. مادر بعد از اتمام عمل با بازگشت تنفس خود بخودی و ریورس کامل اکستوبه شده و با ساچوراسیون 84-85% به ریکاوری تحویل داده می شود. مادر ساعت 14:30 به بخش HDU تحویل داده می شود. با دستورات پزشک مقیم (بی هوشی) : دریافت اکسیژن با رزروپگ ، مونیتورینگ مداوم و اطلاع در صورت تشدید دیسترس تنفسی - اخذ VBG - اسکن اسپیرال ریه پس از Stable شدن - دستورات سرویس زنان : ویزیت هر 4 ساعت رزیدنت سال 1

به علت خونریزی بیشتر از P.P برای مادر ماساژ رحمی ، آمپول مترژین یک عدد و قرص میزوپروستول 3 عدد رکتال و 10 واحد سنتوسینون عضلانی تجویز می شود. BP=110/70 و PR=104. در ساعت 16 به علت دفع لخته و وجود لخته داخل رحم با اطلاع رزیدنت سال بالا یک عدد آمپول مترژین و 20 واحد سنتوسینون عضلانی تزریق و 2 عدد قرص میزوپروستول رکتال تعبیه می شود. رحم جمع بود. در شیفت شب ساعت 21:30 سرویس بیهوشی به علت دیسترس تنفسی برای مادر رمدسیویر شروع می کند.

O2Sat=94% با رزروبیگ می باشد. براساس توصیه مشاور قلب 6 ساعت بعد از اتمام عمل برای مادر هپارین با دوز 8000U/Stat Then 1200-1300U/h تجویز می شود ولی به علت خونریزی بیشتر از معمول Hold می شود.

روز پنجم بستری 00/6/12: مادر خونریزی ندارد. تب دار نیست. مادر از تنگی نفس شاکی است. تاکی پنه دارد RR=23 با ماسک رزروبیگ اکسیژن می گیرد. O2Sat=80-85% بدون اکسیژن O2Sat=93% با ماسک رزروبیگ PR=80 BP=98/76

Hb=9.5 PLT=183,000 AST=150 ALT=570 CRP=3+

ABG ساعت 10 : PH=7.39 PCO2=31 HCO3=7.5 PO2=31.3

ساعت 11:45 طبق مشاوره قلب تلفنی، آمپول هپارین 8000 واحد Stat و 1200U/h با کنترل PTT در محدوده PTT=50-70

ABG ساعت 15 : PH=7.35 PCO2=31.2 HCO3=18.5 PO2=20

عصر از مادر اسکن ریه گرفته می شود. در اسکن درگیری ریوی بصورت Patchy Consolidations و Crazy Paving به نفع کووید 19 گزارش می شود. در ساعت 20:45 مشاوره ICU می شود. طبق یادداشت پزشک مقیم ICU : مادر دیسترس تنفسی دارد و دچار خستگی شده است. خواب آلود است. و در هر دوره کراکل های پراکنده سمع می شود. O2Sat=84% BP=88/45 PR=90 با توصیه اتند آنکال (ICU Man) اقدام به انتوباسیون بیمار می شود با تزریق میدازولام ، فنتانیل و لیدوکائین. مادر بعد از انتوباسیون به ونتیلاتور با مد SIMV وصل و تحت انفوزیون لنوفد، سیس آتراکوریوم ، پرسدکس و میدازوم قرار می گیرد.

روز ششم بستری 00/6/13: مادر انتوبه و وصل به ونتیلاتور است. تاکیکاردی می باشد. تب دار است. خونریزی واژینال ندارد.

علائم حیاتی : BP=115/55 PR=115-120 BT=37.8 O2Sat=90% RR=20

آزمایشات : WBC=31,000 Hb=8.7 PLT=512,000 Cr=1.2 Na=127 K=5.5 Ca=6.7

AST=258 ALT=164 LDH=1361

برای مادر مروپنم ، سیپروفلوکساسین ، و انکومایسین ، اسپری آترونت ، اسپری سروتاید و آمپول متیل پردنیزولون 1g/d ، درخواست مشاوره قلب جهت انجام اکوکاردیوگرافی ، تعبیه CVP Line و تغییر مشخصات ونتیلاتور به RR=30 و PEEP=10 و قطع انفوزیون میدازوم ، قطع هپارین و شروع انوکسپارین با دوز 80mg/BID توسط اتند ICU تجویز می شود.

یک ساعت بعد به علت افت فشارخون سرم نرمال سالین و لووفد با دوز 20-30µg/min گذاشته می شود. 25 بعد آمپول لازیکس 40mg/Stat و 20mg/q6h - آمپول گلوکوکورتیکوئید کلسم و کنترل قند خون Order می شود.

در ساعت 3:50 با مدام مادر به علت کشیدن ناگهانی لوله تراشه (اتو اکستوباسیون) دچار برادیکاردی در حدود PR=20-30 شده و کداحیا زده می شود. ساچورا سیون در محدوده 40-42% بود. با حضور اعضای کد برای بیمار ماساژ قلبی شروع و بیمار مجدداً انتوبه می شود. بعد از عملیات احیا ساعت 4:00 ریتم قلب سینوسی شده و ساچورا سیون به 85-86% می رسد. PR=114-115. برای مادر CVP Line تعبیه شده است.

روز هفتم بستری 00/6/14: مادر انتوبه و سدیت می باشد. اندامها ادماتو هستند. از محل انسزیون سزارین ترشحات سروزی خارج می شود.

علائم حیاتی : BP=141/75 PR=147 (ریت دستگاه) RR=37 BT=38.9 O2Sat=71%

در ساعت 5:45 مادر مجدداً خودش را اکستوبه می کند. بعد از انتوباسیون برای مادر میدازولام 3mg/h و فنتانیل 300µg/h و مهار فیزیکی تا 24 ساعت Order می شود. در ساعت 9:15 دستگاه ونتیلاتور تعویض می شود.

روز هشتم بستری 00/6/15: در سمع ریه ها کاهش صدای دو طرفه ریوی دارد. با احتمال کروت بستن ، لوله تراشه تعویض می شود.

دیورز برقرار است. با وجود دریافت لووفد فشارخون پایین است. BP=97/59 O2Sat=83% PR=120

O2Sat=83-84% قبل از تعویض و O2Sat=90% بعد از تعویض

روز نهم بستری 00/6/17: مادر انتوبه و تحت ونتیلاتور می باشد. لووفد ، فنتانیل ، میدازولام و سیس آتراکوریوم دریافت می کند. علائم حیاتی Unstable می باشد. به علا Hb=6.9 واحد پکدسل کراس مچ شده ترانسفوزیون می شود. به علت تب دار شدن علیرغم دریافت آنتی بیوتیک های وسیع الطیف برای مادر کاسیوفونژین شروع می شود. BT=38

ABG : PH=7.35 PCO2=53.5 PO2=49.9 HCO3=29.1

روز یازدهم بستری 00/6/18 : مادر شدیداً تاکیکارد است و در نوار قلبی PVC دارد. HR=152 می باشد. 1mg آمپول پروپرانولول و 100 میلی گرم لیدوکائین تزریق وریدی می شود. O2Sat=52%

روز یازدهم بستری 00/6/19 : مادر اسیدوز تنفسی دارد. علیرغم تمام اقدامات درمانی و نتیلایسیون مناسب برقرار نمی شود O2Sat=62% BP=141/75 HR=138 تب دار است BT=39 مادر در شیفت شب کاری 5 بار CPR می شود. در گرافی سینه 90% درگیری ریه دارد. مادر ساعت 8:40 مورخ 6/20 دوباره ارست کرده و ساعت 9:10 فوت می کند.

جواب آزمایشات : Hb=11.2—9.5—7.1—7.9—7—6.9—7--10 WBC=5200—7200—13600—23000--31000-

Cr=0.9—1.2—1.6—1.7—1.5—1.6 PLT=183,000—241,000 Hct=20

Urea=12—44—74—96—107--115

BIL_T=0.8 CRP=3+ LDH=405—1523--898 SGPT=34—510--43 SGOT=62—150--52

مورخ 00/6/5 (قبل از بستری): WBC=8750 LYM=28% Hb=10.7 SGOT=37 SGPT=26 CRP=2+

Urine PRO_{24h}=36

در گرافی سینه کدورت های آئولر و پارانشیمال با درگیری پریفرال و نواحی مرکزی ریه ها گزارش شده است. اکو انجام نشده است.

نکات ویژه:

کیس 32

خانم 35 ساله ، خانه دار، باسواد راهنمایی، BMI=40.2، G₃P₂ ، بدون بیماری خاصی و حاملگی خواسته بوده است.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری بصورت مرتب در مرکز بهداشت انجام شده است.

مادر مورخ 00/5/2 (هفته 18 بارداری) با شکایت سردرد و علائم گوارشی و سابقه مواجهه با کیس کورونایی به مرکز بهداشت مراجعه کرده بعد از نمونه برداری و آموزش علائم خطر به منزل فرستاده می شود. مادر 2 روز بعد مورخ 00/5/4 با علائم تنگی نفس، سرفه و تب و میالژی و آزمایش PCR مثبت به متخصص عفونی مراجعه می کند و ایشان مادر را به بیمارستان معرفی می کند. مادر همان روز به بیمارستان مراجعه و بستری می شود. موقع مراجعه (ساعت 17:45) ساچوراسیون 94% با هوای اتاق داشت. علائم زایمانی نداشت. علائم حیاتی : BP=110/78

RR=18 PR=89 BT=36.7 بود. برای مادر با دستور تلفنی متخصص داخلی آزیترامیسین، شربت دیفن هیدرامین ، سرم تراپی، آپوتل و پنتوپرازول شروع می شود. چند ساعت بعد از بستری به علت افت ساچوراسیون اکسیژن با کاتول بینی داده می شود. ساعت 22 متخصص داخلی مادر را ویزیت می کند. عصر روز بعد به علت درد زیر شکم مشاوره زنان درخواست می شود. در سونوگرافی جنین مشکلی نداشت. یادداشت متخصص زنان : مادر فعلاً از نظر زنان مشکلی ندارد. به علت احتمال شروع زایمان زودرس در مادران با التهاب سیستمیک، در صورت بروز مشکل اطلاع داده شود و انجام گرافی سینه برای مادر بلامانع می باشد. شب مادر دچار افت ساچوراسیون (85% بدون اکسیژن و 93% با اکسیژن) می شود برای مادر CXR درخواست می شود. در معاینه کراکل کورس در هردو ریه سمع می شود در گرافی درگیری دوطرفه وجود داشت. برای مادر درخواست اعزام کرده و بعد از اخذ پذیرش مادر ساعت 12:00 مورخ 00/5/6 به بیمارستان ریفال اعزام می شود.

علائم حیاتی موقع اعزام : BP=110/70 BT=36.5 RR=19 PR=92 SPO₂=93% با اکسیژن

جواب آزمایشات : WBC=3900 Hb=12.9 LYM=700 PLT=122,000

CRP=Neg ESR=35 Urea=15 Cr=0.7

مادر ساعت 15:10 در بخش ICU پذیرش می شود. در موقع پذیرش هوشیار ولی ILL بود. در سمع ریه کراکل کورس در هردو طرف سمع می شد. علائم حیاتی : BP=128/72 PR=95 O₂Sat=96% با ماسک BT=37

برای مادر دستورات : ، مانیترینگ قلبی ریوی ، تعبیه لاین وریدی-چک آزمایشات BS، VBG، CBC، الکترولیتها، آزمایشات انعقادی ، کلیوی و کبدی تهیه نوار قلب ، آمپول رمدسیور-دگزامتازون ، هپارین پروفیلاکتیک ، اکسیژن تراپی با ماسک صورت ، فاموتیدین ، دیفن هیدرامین و برم هگزین ، سونوگرافی سلامت جنین و مشاوره اورژانس زنان گذاشته می شود. به علت شکایت مادر از درد قفسه سینه آزمایش CTNI در سه نوبت درخواست می شود. ساعت 21 ماسک صورت با کاتول بینی تعویض می شود.

VBG : PH=7.50 PCO₂=19.5 HCO₃=15.2

BS=128

Hb=11.6 PLT=111,000

WBC=3000

یومین روز بستری 00/5/7: در معاینه بالینی تاکیکاردی PR=107 و O2Sat=93% با اکسیژن و 88% بدون اکسیژن دارد.

FHR=170 در سونوگرافی میزان مایع مناسب می باشد. CTNI در 3 نوبت منفی می باشد. برای مادر آمپول سفتریاکسون، آزیترومايسين ولوراتادين تجویز می شود. به علت گزارش BS=326 برای مادر 6 واحد انسولین رگولار داده می شود.

سومین روز بستری 00/5/8: به علت افت ساچوراسیون اکسیژن با ماسک رزرو بگ داده می شود (O2Sat=91-95 %) به علت افزایش آنزیمهای کبدی رمسدیویر Hold می شود.

CRP=43

ESR=46

CPK-MB=65

LDH=1299

SGPT=254

SGOT=184

پنجمین روز بستری 00/5/10: روند افزایشی آنزیمهای کبدی همچنان ادامه دارد. مادر ارتوپنه و تنگی نفس دارد PR=114

O2Sat=83% BT=37 با رزرو بگ برای مادر اکوکاردیوگرافی و CXR، مشاوره گوارش

BP=125/71

وزنان در خواست می شود.

مشاور زنان یادداشت کرده است مادر نیاز به ویزیت روزانه زنان ندارد و بعد از ترخیص به درمانگاه زنان مراجعه کند.

مشاور گوارش برای مادر آزمایشات روماتولوژی، هپاتیت ویرال، سرولوپلاسمین، الکتروفورز پروتئین های سرم وادرار و سونوگرافی کبد، کیسه صفرا و مجاری صفراوی را درخواست می کند.

ALP=285

ALT=287

AST=462

درسونوگرافی کبد و مجاری صفراوی نرمال و در اکو مشکل خاصی وجود نداشت. LV EF=55% PAP=35-40 به علت استئوماتیت قطره نیستاتین، کپسول فلوکونازول تجویز می شود.

در CXR درگیری ریه بیشتر شده است. مادر کاندید تعبیه NIV می باشد ولی رضایت نمی دهد.

هفتمین روز بستری 00/5/12: مادر آریته بی قرار است شب افت ساچوراسیون در حد O2Sat=73% داشته است ولی علیرغم توضیحات کادر

و پزشکان راضی به تعبیه NIV نیست. به علت بی قراری و آریته سیون برای مادر آمپول متادون (2.5mg/TDS/S.C) و ریسپریدون تجویز شده است. در ساعت 23:25 با اصرار NIV تعبیه می شود (با تزریق دیازپام). با NIV ساچوراسیون اکسیژن در حدود 79% می باشد. علیرغم تزریق

دیازپام و میدازولام مادر آریته است. ساعت 00:45 به علت تاکی پنه و تاکیکاردی RR=65 PR=145 و دیسترس تنفسی مادر انتویه شده تحت انفوزیون میدازولام و فنتانیل قرار می گیرد. مشاوره اورژانس زنان برای ختم بارداری درخواست می شود. مشاور جواب می دهد به علت

سن پایین جنین نیازی به اقدام اورژانس جهت ختم بارداری وجود ندارد.

HCO3=19

PO2=49.2

PCO2=28.3

PH=7.45 VBG قبل از انتوباسیون:

HCO3=25

PO2=51.9

PCO2=46.3

PH=7.36 VBG بعد از انتوباسیون:

هشتمین روز بستری 00/5/13: ساعت 6:50 بامداد به علت افت ساچوراسیون تا حد 46% و تاکی کاردی شدید آتروکوریوم شروع می شود. در

شیفت صبح مادر تب دارو (BT=38.5) تاکیکارد است PR=181 تنفس Gasping دارد. BP=87/60 می باشد. انفوزیون لنوفد، سفپییم و سیپروفلوکساسین شروع می شود. مادر ساعت 12:40 دچار برادیکاردی شده و آتروپین تزریق می شود. مادر دچار ارست قلبی شده و احیا می

شود و 5 دقیقه بعد مجدداً آسیتول شده و ساعت 14:40 فوت می کند.

آزمایشات:

ESR=104

Urea=29 Cr=0.6

PLT=231000

Seg=95.8 WBC=3600—3000—4600—9000—12100

LDH=1299

CRP=43

نکات ویژه:

1. BMI مادر بالای 40 می باشد. در این افراد تصمیم گیری برای انتوباسیون به علت مشکل جدا کردن، سخت می باشد.

2. بعد از هفته 26 بارداری در شرایط دیسترس تنفسی مادر، ختم بارداری می تواند به بهبود نسبی مادر کمک کند.

3. شاید استفاده از داروی پرسیدکس Dexmedetomidine در این بیماری توانست به بهبود حال بیمار کمک کند.

4. استفاده از بنزودیازپین ها و ریسپریدون برای رفع اضطراب در این بیماران گزینه مناسب نمی باشد.

کیس 33

خانم 22 ساله، ساکن شهر، خانه دار و دیپلم، BMI=20.8، G1P0، و بارداری خواسته بوده است. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت

دوران بارداری در مرکز بهداشت و مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام شده است. سابقه بیماری خاص و مصرف داروی خاص ندارد.

مادر مورخ 5/25 با سن بارداری 39 هفته و دستورات پزشک معالج جهت سزارین به درخواست مادر ساعت 9:45 به بیمارستان A مراجعه و بستری می شود. مادر سابقه ابتلا به کورونا در هفته 20 بارداری را ذکر می کرد که با قرنطینه خانگی تحت درمان بوده است. مادر بعد از اخذ NST و اقدامات اولیه با علائم حیاتی BP=125/60 RR=15 PR=88 به اتاق عمل منتقل و ساعت 13:30 با بی حسی اسپینال تحت سزارین قرار می گیرد. حاصل نوزاد پسر با وزن 2900 گرم با آپگار 10/9 بود. بعد از خروج نوزاد (ساعت 13:45) برای مادر پتیدین و میدازولام تزریق شده و به علت افت فشارخون، آفرین و 50 میکروگرم فنیل آفرین STAT و 30 میکروگرم انفوزیون می شود. به علت خونریزی و آتونی رحم در اتاق عمل 3 عدد میزوپروستول زیر زبانی استفاده می شود (خونریزی زیاد بود). عمل ساعت 14:30 تمام شده و مادر ساعت 14:40 با علائم حیاتی PR=93 BP=102/56 به ریکاوری منتقل می شود. بعد از اتمام عمل متخصص زنان اتاق عمل را ترک می کند.

در ساعت 15:15 کارشناس هوشبری متوجه تاقیکاردی و افت فشارخون مادر شده و به متخصص بی هوشی اطلاع می دهد با دستور ایشان سرم رینگر، سرم نرمال سالین با 200 میکروگرم فنیل آفرین انفوزیون شده و ساعت 15:30 آفرین، میدازولام، پتیدین و فنیل آفرین تزریق می شود. در ساعت 15:45 مجدداً آفرین تزریق و مادر جهت بررسی به اتاق عمل منتقل می شود. ساعت 15:55 انفوزیون لووفد با دوز 20µg/min شروع شده است.

علائم ثبت شده در برگ مراقبت :

14:30 : خونریزی خفیف - رحم جمع و وضعیت مساعد - BP=120/52 PR=83 O2Sat=98%

15:30 : وضعیت مساعد - خونریزی خفیف - رحم جمع - پانسمان خشک - BP=85/50 PR=120 O2Sat=98%

15:45 : آریته - هوشیار - BP=62/45 PR=120

یادداشت متخصص بی هوشی : بیمار قبل از انتقال به بخش دچار افت فشارخون و تاقیکاردی شده با انفوزیون فنیل آفرین و آفرین اصلاح شد به علت بی قراری مادر و عدم ثبات همودینامیک مادر به اتاق عمل منتقل شده سرم انفوزیون ورگ دوم از اندام فوقانی چپ با شماره 16 تعبیه شده و پکد سل و FFP درخواست و به متخصص زنان اطلاع داده شد.

ساعت 16 به متخصص زنان مقیم اطلاع می دهند. طبق یادداشت ایشان : "ساعت 16 در مورد بدحالی مادر به من اطلاع داده شد. بلافاصله بر بالین مادر حاضر شدم. مادر Pale بود. هوشیار و رباته بود. به علت تاقیکاردی برای مادر آتروپین تزریق شده بود. برای مادر ماساژ رحمی داده شد. رحم جمع بود و خونریزی و آریته نداشت. در TV هماتوم و خونریزی نداشت. به پزشک معالج اطلاع داده شد."

پزشک معالج ساعت 16:15 بر بالین مادر حاضر می شود. به متخصص رادیولوژی جهت سونوگرافی اطلاع داده می شود و ایشان در ساعت 16:20 در اتاق عمل حاضر می شود. در گزارش سونوگرافی مایع آزاد شکمی و لگنی اطراف کبد و طحال در حد Moderate TO Severe و یک هماتوم با حجم 600 سی سی گزارش می شود. باین گزارش و ریت جواب آزمایش Hb=8.5 تصمیم به لاپاراتومی گرفته می شود. با حضور متخصص زنان آنکال و پزشک معالج سوچورهای قبلی باز و شکم بررسی می شود. گزارش پزشک معالج "رحم کمی آتون بود که برای مادر سرم سنتو، یک عدد مترژین تزریق شد. ولی خونریزی و آریته نداشت. اوزینگ مختصر در گوشه راست محل برش سزارین وجود داشت که سوچورهای متعدد زده شد و 2 عدد سرجی سل تعبیه گردید. حدود 300 سی سی مایع آزاد وجود داشت که تخلیه شد. رحم و فضای اطراف و مثانه چک شد که مشکلی نداشت. هماتوم (لخته) در خارج رحم بود. بعد از شستشو با گذاشتن درن شکم بسته شد". اولین واحد پکد سل ساعت 17 بدون کراس مچ و ساعت 17:15 واحد اول FFP تزریق شده است. واحد دوم و سوم پکدسل کراس مچ شده ساعت 17:45 شروع شده است. از متخصص بی هوشی دوم درخواست کمک می شود و ایشان ساعت 17:30 در اتاق عمل حاضر می شود. با کمک ایشان برای مادر CVP Line تعبیه می شود.

برای مادر مشاوره قلب جهت R/O کاردیومیوپاتی در خواست می شود. متخصص قلب مادر را در ساعت 18:40 در اتاق عمل ویزیت می کند. یادداشت ایشان : قلب تاقیکارد HR=110 و فشارخون BP=130/80 با دریافت لووفد می باشد. در اکوی بدساید با دستگاه سونوگرافی LV EF=60% و عملکرد RV نرمال و شرائین پولمونر باز می باشد. برای بیمار شوک هیپوولمیک مطرح است.

در اتاق عمل برای مادر 4 واحد پکد سل و 4 واحد FFP تزریق می شود. از زمان شروع عمل دوم تا ساعت 19:30 سی سی ادرار داشته است. بعد از اتمام عمل، مادر ساعت 19 اکستوبه و هوشیار با علائم حیاتی HR=100, BP=110/70 به ریکاوری تحویل و بعد از هماهنگی با بیمارستان ریفرا و استاد معین ساعت 20:20 به بیمارستان ریفرا جهت ICU Care اعزام می شود.

ترشحات درن تا لحظه اعزام حدود 150 سی سی بود.

آزمایشات : PLT=133,000—161,000 Hb=11.4—8.1 WBC=8100---15,900

اتاق عمل VBG : PH=7 PCO2=54.1 PO2=32 HCO3=13.4 BE=-17.8

مادر ساعت 22:10 با GCS=3، دوپل میدیاز بدون واکنش به نور و نبض غیر قابل لمس تحویل اورژانس ریفرال داده می شود. مادر Pale بود و انتهاها سرد بودند (ساجوراسیون غیر قبل اندازه گیری بود). مادر بعد از ورود بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده و به مانیاتور وصل می شود. PR=170 بود. با دستور پزشک ICU کد احیا زده شده مادر انتوبه شده و انفوزیون سرم نرمال سالین، ولون شروع و 5 واحد پکد سل و 4 واحد FFP با گروه خونی O- در خواست می شود. قبل از شروع ترانسفوزیون 200 mg هیدروکورتیزون تزریق می شود. بعد از تزریق 4 واحد پکدسل، 4 واحد FFP، 2 لیتر ولون و 5 ویال NaCl 5%، 2 ویال گلوکونات کلسیم، مادر ساعت 24 با صلاح دید اتند آنکال جهت لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل می شود. در سونوگرافی بدساید مایع ازادشکمی خفیف و متوسط لگنی و تصویر ناحیه هتروژن با حجم 446 سی سی در ناحیه RLQ و خط وسط کنار رحم گزارش می شود. به علت ادم ریه و خروج کف صورتی از لوله تراشه 80 میلی گرم لازیکس در 4 دوز تزریق می شود. عمل بلافاصله با بی هوشی عمومی (با تزریق رمی فنتانیل و اتومیدیت) شروع شده و سوچورهای قبلی باز می شود. در داخل شکم حدود 100-150 سی سی خون روشن وجود داشت. در سمت راست رحم هماتوم بزرگ با گسترش به زیر کبد و مزوی روده مشاهده می شد که خونریزی فعال داشت. محل با 3 عدد لنگاز پک شده و با اعمال فشار روی محل خونریزی به جراح عمومی اطلاع داده می شود. با حضور جراح، پریتون باز و لخته فراوان تخلیه می شود. عروق رحمی لیگاتور و عروق لگنی تا حد امکان (به علت ادم وسیع فیلد عمل) اکسپوز و شاخه های خونریزی دهنده لیگاتور می شود. بعد از کنترل خونریزی محل با 6 عدد لنگاز پک می شود و درن تعبیه می گردد. بعد از اتمام عمل مادر ساعت 2:00 انتوبه در

حضور ICU man و اتند آنکال زنان به بخش ICU منتقل می شود با علام حیاتی: PR=156 BP=121/77 O2Sat=96%

آزمایشات: ABG اورژانس: PH=6.73 PCO2=57.2 HCO3=7.2 PO2=18.9 BE=-28

ABG دوم (بعد از تزریق 80 سی سی بیکربنات 8.4%): PH=6.71 PCO2=63.1 PO2=19.9

HCO3=7.7 BE=-28.1

علام حیاتی قبل از شروع بی هوشی: PR=150 BP=125/85 با انفوزیون 20-30 میکرو لووفد O2Sat=80%

در طی عمل واحد پنجم پکدسل تزریق شده و با توجه به حجم هماتوم 4 واحد پکدسل و 2 واحد FFP در خواست و 2 گرم فیبرینوژن تزریق می شود.

ABG سوم در اتاق عمل: PH=6.9 PCO2=45.4 HCO3=8.6 PO2=129.2 BE=-24

بعد از انتقال مادر به ICU برای مادر 10 واحد پلاکت درخواست می شود (فقط 5 واحد پلاکت 3 واحد O- و 2 واحد ایزوگروپ فراهم می شود). برای مادر آمپول مروپنم، و انکومایسین، سیپروفلوکساسین شروع می شود. به علت گزارش Hb=4.3 در 2 بار آزمایش برای مادر بصورت مرتب پکدسل، FFP، و سرم تزریق می شود. با وجود انفوزیون لووفد با دوز 30 میکرو و دریافت فرآورده، مادر آنوریک بوده و فشارخون پایین بود. BP=82/57. از تمام محل های تزریق و محل پاتسمان خونریزی داشت و از درن حدود یک لیتر خونریزی داشت و ترشحات NGT کافی گراند بود. برای مادر مشاوره نرولوژی جهت بررسی Brain Death درخواست می شود و مشاور انجام EEG را توصیه می کند که قابل انجام نبود.

به علت عدم بهبودی وضعیت مادر و افزایش فشار داخل شکم (41 mmH2O) ساعت 24 نصف شب مادر مجدداً جهت لاپاراتومی با حضور متخصص جراح عمومی به اتاق عمل منتقل می شود. طبق یادداشت جراح 200 سی سی خون در زیر جلد وجود داشت و در داخل شکم حدود 300 سی سی خون وجود داشت. بعد از شستشو لنگاز های پک شده خارج گردید. هموستاز قابل قبول بود. اوزینگ مختصر وجود داشت. شریان ایلایک داخلی لیگاتور و محل با 4 عدد لنگاز پک می شود. بعد از اتمام عمل مادر جهت مراقبت به ICU برمی گردد. ساعت 10:10 مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و بعد از 40 دقیقه عملیات احیا ساعت 10:50 فوت می کند.

در بیمارستان الزهرا برای مادر 18 واحد پکد سل یک واحد خون کامل 30- و 8 واحد FFP و 8 واحد پلاکت و 8 گرم فیبرینوژن تزریق شده بود.

آزمایشات: WBC=22,200—13,700 Hb=8.8—4.4—4.3—8.9

Urea=23—25—30 Cr=1.9—2.3—2.9 PLT=109,000—175,000—216,000

SGOT=183—2970 SGPT=247—1260 LDH=2298—3124 BILT=2.2 K=6.5

P=12.1 Ca=6.2 PTT=52—86 PT=20—48 INR>6 Fib<30

نکات ویژه:

1. سزارین به درخواست مادر عوارض زیادی برای مادران ایجاد کرده است که باید در اجرایی کردن این گزینه تجدید نظر شود.

2. در لاپاراتومی اول با وجود گزارش هماتوم در گوشه راست رحم در سونوگرافی، از جراح عمومی درخواست کمک نشده است.

3. موقع انتقال مادر به اتاق عمل، مادر در شوک کلاس 3 بوده است. شکم بیمار خوب بررسی نشده و درخواست و تزریق خون با تاخیر انجام شده است.
4. متخصص بی هوشی علایم بیمار را به حساب عوارض راشی گذاشته و سعی در افزایش فشارخون با داروهای منقبض کننده عروقی کرده است درحالیکه عوارض راشی در اوایل بی حسی و شروع عمل خودش را نشان می دهد .
5. دراکستنشن گوشه انسزیون رحم راه کار علمی لیگاتور شریان یوترین آن طرف می باشد و سوچورهای متعدد سبب بدترشدن خونریزی می شود.

کیس 34

خاتم 31 ساله ، BMI=29.1 ، G3P2 ، با بارداری 18 هفته و با سابقه اختلال افسردگی مائور (MDD) و مصرف سرتالین ، آمی تریپتیلین و لورازپام و بارداری ناخواسته می باشد.

مادر یکبار در مرکز سلامت و یکبار در مطب متخصص زنان مراقبت شده است طبق اظهار خانواده مادر در تاریخ 00/7/1 دچار تب و لرز شده به بیمارستان مراجعه می نمایند. برای مادر تست PCR درخواست می شود با اعلام جواب PCR منفی، مادر به منزل بر می گردد.

روز بعد مادر به علت تب به کلینیک مراجعه کرده و گفته می شود سرما خوردگی است. فردای آنروز حالش بدتر شده به مطب پزشک مراجعه می کند که اسکن ریه در خواست می نماید و در اسکن درگیری ریوی به نفع کووید گزارش می شود و با توصیه ایشان و با تشدید علایم و تنگی نفس و درگیری 50% در اسکن ریه ، مورخ 00/7/8 به بیمارستان مراجعه و بستری می شود. موقع مراجعه (ساعت 20:27) هوشیار واریانته بود. علایم زایمانی نداشت. از میالژی شکمی بود. علایم حیاتی : BP=120/85 PR=124 RR=22 BT=37

O2Sat=90% در هوای اتاق و 95% باکانول بینی بود. برای مادر دستور آپوتل و سرم نرمال سالین گذاشته شده و سعی در اعزام بیمار می شود ولی به علت نبود تخت خالی در بیمارستانهای ریفارال دانشگاهی، مادر ساعت 23:30 در اتاق ایزوله بستری می گردد با دستورات: RBR، اکسیژن با کانول بینی ، آمپول هپارین 5000U/d ، سولفات منیزیم 50% 2 سی سی هر 8 ساعت ، درخواست آزمایشات PCR CBC, LFT, Cr, Urea, PT, PTT, INR, D-Dimer, Ca, P, K, Alb. ویزیت متخصص زنان ، ویزیت متخصص داخلی و عفونی .

روز دوم بستری 00/7/9: به علت گزارش D-Dimer=923 ، Ca=1.7 یونیزه Alb=2.4، برای مادر کلسیم و آلبومین تجویز شده و دوز هپارین به 5000U/TDS افزایش داده می شود. متخصص عفونی برای مادر رمدسیور، متیل پردنیزولون 80mg/TDS و آمپول سفترایم و ویتامین های C, D, E شروع می کند.

روز سوم بستری 00/7/10: PCR منفی گزارش می شود . مادر موقع پایین آمدن از تخت دیسترس تنفسی پیدا می کند. برای مادر مشاوره قلب درخواست می شود. در اکو مشکل خاصی گزارش نمی شود. نصف شب، مادر ساعت 3:25 دچار تنگی نفس می شود O2Sat=88% با کانول بینی بود که با ماسک رزرو بگ جایگزین می شود. با این اقدام ساچوراسیون تا 97% افزایش می یابد. مادر تا ساعت 9 با ماسک رزرو بگ اکسیژن می گیرد ولی متخصص عفونی بعد از ویزیت، اکسیژن با ماسک ساده را Order می کند. RR=20-28

روز چهارم بستری مورخ 00/7/11: مادر تاکی پنه دارد. (در گزارش پرستاری RR=44-48 ثبت شده است) برای مادر شورای تخصصی تشکیل شده و نیاز مادر به ICU Care تایید می شود. با مرکز رصد جهت اعزام به بیمارستان ریفارال تماس می گیرند و مادر ساعت 16:00 به اعزام و در بخش ICU پذیرش میشود.

آزمایشات: WBC=3800 LYM=39.5% Hb=10.9 PLT=273,000 RF=Positive CRP=69 LDH=447—361 SGPT=19--37 SGOT=31—49

موقع پذیرش بیمار هوشیار و اوریانته بود با علایم حیاتی: BP=131/71 ، PR=88 ، RR=54 ، BT=37.3 و O2Sat=86% با ماسک ساده . ماسک ساده با ماسک رزرو بگ جایگزین شده ، ساچوریشن های بیمار به 94% رسانده میشود و بیمار توسط رزیدنت داخلی ویزیت و هپارین، رمدسیور و متیل پردنیزولون تجویز می شود . به علت لرز آمپول آپوتل به صورت Stat دریافت می کند . سونوگرافی اورژانس از نظر وضعیت بارداری انجام می شود که جنین زنده متحرک (FHR=145) با سن حاملگی ۱۹ هفته و ۲ روز گزارش میشود. به علت درد کمر مشاوره زنان درخواست می شود و مشاور جواب می دهد نیاز به اقدام اورژانس نداشته و توصیه به ویزیت هفتگی سرویس زنان میگردد .

دومین روز بستری مورخ 07/12: به علت PCO2=63 اکسیژن تراپی از ماسک رزرو بگ به ماسک ساده تبدیل میشود. مشاوره روانپزشکی با توجه به سابقه افسردگی، اضطراب و آژیتاسیون بیمار انجام و قرص کلرودیازپوکساید PRN و قرص هالوپریدول تجویز میشود.

سومین روز بستری (07/13): به علت افت ساچوریشن تا 88% اکسیژن تراپی مجدداً با ماسک رزرو بگ انجام میشود و به علت تیدار شدن بیمار (BT=38.3) کشت خون و کشت ادرار ارسال و آمپول سفپیم شروع می شود. جواب کشتها منفی بوده است.

روز چهارم بستری (07/14): به علت افت ساچوریشن تا 81% مادرروی NIV قرار میگیرد. ویزیت روزانه زنان با توجه به وخامت حال بیمار Order میشود ولی طی مشاوره سرویس زنان، به ویزیت هفتگی و سونوگرافی وضعیت جنین، هفته ای دو بار تاکید میشود.

روز ششم بستری مورخ 07/16: در شیفت شبکاری ساعت ۰۶:۳۰ صبح (07/17) بیمار به طور ناگهانی دچار آبریزش و خونریزی واژینال و درد شکم می شود. سونوگرافی اورژانس از نظر وضعیت بارداری درخواست میشود که جنین در حال دفع گزارش میگردد و طی انجام مشاوره زنان، جنین و جفت که در داخل واژن بود، خارج و رحم از نظر بقایا بررسی می شود. علایم حیاتی موقع شروع آبریزش: BP=135/86، PR=108، BT=37 و O2sat=96% بود. بیمار از ساعت ۱۱:۳۰ به طور متناوب روی NIV و ماسک رزرو بگ قرار میگیرد.

روز هشتم بستری مورخ 07/18: ساعت 04:45 am بیمار آریته و تاقیکارد است. CXR اخذ شده به علت شواهد Over loed مایع، آمپول لازیکس 60mg به صورت Stat تزریق میشود. به علت تاقیکاردی و افت ساچوریشن، مشاوره قلب درخواست شده و در اکوکاردیوگرافی، شواهد D Shape Septum, RV Enlargement & Submassive PTE مطرح میگردد. انوکسپارین D.C و انفوزیون هپارین با دوز 1400u/h شروع میشود و انجام سی تی آنژیو ری به بعد از Stable شدن بیمار توصیه میشود.

روز دهم بستری مورخ 07/20: به علت درد شکم، سونوگرافی شکم و لگن از نظر هماتوم و مایع آزاد درخواست میشود که طبق سونو انجام شده، مایع آزاد شکمی نداشته است. با شک به پانکراتیت آنزیمهای لپاز و آمیلاز درخواست می شود. به علت تب دار شدن قرص لینزولید شروع می شود. ABG: PH=7.39، PCO2=42.7، HCO3=25.8

روز یازدهم بستری مورخ 07/21: بیمار روی NIV می باشد. تاقیکاردی و تاکی پنه دارد PR=119-141 O2Sat= 80-91% RR=30-36 BP=117/80. در ساعت 9 صبح هنگام ویزیت مادر برادیکارد شده و یک عدد آمپول آتروپین تزریق می شود. شبکاری ساعت 20:12 به علت افت ساچوریشن تا 40% و دیسترس تنفسی، اقدام به انتوباسیون می شود که در try اول موفقیت آمیز نبوده و در try دوم بیمار اینتوبه میشود. حین انتوباسیون بیمار دچار برادیکاردی شده که با تزریق آتروپین برطرف میگردد و بیمار تحت انفوزیون فنتانیل و آتروکوریوم و نفوذ قرار میگیرد. مجدداً ساعت 21:45 دچار برادیکاردی و سپس آسیستول شده و تحت CPR قرار میگیرد که موفقیت آمیز نبوده و متأسفانه

ساعت 22:25 فوت می نماید. PH=7.41:ABG، PCO2=39، HCO3=25
جواب آزمایشات: WBC=9200—11000--14500، LYM=10.3%، Hb=11.3—9.8—9.4—11.2، BS=109
Urea=17--39، Cr=0.5، Lipase=11، Amylase=29
D.Bili =0.5، T.Bili =0.9، Alk.p=322، ALT=108—145--60، AST=112--31
CRP=29، D-Dimer=790، LDH=703--1368، CTNI=N، K=3.1، Na=141
ESR=78، PTT=158 PT=18، INR=1.32 (در حال دریافت هپارین با دوز 1400U/h)

نکات ویژه :

کیس 35

خانم 19 ساله، ساکن روستای اصلی، خانه دار، دیپلم، G₁P0، BMI=31.2، سابقه تانسلیکتومی و حاملگی خواسته بوده است. مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری بصورت مرتب در مرکز بهداشت و مطب متخصص زنان انجام شده است. مادر مورخ 00/4/23 (هفته 37 بارداری) با شکایت لک بینی، سردرد و سرفه از 2 روز قبل به مرکز بهداشت مراجعه و بعد از انجام رپید تست با تست مثبت PCR ساعت 7:40 بامداد به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه می کند. موقع ورود مادر هوشیار واریانته بود. سرفه گهگاهی و کوریزا داشت، سابقه تب و لرز در 2 شب گذشته را ذکر می کرد. علایم گوارشی نداشت. علایم حیاتی: BP= 125/79 PR=94
BT=36.5 RR=16 O2Sat=97% در هوای آزاد FHR=142 بود. در معاینه واژینال -C/III- 1-2cm/30% TV: 3
مادر درد شکم را ذکر می کرد ولی انقباض نداشت. در آزمایشات همراه مادر به تاریخ 00/4/20 عفونت ادراری با E.Coli داشت که حساس به اکثر آنتی بیوتیکها بود. مادر با تشخیص احتمال کووید در بخش تحت نظر بستری می شود. برای مادر سونوگرافی پرتابل و NST انجام می گیرد. به علت شروع علایم زایمانی مادر ساعت 12:30 بستری اتاق ایزوله LDR می شود. با دستورات: مانیتورینگ مداوم قلبی ریوی مادر و FHR -کنترل علایم زایمانی -تعبیه لاین وریدی -چارت تب -مشاوره عفونی -درخواست آزمایشات کووید، LFT، تستهای انعقادی، کلیوی

NST-U/A روزانه -سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال. مشاور عفونی(داخلی) درخواست PCR وشریت برم هگزین در صورت سرفه و اسکن ریه در صورت افت ساچوراسیون را توصیه می کند.

آزمایشات: WBC=4500 LYM=19%(855) Hb=11.4 PLT=115,000 LFT=NL LDH=311
CRP=+1 U/A=N ESR=28 Urea=10 Cr=0.9

روز دوم بستری 00/4/25: مادر علایم زایمانی ندارد وعلایم حیاتی نرمال می باشد. برای مادر آمپول بتا متازون 12 میلی گرم در 2 دوز تجویز می گردد. در سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال BPP=8/8 می باشد.

روز سوم بستری 00/4/26: مادر تب دار نیست. فشار خون وساچوراسیون در محدوده نرمال می باشد.یرادیکارد شده است (PR=50-62)
برای مادر مشاوره قلبی در خواست می شود. در EKG سینوس برادیکاردی دارد. تغییرات ST-T ندارد. مشاور قلب برای مادر شربت تنوفیلین G تجویز می کند وتوصیه می کند هپارین پروفیلاکسی شروع گردد ودر صورت PR<40 آتروپین 0.6mg وریدی تزریق شود.مادر عصر به علت نداشتن علایم زایمانی به بخش کرونا منتقل می شود.

روز چهارم بستری 00/4/27: مادر علیرغم توضیح پزشکان وکادر، با اصرارورضایت شخصی بیمارستان را ترک می کند.

آزمایشات روز چهارم : WBC=5000 LYM=21% Hb=11.8 PLT=109,000

مادر 3روز بعد مورخ 00/4/30 ساعت 13:15 با شکایت آبریزش ودرد زایمانی به بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. موقع مراجعه مادر تب دار بود. علایم حیاتی : BP=100/70 PR=89 RR=28 BT=37.8 FHR=154 ودر معاینه واژینال لیک واضح داشت: TV:

6cm/50%/LC/-3. مادر در بلوک زایمانی بستری شده وnst اخذ می شود.به علت نداشتن انقباضات موثر به متخصص زنان اطلاع داده می شود وایشان مادر را ویزیت کرده با متخصص عفونی صحبت می کند . متخصص عفونی ذکر می کند مادر بعداز زایمان به بخش کووید منتقل شود. ساعت 15:30 علایم زایمانی کامل شده وزایمان توسط ماما گرفته می شود. نوزاد با آپگار 10/9 بدنیا می آید.موقع زایمان نوزاد دفع مکنیوم غلیظ داشته وبه علت هیپوتون شدن ودیسترس تنفسی نوزاد در دقیقه 10 به متخصص کودکان تحویل داده می شود.مشکل خاصی در حین زایمان و2 ساعت اول بعداز زایمان برای مادر در پرونده ثبت نشده است.حوالی ساعت 20:30 مادر تکیکارد وتب دار می شود BT=38.7
PR=113. به متخصص عفونی اطلاع می دهند وایشان ساعت 21 مادر را در بلوک زایمانی ویزیت می کند . یادداشت

متخصص عفونی مادر بریده بریده صحبت می کند.تعریق دارد ودر سمع ریه ها کراکل فاین در قاعده ریه ها سمع می شود. ---O2Sat=89%
92% می باشد. مادر با دستورات آمپول وانکومايسن،مروپنم،قرص سیپروفلوکساسین،آمپول هیدروکورتیزون 200mg/STAT -آمپول دگزامتازون 8mg/D -آمپول آپوتل-آمپول رمدسیویر-آمپول پنتاپرازول ودر خواست تستهای کبدی، انعقادی، کلیوی، CBC,CRP,ESR و -CXR دریافت اکسیژن 3l/min با کاتول بینی- آمپول اینتر فرون b -اسپری سرفلو ++علایم حیاتی : BT=38.7 RR=19 PR=113
BP=125/65 ساعت 21:15 با ویلچیر و همراهی ماما به بخش کووید منتقل می شود.

روز دوم بستری 00/4/31: مادر تب دار نیست (آپوتل می گیرد)-از درد شکم بدنبال مصرف آمپوه شاکی است. O2Sat=96% با کاتول بینی می باشد. آمپول هپارین 5000U/TDS/SC به دستورات دارویی اضافه شده است.

روز چهارم بستری 00/5/2: تنگی نفس کمی بهتر شده است ویکبار اسهال داشته است. مادر با ویلچیر جهت اخذ CXR به بخش رادیولوژی برده می شود. برای مادر یک دوز پالس کورتون 125 میلی گرم تزریق می شود.شب ساعت 23 مادر افت ساچوراسیون در حد45% (بدون اکسیژن) داشته وبه رزروپگ وصل می شود. مادر ساعت 4 صبح بدنبال ترک بسترجهت رفتن به دستشویی دچار سیانوز شدید شده وبه تخت برگردانده می شود(به مادر تاکید شده بود ازبیدن استفاده کند).مادر ساچوراسیون 54% وریث قلبی PR=48 داشته است که بعداز Stable شدن به 61 می رسد.افت فشارخون نداشت.برای مادر به علت لرز آپوتل تزریق می شود. ساچوراسیون با ماسک رزروپگ 91% بود.

روز پنجم بستری 00/5/3: مادر افت ساچوراسیون دارد O2Sat=74%---86% برای مادر یک دوز پالس کورتون (دوز دوم) تزریق شده است. درخواست مشاوره قلب دارد.قبل از ویزیت متخصص قلب مادر با هماهنگی مرکز رصد ساعت 13:30 به بیمارستان جنرال اعزام می شود.

آزمایشات: WBC=11600—14500 LYM=8.5 % Hb=10.4—8.6 PLT=131000---138000
CRP=2+ PT=13 PTT=34 Cr=1 Urea=25 SGOT=28 SGPT=24 LDH=789

بیمار PCR مثبت بوده ودر CXR درگیری دوطرفه ریوی در حدود 20% دارد(تاریخ اخذ گرافی 00/5/2)

علایم حیاتی قبل از اعزام: GCS=15 PR=82 BP=110/70 RR=26 BT=37.1
O2Sat=86%

مادر ساعت 16:00 به صورت هوشیار و اورینته در بخش ICU7 با علائم حیاتی BP=140/80 RR=28 BT=37 PR=60 و 94% با ماسک رزرویک تحویل گرفته میشود. پس از ویزیت توسط رزیدنت بیهوشی، اسکن ریه و ABG درخواست می شود در اسکن ریه ، کدورت های گرانگلاس Patchy محیطی در هر دوریه گزارش می شود.

HCO3=20 PCO2=26.2 PH=7.49 : ABG ساعت 17:08

شبکاري به علت افت ساچوريشن تا 88% NIV تعبيه شده تحت درمان با سفيپيم ، انوکسپارين، دگزامتازون و اکتمرا قرار ميگيرد.

روز دوم بستری 00/5/4 : ساعت 10:15 به علت تنگی نفس و عدم تحمل NIV ، اینتوبه شده تحت انفوزیون فنتانیل، آتراکوریوم و پرسدکس قرار می گیرد. CV Live از ورید ژوگولار راست تعبیه و CXR پرتابل گرفته می شود . به علت عدم موفقیت در تعبیه سوند فولی ، طی انجام مشاوره ارولوژی، توسط رزیدنت ارولوژی تعبیه می شود. به علت هموگلوبین Hb=8.4 مشاوره زنان درخواست میشود . در بررسی مشکلی نداشت. به علت عدم اصلاح ساچوراسیون و نتیلاتور تعویض می شود (TV=450RR=30 PEEP=8 . میدازولام ، پرسیدکس و آتراکوریوم D.C و فنتانیل ، پروپوفول و سیس آترا تجویز می شود. همچنین آمپول متیل پردنیزولون D.C و دگزامتازون 6mg/d تجویز می شود. روز چهارم بستری 00/5/6 : آمپول رمدسیور به دستورات دارویی بیمار اضافه شده و شبکاري به علت آمیزم گردن استفاده از line CVP ژوگولار راست Hold شده و چست تیوب دوطرفه توسط سرویس جراحی تعبیه میشود . CVP Line دیگر از ورید فمورال راست تعبیه می شود. به علت هموگلوبین 7/9 يك واحد پکدسل تزریق و مشاوره مجدد زنان درخواست میشود . اتند زنان معتقد است نیاز به اقدام خاصی ندارد . مورخ 05/09 کاتتر فمورال خارج شده و از CV Live ژوگولار راست استفاده می شود. به علت نبود پروپوفول انفوزیون میدازولام مجدداً شروع می شود.

روز هفتم بستری 00/5/9 : مادر انتوبه و سدیت است. افت هموگلوبین دارد Hb=7.9 و مشاوره اورژانس زنان شده است. دیورز برقرار است.

PEEP=10 RR=28 FIO2=85% O2Sat=88-96% BP=110/80

بر اساس مشاوره زنان مشکل خاصی نداشت.

برای مادر 80 میلی گرم لازیکس در 2 دوز (2*40) تزریق می شود. آمپول رمدسیور و دگزامتازون D.C و آمپول سفيپيم شروع می شود.

روز دوازدهم بستری 00/5/14 : مادر پلی اوری دارد با بالانس 600- . برای مادر اسپری دسموپرسین، متیل پردنیزولون 250mg/Stat تا 3روز، سفنازیدیم و لینزولید تجویز می شود.

روز سیزدهم بستری 00/5/15 : برای مادر کلتشی سین ، آسپرین و رزوواستاتین 10 شروع شده است .

روز سیزدهم بستری 00/5/16 : رزوواستاتین، پالس کورتون و کلتشی سین D.C می شود و آمپول دگزامتازون 3mg/d تجویز می شود.

در شیفت شبکاري شل کننده ها ي دریافتي بیمار قطع و سداتیو بیمار Taper میگردد. طبق نوت رزیدنتي بیمار هوشیار بوده و O2Sat=92%-93% می باشد. طبق برگه گزارش پرستاري در طول شبکاري بیمار O2 ساچوريشن 95-97% و ریسپر اتوري ریت 21-28 داشته است .

روز چهاردهم بستری 00/5/17 : ساعت 7:30 صبح بیمار با حالت gasping و O2 ساچوريشن 77% ، GCS=10 ، BP=110/70 و در حال

ویزیت رزیدنت شبکاري تحویل گرفته می شود. بیمار در حال دریافت میدازولام و فنتانیل بوده و آتراکوریوم Hold بوده است که مجدداً شروع میشود. به

علت عدم سداسیون پروپوفول نیز شروع میشود. مادر افت ساچوريشن تا 35% داشته است . به دنبال افت BP در حدود 40/pulse انفوزیون لنوفد

شروع و بعلت HR=256 آدنوزین تزریق می شود. بعد از تزریق ریت قلب PR=130 می شود. ، ساعت 9:10 بیمار دچار برادیکاردی شده و تا ساعت

09:40 تحت CPR قرار میگیرد. بعد از احیا 2 واحد P.C درخواست و تزریق می گردد. PH=7.39 PCO2=41

HCO3=25.8 : در ABG انجام شده

مجدداً ساعت 12:35 دچار ارست قلبی- تنفسی شده و به مدت 30 دقیقه تحت CPR قرار میگیرد. مشاوره جراحی از نظر افت ساچوريشن و از

نظر کارکرد چست تیوپها انجام می شود که طبق نظر مشاور جراحی کارکرد C.T ها مشکلی نداشت و توصیه به ویزیت ریه از نظر افت ساچوريشن

می گردد. مشاوره نورولوژی نیز جهت بررسی مسائل نورولوژیک انجام میشود. طبق نظر مشاور، افت هوشیاری بیمار در زمینه هیپوکسی بوده و

Brain MRI و قطع تمامی سداتیوهای بیمار جهت بررسی از نظر هوشیاری درخواست میشود، با شک به PTE اکوکاردیوگرافي انجام می شود.

EF=50-55% ، RV Normal ، No P/E و توصیه به سدیشن مناسب ، اصلاح هیپوکسی و وضعیت همودینامیک و توصیه به استفاده از

imaging دیگر برای تشخیص PTE می شود.

روز شانزدهم بستری 00/5/19 به علت اسیدوز متابولیک شدید (PH=7.21) مشاوره نفرولوژی از نظر دیالیز انجام میشود مشاور با توجه به اینکه

بیمار، ادرار به میزان 100 سی سی در ساعت دارد و K=3.7 و Cr=1.2 می باشد توصیه می کند که 2 ویال بی کرینات داخل 200 سی سی سرم

H.S در طی 1.5 ساعت و 20 میلی اکی والان KCL داخل سرم تزریق گردد و چک پتاسیم و VBG مجدد درخواست گردد .

ABG ساعت 15:34 : PH=7.21 PCO2=34.9 HCO3=14.2

VBG ساعت 21:30 PH=7.23 PCO2=50.7 HCO3=21.3

نهایتاً ساعت 23:55 بیمار دچار برادیکاردی و سپس آسیستول شده و تحت CPR قرار میگیرد ، حین CPR ریتم بیمار VF شده و شوک داده می شود و آمیودارون تزریق می گردد . عملیات موفقیت آمیز نبوده و 00:35 am مورخ 1400/05/20 ختم CPR اعلام می شود. بعد از فوت بیمار ساعت 00:40 am طی تماس تلفنی آزمایشگاه پتاسیم بیمار 8/3 اعلام می شود. ساعت اخذ نمونه 22:20 می باشد در آزمایشات انجام شده :

CRP=28 IL-6 =95 LDH=1884 D-Dimer=5430

K=8.3 U/C=انتروکوک

نکات ویژه :

1. تصمیم گیری برای قطع سدا تیوها و شل کننده ها در بیماری که برای تنفس تقلا میکند آنهم در شیفت عصر و شب اشتباه می باشد.

کیس 36

خانم 40 ساله، ساکن روستای اصلی ، خانه دار، باسواد راهنمایی ، BMI=36.8 ، G5 P3 Ab1 سابقه 3 بار زایمان واژینال ، سه دوز واکسن کرونا تزریق کرده است. سابقه جراحی و آلرژی نداشته است و بارداری خواسته می باشد. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز سلامت بوده و اولین مراقبت در هفته 6-10 صورت گرفته 5 بار توسط ماما و 3 بار توسط بهورز کنترل شده است و دو بار نیز توسط پزشک مرکز ویزیت شده است . علاوه بر این بطور مرتب هر ماه برای کنترل به مرکز آموزشی درمانی مراجعه می نموده است . بیمار از ماه 5 بارداری دچار طپش قلب شده که به متخصص قلب ارجاع شده بود. در اکو + TR + MR و EF=60-65 % گزارش شده است. برای مادر قرص ایندرال PRN تجویز شده بود.

ما در مورخه 00/11/23 ساعت 22:25 هوشیار و با ماشین شخصی با شکایت درد زیرجناغ و شکم ، آبریزش ، تنگی نفس، تعریق سرد و تهوع و بیحالی به بیمارستان A مراجعه می کند. در بررسی سن حاملگی 30-31 هفته، دوقلویی بود. مادر شدیداً رنگ پریده بود و تعریق سرد داشت بی قرار بود. علائم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ : BP=64/42 PR=42 RR=14 FHR=0 شنیده نشد BT=36.3 برای مادر توسط متخصص طب اورژانس دستورات : سرم رینگر 1 لیتر Free - آمپول آپوتل - آمپول آمپی سیلین 2 گرم وریدی و آمپول بتامتازون 12 میلی گرم گذاشته می شود.

یادداشت ماما کشیک : "در معاینه کول بسته و آبریزش واضح نداشت. فاقد علائم زایمانی بود و FHR سمع نشد. در درپرونده بهداشتی برگه ارجاع به متخصص قلب وجود داشت. ولی خانواده سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی کرد. برای مادر لاین وریدی تعبیه شده و سرم تزریق شد ولی مادر همچنان رنگ پریده بود. با تشخیص دکولمان یا PTE ساعت 22:57 به علت اورژانسی بودن وضعیت بیمار بدون هماهنگی، مادر به آمبولانس منتقل شد و به سمت تبریز حرکت کرد . در مسیر حرکت از بیمارستان B پذیرش اخذ شد."

مادر ساعت 23:30 مورخه 00/11/23 وارد اورژانس بیمارستان B شده و بر اساس برگ تریاژ علائم حیاتی موقع ورود:

BP= 103/65 PR = 110 RR= 17 BT=37 بوده است. مادر بعد از تریاژ توسط پزشک عمومی ورزیدنت سال 1 زنان ویزیت می شود. موقع ورود طبق سونوگرافی هفته 12 ، سن بارداری 30 هفته و 3 روز بوده . هوشیار ، در سمع قلب و ریه نرمال و شکم نرم فاقد خونریزی واژینال بوده است. طبق اظهار بیمار از همانروز سرفه داشته است .

در 3- 1 Finger / Ripe/ Cephalic / Sac Intact / TV بوده در سونوگرافی پرتابل توسط اتند مقیم زنان هر دو قل فاقد ضربان بود.

بیمار ساعت 00:50 بعد از تشکیل پرونده به اتاق زایمان منتقل و ساعت 01:00 بامداد توسط رزیدنت ارشد زنان ویزیت می شود.

STO2=98% BT=36.5 RR = 19 PR =119 BP= 92/59

در ساعت 01:30 (مورخه 00/11/24) با دستور اتند مقیم برای مادر سوند سرویکال تعبیه شده و اینداکشن با متد Low dose شروع می شود. ساعت 08:40 به علت سرفه با متخصص داخلی مشاوری تلفنی شده و ایشان توصیه می کند : بیمار ایزوله شده و PCR ارسال شود و در صورت افت ساچوریشن اطلاع داده شود.

در آزمایشات اولیه : Hb= 10.1 WBC= 22600 Plt= 232000 Urea= 25 ALT= 12 AST= 17

Cr= 1.2—1.33 HbA1c=6.1 PT=13 PTT: 31 LDH= 338

U/A: Pro= +3 WBC= 18-20 Bac= Mod Glucose= 1+ Blood= Trace

ساعت 11 با دستور رزیدنت سال 1 یک عدد آمپول هیوسین تزریق می شود.

ساعت 12:20 به علت کراتینین در حد 1.2 و گلوکز آوری با متخصص داخلی مشاوره تلفنی انجام شده و طبق دستور ایشان، چک BS و اجرای پروتکل انسولین، چک HbA1c و چک روزانه کراتینین، هیدراتاسیون بیمار با سرم نرمال سالین 500 سی سی Stat و سپس Kvo برای بیمار Order می شود.

ساعت 12:30 طبق دستور اتند زنان اینداکشن یک ساعت Hold شده و ساعت 14:30 مجدداً شروع می شود.

در ساعت 17:20 با دستور اتند مقیم آمپول پتیدین 50 میلی گرم، آمپول پرومتازین 25 میلی گرم، ادامه اینداکشن با کنترل انقباضات، آمپول آمپی سیلین 2 گرم و سرم نرمال سالین 500 سی سی Stat تجویز می شود.

در ساعت 21:40 با دستور رزیدنت سال 1 آمپول پرومتازین 50 میلی گرم و پتیدین 50 میلی گرم عضلانی تزریق می شود.

ساعت 22:50 مادر توسط رزیدنت سال 1 با حضور اتند مقیم زایمان کرده و حاصل نوزاد پسر مرده و دختر مرده با آپگار صفر بود. بعد از زایمان 5 عدد شیاف میزوپروستول 200 میکروگرمی رکتال تعبیه می شود. مادر ساعت 01:40 با علایم حیاتی BP: 120/60 PR: 107 RR: 16 BT: 37.2 و با رحم جمع و خونریزی در حد Post-Partum به بخش مامایی منتقل می شود.

بعد از تحویل بعثت تاقیکارد بودن به مانیتور وصل شده و مشاوره قلب درخواست می شود. مشاور قلب تلفنی توصیه می کند در صورت PR > 100 قرص ایندرال 10mg/BID داده شود و در صورت بدحال شدن و افت ساچوراسیون مشاوره درخواست شود.

روز سوم بستری 00/11/25: طبق مشاوره داخلی مادر ساعت 10:00 با دستور پیگیری جواب PCR و مشاوره قلب و چک روزانه Cr به

بخش کرونا منتقل می شود. با علایم حیاتی: BP=105/65 HR=115 BT=37/5

مادر ساعت 09:30 توسط متخصص داخلی ویزیت شده و دستورات: آمپول دکزامتازون و آپوتل و سفتریاکسیون و اسکن ریه گذاشته می شود. گزارش اسکن اسپیرال ریه: آتلکتازی در سگمان های پوستر و بزال هر دو ریه مشهود است. در حال حاضر شواهدی دال بر عفونت دیده نمی شود که البته رد کننده نمی باشد در صورت تداوم علانم بالینی یا شک بالینی سی تی اسکن کنترل و بررسی تکمیلی (آزمایش و PCR) توصیه می گردد. در کات های محدود از شکم، مایع آزاد شکمی هپاردنس مطرح کننده همویریتونین و هماتوم به ابعاد تقریبی 88 در 180 میلیمتر قدام به معده رویت می شود. گزارش سی تی اسکن به اطلاع متخصص داخلی و رزیدنت زنان رسانده می شود.

روز چهارم بستری 00/11/26: مادر هوشیار واریانته است. در معاینه شکم کمی دیستانت می باشد. علایم حیاتی: BP=110/60 PR=98 RR=18 O2Sat=98% با کانول بینی می باشد. طبق یادداشت پرستار شیفت صبح مادر رنگ پریده با شکم دیستانت و ادم اندامها تحویل گرفته می شود. دستورات ساعت 8 سرویس زنان: چک HHb - مانیتورینگ مداوم قلبی ریوی - کنترل I/O ادراری - اطلاع به اتند مقیم - اطلاع به متخصص داخلی از نظر خروج از ایزولاسیون - سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی - مادر تحت نظر باشد.

و ساعت 10:20 با نظر اتند زنان دستورات: رزرو 2 واحد پکد سل ایزوگروپ (یک واحد کراس مچ شود) - قرص ایندرال D.C - سونوگرافی اورژانسی توتال شکم و لگن از نظر بررسی هماتوم و مایع آزاد و بررسی دقیق کبد و طحال - ارسال اورژانسی HHb - مشاوره اورژانسی جراحی عمومی حضوری. طبق تماس تلفنی با جراح عمومی و اطلاع جهت ویزیت بیمار، ایشان تزریق یک واحد پکد سل ایزوگروپ کراس مچ شده و اطلاع جواب سونوگرافی به ایشان را توصیه می کند.

آزمایشات: ساعت جواب دهی 9:21 Hb=6.5 Hct=24.7 PT=13 PTT=33 INR=1 Fib=279

سونوگرافی ساعت 11 صبح توسط رزیدنت سال 4: شکل واکوژنسیته کبد نرمال با mm158 Span، مجاری صفراوی نرمال و مایع آزاد متوسط شکمی و لگنی گزارش می شود. با نظر اتند زنان جهت افتراق مایع آزاد شکمی Tap انجام می شود. با توجه به Clear بودن مایع با نظر اتند زنان دستورات: مانیتورینگ مداوم علایم حیاتی - تزریق پکد سل با نظر سرویس جراحی (1 واحد) چک HHb هر 6 ساعت و ویزیت هر 2 ساعت رزیدنت سال 1 و هر 3 ساعت رزیدنت سال 2 و مادر روبروی ایستگاه پرستاری باشد گذاشته می شود.

مادر ساعت 13:35 با توجه به سی تی منفی با دستور متخصص داخلی در حال ترانسفوزیون پکد سل به بخش جراحی زنان منتقل می شود. با ساچوراسیون 93%. در ساعت 15 جواب PCR مثبت اعلام می شود. با توجه به جواب PCR طی تماس تلفنی با متخصص داخلی مادر دوباره به بخش کرونا برگردانده می شود. بعد از انتقال مادر به بخش کرونا یک واحد دیگر پکد سل تزریق می شود.

آزمایشات ساعت 4 با ماد: WBC=10300 Hb=8 Hct=24 PLT=151000 MCV=87.3 MCH=29.1

روز پنجم بستری 00/11/27: مادر هوشیار واریانته است. شکم کمی دیستانت ولی فاقد تندرns و گاردینگ می باشد. خونریزی در حد P.P می باشد. علایم حیاتی: BP=106/57 PR=98 دیورز برقرار می باشد.

دستورات ساعت 09:45 آمپول هپارین 5000 واحد STAT - سوند فولی Off شود- در زمان ترخیص بیمار با انوکسپارین مرخص شود و جوراب آنتی ترومبوز داشته باشد.

روز ششم بستری 11/28/: مادر هوشیار واریانته است . تحت درمان با دگزامتازون، سفتریاکسون ، هپارین و فرسولین می باشد مادر ساعت 11:30 توسط متخصص داخلی ویزیت شده و به علت گزارش $Hb=8/3$ تزریق 2 واحد پکدسل و چک $Hb=6$ ساعت بعد از تزریق پکدسل

را Order می کند . علایم حیاتی: $BP=110-136/80$ $PR=79-100$ $RR=20$

$Hb=7.9-8.5$ $Hct=25.6$ $PLT=180000$ $Urea=34$ $Alb=3.5$ $LDH=827$ $ALT=23$

$AST=28$ $Cr=0.8$

روز هفتم بستری 00/11/29:

ساعت 12:30 طبق نظر پزشک داخلی با توجه به $Hb = 11/4$ دستور مرخصی صادر می شود. ساعت 14:00 مادر با دستور رزیدنت سال

2 زنان بعد از اطلاع وضعیت مادر به اتند زنان با نسخه انوکسپارین و توضیح علایم خطر مرخص گردید. مادر در طول بستری توسط متخصص جراحی عمومی ویزیت نشده بود. علایم حیاتی ثبت شده قبل از ترخیص:

$BP=120/69$ $RR=18$ $PR=70$ $SPO2=97\%$ با کاتول بینی

آزمایشات :

$WBC=22600$ $Hb=10.1-6.5-8-8.3-11.4$ $PLT=232000-222000-151000$ $Urea=25-34-23$

$Cr=1.2-1.3-1.1-0.9$ $AST=17-49-15$ $ALP=12-16-10$ $LDH=338-588$

$PT=13-12.8$ $PTT=31-29.2-33$ $INR=1$ $Fib=303-279$

طبق اظهار همسر بیمار، "مادر موقع ترخیص درد شکم و احساس تورم شکم داشت و بعد از ترخیص و برگشت به منزل دم در خانه رنگش کاملاً زرد بود و حال عمومی خوب نداشت. از در منزل رد شد و در حیاط روی زمین نشست و کاملاً بیحال و ناتوان بود دوباره به بیمارستان اسکو برگشتیم".

مادر ساعت 20:05 در بیمارستان اسکو تریاژ شده و با شکایت ضعف و بی حالی و آرتیواسیون توسط پزشک عمومی ویزیت می شود. در شرح حال پزشک سابقه سقط 10 روز قبل و حرکات سایکوتیک نوشته شده بود و با تشخیص احتمالی PTE/COVID برای مادر لاین وریدی-سرم نرمال

سالین 500cc-آمپول میدازولام 3mg داخل سرم - نوار قلبی و اکسیژن درمانی تجویز شده بود. مادر ساعت 21:15 توسط ماما کشیک ویزیت می شود. در شرح حال ثبت شده توسط ایشان به سابقه بارداری 7 ماهه ، دوقلویی ، بستری و مرده زایی در بیمارستان در تاریخ 00/11/24 و ترخیص

مورخ 00/11/29 و درد شکم اشاره شده بود. طی مشاوره تلفنی با آنکال زنان ، ایشان اظهار می کند برای مادر آزمایش اورژانسی Hb و تستهای انعقادی اخذ شود. اگر هموگلوبین پایین باشد مادر به بیمارستان زنان اعزام شود و اگر نرمال باشد مادر به مرکز زنان ارجاع گردد. با توجه به جواب

$Hct=27$ $Hb=8.7$ با استاد معین هماهنگ شده و مادر ساعت 22:20 با همراهی ماما بیمارستان را به مقصد بیمارستان

زنان ترک می کند.

علایم حیاتی ثبت شده مادر قبل از اعزام : $BP=130/80$ $PR=90$ $RR=19$ $O2Sat=99\%$ تستهای انعقادی نرمال بودند.

در مسیر اعزام به علت افت فشارخون سرم رینگر تزریق می شود. مادر ساعت 23:20 وارد اورژانس بیمارستان زنان شده با علانم حیاتی :

$RR=17$ ، $PR=105$ ، $BP=94/65$ ، $BT=36/6$ و $SPO2=96\%$ و تریاژ سطح 1 به پزشک اورژانس معرفی می شود.

یادداشت پرستار شیفت شب اورژانس : " بیمار اعزامی از بیمارستان اسکو در ساعت 23:20 با شکایت درد شکم / $Hb=8$ که در تاریخ

00/11/24 NVD کرده بود با هماهنگی اتند مقیم (استاد معین) و همراهی ماما بر روی برانکارد به اورژانس آورده شد و تریاژ سطح 1

شد. و ساعت 23:25 توسط رزیدنت سال 2و1 ویزیت شد. لاین وریدی بیمار با برانول سبز از مچ دست چپ که در محل اعزام با سرم رینگر

برقرار شده بود تحویل گرفته شد. لاین دوم وریدی با برانول سبز با سرم رینگر از بازوی راست برقرار شد . رزیدنت سال 4 در ساعت 23:45 بیمار

را ویزیت نمودند. جهت تعیین تکلیف بیمار، به رزیدنت ارشد اطلاع داده شد . ایشان در ساعت 00:10 بیمار را ویزیت نمودند . درخواست سونوگرافی

پرتابل برای بیمار شد و در ساعت 00:25 سونوگرافی انجام شد. با توجه به Tap خون تیره زیر گاید سونوگرافی و گزارش مایع آزاد فراوان

شکمی به همراه ذرات اکوژن شناور در سونوگرافی ، ساعت 00:45 بنا به دستور اتند مقیم بیمار بلا فاصله جهت انتقال به اتاق عمل با کد A

آماده شدو بیمار سونداژ شد. و 3 گرم آمپول سفازولین تزریق شد. و خون جهت آزمایشات -CBC-BGRH-BUN-Cr-ALT-AST-PT-PT-

INR-LDH اخذ و ار سال شد. 3 واحد پکدسل ایزو گروپ و 2 واحد کراس مچ شده درخواست شد و ساعت 00:50 مادر کاملاً هوشیار با برانکارد

در حالی که علایم حیاتی STABLE بود به اتاق عمل تحویل داده شد". با علایم حیاتی : $T:36/6$ $SPO: 96\%$

$BP=94/65$ $PR=105$ $RR=17$

نتایج آزمایشات اورژانس: INR=1/1 PLT =210000 LDH=1123 SGOT=38 SGPT=47 Cr=0/8 Ur=52
WBC=2450 Hb=7/2 PT=12/5 PTT=25

عمل ساعت 1:05 با بی هوشی عمومی و برش LML شروع شده و طبق شرح عمل، بعد از برش شکمی حدود 4 لیتر خون و 600 سی سی لخته از شکم تخلیه می شود. حین تجسس شکمی با توجه به شناسایی محل خونریزی در LUQ زیر طحال، منشاء اصلی تحت Compression با لنگاز قرار می گیرد. با سرویس جراحی جهت حضور بر بالین بیمار مشاوره تلفنی شده و اتند جراحی آنکال اظهار می کند مادر را اعزام کنند. بعد از کلی تلاش بلاخره با هماهنگی مدیر گروه زنان، رزیدنت ارشد جراحی در ساعت 03:30 در اتاق عمل بیمارستان زنان حاضر شده و با تشخیص آنورسم شریان طحالی اقدام به اسپلنکتومی بیمار می کند. شریان و ورید طحالی ligate، اومنوم اطراف طحال با لیگاتور برداشته می شود. هموستاز در محل اسپلنکتومی چک، بعد از شستشوی سرم فراوان کاروگیت در محل تعبیه و پس از اطمینان از نبود خونریزی جدار شکم بسته می شود. در حین عمل 4 واحد پکدسل، 4 واحد FFP و 3 واحد PLT تزریق می شود. عمل ساعت 4:50 بامداد تمام شده و بیمار انتوبه با آمیوبگ وبا علائم حیاتی: PR=100-110 BP=136/93 و ABG: PH=7.35 PCO2=43.9 HCO3=24.6 به ICU تحویل داده می شود. طبق یادداشت پرستاری "از همان موقع تحویل از اتاق عمل بیمارشدیدا Pale بودو از محل کاروگیت خونریزی وجود داشت . ساعت 05:40 در حالیکه پزشک مقیم ICU بر بالین بیمار بود دچار برادیکاردی در حد 40 شد. سریعاً آمپول آتروپین 1mg تزریق شد و بلافاصله برادیکاردی برطرف و ریت به 86 افزایش یافت و ساعت 05:44 بدلیل برادیکاردی مجدد بیمار و عدم sense فشار و نبض در مانیتر و بالین ماساز قلبی شروع گردید و همزمان کد احیا پیچ شد و تیم احیا بر بالین بیمار حاضر شدند و عملیات احیا انجام شد و همزمان اتند زنان، رزیدنت ارشد و سوپر وایزر بر بالین بیمار حاضر شدند . ریت بیمار ساعت 05:50 سینوسی با ریت 70-80 شد بدلیل خونریزی از محل کاروگیت، بیمار با نظر اتند مقیم زنان جهت بررسی منشأ خونریزی ضمن حمایت تنفسی با آمیوبگ سریعاً به اتاق عمل منتقل شد". طبق یادداشت متخصص بیهوشی مادر موقع انتقال به اتاق عمل دوبل میدریاز fixed بود. به سرویس جراحی امام رضا و متخصص جراحی بیمارستان اطلاع داده شده وبا حضور اتند زنان عمل ساعت 6:15 با بازکردن سوچورهای قبلی شروع و حفره شکم باز می شود. در شکم حدود 2 لیتر خون روشن وجود داشته که ساکشن می شود. در محل اسپلنکتومی Oozing های متعدد داشته که با حضور اتند و رزیدنت ارشد جراحی و جراح آنکال بیمارستان شکم بررسی و عروق خونریزی دهنده لیگاتور و محل خونریزی با 3 عدد لنگاز پک و جدار شکم بسته می شود. در طول عمل 8 واحد پکدسل، 9 واحد FFP، 16 واحد PLT، 7 واحد کرایو، 2 گرم فیبرینوزن و ولون و 2 عدد ترانسید تزریق می شود. علیرغم تزریق فرآورده و لایزیکس بیمار پرونده اداری نداشت. برای بیمار CV Line توسط سرویس جراحی تعبیه می شود. مادر بعد از اتمام عمل ساعت 12:30 با علائم حیاتی PR=119، BP=98/63، SPO2=100% بصورت اینتوبه به ICU منتقل می شود. در حالیکه دوبل میدیاز و بدون واکنش به نور بوده و پائسمان محل انسزیون کاملاً خونی بود. با نظر سرویس جراحی عمل جراحی بیمار موفقیت آمیز نبوده، و دستور انتقال بیمار به ICU بیمارستان جنرال بعد از Stable شدن وضعیت را می دهند.

نتایج آزمایشات در اتاق عمل بصورت PTT =72 PT=24/1 INR=2/9 PLT=72000 HCT=18
HB=6/5 Cr=1/3 ABG: PH=7.08 PCO2=34.3 HCO3=9.9 BE=-18.5
بوده است.

بعد از انتقال مادر به ICU همچنان از محل عمل، لاین ها و لوله تراشه خونریزی داشت . با اطلاع وضعیت بیمار به جراح، اظهار می کنند بیمار اندیکاسیون جراحی مجدد نداشته و توصیه می شود هیدراتاسیون بیمار تا Stable شدن شرایط ادامه یابد. انفوزیون لنوفد و آتراکوریوم ادامه داده می شود، FFP، ویتامین K و فیبرینوزن تزریق می شود. GCS =5 بود . بدلیل گزارش PLT=43000 و Hb=5/1 دستور تزریق 3 واحد پکدسل و 7 واحد پلاکت داده می شود.

روز سوم بستری 1400/12/1 : ساعت 06:00 بیمار دچار خونریزی از محل عمل شده و طی مشاوره جراحی اعزام بیمار به بیمارستان امام رضا پس از Stable شدن وضعیت توصیه می شود. برای بیمار تزریق پلاکت، FFP، PC و اقدامات حمایتی ادامه داده می شود. در ساعت 17:30 و 18:20 بیمار دچار برادیکاردی شدید شده، و عملیات احیاء انجام می گیرد. در ساعت 19:10 مجدداً برادیکارد شده و نهایتاً ساعت 19:45 Expire می شود. مادر مجموعاً 28 واحد FFP، 18 واحد پکدسل، 7 واحد کرایو، 18 واحد PLT و 4 گرم فیبرینوزن دریافت کرده بود.

آزمایشات : WBC=10000—13300--20700 Hb=8.9—5.1-5.1--8.3—8.9-
SGPT=140—2460 SGOT=58—5520 PLT=117000—42400—35000--65000
BIL T=3.3 LDH=3088—10940

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر بعد از تریاژ می بایست بجای پزشک عمومی ورزیدنت سال 1 توسط اتند زنان یا حداقل رزیدنت ارشد زنان ویزیت می شد.
2. در گزارش سونوگرافی هماتوم در ناحیه اپی گاستر گزارش شده ولی مادر توسط جراح ویزیت نشده است.
3. در برگ درخواست مشاوره جراحی، مشاوره حضوری قید شده است. با این وجود مادر توسط جراح ویزیت نشده است.
4. مشاورات داخلی و جراحی تلفنی انجام شده است. در حالیکه تمام مشاورات باید حضوری انجام شود و مشاوره تلفنی جز در موارد استثنایی بی معنی است.
5. مادر بدون تعیین تکلیف از نظر هماتوم ناحیه اپی گاستر توسط متخصص زنان مرخص شده است.
6. در مراجعه دوم مادر به بیمارستان سطح 1 در پرونده اورژانس براساس اظهارات همسر بیمار سابقه سقط ثبت شده است درحالیکه مادر در بیمارستان زایمان زودرس دوقلویی و iufd داشته است و این موضوع توسط ماما قید شده است.
7. سرویس جراحی در ابتدای درخواست کمک متخصص زنان از حضور در بیمارستان بربالین بیمار خود داری کرده اند.

کیس 37

خانم 31 ساله، G5P3Ab1، سابقه سه بار زایمان واژینال با بارداری 28 هفته و 3 روز مورخ 1400/10/30 با شکایت سرفه و تنگی نفس از 2 روز پیش و سابقه علایم سرماخوردگی در فرزند حدود یک هفته قبل (دانش آموز) ساعت 00:30 بامداد با آمبولانس خصوصی به بیمارستان A مراجعه می کند. مادر از 2 روز قبل با تشخیص احتمالی PTE در بیمارستان بستری بوده و هپارین دریافت می کرده است (مادر اجازه انجام اسکن CXR نداده و با رضایت شخصی از آن بیمارستان ترخیص شده و بدون پرونده و با آمبولانس ونرس خصوصی به بیمارستان A مراجعه کرده بود). مادر سابقه تزریق یک دز واکسن سینوفارم حدود 10 روز قبل رمی داد. مادر بعد از ورود با سطح 2 تریاژ وارد اورژانس شده و توسط رزیدنت سال 4 ویزیت می شود. مادر از تنگی نفس شاکی بود. علایم حیاتی بدو ورود: BP=110/50 PR=127 RR=35-45

FHR=135 O2Sat=85% بدون اکسیژن و 91% با اکسیژن. برای مادر مشاوره ICU جهت انتقال به بخش ICU درخواست می شود. مشاور ICU توصیه می کند مادر بستری بخش کورونا شود و اسکن ریه و PCR درخواست گردد و مشاوره قلب صورت گیرد. مادر ساعت 1:30 به بخش کورونا منتقل می شود. مشاور قلب تلفنی انجام سی تی آنژیوی ریه و CT پارانشیم ریه اورژانسی، اخذ EKG و شروع هپارین فول دوز را توصیه می کند. برای مادر دستورات: اسکن ریه و آزمایشات CBC, CRP, HDL, PCR - مانیتورینگ مداوم علایم حیاتی - مشاوره با ICU Man جهت انتقال به ICU فردا صبح - مشاوره قلب جهت ادامه درمان با هپارین گذاشته می شود.

طبق مشاوره عفونی تلفنی برای مادر دستورات: آمپول دگزامتازون، CT آنژیوی ریه اورژانس، چک روزانه CBC, CRP - انجام اسکن ریه و اطلاع جواب جهت شروع رمدسیویر و اولویت در انتقال به ICU گذاشته می شود.

جواب آزمایشات: WBC=21900 Hb=13.6 HCT=35.6 Cr=0.8 Urea=17 SGPT=16 SGOT=26

LDH=471 PT=13 PTT=50 PLT=269000 CRP=3+ Ca=8.6 K=3.6

علایم حیاتی در بخش HDU (کورونا): BP=130/70 PR=120 RR=45 BT=37.2 FHR=150

O2Sat=77% بدون اکسیژن و 92% با اکسیژن.

مادر دیورز دارد. برای مادر سونوگرافی پروفیل اورژانس درخواست می شود. به دلیل تاکی پنه بودن طی تماس تلفنی رزیدنت زنان با پزشک مقیم ICU وضعیت مادر را به اطلاع ایشان می رساند و پزشک ICU اظهار می کند در صورت افت ساچوراسیون به زیر 80% با اکسیژن اطلاع داده شود. با توجه به وضعیت بیمار و عدم پذیرش بیمار در ICU، با دستور رزیدنت ارشد زنان، مادر ساعت 2:30 به اتاق ایزوله تنفسی در بخش LDR منتقل می شود. برای مادر سونوگرافی بیوفیزیکی انجام می گیرد. در سونوگرافی جنین و میزان مایع مشکلی نداشت و BPP 8/8 بود. ساعت 8 مادر با علایم حیاتی: BP=103/61 PR=115 RR=33 تاکی پنه و ساچوراسیون 91% با رزروینگ به شیفت صبح تحویل داده می شود. ساعت 10 طی مشاوره اورژانسی با اتند ICU مادر به اتاق ICU کورونا منتقل می شود. علایم حیاتی حین پذیرش در ICU کرونا:

BP=96/44 PR=117 BT=37 RR=30 O2Sat=89-90% با رزروینگ. مادر علایم زایمانی نداشت

و آرام بود. برای مادر طی مشاوره قلب اکوکاردیوگرافی انجام می گیرد. در اکو فشار PAP بالا بود و پلورال افیوژن و لخته مشاهده نمی شد. با توصیه متخصص قلب برای مادر آسپرین، آترواستاتین، برم هگزین، بیژوپرولول، اسپری سالبوتامول و سرفلو، لازیکس و هپارین فول دوز تجویز می گیرد. برای مادر مشاوره پریناتولوژی از نظر ختم بارداری درخواست می شود و مشاور اظهار می کند فعلاً نیازی به ختم بارداری نیست. طبق نظر

پزشک مقیم ICU انجام اسکن ریه وسی تی آنژیوی ریه به بعد از Stable شدن بیمار موکول می شود. مادر سرفه مداوم دارد. دیورز دارد. در سمع ریه کاهش صدا در قاعده هردو ریه وجود دارد. ساعت 22 به علت افت ساچوراسیون تا حد 80% پوزیشن نشسته داده شده و ABG اورژانس

درخواست می شود. ABG: PH=7.24 PCO2=39.5 HCO3=17.4 BE=-9.5

علائم حیاتی: PR=45 HR=130 BP=130/81 O2Sat=85%

وضعیت بیمار و ABG به اطلاع ICUMان رسانده شده و ایشان اظهار می کند نیازی به انتوباسیون نبوده و در صورت $PCO_2 < 25$ و $RR > 50$ انتوبه شود. برای مادر آمپول رمدسیپرومونته لوکاست شروع شده و وسایل انتوباسیون Stand by می شود. ساعت 12 شب مادر همچنان تاکی پنه

دارد مادر تشویق به سرفه و تنفس عمیق می شود. HP=137 RR=46 O2Sat=85-86%

ساعت 2:30 بامداد 00/11/1: مادر دچار افت ساچوراسیون در حد 76% می شود. مادر آریته و Confused است. در ABG: PH=7.1

PCO2=63.9 HCO3=20 BE=-8.5 مادر انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می شود و مادر تحت انفوزیون میدازولام، فنتانیل

و آتروکوریوم قرار می گیرد.

ساعت 3:30 مادر دچار برادیکاردی و افت فشارخون شده و کد احیا اعلام می شود. با حضور پزشک مقیم ICU احیا شروع می شود. BP=57/35

PR=35-68

با تزریق یک عدد آمپول آتروپین علائم برمی گردد. 10 دقیقه بعد مجدداً دچار افت فشارخون و ضربان قلب و سپس ارست می شود. برای مادر ماساژ قلبی شروع و با آمیویگ و نتیله می شود. در حین احیا مادر، FHR=150 بود. 10 دقیقه بعد مادر احیا می شود. بعد از احیا مادر به ونتیلاتور وصل می شود. به علت نقص ونتیلاتور مادر مجدداً از ونتیلاتور جدا و حدود 40-45 دقیقه با آمیویگ و نتیله و بعد از تعویض ونتیلاتور به MV وصل می شود. در ساعت 4 CXR پرتابل اخذ شده و مشاوره قلب اورژانس، نوار قلبی CTNI, CBC در خواست و انفوزیون لووفد شروع می شود. علائم

حیاتی ساعت 4 بامداد: PR=138 BP=132/81 O2Sat=77-78%

ABG: PH=6.9 HCO3=10.2 PCO2=86

شرایط بیمار ساعت 4:30 به اطلاع اتند کشیک زنان رسانده می شود با دستور ایشان مشاوره پریناتولوژی در خواست می شود و مشاور اظهار می کند در حال حاضر شرایط مادر ناپایدار بوده و در صورت صلاحدید ICUMان ختم بارداری داده شود. پزشک مقیم ICU ختم بارداری را به صلاح مادر نمی داند. انفوزیون لووفد D.C شده و انفوزیون پرسدکس شروع و مهار فیزیکی برداشته می شود. طبق مشاوره قلب در ساعت 5:40 بامداد شواهدی به نفع ترومبوآمبولی وجود ندارد و ایشان دستور انفوزیون لووفد را می دهند.

علائم حیاتی ساعت 7: BP=122/75 PR=140 O2Sat=77%

در ساعت 8 طبق NST و سونوگرافی جنین فاقد قلب بود. مادر چندین بار دچار برادیکاردی و آسیستول شده و احیا می شود و نهایتاً ساعت 12:45 مادر فوت می کند.

آزمایشات: PCR=Neg CTNI=Neg D.Dimer=2806 WBC=31800 LYM=3% Hb=12

Hct=35 PLT=359000 Urea=29 Cr=1.1 K=4 CRP=3+

در گرافی سینه پرتابل درگیری ریوی بالای 70-80% وجود داشته است.

اکوکاردیوگرافی ساعت 10:30 مورخ 10/10/30:

EF=55% NO PE PAP High Mild MR Moderate MS

اکوکاردیوگرافی ساعت 5:45 مورخ 11/11/30:

EF=55% Mild PE PAP High Mild MR Moderate MS

نکات ویژه:

1- علت مرگ مادر کووید 19 می باشد.

2- مادر علیرغم نیاز به ICU Care دیر به ICU منتقل شده است.

کیس 38

خانم 33 ساله، لیسانس، خانه دار، G1P0، سابقه دیابت بارداری از ابتدای بارداری و تحت درمان با انسولین

مادر پیش از بارداری و دوران بارداری تحت نظر متخصص زنان در مطب خصوصی بوده و یکبار در تاریخ 00/8/1 جهت تزریق واکسن کووید به مرکز بهداشت مراجعه نموده و توسط ماما مراقبت شده است.

طبق اظهار همسر "مادر مورخ 17-18 آبان با شکایت تب و علائم سرماخوردگی به مطب متخصص عفونی مراجعه کرده و توسط پزشک دارو تجویز می شود. مادر برای رفع نگرانی از عوارض دارو به مطب متخصص زنان مراجعه می نماید ولی به علت تشخیص بیماری کووید 19 پذیرش نمی شود و به نسخه دارویی نیز توجهی نشده و راهنمایی نمی گردد".

دو روز از داروها استفاده نموده و به علت عدم بهبودی به مطب یکی از اساتید عفونی مراجعه و توسط ایشان با برگ ارجاع فوری به بیمارستان زنان ارجاع می شود.

مادر مورخ 00/8/24 (هفته 27 بارداری) ساعت 15:19 با شکایت سرفه، تنگی نفس **و تست مثبت کووید** به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه و با سطح یک تریاژ وارد اورژانس شده و توسط متخصص زنان ویزیت می شود. مادر از یک هفته قبل علائم سرماخوردگی، سرفه، تب و درد بدن را ذکر می کرد. از تنگی نفس از 2 روز قبل شاکی بود. در معاینه کول بسته، فاقد خونریزی و آبریزش و اختلاط سائز اندامهای تحتانی بوده است. علائم حیاتی بیمار $FHR=130$ $BP=110/70$ $PR=140$ $RR=47$ $BT=39.9$ $SPO_2=94\%$ و با اکسیژن 94% بود.

برای مادر مشاوره عفونی درخواست شده و با دستورات: اکسیژن تراپی، تعبیه لاین ویدی، مونیتورینگ علائم حیاتی، رزرو 2 واحد پکد سل ایزوگروپ، کنترل علائم هیپو و هیپر گلیسمی، چارت BS، آمپول آپوتل، آمپول دگزامتازون 6mg/BID، آمپول رمیدسیویر، آمپول هپارین 5000U/BID و مشاوره با ICU جهت انتقال به بخش ICU کرونا، درخواست آزمایشات CBC، LFT، تستهای انعقادی، کلیوی، الکتروولیت ها و ABG، U/A و سونوگرافی جنین با علائم حیاتی: $RR=30-40$ $PR=130-135$ $BP=116/72$ $BT=39$ با اکسیژن $SPO_2=85-90\%$ ساعت 16:30 بستری بخش ICU کرونا می شود. جواب آزمایشات:

$Hb=9.9$ $WBC=6900$ $PLT=167000$ $ESR=39$ $CRP=3+$ $PT=11.2$ $PTT=32.4$ $INR=1$ $Cr=0.7$
 $LDH=351$ $SGOT=40$ $SGPT=30$ Pro = 1+ ادرار

در سونوگرافی یک جنین زنده و متحرک با ریت قلبی 145 دقیقه در قرارطولی، میزان مایع آمنیوتیک نرمال با اندکس آن 12 سانتیمتر و در BPP جنین 6 از 8 می باشد.

ویزیت ساعت 18 پزشک مقیم ICU: مادر دیسترس تنفسی خفیف دارد و قدری تاکی پنیک می باشد. $RR=29$ ادرار برقرار می باشد.
روز دوم بستری: مادر هوشیار و کمی آژیته است. تنگی نفس دارد. با ماسک رزروبیگ اکسیژن می گیرد. دیورز برقرار است. علائم حیاتی: $PR=95-115$ $RR=30-40$ $BP=113/59$ $BT=36.5$ $FHR=130$ $Sato_2=90-95\%$ با رزروبیگ اکسیژن $SPO_2=90-95\%$ می باشد.
مادر توسط ICU Man ویزیت شده و قرص فاموتیدین -ویتامین C و اسپری سروتاید 2 پاف هر 12 ساعت و درخواست CXR برای مادر تجویز می شود.

در سونوگرافی جنین زنده و متحرک با ریت 159 در دقیقه، میزان مایع آمنیوتیک طبیعی، BPP 8/8 می باشد. در CXR پرتابل کدورت آلوئولر و صله ای شکل منتشر وسیع ریوی دو طرفه مشاهده می شود مایع جنینی دو طرفه قابل رویت است.

در شیفت شبکاری ساعت 23:00 مادر دچار افت ساچوراسیون O_2 در حد 79% می شود. با دستور پزشک مقیم ICU برای مادر تغییر پوزیشن و فیزیوتراپی قفسه سینه انجام داده و چند پاف اسپری سروتاید زده می شود. بعد از یک ساعت ساچوراسیون به 80-86% افزایش می یابد.

مادر ساعت 02:45 دچار تاکی پنه و تاکی کاردی شده و و $Sato_2$ به 74% کاهش می یابد. مادر توسط پزشک مقیم ICU انتوبه شده و تحت سداسیون با پرسدکس و آتروکوریوم و فنتانیل قرار می گیرد. پس از انتوباسیون O_2Sat به 85% افزایش می یابد.
روز سوم بستری: مادر انتوبه و وصل به ونتیلاتور با مد SIMV می باشد. در قاعده هردوریه رال سمع می شود.

علائم حیاتی: $BT=37$ $Sato_2=77\%$ $RR=26$ $PR=95-115$ می باشد.

ABG ساعت 7: $PH=7.24$ $PCO_2=35$ $HCO_3=16$ $BE=-10.8$

به علت خوب نبودن NST، توسط رزیدنت زنان سونوگرافی وضعیت جنین و BPP درخواست می شود

بعد از ویزیت مادر توسط ICU Man ساعت 11:00 به علت رویت PE درگرافی سینه، کاتتر پلور دو طرفه توسط ICU Man گذاشته شده می شود. بعد از تعبیه کاتترها از کاتتر پلور سمت راست 500 سی سی مایع تخلیه شده و کاتتر توسط ایشان درآورده می شود. از کاتتر سمت چپ 300 سی سی مایع تخلیه و به کیسه وصل می شود. برای مادر اسپری سروتاید 6-puff/Q12h - آمپول سفپییم و سیپروفلوکساسین و CXR و ارسال نمونه ترشحات پلور جهت آنالیز و کشت Order می شود. جواب کشت استاف کوآگولاز منفی حساس به وانکومايسين گزارش می شود.

آنالیز مایع پلور: $WBC=16,600$ $LDH=799$ $Pr=2040$ = قند خون 799 = قند خون می باشد.

برای مادر مشاوره قلب درخواست می شود. مشاور یادداشت می کند در ECG یافته ای به نفع ترومبوآمبولی ماسیو وجود ندارد. و توصیه می کند انوکسپارین با دوز درمانی و آسپرین شروع شود. با دستور پزشک ICU آمپول هپارین D.C و انوکسپارین 80mg/q12h شروع می شود. در سونوگرافی ساعت 12:30 : ریت قلبی جنین 166 در دقیقه، قرار طولی، میزان مایع آمنیوتیک طبیعی و در BPP جنین 4 از 8 گزارش می شود.

در ساعت 15:22 NST نان راکتیو می شود. مجدداً سونوگرافی پروفیل درخواست می شود. NST و جواب سونوگرافی بیمار به اطلاع استاد پریناتولوژی رسیده و طبق نظر ایشان به ICU Man جهت مشاوره در مورد ختم بارداری اطلاع داده میشود. طبق نظر ICU Man ختم بارداری براساس اندیکاسیونهای مامایی قابل انجام می باشد دستور انجام سزارین داده می شود. ساعت 15:30 حین انتقال بیمار به اتاق عمل دچار افت Sato2 تا 40% و HR<60 شده و مجدداً به ICU برگردانده می شود. نت رزیدنت زنان در ساعت 17:00: طی تماس تلفنی با مشاور پریناتال و اطلاع تلفنی به ایشان مبنی بر اینکه بیمار حین جابجایی به اتاق عمل دچار علائم unstable شده است و امکان جابجایی ندارد با نظر ایشان و طی هماهنگی با ICU man با توجه به اولویت جان مادر و پره ترم بودن جنین به احتمال زیاد مادر با توجه به وضعیت موجود جراحی را تحمل نمی کند و فعلاً در بخش ICU بماند و ختم داده نشود.

علائم حیاتی بیمار در اول شیفت شبکاری : PR=95-100 BP=80/48 SPO2=70-80% FHR=135 در ساعت 21:45 به علت افت فشار خون انفوزیون لووفد شروع و میدازولام قطع می شود و ساعت 23:00 به علت افت ساچوریشن و افت فشار خون در حد BP=66/39 فنتانیل قطع و دوز لووفد به 20-50µg/min افزایش داده می شود. به علت اولیگوری یک لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون می شود. به علت ادامه وضعیت بیمار با دستور پزشک مقیم ICU اپرسدکس hold شده و هیدروکورتیزون 50mg/q6h گذاشته می شود. طبق نت پرستاری ترشحات لوله تراشه کم و ترشحات دهانی زیاد و غلیظ بود.

آزمایشات : WBC=38,500 Hb=12.8 PLT=453,000 Urea=36 Cr=0.9 K=4.5
Na=138 PT=12.8 PTT=25 INR=1.1 LDH=518

روز چهارم بستری: مادر انتوبه و سدیت است. تب دار نیست. دیورز برقرار است. علایم حیاتی : BP=132/89 PR=120-130 O2Sat=88% FHR=0. برای مادر سونوگرافی وضعیت جنین انجام می شود. در سونوگرافی جنین بدون ضربان قلبی در قرار طولی با میزان مایع آمنیوتیک طبیعی مشاهده می شود.

با دستور ICU Man لووفد Tapper و فنتانیل و پرسدکس و آمپول متیل پردنیزون 500mg/Q12h شروع و آزمایشات LDH, Ferretin, D-Dimer, CRP, IL6, Procalcitonin و CXR و مشاوره قلب در خواست می شود.

جواب آزمایشات : CRP=3+ LDH=1087 D-Dimer=916 Procalcitonin=1.3 Ferritin=468

چست تیوپ در سمت راست؟؟ توسط ICU Man و CVP line در ورید فمورال راست تعبیه می شود.

در CXR ساعت 12:30 از شدت کدورت های ریه در قسمت ریه مختصری کاسته شده است.

ساعت 11:30 با دستور 2 نفر از اساتید پریناتولوژی با توجه به IUFD در سونوگرافی ختم بارداری داده نمی شود (طبق نظر ایشان مادر تحت نظر بماند و هفته آینده در مورد ختم تصمیم گیری خواهد شد.)

مادر ساعت 17:50 دچار آبریزش شده و به سرویس زنان اطلاع داده می شود. با حضور فلوی کشیک بربالین مادر، معاینه واژینال انجام می گیرد. TV=7-8cm/ SR/ 0 بود. مادر ساعت 18:10 زایمان واژینال کرده و حاصل زایمان جنین مرده پسر با آپگار صفر بود. جفت و پرده ها به آرامی و خودبخود خارج می شود. بعد از خروج جفت رحم جمع و خونریزی در حد PP بود. پرینه بررسی شده فاقد هماتوم و پارگی است. انفوزیون سنتوسینون 50 واحد داخل سرم تجویز می شود.

در ساعت 22:00 مشاوره حضوری قلب انجام می گیرد. در اکوی انجام شده EF=55% و پریکاردیال افیوژن و MVP+ و درگیری دو طرفه ریوی داشت و شواهدی به نفع PTE ماسیو وجود نداشت.

روز پنجم بستری 1400/7/28 : BT=37 SPO2=74% BP=144/97

مقدار ترشحات چست تیوپ سمت راست 400 سی سی و کاتتر پلور سمت چپ 100 سی سی می باشد. در ساعت 18:50 مادر دچار افت ساچوراسیون در حد 60-65% شده و با دستور پزشک مقیم ICU تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده شده و انفوزیون میدازولام 2mg/h شروع می شود. با این اقدام ساچوراسیون به 70% افزایش می یابد.

روز ششم بستری: مادر انتوبه و تحت انفوزیون میدازولام، فنتانیل، پرسدکس و آتروکوریوم قرار دارد. ساعت 07:45 به علت برادیکاردی در حد 35 با نظر پزشک مقیم ICU آمپول آتروپین تزریق شده و ریت بیمار به 45-55 افزایش می یابد.

روز هفتم بستری: همودینامیک ناپایدار است 2 بار به علت فشارخون بالا 166/103 آمپول لابتالول و به علت تاکیکاردی قرص متورال 25mg/BID تجویز می شود..

روز هشتم بستری: همودینامیک همچنان ناپایدار است. به علت فشارخون 178/132 با دستور پزشک مقیم ICU آمپول لابتالول تزریق و 50 میلی گرم کاپتوپریل گاوژ و 20 میلی گرم لازیکس تزریق می شود. دوز متورال به 50mg/BID افزایش داده می شود.
با توجه به جواب آزمایش IL6= 632.2 یک عدد آمپول اکترا 400 میلی گرم تزریق می شود. یک روز بعد IL6 < 2 گزارش می شود.
در گرافی سینه در ریه ها کدورت های آئونولر وصله ای شکل منتشر دو طرفه همراه با پنوموتراکس در قاعده ریه چپ مشاهده می شود. اندازه قلب و عروق بزرگ در حد طبیعی بود.

روز یازدهم بستری: ساعت 12:00 مورخ 1400/9/4 کاتتر پلورچپ توسط ICU Man خارج و چست تیوپ سمت چپ تعبیه می شود. در CXR کنترل پرتابل سینه پنوموتراکس نیمه چپ تشدید یافته است کدورت های ریوی دو طرفه و همچنین تصویر لوله سینه ای راست و لوله تراشه در محل مناسب قابل رویت است. کنترل با تشدید پنوموتراکس. SPO2=97%

در ساعت 16:50 به علت تاکیکاردی HR=100-110 با دستور پزشک مقیم ICU انفوزیون میدازولام با 2 میلی گرم در ساعت شروع می شود. و ساعت 21:00 به دلیل افت فشار خون انفوزیون میدازولام Hold و لووفد شروع می شود BP=72/42

روز یازدهم بستری: مادر تاکیکارد است HR=118. چست تیوپ راست و چپ کارکرد ندارد. در ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه، ترشحات دهان زیاد ولی تراشه کم می باشد. SPO2=96-99%

در CXR انجام شده پنوموتراکس نیم سینه چپ تشدید یافته و با کلاپس شدید ریه چپ همراه است. کدورت های ریوی در سمت راست و همچنین تصویر لوله ای سینه ای راست و چپ و لوله تراشه در محل مناسب قابل رویت است.

مادر ساعت 12:45 دچار برادیکاردی ناگهانی در حد 40 و سپس آسیستول شده و عملیات احیا شروع می شود و مادر به احیا پاسخ نداده و و پس از 45 دقیقه احیا فوت می کند.

آزمایشات : WBC=6900—24500 LYM=8—2% Hb=11.1—9.5
SGOT=40—53--14 Cr=0.8—1 Urea=14—62—74 PLT=169,000—452,000—692,000
SGPT=30—39—16

Ferritin=468 procalcitonin=1.3 D-Dimer=916 LDH=1087 CRP=3+ IL6= 632.2
نکات ویژه :

کیس 39

خانم 43 ساله ، BMI=26.6 ، G1P0 ، سابقه پیوند کلیه از 24 سال قبل و مصرف ساندیمون ، آزا تیوپرین و پردنیزولون ، سابقه کوله سیستکتومی 6 سال قبل ، سابقه افزایش فشار خون از ابتدای بارداری و مصرف متیل دوبا و حاملگی خواسته می باشد. مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری تحت نظر مرکز بهداشت و متخصص زنان در مطب بوده است. سابقه تزریق واکسن کورونا ندارد. مادر مورخ 7/14 ساعت 16:07 با شکایت تب و سرفه از 10 روز قبل و بارداری 29 هفته و 4 روز با معرفی یکی از اساتید پریناتولوژی بصورت هوشیار و سرپایی به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه می کند. مادر با سطح تریاژ 2 وارد اورژانس شده و به بخش ایزوله تنفسی تحت نظر منتقل می شود. ساعت 16:25 توسط اتند زنان ویزیت می شود. موقع ویزیت، مادر هوشیار واریانته بود. شکم نرم ، فاقد تندرینس بود. علایم حیاتی : BP=135/94

O2Sat=92% FHR=155 BT=38 RR=19 PR=122
Pro 24h=242 mg ALT=81 AST=64

برای مادر دستورات: تعبیه لاین وریدی سرم 500cc/STAT N/S - آمپول آپوتل - تست های روتین - NST - سونوگرافی وضعیت جنین و BPP - بستری LDR گذاشته می شود.

مادر طی مشاوره عفونی تلفنی ساعت 23:45 با FHR=121 با دستورات : آمپول هپارین پروفیلاکسی ، قرص متیل دوبا ، چک تست های CBC , CRP , LFT , LDH روزانه بستری ایزوله تنفسی اتاق زایمان می شود.

علایم حیاتی بیمار در اتاق زایمان : BP=121/83 PR=96 RR=19 BT=36.6 O2Sat=94%

در سونوگرافی جنین زنده با قرار طولی و ریت قلبی نرمال ، سن حاملگی 30 هفته و یک روز ، میزان مایع آمنیوتیک نرمال و اندکس 13 و BPP 8 از 8 با جفت خلفی گزارش می شود.

جواب آزمایشات بدو پذیرش : WBC=7800 Hb=10.3 Hct=28.6 Cr=1.9 Urea=45 SGOT=79
SGPT=37 LDH=452 CPK=51 Pro=2+

ساعت 3:50 بامداد مادر دچار تاکیکاردی در حد PR=200 ، تاکی پنه RR=40 وافت ساچوراسیون O2Sat=82-85% با ماسک اکسیژن شده واین علایم به مدت 10 دقیقه پایدار بوده است. برای مادر مشاوره قلب تلفنی انجام می شود ومشاور آمپول انوکسپارین با دوز درمانی-قرص آسپرین 325 STAT وسپس 80 میلی گرم روزانه -قرص پلاویکسOSVIX-قرص آتروواستاتین 40 میلی گرم -ارسال CPK,CTNI در دو نوبت -ECK روزانه تجویز می کند. CPK=51. CTNI=Neg بود.

ساعت 5:20 بامداد طی هماهنگی با پزشک مقیم ICU مادر پس از تزریق آپوتل به علت تب BT=38.2 به بخش ICU کورونا منتقل می شود. با دستورات : مانیتورینگ قلبی ریوی -ارسال PCR - سونوگرافی BPP هفته ای 2 بار ومعیارهای رشد هر سه هفته یکبار

موقع ورود به بخش ICU مادر هوشیار واریانته بود. علایم حیاتی BP=123/80 PR=70-85 RR=20-25
O2Sat=85-88% بدون اکسیژن و90-95% با اکسیژن FHR=150 BT=36.9 داشت.

ABG: HCO3=11 PCO2=20 PH=7.36 بود.

آزمایشات بخش ICU: Hb=9.4 Hct=27.5 PT=11 PTT=38.4 INR=1 PLT=154000 SGOT=39
SGPT=30 Alb=2.5 ALP=493 Cr=1.5 Urea=42 Mg=1.7 BIL T=1.3 BIL D=0.8
K=4.2 P=4.3

روز دوم بستری 00/7/15:

علایم حیاتی : BP=119/80 RR=24-28 BT=38.8 O2Sat=95-97% با ماسک می باشد. با دستور ICU Man
انوکسپارین قطع وهپارین با دوز 5000U/TDS شروع می شود.

مادر ساعت 14 به همراه رزیدنت زنان وکارشناس بی هوشی جهت انجام اسکن ریه به بیمارستان سینا برده می شود. با رویت CD اسکن ریه ، پزشک مقیم ICU با هماهنگی اتند آنکال آمپول رمدسیویر شروع می کند. در اسکن ریه Patchy Consolidation در ریتین سازگار با کووید گزارش می شود. PE وجود نداشت.

روز سوم بستری 00/7/16: مادر هوشیار ولی III است. از تنگی نفس شاکی است . علایم زایمانی ندارد. ادرار بیمار هماچوریک است . علایم حیاتی : BP=111/70 PR=110-120 RR=30-35 BT=37.5 O2Sat=87-88% با ماسک رزروبیگ. برای مادر آمپول لازیکس 20mg/STAT تجویز می شود.

روز چهارم بستری 00/7/17:

در سونوگرافی پروفیل ریت قلبی جنین نرمال وBPP جنین 8 از 8 می باشد.

روز پنجم بستری 00/7/18: مادر لتارژیک است. برای مادر مشاوره نفرولوژی در خواست شده و توسط رزیدنت سال2 داخلی ویزیت می شود. ایشان توصیه می کند : چون اسیدوز بیمار توجیه کننده کاهش هوشیاری نمی باشد برای بررسی احتمال خونریزی مغزی مشاوره نفرولوژی درخواست گردد. آمپول رمدسیویر تا پایان 5 روز تزریق گردد . ساندیمون ،آزاتیوپرین وختم بارداری که عامل مهمی در کنترل بیماری است و ICU Care بعداز ختم بارداری انجام گیرد. علایم حیاتی : BP=135/76 RR=35-60 BT=37 O2Sat=88-92% با ماسک

FHR=135 می باشد. Hb=10.3 ALP=53 Cr=2 LDH=752

ساعت 8:40 به علت تاکی پنه و تاکیکاردی مشاوره اورژانسی با پریناتولوژی انجام می گیرد وبا تصمیم گروهی مادر جهت ختم بارداری به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 12 با بی هوشی عمومی و حضور اتند زنان با برش LML شروع شده وحاصل سزارین نوزاد دختر با آپگار 6/8 بود که بعداز اقدامات لازم به NICU منتقل می شود. عمل ساعت 12:50 تمام می شودو مادر بدون ریورس وانتوبه ساعت 14 به بخش ICU تحویل داده می شود.

80 سی سی ادرار در پایان عمل وحجم خونریزی 400 سی سی ثبت شده است.

علایم حیاتی مادر در ابتدای عمل: BP=165/109 PR=136 O2Sat=74%

علایم حیاتی در ریکاوری : BP=119/80 PR=106 O2Sat=97%

بعداز تحویل به ICU مادر توسط ICUMan ویزیت شده ودستورات : وصل به ونتیلاتور با مد SIMV -انفوزیون میدازولام وفنتانیل -مشاوره حضوری نفرولوژی- اسپری سروتاید- قطع پردنیزولون -شروع آمپول دکزامتازون8mg/BID گذاشته می شود. به مشاوره نفرولوژی از طرف بیمارستان امام رضای پاسخ داده نمی شود.

در چک هموگلوبین ساعت 22 : Hb=7.2 Hct=21.6 گزارش می شود. با این گزارش با دستور پزشک مقیم ICU یک واحد خون شسته شده تزریق می شود.

روز ششم بستری 00/7/19: وضعیت بیمار Stable است. PR=45-60 می باشد. یک عدد آتروپین بالا سر بیمار Stand by گذاشته شده و سدیت های بیمار قطع می شود. آزمایشات: Hb=9.1 LDH=666 SGOT=35 SGPT=50 ALP=600 مشاوره نفرولوژی با یکی از اساتید نفرولوژی انجام می گیرد. برای مادر آمپول لازیکس 20mg/TDS دمپریدون و متوکلوپرامید شروع می شود.

روز هشتم بستری 00/7/21: ترشحات NGT قهوه ای بوده و با دستور ICU Man آمپول پنتا پرازول شروع و تزریق هپارین و آسپرین hold می شود. مادر تحت انفوزیون پرسدکس، فنتانیل، میدازولام و آتروکوریوم قرار دارد.

علایم حیاتی ساعت 18 : BP=149/103 PR=72 O2Sat=88-93%

آزمایشات : Hb=10.6 PT=11.5 PTT=30 Cr=1.7 CRP=3+ ALP=985 PLT=305000

LDH=1173 SGOT=89 SGPT=29 Na=143 P=3.7 Urea=106

در ساعت 12 به علت تب دار شدن مادر به ICU Man اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهد یک عدد آمپول آپوتل تزریق شده و در صورت ادامه تب از نظر سسپیس بررسی شود. مادر ساعت 13:15 مورخ 00/7/23 دچار حرکات تشنجی در اندامهای تحتانی و افزایش فشارخون و تاکیکاردی می شود BP=199/75 HR=164 بلافاصله آمپول میدازولام 3 میلی گرم وریدی تزریق شده و با این اقدام تشنج کنترل می شود و فشارخون به BP=139/89 کاهش می یابد. بعد از تزریق میدازولام HR=98 شده بود. با نظر اتند آنکال ICU برای مادر لوبل با دوز 500 میلی گرم BID و انفوزیون میدازولام 2mg/h شروع و مشاوره نفرولوژی درخواست می شود. طبق مشاوره تزریق آمپول دیازپام 10mg در صورت تشنج آهسته وریدی و لوبل با دوز 500mg/TDS و انفوزیون میدازولام 4mg/h و در خواست MRI, MRV, EEG اورژانسی تجویز می شود که در خواست MRI, MRV, EEG با نظر اتند ICU به بعد از Stable شدن موکول می شود. روز بعد به علت ادامه تب مروپنم و سیپروفلوکساسین شروع می شود.

روز شانزدهم بستری 00/7/27: با دستور ICU Man ساعت 8:30 به منظور شروع برنامه Weaning تمام سدیت های مادر hold شده و مختصات دستگاه تغییر داده می شود. ساعت 10:50 بیمار به T-Pice وصل می شود. ساعت 11:30 مادر دچار دیسترس تنفسی، تاکیکاردی و افت ساجوراسیون می شود PR=120-125 O2Sat=70-75%. با دستور ICU Man مادر به ونتیلاتور با مد PCV وصل شده و انفوزیون پرسدکس شروع می شود. برای مادر CXR درخواست می گردد.

در CXR پرتابل اندازه قلب نرمال و کدورت پچی متعدد در قاعده هردو ریه همراه با مایع جنبی خفیف سازگار با کووید گزارش می شود.
روز هفدهم بستری 00/7/28: زخمهای فشاری متعدد در نقاط تحت فشار بدن دیده می شود. ادم منتشر و التهاب در خطوط استریا مخصوصاً در اندامهای تحتانی دیده می شود. مادر انتوبه و تحت سداسیون با پرسدکس است. علایم حیاتی : BP=161/101 O2Sat=87-92% ساعت 11 لوله تراشه بیمار جهت تعویض توسط ICU Man خارج شده و با توجه به وضعیت تنفسی خوب انتوبه نشده و با ماسک رزروینگ اکسیژن داده می شود. علایم حیاتی ساعت 13 : BP=128/92 PR=90 O2Sat=88-94% بود.

علایم حیاتی ساعت 18:20 : RR=25-30 O2Sat=91-92% با رزروینگ. هوشیاری و ارپانتاسیون بیمار در حال افزایش بوده ولی تحت تاثیر داروهای سداتیو خواب آلود است و زاری و هذیان گویی دارد. طبق نت ICU Man مادر لتارژیک است و ضعف عضلانی اندامها را دارد (قادر به حرکت اندامها نیست).

BP=156/56 O2Sat=88% PR=105 RR=30-38

روز هیجدهم بستری 00/7/29: با دستور ICU Man رژیم مایعات صاف شده در حد تحمل بیمار و خروج NGT در صورت تحمل غذا، پوزیشن نیمه نشسته، اسپری سالبوتامول، سروتاید و آتروونت، آمپول لازیکس 10mg/BID، آمپول هیدروکورتیزون 200mg STAT تجویز می شود. مادر تاکی پنه در حد RR=45 با ساجوراسیون 85% دارد.

روز نوزدهم بستری 00/7/30: با نظر ICU Man سوند معده خارج شده و رژیم غذای معمولی شروع می شود.

آزمایشات : Hb=9.5 Cr=1.2 Urea=105 SGOT=199 SGPT=78 ALP=573 K=3.6

LDH=1073 Na=141.4

روز بیستم بستری 00/8/1: Hb=9.1 Cr=1.1 Urea=79 SGOT=297 SGPT=154 ALP=520

LDH=1422

روز بیست و دوم بستری 00/8/3: ماسک رزرو بگ به ماسک ساده با 8-10L/min تبدیل می شود. برای مادر سونوگرافی کبد، مجاری صفراوی، آنزیمهای قلبی، تست هپاتیت ویرال درخواست می شود. در سونوگرافی سائز واکوژنیسته کبد نرمال تصویر کانونهای گرانولوم کلسیفیه مجموعاً به قطر تقریبی 39mm در لوب راست کبد گزارش می شود. مجاری صفراوی داخل کبدی و سیستم پورت نرمال بود. CBD در ناحیه پورتا هپاتیس دیلاته بود با قطر 9 میلیمتر مایع آزاد خفیف در فضای موريسون رویت می شد. تستهای هپاتیت ویرال منفی بود. برای مادر آمپول پنتا پرازول و دکزامتازون D.C و پردنیزولون 50 ملی گرم و فاموتیدین و متورال 25mg/BID تجویز می گردد.

روز بیست و چهارم بستری 00/8/5: بیمار سرفه پروداکتیو دارد (ترشحات زیاد است). با دستور ICU Man در صورت افت ساچوراسیون اکسیژن به زیر 80% ماسک ساده به کاتول بینی تبدیل می شود.

آزمایشات: ALb=2.1 BIL D=0.2 BIL T=0.9 LDH=1333 SGPT=162 SGOT=134 Urea=82

روز بیست و پنجم بستری 00/8/6: مادر با کاتول بینی اکسیژن می گیرد. خطوط استریا در سراسر بدن ملتهب و ادماتواست. نقاط کبود در ناحیه پشت و روی کتف ها مشاهده می شود. کشاله ران هر دو طرف قرمز است پلاک روی لب تحتانی و وزیکول روی زبان با احتمال هرپس دیده می شود و با دستور ICU Man لوراتادین و قرص Virabex داده می شود. برای مادر سندروم PUPP مطرح است. Hb=8.6

روز بیست و هفتم بستری 00/8/8: Cr=0.8 SGOT=83 SGPT=152 Hb=7.5 ALb=1.9

PLT=100000 با نظر ICU Man مادر ساعت 12:20 به بخش HDU منتقل می شود. مادر با ماسک اکسیژن می گیرد با RR=23

ساچوراسیون 97%.

روز بیست و نهم بستری 00/8/10: Urea=39 AST=730 ALT=167 Alb=2.2

ساعت 5:00: مادر تب دار است. BT=38.4 O2Sat=90% طبق مشاوره با پزشک مقیم ICU و رویت ABG به علت افت ساچوراسیون به 88% کاتول بینی به ماسک رزرو بگ تبدیل می شود و مادر همچنان در HDU می ماند. بعد از ویزیت مادر توسط اتند زنان درخواست مشاوره اورژانسی جهت انتقال به ICU داده می شود. مادر ساعت 10 به بخش ICU منتقل می شود با علائم حیاتی: BP=188/88 O2Sat=97% BT=37 RR=25-30 PR=95-105

سرویس زنان تزریق 2 واحد پکدسل شسته شده و مشاوره نفرولوژی را Order می کند ولی ICU Man با توجه به علائم حیاتی و وضعیت بالینی و آزمایشات، اجرای هیچکدام از دستورات را لازم ندانسته و تزریق ویال آلبومین 20% هر 12 ساعت را تجویز می کند. مادر ساعت 15:30 دچار افت ساچوراسیون در حد O2Sat=72-88% می شود. پزشک مقیم ICU آمپول هیدروکورتیزون، آمپول لازیکس و افزودن 1 میلی گرم اپی نفرین داخل محفظه اکسیژن و Stand by کردن وسایل انتوباسیون را تجویز می کند. برای مادر انفوزیون فنتانیل، میدازولام و پرسدکس شروع می شود.

علائم ساعت 17:30: BP=149/97 HR=120 RR=52 O2Sat=85-92%

ساعت 18:50 به علت تاکی کاردی و تاکی پنه و افت ساچوراسیون مادر با نظر اتند آنکال توسط پزشک مقیم ICU انتوبه و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. بعد از انتوباسیون ساچوراسیون اکسیژن به 99% افزایش می یابد. ساعت 19:20 با نظر پزشک مقیم ICU برای مادر انفوزیون لووفد شروع می شود. علائم حیاتی: BP=90/46 PR=120. با وجود دریافت لووفد فشارخون همچنان پایین است BP=82/40

PR=110-130

روز سی ام بستری 00/8/11: مختصات دستگاه ونتیلاتور توسط ICU Man تغییر داده شده و ترشحات دهان و تراشه که خونابه ای و قهوه ای رنگ بوده مرتب ساکشن می شود. در نت اتند ICU علائم حیاتی: HR=79 BP=105/73 O2Sat=96% قید شده است. در ساعت 18 مجدداً به علت افت ساچوراسیون و دیسترس تنفسی تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده می شود. همچنان افت ساچوراسیون اکسیژن و افت فشارخون علیرغم دریافت لووفد دادن حجم و پوزیشن و قطع سداتیو ها ادامه دارد BP=60/34. برای مادر دوپامین شروع می شود. با این اقدام فشارخون به BP=166/90 افزایش می یابد ولی ترشحات فراوان ادامه داشت. در ساعت 18:50 با توجه به بالا رفتن فشارخون، انفوزیون دوپامین hold شده و 2 عدد بیکربنات سدیم تزریق می شود.

علائم حیاتی ساعت 21: BP=101/71 PR=108 O2Sat=69-72%

مادر ساعت 23 دچار برادیکاردی شده و سپس آسیستول می شود. ماساژ قلبی بلافاصله شروع می شود. عملیات احیا تا ساعت 24 ادامه می یابد ولی متأسفانه مادر فوت می کند. علت فوت مولتی ارگان فیلور و سپسیس اعلام می شود.

آزمایشات: PCR=+

نکات ویژه:

خام 39 ساله ، خانه دار با سواد سیکل ، BMI= 30 ، G4P2AL2EP1 (2× NVD)، سابقه دیابت بارداری ، با بارداری 35 هفته مورخ 00/8/1 با شکایت تب ولرز ، سرفه ، خلط و تنگی نفس گهگاهی از یک هفته قبل و آزمایش PCR+ از نظر کووید به متخصص عفونی مراجعه کرده و توسط ایشان به بیمارستان A جهت بستری معرفی می شود. مادر ساعت 22:25 همان روز به بیمارستان A مراجعه و با سطح تریاژ 2 به طب اورژانس معرفی می شود.

موقع ورود علائم حیاتی : BP=116/79 PR=110 RR=18 BT=36 O2Sat=95%

برای مادر دستورات : تعبیه لاین وریدی - سرم نرمال سالین - آمپول آپوتل - آمپول دیمترون - اکسیژن تراپی با کاتول بینی - گلوکومتري - اخذ نوار قلبی - درخواست آزمایشات CBC,CRP,ESR,Cr,LDH,AST,ALT,U/A,U/C, گذاشته می شود. بعد از اجرای دستورات با سفارش متخصص عفونی برای مادر CXR با شیلد شکمی اخذ شده و مادر در بخش داخلی مردان بستری می شود. بعد از انتقال مادر به بخش برای مادر دستورات اخذ شده از متخصص عفونی شامل : آمپول رمدسیویر - آمپول هپارین 5000U/BID - آمپول آپوتل PRN داخل سرم - شربت دیفن هیدرامین - قرص فاموتیدین - ویتامین D&C - آمپول دکزامتازون 6mg/d - آمپول پرومتازین - قرص NAC گذاشته می شود.

روز دوم بستری 8/2: در CXR درگیری ریوی مشکوک به کووید مشاهده می شود. با توجه به CRP=4+ و CXR برای مادر مشاوره زنان جهت انتقال به سرویس زنان درخواست می شود. متخصص زنان با نظر شورای تخصصی دستور انتقال مادر به ICU ایزوله و سونوگرافی سلامت جنین را می دهد. نصف شب ساعت 00:20 با مدام به علت افت فشار خون BP=83/50 و تعریق به متخصص عفونی اطلاع داده و ایشان تلفنی دستور مشاوره قلبی اورژانس ، اخذ EKG ، درخواست آزمایشات CBC,D.Dimer, تره پونین والکترولیتها، LDH,CRP,CPK تستهای انعقادی و فریتین و اطلاع به دفتر پرستاری جهت طرح در شورای پزشکی فردا را می دهد. با متخصص قلب تماس گرفته شده و درخواست مشاوره اورژانسی به اطلاع ایشان رسانده می شود. متخصص قلب تلفنی دستورات : سرم نرمال سالین 500cc/TDS - شروع دوپامین 3-5µ/min در صورت BP<80 - انفوزیون هپارین 900U/h - کنترل PT,PTT را توصیه می کند.

در ساعت 3:45 با مدام با گزارش K=2.9 با دستور تلفنی متخصص عفونی برای مادر دستور چک مجدد پتاسیم و شروع پتاسیم خوراکی 30 میلی اکی والان داخل سرم نرمال سالین 500cc/TDS گذاشته می شود.

روز سوم بستری 8/3: مادر هوشیار واریانته است. ILL می باشد ولی توکسیک نیست. علائم حیاتی : BP=127/80 PR=110

O2Sat=88% بدون اکسیژن و 94% با رزروینگ می باشد. VBG : PH=7.32 PCO2=31 HCO3=16

برای مادر مشاوره قلب جهت OK انتقال به بیمارستان B برای اخذ اسکن ریه درخواست می شود. در ویزیت قلب واکو آمبولی ریه رد می شود. ساعت 12:30 برای مادر مشاوره گروهی شده و با نظر شورا ، پالس کورتون (125mg/BID) شروع و هپارین فول دوز D.C می شود. توصیه می شود مادر جهت انجام اسکن ریه به B منتقل شود. در اسکن ریه درگیری 60% وجود داشت.

روز پنجم بستری 8/5: مادر اظهار می کند حرکات جنین را حس نمی کند و در سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال 6/8 می باشد. با توجه به تاکی پنه بودن مادر RR=33-35 و ساچوراسیون 88% در هوای آزاد طبق نظر شورای پزشکی تصمیم به ختم بارداری گرفته می شود و نظر شورا ترجیحاً ختم در مرکز ریفال می باشد. مادر بعد از هماهنگی ساعت 16 به بیمارستان C اعزام می شود.

آزمایشات بیمارستان A : WBC=4800—4400--5800 LYM=22.5—17% Hb=12.2—9.8--12

CRP=35--66 LDH=345 D,Dimer=689 LFT=N PLT=145000—186000

Cr=0.5 FBS=75

علائم حیاتی بیمار در بدو پذیرش (ساعت 16:55) : BT=37.4 با رزروینگ SPO2=96% PR=120 BP=120/70

RR=30 FHR=148 بود.

مادر با سطح تریاژ 2 وارد اورژانس شده و به بخش ایزوله تنفسی منتقل می شود. بعد از ویزیت توسط رزیدنت سال 2 برای مادر INST اخذ شده سونوگرافی ، آزمایشات روتین ، مشاوره پریناتولوژی و عفونی درخواست می شود. در ویزیت اولیه V/B و ابریزش نداشت. شکم نرم و تندرست نداشت. در سمع ریه ها رال خفیف در قواعد ریه و تنگی نفس و سرفه نداشت. در NST انجام شده افت های متغیر داشته که طبق مشاوره پریناتولوژی فعلاً نیاز به ختم بارداری نداشته و بهتر است در اتاق زایمان تحت نظر قرار گیرد .

در سونوگرافی انجام گرفته حاملگی با یک جنین زنده و متحرک با ریت قلبی 144 در دقیقه، اندکس 15 سانتیمتر و BPP 8 از 8 گزارش شده بود. مشاور عفونی تلفنی : ادامه رمدسیویر، چک B/C 2 نوبت، گشت ادرار - چک پرو کلسی تونین، LFT ، CRP ، LDH ، تروپونین، D-Dimer، CPK و آمپول متیل پردنیزون 125mg/BID و بستری بخش ICU کرونا را توصیه می کند.

مادر با علائم حیاتی BP=134/85 PR= 100-110 BT=37/2 RR=35-45 SPO2=%90 با رزرو بگ ساعت 18:40 به بخش ICU کرونا منتقل می شود. بادستورات: رمديسيوير ، هپارين ، آپوتل ، Amp vit k ، پنتاپرازول ، دگزامتازون ، شربت دیفن هیدرامین ، قرص مونته لوکاست ، اسپری سروتاید

نتایج آزمایشات اولیه : Ca=7/4 PLT=217000 WBC=10500 Hb=11/9 INR=1 PTT =32
PT=11/5 K=2/3 P=3/2 LDH=369 Cr =0/8 ALP =250 SGOT= 72 SGPT =32
Mg =1/3 CRP =+3 Procalcitonin =0.38 D-Dimer =500 CTNI=N کشت خون در دو نوبت منفی و کشت ادرار انتروباکتر گزارش می شود.

بدلیل افت Variable در NST در ساعت 22:30 طبق مشاوره پریناتولوژی مادر در ساعت 23:20 در حال دریافت اکسیژن با رزرو بگ جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.

نت بیهوشی: " بیمار اورژانسی به اتاق عمل منتقل شد. در بدو ورود سیانوز و به صورت نشسته بر روی تخت بود. در اتاق عمل ساچوراسیون اکسیژن مادر SPO2=% 49-50 در حالت درازکش بوده که بلافاصله تحت اکسیژناسیون قرار گرفته تحت بی هوشی عمومی قرار گرفت". پس از حدود 10-15 دقیقه ساچوراسیون به بالای 90 % افزایش می یابد. عمل ساعت 23:37 با بی هوشی عمومی توسط رزیدنت سال 3 و 2 زنان با حضور اتند مقیم شروع شده و حاصل سزارین نوزاد پسر زنده پره ترم با آپگار 7/2 و سیانوز بود که بعد از انتوباسیون و اقدامات احیا به بخش NICU منتقل می شود . بعد از خروج جنین رحم آتونی داشته که با اقدامات انجام شده کنترل می شود. مقدار خونریزی حدود 600-700 سی سی قید شده است. علائم حیاتی حین عمل : RR=18 PR=115 BP=159/97

بعد از اتمام عمل مادر ساعت 01:50 بصورت انتوبه به بخش ICU کرونا منتقل و به ونتیلاتور بامد SIMV وصل و تحت مانیتورینگ قلبی و ریوی قرار می گیرد. برای مادر دستورات انفوزیون میدازولام ، فنتانیل و پرسدکس ، آمپول هپارین ، آمپول سنتوسینون ، پتیدین ، رمديسيوير ، تازوسین ، پتاسیم کلراید ، ویتامین ث، آپوتل گذاشته می شود. علائم حیاتی موقع تحویل مادر به بخش ICU : PR=142: RR=25
BP=170/100 O2Sat=97% بود.

روز دوم بستری 8/6 : طبق نت پرستاری در شیفت شب بیمار تبادار BT=38.2 بود و آمپول آپوتل تزریق شد . دیورز برقرار است . خونریزی در حد P.P می باشد. همچنان تاکیکارد است PR=130 BP=130/80 در شیفت شب ساعت 22:45 بصورت ناگهانی دچار افت ساچوراسیون در حد O2Sat=82% شده و با دستور پزشک مقیم تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده شده و آتروکوریوم شروع می شود. مادر تحت درمان با تازوسین ، دگزامتازون 8mg/BID - هپارین پروفیلاکسی می باشد. ساعت 00:05 بامداد بیمار دچار تاکیکاردی در حد 140 و افزایش فشار خون در حد 169/100 شده و بدنبال آن دچار حرکات لرزشی در اندامها می شود. با نظر ICUMAN آمپول لوبل تزریق، دوز میدازولام افزایش داده می شود. باین اقدامات حرکات تشنجی بیمار کنترل می شود. برای بیمار مشاوره نورولوژی اورژانسی درخواست می گردد. همچنین با دستور سرویس زنان آمپول سولفات منیزیم 4 گرم بصورت STAT و سپس با یک گرم در ساعت انفوزیون شروع می شود مشاور نورولوژی دستورات: MRI ، MRV اورژانسی مغز، فیلم برداری در صورت تشنج مجدد - تزریق دیازپام 10mg بصورت STAT در صورت تشنج و ادامه داروهای در حال انفوزیون ، مشاوره عفونی جهت R/O مسائل عفونی CNS ، ادامه لوبل و خودداری از تجویز داروهای کاهنده آستانه تشنج در حد امکان را توصیه می کند.

روز سوم بستری 00/8/7 : با توجه به اینکه مادر با قطع سدا تیو ها هوشیار می شود، برنامه Weaning گذاشته می شود. O2Sat=85% ساعت 2:00 بامداد با توجه به Ca =6/8 با نظر ICUMAN آمپول کلسیم گلوکونات یک ویال تزریق می شود و به علت ادامه تب تازوسین D.C و مروپنم و وانکومایسین شروع میشود. انجام MRI، MRV و CT اسکن مغز به پس از شرایط Stable موکول می شود. به علت فشارخون پایین BP=80/44 دوز میدازولام کاهش داده می شود.

روز چهارم بستری 00/8/8 : بدلیل افت ساچوریشن در حد 67-70% درخواست CXR پرتابل شده که طبق آن کدورت آلوئولر پچی منتشر در هر دو ریه گزارش می شود. آمپول هیدروکورتیزون STAT و اسپری سالبوتامول تجویز می شود. انفوزیون سولفات منیزیم ساعت 00:15 مورخ 00/8/9 قطع و CVLINE توسط ICUMAN تعبیه می شود. در CXR مجدد درگیری 90% ریه ها بدلیل کووید 19 گزارش می شود. به علت افت فشارخون ابتدا سرم نرمال سالین تجویز شده و به دلیل عدم اصلاح دوز سدا تیو ها تغییر داده می شود.

روز نهم بستری 00/8/9 : به علت افت ساچوراسیون لوله تراشه توسط ICU Man تعویض و تنظیمات ونتیلاتور روی PCV قرار می گیرد O2Sat=75% . به علت تب دار شدن بیمار لووفلوکساسین و شربت اریترومایسین شروع می شود. به علت افزایش فشارخون و تاکیکاردی لوزاتان و متورال در دستورات گذاشته می شود.

در مورخه 00/8/12 با نظر ICUMAN بیمار به T-Tube وصل شده، که بدلیل افت ساچوریشن در حد 68% مجدداً به ونتیلاتور با مد PSV وصل می شود. همچنین در مورخه 00/8/16 بیمار بطور متناوب تحت T-piece و PSV قرار می گیرد. در شیفت شب ساعت 5:45 مادر شدیداً بی قرار شده و با دستور پزشک مقیم ICU میادازولام بادوز 2 میلی گرم در ساعت انفوزیون می شود. به علت تاکیکاردی مادر PR=150 آتروکوریوم 300 میلیگرم انفوزیون می شود. حدود 1 ساعت بعد مادر ساعت 7:30 بامداد دچار تاکیکاردی شدید PR=160 وافت ساچوراسیون در حد 29 % شده وکد احیا زده می شود.مادر از ونتیلاتور جدا شده و با آمبو ونتیله می شود. مادر بلافاصله دچار برادیکاردی و آسیستول شده و بلافاصله تحت CPR می گیرد .با تزریق 2 عدد آتروپین واپی نفرین ریتم قلب برمی گردد.علائم حیاتی بیمار بعد از Stable شدن بصورت HR=140، BP=160/80 و SPO2=96% بوده است. با احتمال شک به آمبولی ریه هپارین پروفیلاکسی به انوکسپارین بادوز درمانی تغییر داده می شود. مورخ 8/18 به علت لوکوسیتوز WBC=22600 توسط ICU Man کاسیوفانژین شروع می شود.

در مورخه 8/25 ساعت 23:15 بیمار علیرغم دریافت سدیشن خود را اکستوبه کرده که طبق نظر متخصص بیهوشی با توجه به هوشیاری نسبی، همدینامیک Stable و اکسیژناسیون مناسب انتوباسیون انجام نمی شود.

روز بیست و ششم بستری : بیمار تنفس های منظم داشته، تاکیکاردی و تاکی پنیک نبوده ،لتارژیک است واز دستورات تاحدودی پیروی می کند.با خارج کردن NGT قادر به بلع آب بوده است. علائم حیاتی بیمار بصورت SPO2%97-99 با رزرو بگ ماسک 6-10 لیتر در دقیقه، -25-RR=20، BP=137/97 و BT=36/8 داشته است. در مورخه 8/27 ساعت 16:00 بیمار افت ساچوریشن تا 75% داشته، که طبق CXR پرتابل کدورت های آئوئولر بصورت منتشر در هر دو ریه با محو شدن حدود قلب و همی دیافراگم ها گزارش گردیده است. بیمار در ساعت 18:30 انتوبه می شود.

در مورخه 9/1 با توجه به K=1/7 از خط بحران پتاسیم کلراید انفوزه می شود. فشارخون همچنان نوسان داراست. به علت تب 39 درجه کشت خون ، کشت وآنالیز ادرار درخواست شده و مروپنم ،وانکومايسن D.C و آمپی سولباکتام شروع می شود.همچنین در مورخه 9/2 بدلیل اعلام K=2/9 از خط بحران و T اینورت در ECG مجدداً پتاسیم کلراید در عرض 6 ساعت انفوزه شده است. در مورخه 9/3 مشاوره جراحی جهت انجام تراکنوستومی درخواست می شود. بدلیل K =2/2 انفوزیون پتاسیم کلراید ادامه می یابد. به علت نوسانات فشارخون در حد BP=197/118 و 84/36 وافت ساچوراسیون مشاوره قلب انجام درخواست می شود. در اکوی پرتابل مسائل حاد قلبی و PTE Massive رد می شود. در مورخه 9/10 طبق مشاوره ENT جهت انجام تراکنوستومی دستور اخذ رضایت آگاهانه از همراه درجه اول، تهیه لوله تراکنوستومی پلاستیکی کاف دار سایز 7/5، چک تستهای انعقادی، کلیوی، K، NA، CBC و ... را می دهد.

در ساعت 12:00 بیمار دچار برادیکاردی و افت ساچوریشن شده و بلافاصله عملیات احیا شروع شده است. علیرغم تلاشهای فراوان عملیات احیا موفقیت آمیز نبوده و در ساعت 13:00 بیمار فوت می کند.

LYM=12%--8%--3%

آزمایشات: WBC=10500—7600—22600—9200

PLT=21700—167000—97000--210000

Hb=11.6—9.4—10.1—8.8—10.2

ALT=32—15—30—229—326--30 PT,PTT,INR=N Cr=0.8—0.9

BIL T=0.2—0.3—1.2

AST=72—20—14—221—291--22

IL6=

Ferretin=

LDH=369—837—926

ALP=250—185—165

ESR=44

ALb=2.1—2.9

Ca=7.9—6.4

Procalcitonin=

نکات ویژه :

کیس 41

خاتم 31 ساله ،خانه دار ،لیسانس ،BMI=29.3، G2P1D1 (1× NVD) سابقه مرده زانی در هفته 24(3 سال قبل وبارداری با IVF بوده) ،سابقه هیپوتیروئیدی، سابقه سیروز کبدی در زمینه هپاتیت اتوایمیون (سابقه مصرف پردنیزولون 10 میلیگرم روزانه از 5 سال قبل وسابقه تزریق پلاکت در زایمان قبلی را دارد،سابقه GTT مختل. سابقه تزریق واکسن کورونا ندارد.بارداری خواسته بوده و با IVF می باشد. مراقبت پیش از بارداری ودوران بارداری دربخش خصوصی بوده وتحت نظر فوق تخصص خون وگوارش وپریناتولوژی بوده است.

مادر مورخ 11/21 /ساعت 20:06 با شکایت تب و لرز و استفراغ به اورژانس بیمارستان A مراجعه و با علائم حیاتی BP:180/106 SPO2:94% ، BT:37.2 ، RR:17 ، PR:120، با سطح تریاژ3 وارد اورژانس می شود. مادر ابتدا توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شود. ایشان برای مادر دستورات تعبیه لایم وریدی -سرم نرمال سالین 500 سی سی -آمپول آپوتل ،آمپول دیمترون -درخواست آزمایشات CRP,CBC,Cr, تستهای انعقادی -کاردیاک مونیتورینگ ،O2 تراپی ومشاوره زنان Order می کند.

علامه حیاتی ساعت 21 (ثبت شده توسط پرستار اورژانس):

B/P:166 /70 , PR:96 , RR :18 , BT:37 , SPO2: 95 %

مادر در ساعت 21 توسط مامای تریاژ و متخصص زنان مقیم مرکز در اورژانس ویزیت می شود. علامه حیاتی ثبت شده توسط ماما به شرح زیر می باشد (ایشان نیز برای مادر سطح 4 داده بود): SPO2:98%, RR:18, PR:116, B/P:128/86, FHR:130

بعلت ادم گوده گذار 2+ توسط متخصص زنان برای مادر آزمایشات پره اکلیمپسی درخواست می شود. جواب آزمایشات :

BUN=4.67 HB=13.9 HCT=41 PLT=57000 CRP=43.6 PT=13.8 PTT=31 Ur=10
Cr=0.8 AST=33 ALT=38 ALP=334 Pr=1+

به علت گزارش پلاکت 57000 از خط بحران ، جواب آزمایشات تلفنی به متخصص زنان مقیم اطلاع داده شده و ایشان دستور به بستری مادر در سرویس داخلی می دهند (شرایط مادر به پزشک معالج اطلاع داده نشده بود). مادر در ساعت 23 بدون اطلاع به متخصص زنان مقیم با رضایت شخصی از اورژانس مرخص می شود. (متخصص زنان در پیگیری از اینکه آیا مادر بستری شد متوجه ترک بیمارستان توسط مادر با رضایت شخصی شده بود). در دستورات بعد از ترخیص توسط متخصص طب اورژانس مراجعه به درمانگاه کلیه جمع آوری ادرار 24 ساعته و مراجعه به درمانگاه زنان نوشته شده بود. مادر بعد از ترک بیمارستان ساعت 02:15 با مدام (مورخه 11/22 /) به اورژانس بیمارستان B مراجعه و با سطح 2 تریاژ بعد از ویزیت توسط رزیدنت سال 1 بستری تحت نظر می شود با دستورات: تعبیه لاین وریدی - سرم نرمال سالین 1لیتر- سونوگرافی BPP و اخذ NST و آزمایشات CBC,CRP,LFT,Cr,BUN,,PT,PTT,INR. در موقع ورود مادر هوشیار واریانته بود. در سمع قلب تاکیکارد وریه نرمال بود. علامه حیاتی: SPO2=%96 BT=38/9 RR=20 PR=120 BP=130/80 در ساعت 3:15 با نظر رزیدنت سال 2 آمپول آپوتل تجویز شده و توصیه به تکرار NST بعد از هیدراتاسیون می شود. در سونوگرافی جنین زنده با FHR=140 و BPP 8 از 8 گزارش شده است.

نتایج آزمایشات WBC=7700 PLT=56000 HCT=41/9 HB=14/6 INR=2/3 PTT=45 PT=20/2
ALT=27 AST=41 LDH=599 CRP=+3 Urea =14 Cr=0/9

بیمار ساعت 5:10 با احتمال کووید 19 بستری ایزوله بخش زایمان می شود. برای مادر مشاوره داخلی حضوری (اورژانسی) و مشاوره قلب درخواست می شود. مشاوره داخلی دستور تزریق 5 واحد FFP ورزرو 2-5 واحد FFP، چک آزمایشات انعقادی هر 8 ساعت ، ادامه پردنیزولون و درخواست PCR را می دهد. مشاور قلب تلفنی اظهار می کند به علت نداشتن تنگی نفس و اختلاف سایز اندامها ، تاکیکاردی به علت تب و بیماری زمینه ای می باشد و توصیه می کند در صورت افت ساچوراسیون و بروز درد سینه اطلاع داده شود. در ساعت 07:30 وضعیت بیمار بعلت افت در CTG و نبود Bet to Bet Variability به اطلاع پزشک معالج رسیده می شود. طبق نظر ایشان با توجه به ارجحیت جان مادر، با توجه به اختلالات انعقادی، تاکیکاردی مادر و سابقه سیروز کبدی، دستور می دهد برای مادراکسیژن و پوزیشن داده شده و 5 واحد FFP تزریق شود. در صورت عدم بهبود CTG بعد از این اقدامات بیمار آماده سزارین شود. حین تزریق واحد دوم FFP بیمار دچار کهیر در ناحیه صورت و نقاط مختلف بدن و تاکیکارد در حد 150 می شود انفوزیون FFP قطع و برای مادر آمپول هیدروکورتیزون و کلر فنیرامین تزریق می شود. بیمار در ساعت 09:10 به ICU کورونا منتقل می شود با علامه حیاتی: RR=45 PR=140 SPO2=%90 بدون اکسیژن و BP=130/72 و دستورات: مانیتورینگ قلبی ریوی -رزرو 3 واحد پکدسل ، 10 واحد پلاکت و 8 واحد FFP -اکسیژن با ماسک 8-10L/min -کنترل علامه زایمانی، تب و فشارخون-اسپری سالبوتامول PRN-آمپول لازیکس 20mg/STAT-تزریق یک ویال سرم دکستروز 50%-تزریق 3 گرم فیبرینوژن -چک قند خون و بیکرینات .

ساعت 9:20 با نظر پریناتولوژیست CXR از نظر ادم ریه ، مشاوره قلب و تهیه لام خون محیطی و شمارش دستی پلاکت ، CT,BT,Fib,ABG,BIL، درخواست می شود.

طبق مشاوره قلب دراکو EF =%55-60 بود و شواهد PTE Massive وجود نداشت.

در ساعت 10:20 با نظر فلوی پریناتولوژی دستورات: رزرو کرایو، تزریق 5 واحد پلاکت ، مشاوره پزشکی قانونی و اخذ رضایت IUFD گذاشته می شود.

در سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی، کبد سیروتیک، با سطح ندولر و حاشیه نامنظم، طحال بزرگتر از حد طبیعی و مایع آزاد شکمی متوسط گزارش شده است. در ساعت 10:15 تون رحم بالا و TV=3-4cm بوده، در عرض یک ساعت طی زایمان طبیعی نوزاد پسر با آپگار 5/1 متولد

می شود. به دلیل لیز بودن نمونه PT و PTT و $PLT=20000$ ، با دستور متخصص بیهوشی 3 گرم فیبرینوژن و 20 سی سی FFP تزریق شده است. پس از زایمان خونریزی در حد پست پارتوم و رحم جمع می باشد. مادر ILL است. با توجه به $PLT=55000$ ، با نظر متخصص بیهوشی تزریق پلاکت Hold و یک گرم فیبرینوژن و یک عدد آمپول ویتامین K تزریق می شود.

علائم حیاتی: $BP=154/90$ $RR=30--45$ $PR=124--140$ $BT=37$ $O_2Sat=99\%$ با ماسک ساده

روز دوم بستری 11/23: مادر هوشیار است. تب دار نیست. دیورز برقرار است. آزمایشات: $PT=36.4$ $INR=3.5$

علائم حیاتی: $BP=110/64$ $PR=85-95$ $RR=20-25$ $O_2Sat=95-98\%$ بدون اکسیژن

در CT اسکن اسپیرال ریه افزایش دانسیته پارانشیمال دو ریه، Congestion عروق ریه و بزرگی گلوبال قلب شروع ادم ریه، آسیب اطراف کبد، آتروفی کبد (کبد سیروتیک) با حاشیه نامنظم، اسپلنومگالی، دیلاتاسیون IVC و پلورزی مختصر دوطرفه گزارش شده است. تست **PCR منفی** می باشد.

روز سوم بستری: مادر هوشیار واریانته است. علائم حیاتی Stable است. خونریزی ندارد و دیورز برقرار است. بیمار با نظر ICUMAN به HDU منتقل شده است.

روز چهارم بستری 11/25: ساعت 04:25 با مامد بیمار دچار آپاتی و دلیریوم شده، همکاری لازم در پاسخ به سوالات و آگاهی به زمان و مکان ندارد. به زیدنت سال 2 زنان اطلاع می دهند ولی دستور خاصی نمی دهد. ساعت 7 مجدداً دچار حالت مشابه شده و حالت پرخاشگری بصورت چنگ زدن کادرو همراه می شود. برای مادر مشاوره داخلی از نظر احتمال انسفالوپاتی کبدی درخواست شده و مشاور برای مادر شربت لاکتولوز و قرص اسپیرونولاکتون تجویز می کند و بیمار به بخش ICU منتقل می شود. مشاوره روانپزشکی انجام و دستورات اجرا می شود. برای مادر مشاوره اساتید گوارش انجام می شود. مشاور، تلفنی انتقال بیمار به بخش گوارش در صورت ترخیص از نظر زنان را توصیه می کند. در ساعت 17:00 همانروز طبق هماهنگی سوپروایزر کشیک با بیمارستان جنرال تخت خالی جهت اعزام بیمار باز شده، اما بیمار و همسرش رضایت به اعزام به را نمی دهند. مشاوره تلفنی پزشکی قانونی توسط زیدنت سال 1 انجام، و عدم اعزام بیمار به اطلاع پزشک معالج می رسد.

آزمایشات $Fib=105$ $PT=20/1$ $PTT=35/8$ $INR=2/4$ $PLT=40000$ $Cr=0/8$ $LDH=466$

روز پنجم بستری 11/26: بیمار هوشیار، اورینانته و آگاه به زمان و مکان است. علائم حیاتی Stable و آزمایشات قابل قبول است. بیمار با دستور پزشک مقیم ICU ساعت 11:30 به بخش HDU منتقل می شود. بیمار درخواست ترخیص با رضایت شخصی دارد. پس از مشاوره تلفنی با پزشکی قانونی توسط زیدنت سال 1 و اخذ برائت و رضایت آگاهانه مادر با رضایت شخصی مرخص می شود.

آزمایشات: $WBC=7700--4500--2100$ $LYM=12\%$ $Hb=14.6--9.8--9.6$ $BS=211$ $Urea=41$

$Cr=0.8$ $SGOT=35--29$ $SGPT=21$ $LDH=586--466$ $Alb=2.1$ $PTT=30$ $PT=18$

$INR=2.4$

روز بعد مورخ 11/27 ساعت 10:37 مادر با تورم و اریتم وسیع ران پای راست و یک نوبت استفراغ خونی با حجم متوسط به بیمارستان C مراجعه و در بخش حاد پذیرش میشود. دریدو ورود بیمار هوشیار و اورینانته بوده و $O_2sat=98\%$ ، $PR=110$ ، $BP=120/80$ و در معاینه دهان خونریزی از لثه داشت. مادر توسط طب اورژانس ویزیت شده و چک آزمایشات، رزرو پکسل، گلوکومتری (188)، ECG، VBG و ویزیت اورژانس داخلی درخواست میشود. علائم حیاتی بیمار به هنگام انجام مشاوره: $BP=137/74$ ، $RR=30$ ، $HR=133$ و $BT=36.8$ بوده است. ساعت 10:50 بیمار به حاد یک منتقل میشود.

جواب آزمایشات ارسالی ساعت 11:46: $INR=2.7$ $PLT=17000$ $Hct=33.6$ $Hb=11.2$ $WBC=2700$

$PT=23$ $PTT=37$ $BS=146$ $Urea=46$ $Cr=1$ $K=3.3$ $Na=145$

مادر تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار گرفته و ساعت 11:05 ویزیت داخلی انجام میشود. زیدنت داخلی سونوگرافی کالرداپلر عروق وریدی و شریانی اندام تحتانی راست، CBR، چک آزمایشات LDH - Retic count - BIL - FDP - Fibrinogen - D-Dimer - AST - ALT - ALP را توصیه می کند. طبق گزارش فلوی هماتولوژی در لام خون محیطی شیسستوسیت (NRBC) فراوان مشاهده می شود. با نظر سرویس هماتولوژی درخواست اورژانسی بیلیروبین و رتیک کانت جهت تصمیم گیری برای انجام پلاسمافرزیز انجام می شود. با راهنمایی تلفنی فلوی گوارش طبق نوت پرستاری "به دلیل نبود دستگاه سونوگرافی در اورژانس طبق دستور اتند؟ و زیدنت ارشد داخلی سونوگرافی در اورژانس انجام نشده و پیگیری آن در ICU درخواست میگردد و بیمار ساعت 13:15 با تشخیص DIC و TTP در بخش ICU5 ادمیت میشود. موقع پذیرش در بخش مادر بی قرار بود. دیسترس تنفسی داشت. تاکیکاردی و تاکی پنه داشت. اکیموز وسیع در اکثر نقاط بدن داشت. ران پای راست متورم، اریتماتو و گرم بود و از همان ابتدای بستری آنوریک بود.

علامه حیاتی BP=97/50 ، PR=130 ، RR=30 و BT=38.5

برای مادر (بدون ذکر ساعت) مشاوره قلب فوری و اکوکاردیوگرافی انجام میشود که EF=50% و IVC=16mm قطر نرمال داشته و توصیه به کنترل تب ، ارسال مشاوره عفونی ، شروع آنتی بیوتیک و اکوی مجدد بعد از کنترل ریت و stable شدن بیمار می گردد.

BEecf=-16.2 HCO3=10.6 PCO2=22.2 PH=7.28 : ABG ساعت 14:58

جواب آزمایشات ساعت 14:58 :

WBC=8500 Hb=7 Hct=24.3 PLT=40000 INR=4.55 PT=60.9
PTT=49 D-Dimer>20000 Urea=45 Cr=0.37 AST=67 ALT=22
Alk =255 BIL T=6.1 BIL D=3.3 BIL ID=2.8 LDH=1153 CPK=136
Alb=2 Ca Total=7.5 Na=137 K=3.9 Mg=1.6

علامه حیاتی 14:50 BT=40 RR=45 PR=177 و آکروسیانوز دارد .

ساعت 15:30 مشاوره عفونی انجام و توصیه به ارسال مشاوره بیهوشی جهت اینتوباسیون بیمار و انجام پلاسمافرز تحت نظر سرویس داخلی میگردد . طبق توصیه مشاور عفونی برای مادر کشت ادرار و کشت خون در 2 نوبت ارسال و مریوینم ، وانکومایسین و سیپروفلوکساسین شروع میشود.

ساعت 16:00 سونوداپلر عروق مزانتیک ، طحالی ، هپاتیک و سوپراهپاتیک از نظر ترومبوز انجام میشود که ورید پورت فاقد ترومبوز بوده و مایع آزاد خفیف تا متوسط شکمی ، سیروز کبدی ، اسپلنومگالی و هیپرتانسیون پورت گزارش میگردد و در سونوگرافی لگن ، رحم و آدنکس ها موردی مشاهده نمی گردد. همچنین سونوی کالر داپلر عروق اندام تحتانی هردو طرف (وریدی و شریانی) نیز انجام میشود که به علت ادم شدید زیرجلدی و تحت فشار بودن شریانین ، جریان خون در شریانین دیستال اندام تحتانی راست detect نمیشود . سونوگرافی اندام تحتانی راست نیز انجام میشود که هماتوم واضح رویت نمیشود . کشت ادرار منفی بوده و در کشت خون **E. Coli** گزارش می شود.

طبق نظر فلوی گوارش برای مادر 10 واحد کرایو درخواست و انفوزه میشود . به علت پلاکت پایین NGT تعبیه نمی گردد و ساعت 17:00 به علت ملنا با سرویس گوارش مشاوره می شود. طبق نظر فلوی گوارش و هماهنگی با اتند، به علت unstable بودن ، بیمار اندیکاسیون آندوسکوپی urgent نداشته و پس از احیا در لیست آندوسکوپی قرار میگیرد. بیمار تحت انفوزیون پنتازول و اکروتاید قرار گرفته و به علت افت BP انفوزیون لنوفد شروع میشود . بیمار کاندید اینتوباسیون بوده است که طی انجام مشاوره بیهوشی به علت INR=4.5 امکان اینتوباسیون وجود نداشته و در صورت نیاز به اینتوباسیون انتقال بیمار به اتاق عمل درخواست میشود.

علامه حیاتی بیمار ساعت 17:30 : BP=75/22 ، PR=147 ، RR=45 ، BT=40

ساعت 18:35 پس از هماهنگی با فلوی مقیم و فلوی آنکال ریه توسط کد احیا اینتوبه میگردد . به علت عدم انجام آزمایش Retic count و فیبریونژن پس از هماهنگی با سوپروایزر ، فیبریونژن به مرکز الزهرا و آزمایش Retic coun به مرکز کودکان ارسال می شود . طی اطلاع وضعیت بالینی بیمار به فلو و اتند هماتولوژی بیمار کاندید پلاسمافرز میگردد. به علت آنوری بیمار ساعت 20:00 طی تماس با آنکال نفرولوژی انجام پلاسمافرز تائید میگردد و طبق نظر ایشان فعلا نیاز به دیالیز ندارد.

Fib<81 Retic coun =5.6%

ساعت 18:50 مشاوره زنان انجام میشود . از نظر زنان اقدام خاصی نیاز نداشت.

BEecf=-19.1 HCO3=10.9 PCO2=35.9 PH=7.089 : ABG ساعت 20:00

جهت تعبیه کاتتر دیالیز طی تماس تلفنی به رزیدنت جراحی اطلاع داده می شود. ایشان طی هماهنگی با اتند آنکال جراحی اظهار می کند به علت INR=6 امکان تعبیه کاتتر وجود ندارد و توصیه می شود کات دان شود . ساعت 22:10 تحت گاید سونوگرافی کاتتر دیالیز از ورید فمورال چپ در اولین try توسط رزیدنت کشیک داخلی تعبیه میگردد . برای بیمار هریک ساعت BS چک می شود. به علت BS=40 دو ویال دکستروز 50% انفوزه میشود و ساعت 23:00 جهت انجام پلاسمافرز و سپس دیالیز به علت آنوری بیش از 6 ساعت واسیدوز متابولیک به بخش دیالیز منتقل و با O2sat=96% و در حال دریافت لنوفد و فنتانیل و پنتازول در بخش دیالیز تحویل گرفته میشود . بیمار اکیموز وسیع در اندامهای تحتانی و ناحیه شکم دارد . مادر ساعت 23:30 به دستگاه پلاسمافرز وصل و ساعت 1:15 am پس از اتمام پلاسمافرز از دستگاه جدا میگردد . بلافاصله پس از اتمام پلاسمافرز بیمار دچار برادیکاردی و سپس آسیستول شده و به مدت 10 دقیقه تحت CPR موفق قرار می گیرد و به علت unstable بودن بیمار دیالیز انجام نمی شود . مجددا ساعت 1:35 دچار ارست قلبی تنفسی شده و به مدت 35 دقیقه تحت CPR قرار میگیرد که موفقیت آمیز نبوده و متاسفانه ساعت 2:10 فوت می نماید . PCR ارسال نشده بود . خانواده اجازه اتوپسی نداده است.

آزمایشات : WBC=8500 Hb=7 Hct=24.3 PLT=40000 PT=60.9 PTT=49
 INR=4.5 D.Dimer>20000 Urea=45 Cr=0.37 SGOT=67 SGPT=22
 ALP=255 BIL T=6.1 BIL D=3.3 LDH=1153 CPK=136 Alb=2 Ca=7.5
 P=4.8 Na=137 K=3.9 Mg=1.6
 HBs Ag=0.4

نکات ویژه :

- 1- مادر علیرغم داشتن چند ریسک فاکتور واکسن کورونا دریافت نکرده است (سیروز کبدی، مصرف کورتون، GTT مختل)
- 2- مادر علیرغم نیاز به مراقبت مولتی دیسپلینری راضی به انتقال به بیمارستان جنرال نشده و با رضایت شخصی مرخص شده است.

کیس 42

خانم 27 ساله، ساکن روستای اصلی، خانه دار با سواد دبیرستان، BMI=42.2، G1P0، سابقه جراحی میومکتومی در سه سال پیش و بارداری خواسته بوده است.

مادر مراقبت پیش از داشته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان و تا هفته 20-21 انجام شده است. در خانه بهداشت نیز مراقبت شده است (در هفته 6-10 بارداری توسط بهورز پرونده بارداری تشکیل و 2 بار توسط بهورز، 2 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک ویزیت شده است و ارجاع به متخصص بعثت بالابودن BMI انجام گرفته است). واکسن کورونا تزریق نکرده است.

مادر مورخ 00/8/18 (بارداری 22 هفته) دچار علائم سرما خوردگی شده و به کلینیک مراجعه می نماید که سرم و آزیترامایسین، آمپول ویتامین C، استامینوفن، اسپری سالبوتامول، شربت برم هگزین تجویز می گردد.

بعد از 2 روز علائم تشدید پیدا کرده و دچار سرفه و درد عضلانی می گردد به متخصص داخلی مراجعه می نماید و ایشان تشخیص کووید 19 داده و توصیه می کند بستری شود. همسر بیمار PCR مثبت می باشد. مادر از بستری شدن امتناع کرده و به منزل مراجعه می کند. طبق اظهار همسر در منزل اکسیژن دریافت می نماید. بدنبال تشدید تنگی نفس و سرفه در تاریخ 8/23 حوالی ساعت 16 به کلینیک تخصصی مراجعه و در ساعت 19 عصر توسط پزشک ویزیت می گردد و پزشک CT درخواست می نماید ولی مادر حاضر به انجام آن نشده و به منزل برمی گردد. مجدداً با اصرار بهورز به اورژانس بیمارستان مراجعه (حدود ساعت 11 شب) واز آنجا به بیمارستان زنان اعزام می گردد.

مادر ساعت 02:24 مورخه 8/24 با شکایت سرفه، تنگی نفس، طپش قلب و احتمال کووید 19 با برانکارد ورزوبگ وارد اورژانس بیمارستان الزهرا شده و با سطح تریاژ یک به بخش معرفی می شود. مادر بلافاصله توسط رزیدنت سال 2 زنان ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان بیمار هوشیار و اوریناته بود. ill بود ولی toxic نبود. سمع قلب تاکیکارد بود. درسمع ریه ها کاهش صداهای دوطرفه داشت. تاکی پنیک بود. اختلاف سایز اندامها نداشت. آبریزش نداشت کول بسته بود. تست نیتراژین منفی بود.

علائم حیاتی : BP=122/82 PR=132 RR=45 SPO2=91% با رزرو بگ. بدلیل دیسترس تنفسی و عدم همکاری مادر FHR سمع نمی شود.

با پیشنهاد مشاور عفونی مادر بعد از هماهنگی با پزشک مقیم ICU ساعت 03:15 به بخش ICU کرونا منتقل می شود. با دستورات: مونیتورینگ قلبی ریوی -رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ -کنترل پرونده ادراری-وضعیت نیمه نشسته -آمپول رمدسیویر -فاموتیدین -زینک پلاس-ویتامین D&C-اسپری سروفلو- اسپری سالبوتامول-آمپول دکزامتازون- اکسیژن با رزرو بگ- سونوگرافی وضعیت جنین - اخذ نوار قلبی-اخذ ABG-

آزمایشات فریتین، پروکلسیتونین D.Dimer, CBC, CRP, PT, PTT, INR, ALB, LFT, Cr, Urea, Ca, K, Na

علائم حیاتی بیمار در بخش BP=132/80 PR=130 RR=40 BT=37/6 FHR=170 و SPO2=90-92% با 15 لیتر در دقیقه اکسیژن توسط رزرو بگ بوده است.

آزمایشات اولیه : INR=1 PTT=25 PT=11 PLT=344000 WBC=12200 HB=13 CRP=+3 Procalcitonin=0.31 SGPT=19 SGOT=46 ALP=248 Ca=8/1 Cr=0/7 LDH=696

D-Dimer=524 Alb=3.1 ferritin=299 Na=131 و K=3/8 گزارش شده است.

در سونوگرافی حاملگی با یک جنین زنده و متحرک 22 هفته، ریت قلبی 137 در دقیقه و میزان مایع آمنیوتیک طبیعی گزارش می شود.

اتند ICU ساعت 9 مادر را ویزیت کرده و دستور اخذ CXR پرتابل و اسکن اسپیرال ریه پس از Stable شدن را می دهد. در CXR کدورت هایی پچی آلونلر در فیلد ریتین گزارش می شود. بیمار تحت درمان با سفییم، سیپروفلوکساسین، آمپول ویتامین C، دگزامتازون، هپارین، هیدروکورتیزون و رمسیویر می باشد. بیمار تاکی پنه در حد 60-65 و $SPO_2=84\%$ دارد. برای مادر مشاوره پریناتولوژی جهت ختم بارداری درخواست می شود. طبق نظر مشاور با توجه به سن بارداری 22-23 هفته، بارداری تأثیری در وضعیت ایشان نداشته و سرویس ICU هر اقدامی که ضروری است انجام دهند و در ضمن ختم بارداری با هر روشی استرس مضاعفی بر بیمار نداشته و کمکی به بهبود وضعیت بیمار نخواهد کرد.

ساعت 13:45 $FHR=144$ $BT=37.8$ $RR=50-60$ $BP=112/58$ $PR=100-110$ با رزروینگ $SPO_2=80-89\%$ و دیورز برقرار است.

طبق یادداشت پرستاری مادر از اول شیفت تاکیکاردی و تاکیپنه داشته و ساپوراسیون اکسیژن با 15 لیتر اکسیژن در حد 77% بوده و طبق نظر پزشک مقیم ICU نیاز به اقدام خاصی نبوده است. مادر NPO بوده و وسایل انتوباسیون Stand by می باشد. ساعت 24 برای مادر دستورات: نیول پالمیکورت - آمپول دگزامتازون 6mg/TDS و انفوزیون لووفد 5-10 میکرو در دقیقه گذاشته می شود. در ساعات اولیه شب 00:01 و 01:30 ساپوریشن های بیمار در حد 50-65% افت داشته و ساعت 02:30 مادر توسط متخصص بیهوشی انتوبه و به ونتیلاتور وصل می شود و تحت سداسیون با فنتانیل و میدازولام قرار می گیرد. بعد از انتوباسیون ساپوراسیون تا حد 68-72% افزایش می یابد. ساعت 3 بامداد به علت بی قراری مادر با دستور پزشک ICU 50 سی سی پروپوفول تزریق و انفوزیون آتروکوریوم شروع می شود.

روز دوم بستری 8/25: طبق یادداشت پرستار شیفت صبح، مادر انتوبه و وصل به ونتیلاتور با علایم حیاتی $PR=110$ $RR=22$ $SPO_2=40-50\%$ $BT=37$ $FHR=131$ تحویل گرفته می شود. ساعت 9:45 مادر توسط اتند ICU ویزیت شده و پالمیکورت و دگزامتازون، فاموتیدین قطع و اسپیری سروتاید، آمپول پردنیزولون و پنتا پرازول تجویز می کند. در ساکشن ترشحات دهان و تراشه کم بوده است. دیورز برقرار است. ساعت 16 به علت افت فشارخون در حد $BP=79/43$ با دستور پزشک مقیم ICU لووفد با دوز 5-10 $\mu g/min$ شروع می شود. باین اقدام فشارخون به $BP=104/63$ افزایش می یابد. $BT=37$ $HR=116$ $SPO_2=45\%$ بود.

علایم حیاتی ساعت 19:45: $BT=37.2$ $FHR=132$ $BP=117/74$ $SPO_2=30-40\%$ داشته است. برای تعبیه CVP Line با گروه جراحی مشاوره می شود ولی گروه از پاسخ دهی به مشاوره امتناع می کند و به ناچار ساعت 22:00 Cvin از فمورال راست توسط پزشک ICU تعبیه می شود.

روز سوم بستری 8/26: مادر ساعت 07:30 با علایم حیاتی: $PR=105-110$ $BP=117/72$ $SPO_2=77-78\%$ $BT=37.3$ و مردمکهای راکتیو تحویل گرفته می شود. مادر تحت سداسیون با فنتانیل، آتروکوریوم و میدازولام قرار دارد. دیورز برقرار است. ساعت 8:10 صبح به علت عدم سمع FHR، سونوگرافی اورژانسی پرتابل انجام گرفته و در سونوگرافی مرگ جنین تائید می شود. با نظر پزشک معالج و ICUMAN ساعت 09:00 سوند ترانس سرویکال با تراکشن و قرص میزوپروستول 100 میکرو واژینال جهت ختم بارداری تعبیه می شود. علایم حیاتی بیمار موقع شروع ایندکس $RR=35$ ، $BP=124/76$ ، $PR=110-155$ ، $BT=37$ ، $SPO_2=70-77\%$ بود. بدلیل نداشتن علائم زایمانی ساعت 16:00 مجدد یک عدد قرص میزوپروستول واژینال تعبیه می شود. ساعت 19:10 سوند ترانس سرویکال بیمار خارج شده و ساعت 20:50 مجدداً یک عدد قرص میزوپروستول زیر زبانی 200 میکرو داده می شود.

ساعت 21:00 در معاینه واژینال ابریزش ندارد / ساک به دست می خورد $Sal / 40\% / TV=2-3cm$ ساعت 24:15 دچار خونریزی شدید واژینال شده و ساعت 00:45 جنین با حضور رزیدنت سال 3 با آپگار صفر دفع می شود. میزان تقریبی خونریزی 250 سی سی قید شده است. بعد از خروج جفت رحم جمع و خونریزی در حد PP بوده است. با دستور رزیدنت زنان آمپول مترونیدازول 500mg/TDS گذاشته می شود.

روز چهارم بستری 8/27: علایم حیاتی ساعت 07:30 $BT=37.1$ $SPO_2=90-93\%$ $BP=117/76$ $RR=35$

دیورز برقرار و خونریزی بیمار در حد PP می باشد. انفوزیون لووفد در حال Taper است.

با توجه به گزارش آزمایش 6. IL6= یک عدد آمپول Actemra 400mgr Stat تزریق می شود.

مادر کبودی به اندازه 2x2 سانتیمتر در ناحیه خارجی ران پای راست دارد.

روز پنجم بستری 8/28: ساعت 13:30 پیرو اطلاع نرس ICU مبنی بر ادم ران پای راست در محل CVLine با دستور ICU Man

احتمال DVT دستورات: آمپول انوکسپارین S.C / BID/80mg - سونوگرافی کالرداپلر (شریانی و ریدی) اندامهای تحتانی فردا صبح - جوراب ضد ترومبوز در پای مبتلا پوشیده نشود - الویت اندام تحتانی - خروج cvlin گذاشته می شود.

گزارش سونوگرافی کالرداپلر از وریدهای اندام تحتانی: تصویر ترومبوز هیپواکو همراه با افزایش دیامتر رگ در وریدهای ایلپاک خارجی، فمورال مشترک، فمورال و پوپلیتال اندام تحتانی راست رویت می شود. جریان خون تمام طول و پهنای شرایین فمورال مشترک، فمورال، پوپلیته، PTA, DPA, ATA, اندام تحتانی راست را پر کرده است و شواهد ترومبوز یا نقص پرشدگی رویت نگردید. Spectral waveform ترسیم شده از شرایین مذکور نمای تری فازیک و نرمال دارد. باین گزارش قرص وارفارین 5 mg روزانه شروع و انوکسپارین نیز ادامه داده می شود. آمپول مترونیدازول با دستور ICU Man قطع می شود.

در CXR کدورت های منتشر در فیلد ریه ها رویت می شود. حدود هر دو دیافراگم دو طرف واضح و زوایای جنبی باز هستند و ETT در محل مناسب می باشد.

نتایج آزمایشات انعقادی :

PT=12.7 —13.5—14.1—16.8—19.4 PTT=31.2—30—30--27 INR=1.1—1.2—1.3—1.7—2.3

روز هفتم بستری 8/30: مادر انتوبه بوده و به علت ترومبوز وسیع اندام تحتانی راست تحت درمان با وارفارین و انوکسپارین می باشد. علایم حیاتی : PR=75-80 SPO2=88-94% BP=165/99 می باشد. ساعت 21 از خط بحران INR=2/3، PTT=27 و PT=19/4 گزارش می شود. به علت ترشحات کافی گراند NGT با نظر ICU Man وارفارین و انوکسپارین موقتاً Hold شده و انفوزیون پنتاپرازول شروع می شود و شستشوی معده با سرم نرمال سالین داده می شود.

روز هفتم بستری 9/1: به علت BS های بالا (حدود BS=225) دستور تزریق انسولین لانتوس 10U/BID گذاشته می شود. بیمار تکیکارد است. از خط بحران مجدداً INR=2.7 PTT=27 PT=22.3 اعلام شده است. ولی ترشحات NGT شفاف می باشد. یک عدد آمپول آکترما توسط همراهان بیمار تهیه و تزریق می شود. BP=129/84 SPO2=92% HR=73 و BS=205 می باشد. گاهی دچار حملات تکیکاردی در حد PR= 140 شده با نظر پزشک مقیم ICU ایندرا PRN داده می شود.

ساعت 20:00 تکیکاردی در حد 140 داشته که بلافاصله به ریتم سینوسی برگشته است. به علت ادامه حملات تکیکاردی و ترشحات خونابه ای NGT مشاوره قلب و گوارش اورژانسی درخواست می شود. طبق مشاوره قلب در اکو Mild TR – Mild MR – NOMS و NO Evidence Of massive PTE گزارش شده و تجویز قرص متورال و لوژارتان توصیه می شود. طبق مشاوره گوارش دستور ادامه انفوزیون پنتاپرازول، چک Hct، Hb هر 8 ساعت، قرار دادن نام بیمار در لیست آندوسکوپی با توجه به ترشحات Coffee Grand و دریافت آنتی کوآگولانت جهت تصمیم گیری در ادامه درمان، NPO و جبران کالری با سرم D/W یا 1/3 2/3، رزرو 2 واحد پکدسل کراس میج توصیه می شود. با نظر ICUMAN فقط دستور ادامه پنتاپرازول اجرا می شود. آمپول ویتامین K1 و قرص استازولامید 250mg/QID تجویز شده است. بدلیل خراب شدن لاین وریدی پزشک مقیم ICU جهت تعبیه cvlin از ناحیه فمورال چپ و ژوگولار سمت راست اقدام می کند که موفقیت آمیز نبوده است. برای بیمار مشاوره جراحی اورژانسی جهت تعبیه CVLINE درخواست می شود ولی به دلیل عدم همکاری گروه جراحی یک رگ محیطی با برانول صورتی از روی پای چپ تعبیه می شود. ساعت 23:40 مادر دچار PSVT لحظه ای می شود که بلافاصله به ریتم سینوسی با PAC های مکرر برمی گردد و با دستور پزشک ICU که بالا سر بیمار بود انفوزیون فنتانیل به 200 میکرو در ساعت افزایش داده می شود.

روز نهم بستری 9/3: در CXR انجام شده در ریه ها: کدورت الونولر منتشر دو طرفه همراه با پنوموتراکس سمت راست دیده می شود. به دنبال این گزارش CVLINE از ورید ژوگولار سمت راست و چست تیوپ سمت راست توسط ICUMAN تعبیه و لوله تراشه تعویض می شود. به علت گزارش نتایج تستهای انعقادی INR=1/9، PTT=28 و PT=17/3 یک عدد آمپول ویتامین K تزریق می شود. نتیجه آزمایش IL6=273.9 گزارش می شود.

ساعت 07:20 مورخ 9/4 از خط بحران INR>4 و PTT>100 اطلاع داده می شود. NGT ترشحات غلیظ صفاوی داشته و در ساکشن، ترشحات دهان بسیار زیاد و غلیظ و ترشحات تراشه کم است. در CXR انجام شده کدورت الونولر منتشر دو طرفه همچنان قابل رویت بود و در سمت راست تشدید یافته و پنوموتراکس سمت راست برطرف شده است. آمپول متیل پردنیزولون قطع و هیدروکورتیزون 500mg/QID شروع می شود.

در ساعت 04:20 مورخ 9/5 جواب تستهای انعقادی PLT=78000 INR=1 PTT=28 PT=12.5 می باشد.

در ویزیت سرویس زنان شروع مجدد هپارین تحت نظر سرویس محترم ICU با توجه به DVT بیمار درخواست می شود.

در تاریخ 9/6 جواب تستهای انعقادی INR=1 PTT=26 PT=11 ساعت 04:00 در محدوده نرمال گزارش می شود. با توجه به سیر نزولی فشار خونیهای بیمار و BP=58/28 انفوزیون لووفد و هپارین با دستور ICU Man شروع می شود. تاریخ 9/7 ساعت 11:00 با توجه به سیر نزولی BP های بیمار در حد 60/27 علیرغم دریافت لووفد با نظر ICU Man انفوزیون آدرنالین با دوز 10-20 میکروگرم در

دقیقه شروع شده و در ساعت 12:20 علیرغم دریافت انفوزیون آدرنالین و لنوفد BP=69/32 بوده است. HR=90 SPO2=68-72 100 داشته است.

ساعت 16:20 : علیرغم دریافت انفوزیون آدرنالین و لنوفد فشار خون بیمار در حد 57/21 و افت ساچوریشن در حد 40% می باشد مادر ساعت 16:30 دچار برادیکاردی و ارست قلبی شده و بلافاصله عملیات احیاء شروع می شود. متأسفانه عملیات احیاء موفقیت آمیز نبوده و ساعت 17:10 پایان عملیات احیاء اعلام می شود.

آزمایشات : WBC=12200—29600—28800—5800 LYM=5% Hb=13—11—9.4—8.7
PLT=344000—577000—153000—78000--187000
LDH=925—1264—1434--1057 SGOT=46—97—53—28 SGPT=19—44—36—20
Urea=10—46—75—72--78 Cr=0.7—1—0.6 BILT=0.9—1

نکات ویژه :

1- مادر علیرغم داشتن ریسک فاکتور (BMI بالا) از پذیرش درمان و بستری امتناع کرده است.

2- اگر بیمار واکسینه می شد به احتمال بالا زنده می ماند.

کیس 43

خاتم 22 ساله ، اهل و ساکن شهر، با قد 145 و BMI=23، G1P0، کیس شناخته شده هیپاتیت در زمینه PSC و AIH از 8 سالگی (پیوند کبد (مستقیم) شده بود و تحت درمان با پردنیزولون ، مایفورتیک و تاکرولیموس (پروگراف) قرار داشت. مادر بعد از پیوند علاوه بر مرکز پیوند شیراز ، تحت کنترل یکی از متخصصین گوارش در مرکز استان قرار داشته و مرتب کنترل می شد. بعد از بارداری داروی مایفورتیک قطع و آزاتیوپرین تجویز شده بود. مادر همچنین از 4 سال قبل دچار کولیت اولسرو شده و تحت درمان با مزالازین قرار داشت. بارداری ایشان ناخواسته بوده (در دوران نامزدی اتفاق افتاده) ولی با اطلاع مرکز پیوند شیراز و زیر نظر متخصص گوارش بارداری ادامه یافته است. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 بارداری شروع شده و بصورت مرتب به متخصص گوارش و فوق پریناتولوژی مراجعه می کرده است. مادر همزمان در مرکز بهداشت تشکیل پرونده داده و 4 بار توسط ماما مرکز مراقبت شده بود و پزشک مرکز ایشان را بعنوان بیمار ویزیت کرده بود. طبق اظهار مامای مرکز مادر مراقبت ویژه نیز شده ولی به علت نبود گزینه پرخطر برای بیماریهای سیستمیک، مراقبت ها در سامانه سیب ثبت نشده بود. مادر در تاریخ 00/11/5 به علت سابقه پیوند کبد و CMV IgM مثبت جهت تنظیم دوز دارو به متخصص زنان و گوارش ارجاع می شود. متخصص زنان یادداشت کرده بود مادر تحت کنترل بارداری است و همکار محترم گوارش ایشان را ویزیت می کند فعلاً مشکلی ندارد. مجدداً در تاریخ 1/23 به علت مثبت بودن CMV IgM به متخصص زنان و داخلی ارجاع شده بود ولی پس خوراند نداشت. طبق اظهار متخصص پریناتولوژی نیازی به تجویز دارو نبود. سن بارداری 32 هفته بوده و آخرین ویزیت متخصص گوارش مورخ 2/10 ، آخرین مراقبت مرکز بهداشت 2/25 و آخرین ویزیت متخصص زنان 3/18 بوده است و در این مراقبتها مشکلی از نظر آنزیمهای کبدی و فشارخون نداشته است . طبق اظهار پدر متوفی که همیشه همراه مادر در مراقبتها حضور داشته ، سطح سرمی داروی پروگراف به علت اسهال خیلی پایین گزارش می شد. به علت عود کولیت در چند هفته اخیر، مادر همواره اسهال داشته و به همین دلیل در اواخر از مراجعه به مطب پزشکان خودداری می کرده است. مادر از تاریخ 3/18 در منزل پدر شوهر در شهر دیگر اقامت داشته (همان) و طبق اظهار خانواده متوفی از تاریخ 3/22 سردرد شدید داشته طوری که طبق گفته خودش تا حال تجربه نکرده بود ولی باتوجه به اینکه بدون اجازه پزشک معالج حتی مسکن هم مصرف نمی کرده به مراکز درمانی یا بهداشتی مراجعه نمی کند و از پزشک معالج هم مشورت نمی گیرد؟! (پدر متوفی حامی ایشان بوده و در تمام موارد از طریق واتساب و یا تلفن از پزشکان راهنمایی می گرفته است و در چند روز آخر همراه مادر نبوده است). ولی همسر متوفی ذکر می کرد قبلاً هم چندین بار از سردرد شکایت داشته و در مراجعه به پزشک فشارخون نرمال بوده است. در چند روز آخر، مادر همچنین دفع خلط خونی همراه سرفه را ذکر می کرده است . طبق اظهار مادر شوهر "مادر مورخ 3/24 حوالی ساعت 14:30 بعد از درست کردن ناهار برای خودش، جهت صرف ناهار به اتاق خودش رفت و گفت سرم درد می کند و می خواهم بخوابم " همان

روز از ساعت 16:15 تا 16:35 به مدت 20 دقیقه با مادرش از طریق تلفن صحبت کرده بود. مادر شوهر حوالی ساعت 17:20 جهت بیدار کردن مادر به اتاق ایشان رفته و متوجه مرگ ایشان می شود. طبق اظهار ایشان بدن متوفی گرم بوده است. با اورژانس 115 تماس می گیرند ولی قبل از رسیدن 115 مادر توسط خانواده همسر با ماشین شخصی به اورژانس بیمارستان آورده می شود. طبق پرونده اورژانس مادر ساعت 17:30 بدون علائم حیاتی، سیانوزه و ودوبل میدریاز وارد بیمارستان شده و مستقیماً به اتاق CPR منتقل می شود. بلافاصله عملیات احیا شروع می شود و به مدت 45 دقیقه ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد جنین نیز فاقد ضربان قلب بوده است.

نکات ویژه:

1. به علت Avidity بالا با وجود مثبت بودن CMV IgM نیاز به اقدام خاصی نبود.
2. برای کنترل دقیق مادران پرخطر می بایست بین بخش خصوصی، مراکز بهداشت و مراکز دولتی ارتباط تنگاتنگ وجود داشته باشد.
3. برای مدیریت صحیح مادران پرخطر مانند این مادر می بایست تیمی متشکل از رشته های مرتبط با پیشنهاد متخصص زنان تشکیل شده و در خصوص نحوه و تواتر کنترل مادر، نحوه و زمان ختم بارداری و محل اقامت مادر و... برنامه ریزی و شفاف سازی شود.
4. در مادریکه تحت درمان با داروهای ایمنوساپرسیو قرار دارد خلط خونی و سردرد می تواند نشانه عفونتهای فرصت طلب از جمله T.B باشد و می بایست از این لحاظ بررسی می شد.
5. مادر در اواخر بارداری بطور دقیق مراقبت نشده است.

کیس 44

خانم 28 ساله، ساکن شهر، BMI=23، G2P0، سابقه یکبار لاپاراتومی به علت EP یکسال قبل، سابقه رینوپلاستی 14 ماه قبل، بارداری خواسته بوده است. مراقبت پیش از بارداری و بارداری در مطب متخصص زنان بوده و 3 بار در طول بارداری به بیمارستان مراجعه کرده است. بار اول مورخ 00/10/30 با شکایت تهوع و استفراغ و تشخیص و یار بارداری در سن بارداری 9 هفته بوده که به علت K=2.93 و عدم تحمل PO بستری شده و 3 روز بعد با حال عمومی خوب و توصیه به مراجعه به درمانگاه داخلی مرخص می شود. ریت قلبی ثبت شده در برگ تریاژ PR=115 و BP=100/70 بود. در طول بستری PR=80-105 و BP=90-100/50-70 بود. در طول بستری برای مادر پتاسیم خوراکی، دیمترون و سرم رینگر و قرص سفیکسیم تجویز شده بود. در بررسی ها، LFT نرمال بود و عفونت ادراری داشت.

مراجعه دوم مادر به بیمارستان مورخ 1/25 با شکایت درد پهلوی، استفراغ و بارداری 20 هفته بود. مادر ساعت 9:50 به اورژانس مراجعه کرده و تحت نظر گرفته می شود. علائم حیاتی موقع مراجعه: BP=110/70 PR=85 RR=18 BT=37 بود. برای مادر سرم نرمال سالین، آپوتل و آمپول دیمترون تجویز و سونوگرافی وضعیت بارداری، کلیه و مجاری ادراری و آزمایش در خواست می شود. مادر ساعت 14:45 با تشخیص UTI و نسخه دارویی و مراجعه سرپایی به درمانگاه مرخص می شود.

آزمایشات: WBC=17000 Hb=12.1 LFT, Cr, Urea=N CRP=3+ U/A: Pro=Trace, Blood=1+

در آزمایشات مورخ 2/1 در کشت ادرار E.Coli حساس به نیتروفرانتوئین و آمیکاسین رشد کرده بود.

مراجعه سوم مورخ 2/16 با شکایت تهوع و سن بارداری 24 هفته بوده است. مادر ساعت 13 به اورژانس مراجعه و تحت نظر گرفته می شود. برای مادر تعبیه لاین وریدی و یک لیتر سرم رینگرتجویز و آمپول پلازیل وریدی آهسته تزریق می شود.

علائم حیاتی مادر: BP=105/65 PR=95-98 RR=18 BT=36.8 O2Sat=97%

مادر ساعت 15:20 با حال عمومی خوب مرخص می شود. آزمایش CBC, U/A و سونوگرافی وضعیت جنین مشکلی نداشت.

مادر ساعت 7:30 مورخ 5/24 با سن بارداری 39 هفته با معرفی نامه پزشک مراقب جهت سزارین به درخواست مادر به بیمارستان مراجعه می کند. علائم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ: BP=110/70 PR=75 RR=15 BT=37 O2Sat=97%

FHR=145 می باشد.

طبق شرح حال ثبت شده معاینه قلب و ریه نرمال و سابقه بیماری منفی می باشد. مادر آخرین بار در تاریخ 5/19 در مطب ویزیت شده بود.

طبق اظهار متخصص زنان مادر 3 روز قبل از بستری از طریق واتساپ به ایشان اعلام می کند دندانهای عفونت دارد و پزشک توصیه می کند آمپی سیلین مصرف کند. طبق اظهار همسر در پرسشگری، مادر روزهای آخر بارداری علائم سرما خوردگی داشته است.

در ویزیت ساعت 8:55 متخصص بیهوشی ، بدون سابقه بیماری و بدون سابقه سرماخوردگی اخیر و فعالیت طبیعی قید شده است.

آزمایشات اولیه : WBC=9300 Neu=71.9 Hb=12.2 Hct=36.6 PLT=191000

مادر بعد از پذیرش و اقدامات اولیه (تعبیه لاین وریدی، خونگیری جهت آزمایشات، سونداز و تزریق سفازولین) ساعت 8:45 هوشیار با علائم حیاتی BP=110/70 PR=90 به اتاق عمل منتقل می شود.

مادر قبل از شروع عمل در اتاق عمل به علت کنتراکشن TV می شود. 3- / ساک سالم /بریج/ TV: 1finger

عمل ساعت 9 با بی حسی اسپینال و برش LML شروع شده و حاصل نوزاد دختر ترم به ظاهر سالم با آپگار 9/7 بوده است (به علت پوزیشن نامناسب جنین توسط اد آقا خارج می شود) بعد از خروج جنین 30 واحد سنتوسینون انفوزیون می شود. حدود 5 دقیقه بعد از خروج جنین مادر دچار سرفه های سطحی و خلط دار، خس خس شدید سینه و تاکیکاردی می شود. مادر اظهار می کرده که سرماخوردگی داشته ولی در حین معاینه نگفته است. متخصص بیهوشی با شک به ادم ریه با تزریق 30mg پروپوفول و 4mg سیس آتراکوریوم مادر را انتوبه کرده و از همکار بیهوشی، متخصص قلب و داخلی درخواست کمک می کند. طبق یادداشت متخصص بی هوشی موقع انتوباسیون ترشحات صورتی کف آلود داشت. مادر به ونتیلاتور وصل شده و برای مادر نور اپی نفرین به علت افت فشارخون ، 120mg لازیکس Stat و سپس 10mg/h انفوزیون و 200mg هیدروکورتیزون و 4mg مورفین تجویز می شود. با دستور متخصص زنان به علت شلی رحم 30 واحد سنتوسینون تزریق و 4 عدد میزوپروستول رکتال گذاشته می شود. در کیسه ادرار اولیه حدود 1500 بود ولی بعد از انتوباسیون پرونده ادراری نداشت. مادر در ساعت 11:30 توسط متخصص قلب اکومی شود .

در اکو Mild LVE ,EF=20-25% Mild MS & Mild AI Severe MR داشت .

درنوار قلب LBBB و تاکیکاردی و Wide QRS وجود داشت . به علت PR=170 برای مادر با پیشنهاد متخصص قلب 3 مرتبه شوک سینکرونایزید (50 و 100 و 200) داده می شود که جواب نمی دهد. در مرحله بعد 0.5 mg دیگوکسین ؟ تزریق می شود باز جواب نمی دهد و در مرحله سوم و راپامیل 5 mg تزریق می شود؟؟ و باین اقدام PR=110-120 می شود.

ABG ساعت 11:27 : PH=7.11 PCO2=37.5 PO2=79.3 HCO3=12.1 BE= -17.5

به علت تقلای شدید بیمار و مقاومت در مقابل ونتیلاتور 2mg میدازولام و 4mg سیس آتراکوریوم تزریق می شود.

تیم درمانی ساعت 11:45 بعد از انجام اکو با یکی از اساتید قلب تماس گرفته و راهنمایی های لازم را دریافت می کنند. طبق یادداشت متخصص بی هوشی بعد از احیا نبض های محیطی فیلی فورم بودند ولی مانیتور فشارخون را SBP=120 نشان می داد به همین دلیل برای مادر CVP Line تعبیه می شود که حدود 15-16 بود.

مادر ساعت 12:30 دچار ارست قلبی تنفسی شده و بعد از 30 دقیقه به CPR پاسخ داده و علائم حیاتی Stable می شود . بعد از 45 دقیقه مجدداً دچار V.T. و سپس ارست قلبی تنفسی شده و متأسفانه بعد از 75 دقیقه تلاش ، ساعت 15 مادر فوت می کند. آزمایشات ساعت 13:14 (بعد از احیا

اول) : WBC=32400 Hb=12.3 Hct=38.3 PLT=165000 PT=13 PTT=34
INR=1 Urea=16 Cr=0.9 AST=42 ALT=14 ALP=417 CPK=279
K=6 Na=134 CK-Mb=32

داروها مصرف شده : سفازولین -آفدرین 10 میلی گرم -پروپوفول 30+30+30 -سیس آتراکوریوم -لیدوکائین -مارکانین-سرم نرمال سالین 3 لیتر-لازیکس 6 عدد-کلسیم گلوکونات 1 عدد-دیگوکسین-بی کربنات 3 عدد- نورآدرنالین 2 عدد- و راپامیل می باشد نکات ویژه :

- 1- علائم سرماخوردگی با علائم کاردیومیوپاتی سازگار می باشد.
- 2- تزریق هیدروکورتیزون در ادم ریه تهدید کننده حیات می باشد.
- 3- تزریق و راپامیل و دیگوکسین سبب بحرانی شدن وضعیت مادر شده است.
- 4- در مادرانیکه در معرض کاردیومیوپاتی هستند و یا دچار نارسایی قلب شده اند بهتر است برای جلوگیری از افت فشارخون از سنتو برای کنترل خونریزی استفاده نشود (از داروهای جایگزین استفاده گردد)
- 5- در بیماران با تشخیص کاردیومیوپاتی به علت ناپایداری علائم حیاتی استفاده از لووفد و پروپوفول با دوز بالا سبب بدتر شدن سیر بیماری شده و انتخاب داروها می بایست با دقت بیشتری انجام گیرد.
- 6- کاردیومیوپاتی بد درمان شده می باشد.

7- در اتوپسی درگیری ریوی و کلیه گزارش شده است باین گزارش کاردیو میوپاتی به عنوان یک عارضه ویرال می تواند تلقی شود.

کیس 45

خانم 29 ساله، ساکن شهر، با تحصیلات ابتدایی و خانه دار، BMI=30.45، G1P0، بارداری خواسته بوده است. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز جامع سلامت و مطب متخصص زنان بوده است. مادر 2 بار توسط بهورز، 7 بار توسط ماما و 2 بار توسط پزشک و مراقبت شده و به علت هموگلوبین Hb=10.3 و GTT مختل به متخصص زنان و داخلی ارجاع شده است. برای مادر کنترل قند خون با رژیم توصیه شده بود. آخرین مراقبت توسط ماما در تاریخ 5/29 انجام شده که به علت آبریزش به بیمارستان ارجاع شده بود. 2 نوبت واکسن کرونا در شهریور و آبان سال قبل دریافت کرده بود.

مادر در تاریخ 5/29 ساعت 21:55 با شکایت آبریزش و بارداری 39 هفته به بیمارستان سطح 1 مراجعه و با سطح تریاژ 2 بستری اتاق زایمان می شود. علایم حیاتی موقع مراجعه: BP=120/80 PR=75 RR=17 BT=37 FHR=140 در معاینه مشکل خاصی نداشت و NST نرمال بود. TV: 1F/Ripe/C/-3/RC. مادر جهت زایمان واژینال گذاشته می شود. به علت نداشتن انقباض موثر در ساعت 23 برای مادر استیمولاسیون با 5 واحد و 4 قطره شروع و ساعت 24 با کنترل FHR قطع می شود. ساعت 6 صبح روز بعد اینداکشن شروع و ساعت 16:15 انقباضات موثر شروع می شود. در ساعت 16:30 برای مادر آمپول پرومتازین و هیوسین تجویز شده بود. در ساعت 17:30 تا 17:45 ضربان قلب جنین دچار افتهای دیرس شده و به علت هیپرتون شدن رحم، اینداکشن قطع و برای مادر اکسیژن داده می شود. ماما NST را ثبت و با واتسآپ به متخصص زنان می فرستد ایشان تلفنی دستور قطع اینداکشن، تزریق سرم و اخذ مجدد NST و پیاده روی در بخش را توصیه می کند. در هنگام تحویل شیفت متخصص زنان مادر را ویزیت می کند. ساعت 21 متخصص زنان مجدداً مادر را ویزیت کرده و اینداکشن با 15 واحد و 4 قطره مجدداً شروع می شود. در ساعت 22:30 به علت افتهای مکرر و Late ضربان قلب جنین اینداکشن قطع و مادر ساعت 23:15 جهت سزارین تحویل اتاق عمل داده می شود. در آخرین معاینه TV: 5cm/50%/C /RI-3 بود.

علایم حیاتی ثبت شده در بدو ورود به اتاق عمل: BP=130/90 PR=103 O2Sat=88% BT=37.5 مادر درد شدید داشت و آژیته بود. عمل ساعت 23:22 با بی حسی اسپینال و برش عرضی شکم شروع شده و حاصل نوزاد پسر به ظاهر سالم با آپگار 9/7 بود.

یادداشت کارشناس هوشبری: "چون O2Sat=88% بود از طریق ماسک اکسیژن 6L/min داده شد و مادر در حالت نشسته اسپینال شد. بعد از خروج جنین در حین ترمیم رحم به یکبارہ مادر دچار آرتیاسیون و افت ساچوراسیون شده و به علت افت ساچوراسیون تا 65% برای مادر LMA تعبیه شده و در انتهای عمل با هوشیار شدن بیمار LMA خارج می شود. میزان خونریزی در طول عمل کمتر از 500 سی سی قید شده است. چند دقیقه بعد از خروج LMA به علت افت ساچوراسیون و آژیته شدن مادر مجدداً انتوبه شده و جهت انتقال به ICU مشاوره داخلی درخواست می شود. مشاوره داخلی ساعت 00:45 مادر را ویزیت کرده و به علت مطرح بودن PTE برای مادر و لزوم اعزام به مرکز مجهز و انجام سی تی آنژیو مسئولیت بیمار را نمی پذیرد و مادر در ریکاوری می ماند. در ساعت 00:36 برای مادر یک عدد آپوتل و یک عدد دکزامتازون و 100 میلی گرم هیدروکورتیزون (با فاصله 5 دقیقه از دکزامتازون) تزریق شده بود.

در ساعت 2 متخصص بی هوشی برای مادر اعلام کد احیا می کند. بعد از Stable شدن مادر به علت عدم موفقیت در اخذ پذیرش از بیمارستانهای ریفال، مادر ساعت 2:25 انتوبه و با آمیوبگ با علایم حیاتی BP=170/86 BT=37.1 PR=115 RR=22 O2Sat=61% و در حال دریافت فنتانیل، میدازولام، آتروکوریوم، لازیکس و انوکسپارین به بخش ICU منتقل می شود.

ساعت 2:50 با وساطت معاونت درمان پذیرش اخذ شده و مادر انتوبه و با همراهی نرس ICU و تکنسین اتاق عمل به مرکز ریفال اعزام می شود. علایم حیاتی قبل از اعزام: BP=140/86 BT=37.1 PR=87 RR=22 O2Sat=98% آزمایشات: WBC=12300 LYM=10% Hb=10.1 PLT=214000 MCV=63 MCH=21.5 LDH=516 Urea=25 Cr=0.8 INR=1.1 PTT=33 PT=14 Ca=8.5 ALP=418 SGPT=20 SGOT=35 ABG: PH=7.2 PCO2=32.2 HCO3=15 BE=-11.7 مادر ساعت 4:10 با ماداد با علایم حیاتی: GCS=7 PR=85 BP=143/83 BT=36.6 O2Sat=88%

وانتوبه وارد اورژانس مرکز ریفال می شود. مادر بلافاصله بعد از ورود به اورژانس مستقیماً به اتاق CPR منتقل شده و تریاژ سطح یک داده شده. مادر توسط رزیدنت زنان سال اول ویزیت و وضعیت بیمار تلفنی به اطلاع رزیدنت ارشد رسانده می شود. با نظر رزیدنت ارشد و با هماهنگی با پزشک مقیم ICU و سوپر وایزر مادر بدون هیچ اقدام درمانی با همراهی کادر اعزامی و رزیدنت زنان ساعت 4:12 به بخش ICU منتقل می شود. طبق یادداشت متخصص بی هوشی مقیم ICU، مادر موقع ورود آژیته بود. سمع قلب و ریه نرمال بود. تفاوت سایز اندامها وجود نداشت. محل عمل فاقد هماتوم و ترشحات بود. سوند مثانه حاوی 500 سی سی ادرار روشن بود و NGT ترشحات زرد رنگ در حد 300 سی سی داشت. برای مادر میدازولام و فنتانیل Stat تزریق و مادر آرام شد. علایم حیاتی حین تحویل به ICU: BP=113/80 PR=85

O2Sat=97%

برای مادر دستورات انفوزیون هپارین فول دوز- انفوزیون میدازولام و فنتانیل، اخذ CXR، مشاوره قلب و اخذ ABG گذاشته می شود. درگرافی سینه پرتابل اندازه قلب نرمال و کدورت پارانشیمال در ریه چپ رویت می شود. مشاور قلب مادر را ساعت 5:40 ویزیت کرده یادداشت می کند با توجه به شرایط بیمار، شک بالینی و احتمال PTE، آمبولی مایع آمنیوتیک و حتی کووید نیز مطرح است. در اکو با توجه به سایز RV و فانکشن قلب راست علایمی به نفع ترومبوآمبولی ماسیو رویت نمی شود ولی ترومبوز ساب ماسیو Small رد نمی شود. برای مادر کاردیو میوپاتی نیز مطرح نمی باشد. EF=55-60%

مشاور قلب پیشنهاد می کند: هماهنگی لازم برای انجام اورژانسی سی تی آنژیو عروق ریه با رویت پارانشیم ریه جهت PTE R/O و کووید انجام گیرد. چک PTT هر 6 ساعت - مشاوره داخلی و زنان جهت R/O آمبولی مایع آمنیوتیک و تلاش برای اکستوباسیون - ادامه هپارین با دوز درمانی و چک D.Dimer انجام گیرد.

SGPT=23	SGOT=43	Hct=33.7	Hb=11.5	LYM=4%(656)	WBC=16400	
INR=1	PTT=25	PT=11.2	Ca=7.7	K=4.6	ALP=400	LDH=316
	Alb=3.4	Fib=484	Cr=0.9	Na=133	BIL D=0.4	BIL=1.1
				BS=105	Troponin=Neg	

اولیه VBG: PH=7.28 PO2=43.9 PCO2=38.5 HCO3=17

ABG یک ساعت بعد: PH=7.37 PCO2=26.8 HCO3=17.7 BE=-10

علایم حیاتی ساعت 7:50: BP=94/62 O2Sat=99% مادر بی قرار است و مهار فیزیکی می شود. ادرار نارنجی و غلیظ می باشد. ساعت 8:30 با دستور ICU Man انفوزیون فنتانیل قطع و ونتیلاتور روی PSV تنظیم می شود. به علت تنفسهای خودبخودی و بی قراری مادر 15 دقیقه بعد اکستوبه می شود. ترشحات دهانی ساکشن شده و سر بیمار 45 درجه الویت و اکسیژن با ماسک داده می شود. مادر افت ساچوراسیون نداشت. با نظر ICU Man با توجه به دریافت هپارین فول دوز، سی تی آنژیو عروق ریه و پارانشیم به بعد از Stable شدن محول می شود. برای مادر نمونه PCR برای کووید ارسال شده، قند خون هر 2 ساعت کنترل می شود. مادر ساعت 11:10 توسط ICU Man ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان: مادر آرام است. هوشیاری بیمار افزایش یافته و علایم حیاتی Stable می باشد. برای مادر اکسیژن با کاتول بینی داده می شود. اسکن مغز درخواست شده است که برای روز بعد وقت برای اسکن مغز و سی تی آنژیو ریه داده می شود.

با نظر ICU Man ساعت 13 برای بیمار گاوژبا 100 سی سی اینترامیل انجام شده و تحمل می کند.

علایم حیاتی ساعت 13:50: PR=75-90 BP=97/27 ریتم تنفس نرمال با RR=12-19 O2Sat=99% پانسمان خشک و بدون ترشح است.

ساعت 19:45: مادر هر از گاهی تاکی کاردی سینیوسی دارد PR=100-110 ریتم تنفس نرمال گهگاهی تاکی پنیك-RR=19

22 O2Sat=90-92% با کاتول بینی BS=110 BT=37 BP=93/38

خونریزی و اژینال در حد P.P می باشد.

ساعت 21:30: مادر بی قرار شده و دچار سرفه های مکرر و دیسترس تنفسی، تاکی پنه شده و در سمع هر دو ریه کراکل سمع می شود و ساچوراسیون تا حد 70-75% افت کرده است. مادر توسط پزشک مقیم ICU ویزیت شده و پوزیشن نیمه نشسته داده می شود. برای مادر لازیکس و مورفین تجویز و کاتول بینی ابتدا به ماسک ساده و سپس ماسک رزرو دار تبدیل می شود.

علایم حیاتی مادر: BP=105/65 HR=116 RR=22-26 O2Sat=80-85%

ساعت 21:40: نت پزشک مقیم ICU: دیسترس تنفسی بیمار کم شده و ساچوراسیون اکسیژن در حد 90-92% افزایش یافته است.

BP=105/70 HR=105 RR=18-20

O2Sat=90-91%

RR=20-22

PR=100-105

BP=98/58 ساعت 23:30

مادر از طریق ماسک رزرویک اکسیژن می گیرد. وضعیت بیمار Stable است و حمایت تنفسی داده می شود.

PR=100-

ساعت 1:03 : ساچوراسیون اکسیژن بادر یافت 8-10 لیتر اکسیژن در حدود 85-90 % می باشد. BP=100/62

BS=125 RR=21-22 105

ساعت 2:20 : علیرغم دریافت 10 لیتر اکسیژن مادر افت ساچوراسیون در حد 75-80 % دارد. BP=118/60 PR=110

RR=23

ساعت 3:50 : نت پزشک مقیم ICU: دیسترس تنفسی بیمار افزایش یافته و در هردو ریه کراکل سمع می شود و تاکی پنه در حد RR=30 دارد. ساچوراسیون در حد 40-70% افت دارد برای مادر در خواست CXR می شود. در هنگام دادن پوزیشن برای اخذ گرافی سینه دیسترس تنفسی تشدید شده و ساچوراسیون به 50-55% می رسد. با اطلاع دادن به اتند آنکال مادر انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می شود. در هنگام انتوباسیون ترشحات صورتی کف آلود از ریه خارج می شد. بدنبال انتوباسیون ساچوراسیون تا 85-90 % افزایش می یابد. سدیشن با انفوزیون فنتانیل و میدازولام داده می شود. ریپورت گرافی سینه: کدورت منتشر در ریه ها و White Lung دیده می شود. حدود قلب و همی دیافراگم بطور کامل محو شده و مطرح کننده ARDS می باشد.

BS=156

O2Sat=85-90%

RR=20

PR=95-105

BP=95/60

ساعت 6:30

PR=80-110

BP=70/40

ساعت 7:45

مادر انفوزیون هپارین فول دوز دارد و دیورز برقرار و ادرار روشن می باشد.

ساعت 8:30 مادر توسط اتند ICU ویزیت می شود طبق نت ایشان در ABG اسیدوز متابولیک دارد. افت هموگلوبین وجود ندارد. شکم مختصری دیستانت می باشد که به سرویس زنان اطلاع داده می شود. با توجه به افت فشارخون برای مادر لووفد شروع و وسایل تعبیه CVP Line با لا سر مادر آماده می شود.

ساعت 9 قبل از تعبیه CVP Line مادر بطور ناگهانی دچار برادیکاردی در حد HR=30 می شود. بلافاصله CPR شروع و آتروپین تزریق و ماساژ قلبی داده می شود. متأسفانه به عملیات احیا پاسخ نداده و مادر 9:30 فوت می کند. در هنگام احیا متخصص قلب نیز بر بالین مادر حضور داشت. PCR=Neg

نکات ویژه :

1. گذاشتن LMA در مرحله اول اشتباه بوده است.
2. اعزام مادر در شرایط Unstable به مراکز دیگر بدترین تصمیم است و می بایست با کمترین جابجایی بیمار مراقبت های لازم را دریافت بکند. در صورت وجود مشکل در باز کردن تخت ICU ، تیم مدیریتی بیمارستان بایستی وارد عمل شده و شرایط لازم را فراهم کند.
3. برای انتوباسیون مادر در بیمارستان الزرها دیر اقدام شده است و مشاوره قلب نیز دیر درخواست شده است.
4. سیر بالینی بیمار با آمبولی ماسیو ریه سازگار نیست و مادر روز دوم بطور مکرر دچار ادم ریه شده است.
5. تابلوی مرگ Non Cardiac Pulmonary Edema می باشد و در اتوپسی درگیری ریوی در زمینه عفونت ویرال گزارش شده است.

کیس 46

خانم 38 ساله، ساکن شهر، دیپلم و خانه دار ، BMI=25.8 ، G3P2A12 ، سابقه 2 بار سزارین و زایمان قبل 8 ماه قبل بوده ، سابقه هایپوتیروئیدی تحت درمان با لووتیروکسین ، کیس شناخته شده دیابت IDDM از 8 سالگی تحت درمان با انسولین، سابقه جراحی کاتاراکت چشم. بارداری ناخواسته بوده و 2 نوبت واکسن کرونا تزریق کرده است. مادر مراقبت پیش از بارداری و دوران بارداری نداشته و علی رغم تماسهای مکرر از مرکز بهداشت جهت مراقبت مراجعه ننموده است. سابقه مراجعات متعدد سرپایی به بیمارستان A و 3 بار بستری بیمارستانی در بارداری اخیر به علت پیلونفریت و عدم کنترل قند خون دارد. بستری اول **به تاریخ 4/16** که مادر نصف شب با شکایت سوزش ادراری و درد پهلوها و بارداری 11 هفته به اورژانس جنرال بیمارستان A مراجعه و پس از مشاوره زنان و عفونی با تشخیص پیلونفریت بستری بخش داخلی زنان می شود (مادر 3 روز قبل به کلینیک زنان مراجعه داشته است). موقع پذیرش (ساعت 00:16 بامداد) مادر از تب و لرز از یک روز قبل، تهوع و سوزش ادراری شاکی بود. در لژکلیه تندرست داشت. خونریزی واژینال، آبریزش و انقباض نداشت.

علام حیاتی : BP=129/78 PR=91 RR=22 BT=38.6 O2Sat=88%

در گلوکومتری BS=303 بود. برای مادر لاین وریدی تعبیه و سرم تراپی، آپوتل، متوکلوپرامید، اکسیژن تراپی، انسولین طبق پروتکل و سفنازیدیم تجویز و کشت و آنالیز ادرار، کشت خون، تستهای کبدی، کلیوی و CBC و قند خون درخواست می شود. در کشت ادرار E.Coli رشد کرده بود. مادر روزانه ویزیت متخصص زنان و عفونی داشته و یکبار نیز مشاوره داخلی جهت تنظیم قند خون شده بود. مادر روز چهارم بستری مورخ 4/20 با دستورات قرص کوآموکسی کلاو مرخص می شود. علام حیاتی قبل از ترخیص : BP=116-136/80-86 PR=87

RR=18 BT=36.9 O2Sat=95% بدون اکسیژن

در سونوگرافی مورخ 4/20 میزان مایع آمنیوتیک نرمال و FHR=173 و ذرات اکوژن در ادرار داخل مثانه (احتمال پیوری یا هماجوری؟) بدون سنگ و هیدرونفروز در کلیه ها و اکوژنیسته نرمال با سایز (کلیه راست 104 و کلیه چپ 100 میلی متر) گزارش شده بود.

آزمایشات : WBC=9700 NEUT=80% Hb=10—9.4—9.2 HCT=30.2 PLT=182000

Cr=0.9 Urea=43--29 AST=9 ALT=5 ALP=182 CRP=42

HbA1C=8.9 Troponin=Neg WBC=many Blood=1+ Pro=Neg GLU=2+ U/A:

15 روز بعد از ترخیص برای باردوم مورخ 5/4 ساعت 23:20 با شکایت سوزش ادراری و درد پهلوها و سرفه به اورژانس مامایی بیمارستان A مراجعه می کند. مادر موقع مراجعه تب Low grade داشت. جنین تاکیکارد بود (FHR=160-170). مادر بعد از ویزیت توسط متخصص زنان با سطح تریاژ 4 و احتمال پیلونفریت به اورژانس جنرال ریفر می شود. مادر در اورژانس بعد از اقدامات اولیه با هماهنگی متخصص عفونی در بخش داخلی زنان بستری و تحت درمان با سفتریاکسون وریدی، متوکلوپرامید، دیمترون قرار می گیرد. روز دوم بستری به علت Hb=6.6 و سابقه دفع مدفوع سیاه رنگ؟؟ درخواست مشاوره گوارش می شود. مشاور گوارش مادر را ویزیت کرده و یادداشت می کند مادر قبلاً آندوسکوپی و رکتوسکوپی شده و ملنا و رکتورژی ندارد و توصیه می کند برای مادر 2 واحد پکدسل ایزوگروپ تزریق شده و آزمایشات OB در 3 بار در صورت وجود کارکرد شکمی - TTG Ab (IgA, IgG) و Calprotectin انجام گیرد (مادر اسهال مزمن را ذکر می کرده است) و مدارک آندوسکوپی و کولونوسکوپی قبلی آورده شود. با توجه به گزارش E.Coli در کشت ادرار حساس به آمیکاسین روز چهارم بستری آمیکاسین نیز به دستورات دارویی اضافه می شود. مادر 2 روز بعد مورخ 5/10 با توصیه مراجعه به درمانگاه عفونی در صورت عود علام از بیمارستان مرخص می شود.

آزمایشات : WBC=9600 Hb=7.4—8.2—6.6—9.2 Hct=20.4—27.2 MCV=80

CRP=100 Fe=31 TIBC=321

در سونوگرافی جنین 15 هفته با FHR=154 و مایع نرمال گزارش می شود.

4 روز بعد از ترخیص از بیمارستان برای بار سوم مورخ 5/14 مادر نصف شب با ضعف و بیحالی، تهوع و استفراغ با BS بالا به اورژانس بیمارستان A مراجعه و تحت نظر گرفته می شود. مادر ساعت 4 با مداد به بیمارستان B اعزام و با تشخیص DKA به بخش CPR منتقل و پس از اقدامات اولیه، ویزیت داخلی و انجام سونوگرافی کلیه ها و سلامت جنین در بخش ICU ریه بستری میگردد. برای مادر انفوزیون انسولین رگیولار، سرم نرمال سالین، هپارین پروفیلاکسی، KCL و اکسیژن تراپی با کانول بینی تجویز و کشت و آنالیز ادرار و کشت خون در صورت تب دار شدن، سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی و PCR از نظر کووید به علت سرفه گهگاهی درخواست می شود.

ABG : PH=7.28 PCO2=19.8 HCO3=9

BS>500 PTT=27 PT=13 INR=1.1 PLT=300000 Hct=31.4 Hb=10.4 WBC=9100

K=4.8 Na=132 Cr=2.1 Urea=92 pcr=neg

Bili.In=0.4 Bili.D=0.2 Bili.T=0.6 Alk.p=347 ALT=19 AST=13

U/A: GLU=3+ Ketone=2+

در سونوگرافی هیدرونفروز خفیف در هر دو کلیه و افزایش اکوژنیسته با سایز نرمال و در سونوگرافی رحم جنین زنده متحرک با ضربانات قلبی منظم، مایع آمنیوتیک طبیعی و سن حاملگی 15W+5d گزارش می شود.

در سونوگرافی کبد بصورت اتفاقی یک ضایعه با حاشیه مشخص، لوکوله و دارای کانونهای کلسیفیه در لوب چپ کبد با تشخیص احتمالی کیست هیدراتیک به ابعاد 58*43*73 و حجم 95 سی سی گزارش میشود.

برای بیمار مشاوره گوارش انجام میشود. مشاور با توجه به LFT نرمال ALT=16 Alk.p=253، توصیه به

انجام مشاوره عفونی، جراحی و MRI دینامیک کبد در صورت OK سرویس نفرولوژی (با توجه به کراتینین اولیه بالا Cr=2.08) می کند.

مشاور جراحی توصیه می کند مادر نیاز به اقدام اورژانسی جراحی ندارد و مشاور عفونی نیز با توجه به کلسیفیکاسیون ضایعه اعلام می کند درحال حاضر نیاز به اقدام اورژانسی نداشته و توصیه می شود بعد از زایمان جهت درمان مراجعه کند.

روز سوم بستری باتوجه به ذرات اکوژن درممانه در سونوگرافی با احتمال UTI برای مادر سفکسیم 200mg/BID شروع می شود. کشت ادرار در 2 نوبت منفی بود. مورخ 5/18/ پس از خروج مادر از DKA و شروع انسولین منقسم به بخش غدد منتقل میگردد. روز بعد قرص سفکسیم قطع می شود. در بخش غدد برای مادر اکوکاردیوگرافی درخواست میشود در اکو: NO Clot ، EF=55% ، No P/E ، MRI کبد به علت عدم رضایت همراه انجام نمیشود. مادر مورخ 5/21/ با رضایت شخصی و بادتستورات دارویی و توصیه به مراجعه به درمانگاه غدد ، گوارش و نفروولوژی مرخص میگردد. TSH=7 بود. مادر مورخ 5/31/ و 7/21/ به اورژانس بیمارستان A مراجعه و خدمات سرپایی می گیرد (آزمایش و دارو) 2 ماه بعد مادر مجددا مورخه 1401/7/22 ساعت 20 با علایم سرماخوردگی و تب و لرز و تهوع به بیمارستان A مراجعه و در بخش زایمان بستری میشود. موقع مراجعه مادر هوشیار واریافته بود. از درد پهلوها ، زیر شکم و تب و لرز از 2 روز قبل شاکی بود (مادر سفکسیم را از قبل دریافت می کرد). علایم حیاتی ثبت شده در برگ تریاز :

GA=26W FHR=175 O2Sat=96% BT=38.3 PR=102 BP=130/70

برای مادر دستورات : سرم رینگر ، درخواست آزمایشات ، مشاوره داخلی جهت کنترل قند خون ، مشاوره عفونی ، مشاوره پریناتولوژی ، سونوگرافی وضعیت جنین و سونوگرافی شکم و لگن گذاشته می شود. ساعت 5 صبح به علت بی قراری و درد پهلوها با دستور متخصص زنان آمپول هیوسین تجویز می شود. مادر ساعت 6:10 توسط متخصص زنان ویزیت می شود BT=37.3 BP=85/50 O2Sat=89---78% برای مادر سرم نرمال سالین و آپوتل تجویز می شود.

ساعت 7 به علت افت ساچوراسیون اکسیژن ، مشاوره بی هوشی (ICU) درخواست می شود. مشاور بعد از ویزیت مادر توصیه می کند مادر به بخش ICU منتقل شده و ماسک ساده به ماسک رزروپگ تبدیل شود. BP=88/62 O2Sat=70% با ماسک ساده

مادر ساعت 8:30 به بخش ICU منتقل می شود. در موقع تحویل O2Sat با ماسک رزرو دار 80-81% بود.

مادر ساعت 9 توسط متخصص عفونی ویزیت می شود (برگ مشاوره ساعت 7:30 با تیک اورژانس نوشته شده بود). مشاور تلفنی برای مادر آمپول وانکومایسین ، آمپول مروپنم ، آمپول هپارین با دوز 5000 واحد Stat و 1000U/h درخواست ABG, CXR, CBC, BUN, Cr, Na, K, D-Dimer, Procalcitonin, LFT, CPK, LDH, BIL و PCR از نظر کووید 19 توصیه می کند. طی مشاوره قلبی تلفنی برای مادر آمپول لازیکس 20mg/STAT عدم تزریق خون و آمادگی برای اکو توصیه می شود. مادر ساعت 10 توسط متخصص قلب ویزیت و اکویدساید می شود. در اکو علایم ترومبوآمبولی و کاردیومیوپاتی و پلورال افیوژن نداشت. ایشان توصیه می کند هپارین درمانی تا 48 ساعت ادامه یابد و در صورت عدم توجیه افت ساچوراسیون با مسائل عفونی CT آنژیوی عروق ریه انجام گیرد. EF =55-60% بود.

در سونوگرافی شکم و لگن کیست کبدی سپتوم دار با احتمال کیست هیداتیک کمپلیک و هیدرونفروز کلیه راست و پلی هیدرآمنیوس و بارداری 26- هفته گزارش میشود و در CXR پرتابل انجام شده اندازه قلب نرمال و انفیلتراسیون ظریف منتشر در ریه ها سازگار با پنومونیت ویرال گزارش می شود.

در ساعت 11 برای مادر جلسه کمیته تخصصی با حضور رئیس بیمارستان ، پریناتولوژیست مرکز ، متخصص زنان ، متخصص عفونی و بی هوشی تشکیل و مقرر می شود. 1. برای مادر از بیمارستان زنان پذیرش گرفته شود. 2. تزریق 2 دوز بتامتازون با احتمال زایمان زودرس، 3. اسکن ریه انجام شود.

در ساعت 13 توسط مرکز رصد از بیمارستان B برای مادر پذیرش اخذ می شود. پس از هماهنگی با اتند طب اورژانس ، مادر با تشخیص احتمالی کووید 19 و با علایم حیاتی GCS=15 ، RR=19 ، BP=85/55 ، PR=90 ، O2Sat=84% به بیمارستان امام رضا اعزام و ساعت 14:50 مستقیما در بخش ICU کرونا پذیرش میشود.

آزمایشات بیمارستان A :

D-Dimer=1113 ، INR=1.4 ، PTT=88 ، BS=255 ، Cr=1.05 CRP=71 ، WBC=8900 Hb=7.8--8.2

PCR=Neg CPK=25 CTNI=Neg RF=Pos ALT=12 AST=20 PT=17.4

BE=-11 HCO3=14 PO2=60 PCO2=26 PH=7.34 : ABG

در لحظه پذیرش در بخش ICU 9 طبق نوت پرستاری (BP=100/60 ، RR=18 ، PR=100 ، O2sat = 96% و GCS=14 داشته و اکسیژن از طریق ماسک ساده دریافت میکرد . پس از ویزیت اولیه توسط رزیدنت سال 3 انوکسپایرین و سفتریاکسون، قرص پنتاپرازول، اسپیری سروتاید و آتروونت برای بیمار شروع و اسکن اسپیرال ریه و سی تی آنژیوی عروق ریه درخواست می شود.

آزمایشات انجام شده ساعت 17:03 مورخ 7/23 :

Urea =17 Cr = 1.03 Na =137 K = 4.1 INR = 1.13
PT = 15.6 PTT = 37 AST = 19 Alt = 10 Alk.p = 382
Mg = 1.2 P = 2.6 Bili . T = 1 Bili.D =0.6 Bili.ind = 0.4
LDH = 310 Ca.Total = 8 Ca++ = 1.01 ESR 1 h=76

و ساعت 3am مورخ 7/24 به علت تب و لرز و افت ساجوریشن آپوتل تزریق و اکسیژن تراپی از ماسک ساده به ماسک رزرو بک تبدیل میشود.

D-Dimer = 959 CRP = 166 LDH =453

روز دوم بستری 7/24 : مادر هوشیار واریانته است. با ماسک رزوبگ اکسیژن می گیرد. تبدار نیست. دیسترس تنفسی ندارد. درسمع ریه رال

ندارد. علائم حیاتی : BP=112/60 PR=93 O2Sat=97%

ABG : PH = 7.38 PCO2 = 31.9 HCO3 = 19 ساعت 5:14

درشفت صبح پس از اخذ رضایت از همسر CT آنژیوی عروق ریه انجام میشود.

گزارش سی تی آنژیوی ریه : پلورال افیوژن دوطرفه مشهود است. کدورت های آلوئولار و گراندگلاس منتشر درفیلد هردوریه با ارجحیت درقسمتهای سنترال هردوریه رویت میشود. آمبولی ریه و ادم ریوی رویت نمیکرد.

در ساعت 15 مادر توسط رزیدنت سال 3 زنان ویزیت شده و با نظر فلوی کشیک دستورات سونوگرافی آنومالی، تستهای تیروئیدی ، پیگیری مدارک سه ماهه اول بارداری و بررسی علت آنمی بیمار (Hb = 7.9) و ویزیت 2 بار در هفته سرویس زنان را Order می کند.

درسونوگرافی جنین زنده و متحرک با ضربانات قلبی منظم FHR = 143 و سن حاملگی 25 هفته و 2 روز و مایع آمنیوتیک طبیعی با اندکس مایع 13 گزارش میشود .

روز سوم بستری 7/25 : مادر هوشیار است . تاکیکاردی دارد. با ماسک رزرودار اکسیژن می گیرد . علائم زایمانی ندارد. دیورز دارد.

علائم حیاتی : BP=102/60 PR=95 RR=24 BT=37 O2Sat=84-92% با ماسک رزوبگ و Hb=7.4 است.

برای مادر مشاوره هماتولوژی ، غدد و روماتولوژی و قلب درخواست می شود.

طبق مشاوره هماتولوژی درلام خون محیطی پلاکت 180,000 داشته و شیسیتوسیت رویت نمیکرد . مشاور روماتولوژی با توجه به شواهد خونریزی آلوئولار و ادم ریه در سی تی آنژیو ، نبود سابقه درگیری مفصلی ، ادم nonpitting در اندامهای تحتانی ، جهت بررسیهای تکمیلی آزمایشات روماتولوژی ، سدیمان ادراری درخواست کرده و توصیه می کند در صورت اثبات آلوئولار هموراجی و R/O بیماریهای عفونی پالس کورتون شروع شود و در صورت عدم کنترل پروسه بیماری پلاسما فرز انجام گیرد . مشاور قلب مادر را ویزیت کرده و اکوکاردیوگرافی بدساید انجام می دهد.

یاد داشت مشاور قلب : در اکو EF=50-55% بوده و شواهدی به نفع PTE ماسیو ندارد. علت تنگی نفس بیمار احتمالاً در زمینه مسائل ریوی و ترومبوآمبولی می باشد (با توجه به D.Dimer=959).

فلوی غدد مادر را ویزیت کرده و توصیه می کند قند خون در محدوده 70-140 حفظ شود و بجای تجویز انسولین منقسم ، انفوزیون انسولین شروع گردد.

W.B.C = 8900 Hb = 7.4 Hct = 24.5 جواب آزمایشات مورخه 7/25

Plt = 171000 urea = 24 Cr = 0.81 Na = 137 k = 4.5

با منفی شدن تست PCR کووید 19 مادر پس از هماهنگی، ساعت 13 با BP = 100/65 ، PR = 98 و O2sat = 78% درحال مانیتورینگ قلبی ریوی و با ماسک رزوبگ و پالس اکسیمتری مداوم به ICU ریه منتقل و طبق نوت پرستاری با O2sat = 57% تحویل گرفته میشود .

موقع ورود بیمار به بخش ICU ریه بیمار لارژیک و بیقرار بود. بلافاصله EKG و VBG اخذ و 40 میلی گرم لازیکس تزریق میشود مادر ساعت 13:30 با O2sat = 77% ، BP = 121/72 ، PR = 101 و RR = 35 تحویل عصرکاری می شود.

طبق یادداشت رزیدنت سال 3 مقیم در ساعت 14:05 : "موقع تحویل گرفتن بیمار هوشیار ولی شدیداً ill بود. با ماسک رزروینگ ساچوراسیون اکسیژن $O_2Sat=60-68\%$ و $RR=43$ داشت. برای مادر NIV در عرض یک دقیقه تعبیه شد و ساچوراسیون به 80% افزایش یافت ولی چند دقیقه بعد بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شد. رزیدنت بخش و فلوی ریه بر بالین بیمار حضور داشتند ". بلافاصله اساتید ریه نیز بر بالین بیمار حضور می یابند و بعد از چندین بار try بیمار با تزریق کتامین و فنتانیل اینتوبه می گردد . CPR به مدت 10 دقیقه ادامه می یابد و علائم حیاتی بیمار برمی گردد. بعد از CPR دوپامین شروع و CV line از ورید ژوگولار راست تعبیه انفوزیون لووفد شروع می شود.

$HCO_3 = 14$ $PCO_2 = 30.8$ $ABG : PH = 7.26$ ساعت 14:18 مورخ 7/25

بیمار مجدداً ساعت 14:25 برادیکارد شده و دچار ارست قلبی میشود و مجدداً به مدت 10 دقیقه تحت CPR موفق قرار میگیرد . با توجه به اسیدوز در VBG انجام شده 2 ویال بیکربنات تزریق میشود . مادر برای بار سوم ساعت 14:40 دچار ارست قلبی تنفسی شده و متأسفانه پس از 60 دقیقه CPR ناموفق ساعت 15:40 فوت می نماید. ساعت 15:45 رزیدنت زنان بر بالین بیمار حضور یافته و با توجه به گذشت يك ساعت و چهل و پنج دقیقه از شروع CPR و عدم پاسخ دهی به احیا و عدم سمع ضربان قلب جنین و با توجه به سن بارداری جهت خروج جنین اقدام خاصی انجام نمیشود.

در اتوپسی بافت ریه قوام گوشتی داشت ،شواهد ترومبوز عروق ریوی وجود نداشت .در فضای پلور حدود 500-600 سی سی مایع وجود داشت. در کبد کیست هیداتیک وجود داشت.

تست آنفلوانزا و آزمایشات روماتولوژی درخواست نشده بود.

نکات ویژه :

- 1- به علت بروز مشکلات تنفسی بیمار در فصل شیوع آنفلوانزا ،تجویز آوسلتامیویر اندیکاسیون داشت ولی تغییری در سیر بیماری ایجاد نمی کرد.
- 2- Management عفونت ادراری و پیلونفریت در مادر درست نبوده است .اصولاً برای عفونت ادراری این مادر می بایست کاربایتم شروع می شد و بعد از اتمام دوره درمان، روی درمان نگهدارنده قرار داده می شد.
- 3- مادر از ابتدای بارداری مراقبت مناسب نداشته است و علیرغم چندین بار بستری بیمارستانی ، بدون بررسی و درمان کافی رها شده است و اصلاً پزشک مسئول نداشته است.
- 4- علت آنمی بررسی نشده است.
- 5- در بیمارستان دوم در انتقال بیمار از ICU کورونا به ICU ریه مشکل وجود داشت (زمان انتقال ونحوه انتقال)
- 6- کمبود داروهای سداتیو (میدازولام ،پروپوفول ،لووفد) مشکلاتی برای روند درمانی بیماران ایجاد کرده است.
- 7- علت فوت Severe ARDS Due to Viral Pneumonia می باشد