خانم 1

مادرخانمی است 36 ساله ،ساکن شهر ،باسواد ،G2P1 ،BMI=23 ،سابقه یکبارNVD 9سال قبل،حاملگی خواسته بود

مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت توسط ماما صورت گرفته ومرتب مراقبت شده بود.وزن گیری مادر دردوران بارداری نامناسب بوده وزیر صدک پنجم بود (از نظر اقتصادی درسطح پایین می باشند).مادردرهفته 39 حاملگی جهت کنترل بارداری به مرکز بهداشت مراجعه می کند.مامای مراقب بعداز سمع قلب به علت FHR=106 مادررا جهت انجام NST اورژانس به بیمارستان ارجاع می دهد.مادر ساعت 10:30صبح به درمانگاه بیمارستان مراجعه می کندو NST اخذ می شود.ماما ی درمانگاه بعداز اخذ NST بدون اطلاع به پزشک مادررا مرخص می کند(NST ناقص برداشته شده بودوقابل قضاوت نبود). در پرونده درمانگاه ، فشارخون مادر BP=100/70 FHR=143وسن حاملگی 39 هفته قید شده وتوصیه های لازم به مادرداده میشود؟ وپس خوراند به مرکز بهداشت داده نشده است(مادراظهار می کند مامای درمانگاه توصیه کرده روزانه 3 ساعت پیاده روی داشته باشد و زعفران دم کرده مصرف کند).مادر 10روز بعد به علت شروع دردهای زایمانی ساعت 13 به درمانگاه بیمارستان مراجعه می کند مادرتوسط مامای درمانگاه معاینه می شود. FHR=143 BP=100/70 GA=40W,3D TV:2-3cm/30%/C/I/M ومادرکاهش حرکات جنین رارد می کرد.به مادرتوصیه می شودبه حامله سرا(واقع دربیمارستان)برود وساعت 15برای معاینه مجدد بیاید وتوصیه می شوددرصورت تشدید درد ویاپارگی کیسه آب ویاخونریزی زودتر مراجعه کند.مادر به همراه خواهرش به حامله سرا رفته وساعت 15:20برای معاینه مجدد به درمانگاه برمی گردد. درمعاینه TV:4-5cm/50%/C/I/-3FHR=124 بود وکنتراکشن های فعال داشت.برای مادرپرونده تشکیل شده ومادر به همراه یکی از بستگان جهت بستری بصورت سرپایی به زایشگاه فرستاده می شود.مادرساعت 15:50 وارد بخش زایمان شده بعداز تعویض لباسها ساعت 16:00 برروی تخت دراز می کشد.وساعت 16:05 به فتال مانیتوروصل می شود. درساعت 16:05 ازروی مانیتور FHR=123ثبت شده است.ماما که برای برداشتن چسب جهت چسباندن پروب به استیشن می رودبعداز بازگشت متوجه افت ضربان قلب جنین تاحد FHR=105-110 می شود.برای مادر اکسیژن داده وبه پهلوی چپ می خواباندولی ضربان قلب جنین به 70-80 افت می کند.ساعت 16:15 با متخصص زنان که دراتاق عمل بودتماس می گیردوایشان توصیه می کندبرای مادر اکسیژن وپوزیشن Left Lateral وسرم داده وnst گرفته شود.ماما صدای قلب جنین را با سونیکیت امتحان می کند وصدای قلب جنین رانمی شنودو ضربان ثبت شده با نبض قلب مادر هماهنگی داشت.بلافاصله با متخصص زنان تماس می گیرد(ساعت 16:18) ومتخصص با لباس اتاق عمل بربالین مادر حاضر می شود. ساک جنینی زده می شودومکونیوم غلیظ خارج می شود.مادر توسط متخصص زنان وماما با تخت بدون تعبیه رگ وسونداژ به اتاق عمل منتقل می شودومتخصص کودکان وتیم احیا نوزاد به اتاق عمل فراخوانده می شود. دراتاق عمل علایم حیاتی مادر BP=110/70 HR=120 بود .عمل با بیهوشی عمومی وبرش LML ساعت 16:28 شروع شده ونوزادپسر با آپگارصفرو بندناف دورگردن بدنیا می آید.طبق اظهار متخصص کودکان وزنان جفت وبندناف ترومبوزه بودوتمام پرده های جنینی وبندناف وجفت رنگ مکونیوم گرفته بودولی ماسره نبود،حجم مایع آمینوتیک نرمال ولی مکونیومی غلیظ لجنی بود.عملیات احیا موثر نبود.طبق اظهار متخصص کودکان جنین آنومالی ظاهری ویا تغییرات خاص مانند هیدروپس ویا ادم نداشت ووزن نرمال داشت.مادر بعداز اتمام عمل وریکاوری به بخش منتقل شده ودرتاریخ 94/10/5 با وضعیت خوب مرخص می شود.

Comment:

1. **درهفته 39 بجای ارجاع مادربه متخصص زنان جهت بررسی واقدام لازم، NSTدرخواست شده است.**

2. بجای NST، نوارقلبی اخذ شده است که سلامت جنین با آن قابل قضاوت نیست ومادربدون ویزیت متخصص زنان مرخص شده است.

خانم 2

متوفی خانمی است 19 ساله،ساکن روستای سیاری ،BMI=22، G1P0 ، سابقه آپاندکتومی 2 سال پیش ، سابقه چندباراختلال هوشیاری ومصرف کاربامازپین تحت نظر متخصص نرولوژی ازحدود 1 سال قبل (اطرافیان ،تشنج مادررا بصورت اختلال هوشیاری همراه بافریاد زدن ذکر می کنندکه بدون خروج کف از دهان بوده وچنددقیقه طول می کشیده است). مادر یکسال قبل از حاملگی بدنبال خوردن صبحانه برای اولین بار دچار اختلال هوشیاری شده وبه بیمارستان مراجعه می کند.بعداز اقدامات اولیه به مرکز آموزشی اعزام می شود.درهنگام مراجعه به اورژانس علایم حیاتی نرمال بود.آژیته وبی قرار وتب 39 درجه داشت وهوشیاری کاهش یافته بود.دربررسیها لوکوسیتوز WBC=16,000 داشت. درمایع LP گلبول سفید نداشت وگلوکزوپروتئین نرمال بود.CT Scan مغزنرمال بود. بعداز ویزیت رزیدنت نرولوژی وعفونی با احتمال مسمویت دارویی به بیمارستان دیگراعزام می شود. بیمار3 روز در بیمارستان بستری بوده درطی بستری تب دار نبود.علایم حیاتی نرمال بود.تهوع واسفراغ داشت.برای مادررانیتیدین وپلازیل تجویز می شودومشاوره روانپزشکی انجام می گیرد و مادر با متوکلوپرامید ورانیتدین با توصیه مراجعه به درمانگاه مرخص می شود.در MRI مغز وMRV ضایعه فضا گیر،لخته وآنومالی عروقی وجود نداشت.

سایرآزمایشات :آزمایشات کبد وکلیه نرمال بود.CK=724 CPK=552 CPK-MB=24 کشت خون منفی بود

بعداز آن چند بار با شکایت تپش قلب به اورژانس مراجعه کرده وایندرال وکلردیازپوکساید تجویز شده بود. مادر دردوران حاملگی2-3بار دچارحمله تشنجی شده وبه بیمارستان برده می شود ولی به علت شلوغی اورژانس منصرف شده وبه مطب متخصص مغز واعصاب برده می شود وتوسط ایشان Calcicare,VitD3 وکاربامازپین تجویز می شود.

حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 15توسط تیم سلامت شروع شده و6بارتوسط ماما و5بار پزشک تیم مراقبت شده بود. مادر 5 بار به متخصص زنان و4 بار متخصص مغز واعصاب ویکبار متخصص داخلی ارجاع شده بود.توسط متخصص نرولوژی قرص کاربا مازپین شروع شده بود.

نامبرده در هفته 33 حاملگی به علت درد زایمانی به بیمارستان مراجعه کرده و به علت پره ترم لیبر وسابقه تشنج به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود. بعداز درخواست آزمایشات ،سونوگرافی بیوفیزیکال ،مشاوره نرولوژی وتزریق 2 دوز بتامتازون به علت نداشتن مشکل خاص ونبود علایم زایمانی روز بعد با توصیه مراجعه به درمانگاه اعصاب مرخص می شود.یک روز بعداز ترخیص مادربا شکایت آبریزش ساعت 19 به بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. درموقع پذیرش علایم حیاتی : BP=120/80 PR=86 BT=37 FHR=145 TV: 1F/N/C/Leak/-3 وGA=33-34W بود.مادر به علت آبریزش واضح دربخش زایمان بستری شده ومنتظر پیشرفت زایمان می شوند.به علت نبود انقباضات موثرایندکشن شروع می شود.برای مادر به علت سابقه تشنج مشاوره نرولوژی درخواست می شود.طبق یادداشت ایشان ،مادریافته عصبی پاتولوژیک نداشت وتوصیه می شودباتوجه به عدم کنترل مناسب بیماری وکاهش آستانه تشنج بادرد ،آمپول دیازپام بصورت Standby بالای سر مادر باشد ودرصورتیکه تشنج ژنرالیزه بیشتراز 5 دقیقه باشد وریدی تزریق شود-یک ساعت قبل از زایمان 1 گرم فنی توئین انفوزیون شود وکاربامازپین با دوز 400 میلی گرم روزانه بصورت 100-200-100 تجویز گردد ودوز دارو هر3 روز 100 میلی گرم افزایش یابد(تا600 میلی گرم).الکترولیتها چک شود وتاحدممکن از داروهای کاهنده

آستانه تشنج استفاده نشود.ساعت 14 روز بعد به علت افت طولانی درقلب جنین ایناکشن قطع می شودوبرای مادر سرم ،اکسیژن وپوزیشن L.L داده می شودو1 گرم فنی توئین داده می شود.درساعت 15:30 بعداز تهیه NST ایناکشن با دوز نصف (30 قطره دردقیقه) شروع می گردد. درساعت 22 به علت عدم پیشرفت زایمان باوجود انقباضات موثر مادر جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.دراتاق عمل فشارخون BP=110/60 بود.عمل با بیحسی اسپینال شروع شده وحاصل عمل نوزاد دختر پره ترم با وزن 2650 گرم وآپگار 9/10 بود که به بخش NICU منتقل می شود. مادربعداز اتمام عمل به ریکاوری منتقل شده وبا حال عمومی خوب به بخش منتقل می شودو 3روز بعداز زایمان مرخص می شود.آزمایشات وعلایم حیاتی مادردرطول بستری نرمال بود. مادر بعداز ترخیص جهت شیردهی نوزاد پره ترم خوددربیمارستان دراتاق مادران اقامت می کند. 7روز بعداز زایمان حوالی ساعت 22 مادر درحین صحبت با تلفن همراه دچارتشنج می شود. توسط سایرمادران روی تخت خوابانده شده وبه نرسینگ NICU اطلاع داده شده وبعداز اقدامات اولیه توسط متخصص کودکان وپرستاران بخش ،کداحیا زده می شود.تشنج مادربصورت تونیک کلونیک بودومادربدنبال آن دچار ارست قلبی تنفسی شده وماساژقلبی شروع می شود.طبق یادداشت متخصص بی هوشی : مادر درابتدا نبض وتنفس نداشت وپس از چنددقیقه ماساژقلبی نبض برگشت ومادربابرانکارد به ICU منتقل شد.پس از چنددقیقه نبض مجدداً لمس نشد.مادر به مانیتور وصل شدودرمانیتور ریتم قلب VF بود.D.C شوک داده شدوآدرنالین ،آمیوداروون وبیکربنات تزریق شد. درABG اسیدوز شدید داشت.مادرانتوبه شده بود.

ساعت 22:44 PH=6.97 PCO2=43 HCO3=8.9 BE=-21

درنوارقلبی QRS پهن داشت وریتم قلب بین VF وVT متغییر بود با شک به PMVT سولفات منیزیوم 2 دوز (5سی سی)تزریق شد .باوجود دریافت 1g(20mg/kg) فنوباربیتال ،انفوزیون میدازولام با دوز 14mg/hوتزریق 1mg/kgپروپوفول تشنج ادامه داشت .به علت افت فشارخون دوزداروها قابل افزایش نبودبادستور تلفنی متخصص بی هوشی انفوزیون میدازولام قطع وcc 4-3 نسدونال تزریق می شود. مادر توسط متخصص قلب مدیریت می شد واز متخصص داخلی ،نرولوژی وبی هوشی وزنان مشاوره گرفته شده بود.دراکو کاردیوگرافی علایمی به نفع PTE نداشت.ترشحات لوله تراشه خونی بودودرNGT ترشحات Coffee ground وجودداشت. مادر درساعت 2:10 بامداد دچار برادیکاردی شدید شده وتوسط متخصص قلب CPR می شود.

درساعت 2:30 بامداد علایم حیاتی ثبت شده : BP=136/80 HR=130 O2Sat=90%(بیماردوپامین دریافت می کرد).

مادردرساعت 6:15 دچار VF شده وبه اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. دربستری یکسال قبل بیمار،مشکل management وجوددارد وبیمار بدون بررسی کافی وبا درمان علامتی رها شده است.
2. نوارمغزی، MRI،MRVوCT Scan مغزی نرمال رد کننده تشنج وصرع نیست همچنان که وجود آنومالی درمطالعات پاراکلینیکی تائید کننده نیست.
3. مادربعداز ترخیص با احتمال زیاد داروهایش را بصورت مرتب مصرف نکرده است.
4. تظاهر بالینی ،*کاهش هوشیاری وفریادزدن* نشانگر تشنج تونیک می باشد.
5. دربیماران تشنجی که کاربامازپین ولاموتریژین مصرف می کنند مرگ ناگهانی وغیر منتظره (SUDEP)بیشتر دیده می شود وعلت آن ناشناخته است.

6. مراقبت های پس از زایمان وآموزش عمومی وبالابردن دانش خانواده ها درخصوص مراقبت از خود یکی از راهکارهای کاهش مرگ ومیر مادران می باشد.

خانم 3

متوفی خانمی است 30ساله ، ساکن روستا، G_2P_1 ,BMI =23.6 ، سابقه یکبارسزارین 5 سال پیش به علت فشارخون بالا،سابقه مصرف نامرتب لوزارتان به علت فشارخون بالاقبل از بارداری دوم(فشارخون درچندبارمراجعه درحد 90-80/140-130 بود3سال قبل از حاملگی توسط فوق تخصص کاردیولوژی اکوکاردیوگرافی وتست ورزش شده ومشکل خاصی نداشته است.وسیله پیشگیری کاندوم بوده وحاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری نداشته ومراقبت دوران بارداری از هفته 6 درخانه بهداشت شروع شده و7بارتوسط بهورز ،2بار توسط ماما و2بار توسط پزشک مرکز بهداشتی مراقبت شده بود. دراولین مراقبت به علت سابقه مصرف لوزارتان وBP=130/80 به متخصص داخلی ارجاع شده ولی پس خوراندنداشت.مادراظهار می کردمتخصص داخلی گفته نیازی به مصرف دارونیست.آزمایشات اوایل حاملگی وهفته 28 نرمال بود. مادر به علت سابقه سزارین درهفته 38 حاملگی جهت تعیین وقت عمل به مطب متخصص زنان مراجعه می کندوایشان به علت بالابودن فشار خون مادر (BP=140/90)برگ بستری فوری صادرمی کند.مادر بلافاصله بستری شده وآماده عمل سزارین می شود.دستور حین بستری :سرم رینگر-کنترل فشارخون هر 4 ساعت-آزمایشات Hb-CBC-BG –آمپول سفازولین-آمپول هپارین 5000 واحد زیرجلدی.دربرگ پذیرش علت بستری فشارخون بالا ذکر شده ولی آزمایشات پره اکلامپسی درخواست نشده بود.(ساعت بستری 12:05)مادربعداز اقدامات اولیه ساعت 14 به اتاق عمل منتقل می شود.

علایم حیاتی دراتاق عمل : BP=145/90 PR=80 RR=18 BT=37 عمل راس ساعت 14:30 با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان پسرنوزاد ترم با وزن 2850 گرم وآپگار9/10 بود .مادرساعت 15:30 به ریکاوری منتقل شده وساعت 17 به بخش تحویل داده می شود.علایم حیاتی موقع تحویل : BP=136/82 HR=64 O2Sat=96% وخونریزی درحد P.P بود.درطول عمل فشارخون درمحدوده نرمال بود .

دستورات بعداز عمل : NPO تا8 ساعت-CBR تا8 ساعت-کنترل علایم حیاتی هریک ساعت تا 2 ساعت سپس هر4 ساعت-سرم رینگر +30 واحدسنتوسینون-آمپول سفازولین 1g/q8hتا3دوز سپس کپسول سفالکسین-آمپول هپارین 5000U/TDS/S.C چهارساعت بعداز عمل-مسکن PRN-چکHb فردا صبح.طبق اظهار خانواده مادر از روز دوم دچار درد ناحیه گردن (طرف چپ)شده که با مصرف مسکن وژل موضعی بهبود نداشته است ولی درپرونده اشاره ای به شکایت بیمارنشده و 6 مرتبه شیاف دیکلوفناک استفاده شده بود.مادر 42 ساعت بعداز عمل با دستور تلفنی متخصص زنان مرخص می شود(متخصص زنان مادررا قبل از ترک بیمارستان ویزیت کرده بود).درطول بستری علایم حیاتی درمحدوده نرمال BP=110/70 PR=63-76 ثبت شده بود.مادر بعداز ترخیص همچنان از درد گردن شاکی بود.طبق اظهار خانواده، مادرعصربعداز استحمام ساعت 17 دچاردرد ناگهانی درناحیه اپی گاستر شده وبدنبال آن سردرد ،سرگیجه وتاری دید را ذکر می کرد.مادر را به مطب پزشک عمومی می

برند.براساس اظهارات پزشک ،مادر درمنزل دوپارچ دوغ مصرف کرده بود(طبق توصیه کادربیمارستان)و باشکایت احساس خفگی وفشاردرناحیه گلومراجعه کرده بود.فشارخون BP=110/80 بودواریتم حلق داشت وچون مادر احساس خفگی راازروز قبل ذکر می کرد باتشخیص فارنژیت ، آمپول هیدروکورتیزون100 میلی گرم وریدی - آمپول کلرفنیرامین عضلانی ، قرص لوراتادین وشربت دیفن هیدرامین جهت غرغره تجویز می کند.مادر بعداز اتمام درمان به منزل برمی گردد.بعداز بازگشت به منزل مادر بیحال بود وحالت درازکش راتحمل نمی کرد. حوالی ساعت 3 نصف شب مادربدحال شده به اورژانس 115 اطلاع می دهند.هنگام رسیدن اوراژنس مادر علایم حیاتی نداشت ضمن شروع عملیات احیا مادربه بیمارستان منتقل می شودولی متاسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و5 صبح فوت مادر اعلام می شود.دراتوپسی تامپوناد قلبی به علت پارگی آنوریسم شریان آئورت علت مرگ گزارش شده است.

جواب آزمایشات : Hb=14.1 Hct=39.6 WBC=9400 PLT=149000

توضیحات اعضای کمیته:

1. تغییرات هورمونی درحاملگی می تواند زمینه را برای ایجاد آنوریسم آئورت فراهم کند.
2. فشارخون مزمن هم زمینه ساز ایجاد آنوریسم آئورت می باشدودر بیمار هیپر تانسیو دیسکشن آنوریسم آئورت بعداز هفته 36 کاتاستروفیک است وزنده ماندن بیمار نادر ودرحد Case Report می باشدودرمورد این مادر به شکایت بیمار توجه کافی نشده ومشکل بیمار به موقع تشخیص داده نشده است.
3. احساس خفگی وبرونکواسپاسم به علت تحریک عصب واگ درجدار ادوانتیس آئورت یکی از علایم دیسکشن آئورت می باشد ومادر بارداری که احساس خفگی ودرد واضح گردن مخصوصاً یک طرفه داشته باشد می بایست مشاوره قلبی ویا داخلی شود.
4. بعداز بی حسی اسپینال بیمار تا3 هفته ممکن است افت فشارخون داشته باشدوپایین بودن فشار نمی تواند مسایل قلبی عروقی را رد کند.

خانم 4

خانم 42ساله ، اهل وساکن شهر ، $G_5P_1Ab_3$ با سابقه سزارین و مصرف متورال وآلپرازولام به علت پرولاپس دریچه میترال به علت حاملگی 38 هفته و4 روز به درمانگاه بیمارستان مراجعه و جهت سزارین الکتیو بستری می شود. مادر بعداز اقدامات روتین وگرفتن دوز پروفیلاکسی اندوکاردیت به اتاق عمل منتقل وساعت 11:45 با بی حسی اسپینال وبرش عرضی سزارین میشود. درطول عمل وریکاوری مشکل خاصی نداشت. مادر بعداز عمل کارکرد شکمی نداشته واز درد شکم شاکی بود. درمعاینه دیستانسیون شکم بدون ریباند وتندرنس وجود داشت.علایم حیاتی نرمال بود وتب دار نبود. روزدوم بستری با تجویز دونوبت شیاف بیزاکودیل ویک نوبت شیر منیزیوم یک مقدار دفع مدفوع داشته ولی دیستانسیون شکم زیاد شده وBS افزایش می یابد .ظهربا جراحی عمومی مشاوره تلفنی می شود وایشان ذکر می کند الکترولیتهای بیمارچک شود و NPO بماند.بعدازکنترل الکترولیتها مجدداً با متخصص جراحی تلفنی صحبت می شود.

جواب آزمایشات : Ca=8.3 P=3.6 Na=145 K=2.96 Mg=1.8 Hb=11.2 Hct=35.4

ایشان دستورات :سرم 2/1،3/3 –سرم دکستروز +KCL –تعبیه NGT وتزریق سولفات منیزیوم 50% به میزان 5سی سی را توصیه می کندو ذکر می کند فعلاً عجله نکنید فردا صبح مادررا ویزیت خواهم کرد. بعداز تعبیه NGT حدود 20سی سی ترشحات خونی خارج می شود. برای مادر مشاوره

حضوری جراحی عمومی نوشته شده ومادر ساعت 19:30 با آمبولانس جهت مشاوره به بیمارستان جنرال فرستاده می شودو ساعت 22:30 دراورژانس توسط رزیدنت طب اورژانس ویزیت می شود.طبق یادداشت ایشان : علایم حیاتی: BP=110/80 PR=89 RR=16 O2Sat=95% BT=37.2

مادرهوشیارواریانته است.شکم دیستانته است ولی تندرنس وگاردینگ نداردودستورات : تعبیه لاین وریدی وسرم نرمال سالین یک لیتر درعرض 2 ساعت –چک آزمایشات روتین وانعقادی وآمیلاز – CXR وگرافی ایستاده وخوابیده شکم- VBG ——ECG-تعبیه سوند فولی وویزیت سرویس جراحی عمومی تجویز می کند. مادرساعت 22:40 توسط رزیدنت جراحی عمومی ویزیت می شود.

یادداشت مشاور جراحی عمومی : شکم دیستانته ودرمعاینه نرم است .تندرنس وگاردینگ ندارد.کارکرد شکمی نرمال است.گرافی شکم نرمال است ومقداری مایع آزاد درداخل شکم وجود دارد که با عمل روز قبل قابل توجیه است. لکوسیتوز وافت هموگلوبین وجود ندارد وبرای بیمار سندروم Ogilvie (انسداد کاذب کولون)مطرح است .اختلالات الکترولیتی برطرف شودوتحت نظر باشد .اقدام اورژانس جراحی نیاز نداردوبرای مادر دستورات نرمال سالین وآمپول رانیتیدین تجویز می گردد.

بیمار ساعت 1 بامداد مجدداً توسط سرویس اورژانس ویزیت می شود.طبق یادداشت ایشان : درمعاینه شکم کاملاً دارای ریباند وتندرنس است ودیستانته می باشد.درگرافی نمای Small bowel obstraction وسطح مایع وهوای متعدد دارد.از طرفی بیمار اگرچه یک نوبت اجابت مزاج داشته ولی Gas passing نداردواتند اورژانس با اتند مقیم جراحی تلفنی صحبت می کند. مادر با توصیه اتند جراحی دربخش جراحی بستری می شود.مادر روز دوم بستری در بخش جراحی (ساعت 2 بامداد بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل وتحت لاپاراتومی قرار می گیرد. درشکم پریتونیت درزمینه پرفوراسیون خم کبدی کولون وجودداشت که همی کولکتومی راست وآناستوموز ایلیوکولیک انجام می شود ومادر بعداز 5 روز با حال عمومی خوب مرخص می شود.مادریک روز پس از ترخیص با شکایت تنگی نفس به اورژانس مراجعه وبا تشخیص احتمالی PTE دربخش ICU ریه بستری وبا R/O آمبولی وبرطرف شدن مشکل بیمار مرخص می شود.

خانم 5

خانم 21 ساله،ساکن شهر،دانشجو ، خیلی چاق باBW=120kg ، G2P0 ودرحاملگی اول قطب جنینی تشکیل نشده بود(حاملگی پوچ).سابقه طپش قلب ومصرف ایندرال بصورت نامرتب داشت(ریت قلب اغلب120-110بودوپدرمتوفی پیوند قلب شده بود). حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری درمطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام گرفته ومشکل خاصی درپرونده پزشکی نبود.مادربه علت درد های عضلانی وبی حالی به پزشک معالج مراجعه کرده و آنتی بیوتیک تجویز می شود(درهمان ایام مادر متوفی به علت سرماخوردگی شدید یک هفته دربستر بود).2روزبعد بصورت بی هوش وفاقد علایم حیاتی ساعت 14:49توسط اورژانس 115 به بیمارستان آورده می شود(ساعت اطلاع به اورژانس 115، 14:14 بود). (طبق اظهار اطرافیان، مادریادداشت گذاشته بودکه من شب نتوانستم بخوابم وصبح منوبیدارنکنید وهمسر بعداز برگشت از سرکار متوجه می شود مادر خوابیده ودراطراف دهانش ترشحات صورتی دارد وبا صداکردن بیدار نمیشود).موقع پذیرش دربیمارستان انتوبه بود ولاین وریدی داشت (توسط همکاران 115انتوبه شده بود).علایم حیاتی نداشت بدن گرم وسیانوزه بود.مردمکها دوبل میدیاز وبدون واکنش به نور بود.جنین فاقد قلب بود. همراه مادر سابقه علایم سرماخوردگی در4-3 روز اخیر رامی داد.بلافاصله عملیات احیا شروع می شود.ولی کارساز

نبود.درسونوگرافی بدساید که حین احیا انجام گرفته بود یک جنین بدون قلب حدود27-28 هفته وجودداشت.به علت سابقه سرماخوردگی طبق دستورالعمل آنفلوانزا نمونه گلو گرفته شده وجسد به پزشکی قانونی تحویل داده می شود.نمونه گلو از نظرآنفلوانزای H1N1 مثبت بود.دراتوپسی اولیه مشکل خاصی وجود نداشت.

توضیحات اعضای جلسه :

1- بااینکه نمونه گلو از نظر H1N1 مثبت بوده باتوجه به سیر بالینی علت مرگ آنفلوانزا نمی باشد.

2- باتوجه به وزن بالا وسیربالینی Obstructive Sleep Apnea یکی از تشخیصهای علت مرگ می تواند باشد.

3- باتوجه به سابقه آریتمی ومصرف ایندرال وبیماری قلبی درپدر، MI ویا آریتمی های کشنده قلبی می تواند علت مرگ باشد.

خانم 6

خانم 27ساله ، ساکن حاشیه شهر ، G_1P_0 . سابقه جراحی هرنی نافی ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی درمطب متخصص زنان شروع شده ومرتب مراقبت شده بود.یکبار هم درمرکز بهداشت مراقبت شده وبه علت بزرگی تیروئید آزمایش TSH درخواست شده ولی جوابش درپرونده نبود. مادر ساعت 21:10 با شکایت درد زایمانی وکاهش حرکات جنین وآبریزش به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند .درمعاینه مادر علایم زایمانی ، خونریزی وآبریزش نداشت.تست نیترازین منفی بود.علایم حیاتی : BP=110/85 PR=120 بود.برای مادر NST وپروفیل بیوفیزیکال درخواست می شود . NST راکتیو بودولی پروفیل انجام نمی دهد. مادر اصرار زیاد به بستری شدن داشت ولی به علت اینکه سن حاملگی 40 هفته و5 روز بود بستری نکرده وساعت 23 مرخص می شود.2 روزبعدمجدداً (هفته 41 بارداری)باشروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه وبستری می شود.درهنگام پذیرش (ساعت12:16): درمعاینه واژینال TV:2-3cm/Ripe/C/I/-3 بود. NST راکتیو بودو رحم کنتراکشن فعال داشت ولی خونریزی وآب ریزش نداشت. علایم حیاتی : BP=140/80 PR=86(110) RR=17 FHR=135 بود. مادر درلیبر تحت نظر گرفته می شود.درطول لیبر فشارخون ،ریت قلبی مادر وجنین نرمال ثبت شده است.در ساعت 17:40 به علت درد شدید برای مادر 50 میلی گرم پتیدین و20 میلیگرم هیوسین تزریق شده بود وساعت 18:30 به علت بی قراری مادر همراه ایشان بربالین مادر فرا خوانده شده بود(برای دادن آرامش). درساعت 17 ،2 گرم آمپی سیلین وریدی تزریق شده بود.ساعت 20 زایمان وارد فاز فعال شده و00:12 علایم زایمانی کامل می شود. مادر با ویلچیر به اتاق زایمان منتقل شده و00:15 زایمان توسط رزیدنت با اپی زیوتومی مدیولاترال صورت می گیرد.حاصل زایمان نوزاد دخترترم با آپگار 9/10 ووزن 3210گرم بود.جفت ساعت 00:25 خارج می شود.موقع خروج جفت رحم جمع بوده وخونریزی در حد P.P بود. 10 دقیقه بعد رحم آتونیک شده وخونریزی واژینال شروع می شود.ماساژرحمی توسط ماما شروع شده وتوسط رزیدنت کوراژانجام می گیرد ومقداری بقایای جفت وپرده های جفتی خارج می شود.به علت ادامه خونریزی(حدود1500 سی سی) ساعت 00:50 بامداد به رزیدنت سال 2 اطلاع داده می شود. اکسیژن نازال وصل ورگ دوم با برانول سبز گرفته می شود.ماساژدودستی شروع و یک عدد پروستاگلاندین F2αتزریق می گردد. 5عدد شیاف میزوپروستول نیز رکتال گذاشته می شود. موقع حضور رزیدنت سال2 (ساعت 1:05): رحم کمی شل بود،BP=90/60 PR=110 بود. از رگ دوم 20 واحد سنتو سینون تزریق کرده ویک عدد آمپول مترژین و10واحد سنتوسینون عضلانی تزریق می شودمادر سوندازشده وکنترل برونده ادراری گذاشته می شود. 2 واحد پکد سل رزرو شده درخواست می شود. به رزیدنت ارشد اطلاع داده می شود.طبق یادداشت رزیدنت ارشد(1:15) : رحم آتونیک می باشدو BP=85/60 PR=126

50cc = حجم ادرار است.با تزریق دوز دوم پروستاگلاندین F2α ودودوز مترژین رحم جمع شده وخونریزی کنترل می شود.(دوز دوم ساعت 1:30 ودوز سوم ساعت 2 Order شده بود). مادرهوشیار بودولی از ساعت 1:15 بی قرار شده بود.سپس محل اپی ترمیم ومادر جهت مانیتورینگ به لیبر برده می شود. اولین واحد پکد سل درخواستی ساعت 2:10 آماده می شود ولی رگ خوبی برای تزریق سریع خون وجود نداشت. از پرسنل اتاق عمل وNICU جهت گرفتن رگ مناسب کمک خواسته می شودولی موفق نمی شوند. مشاوره طب اورژانس وجراحی عمومی جهت کات داون وتعبیه کاتتر درخواست می شود.درساعت 2:30 به علت افت فشارخون تاحد BP=65/50 از متخصص بی هوشی کمک خواسته می شود.طبق یادداشت ایشان (ساعت 2:40): مادر دروضعیت پره ارست ناشی از شوک هیپوولمیک می باشد.ملتحمه کاملاً Pale بوده ونبضهای محیطی لمس نمی شود.مادر توسط متخصص بی هوشی انتوبه می شود.درساعت 2:57 با اتند آنکال زنان تماس می گیر ند وایشان ساعت3:13 بربالین مادرحاضر می شود.

یادداشت اتند آنکال :مادر انتوبه بوده وتوسط آمبوبگ ونتیله می شود.نبضهای محیطی غیر قابل لمس وفشارغیر قابل اندازه گیری می باشدو HR=130 درمانیتوربود.مادر یک برانول سبز ویک برانول صورتی دارد که از برانول سبز خون Pushed می شود. از محل های تزریق خونریزی مداوم داشت که با پک کردن کنترل می شد.رحم سفت بوده وفاقد خونریزی واژینال بود.دستور می دهند یک واحد FFP تزریق شود.از اساتید دیگرزنان نیز کمک خواسته می شود.به دنبال تزریق خون مجدداً رحم آتونیک شده وخونریزی رحم شروع می شود.به علت عدم امکان جراحی درآن وضعیت سوند بکری داخل رحم گذاشته میشود . قبل از رسیدن رزیدنت جراحی، استاد معین زنان اقدام به کات داون ازبالای قوزک پامی کند (ساعت 4:20) و5 دقیقه بعد رزیدنت جراحی بربالین مادر حاضر شده و اقدام به تعبیه کاتتر از ورید صافن دیستال از بالای مچ پای چپ می کندولی به علت بروز V.T وشروع عملیات احیا موفق نمی شود واقدام به اکسپلور وریدصافن درمحل اینگواینال چپ می کنند.

مادر ساعت 4:35 آسیستول شده وساعت 5:15 فوت می کند.طبق یادداشت رزیدنت طب اورژانس مادر در10 دقیقه آخر عملیات احیا دوبل میدریاز شده وپوست حالت موتیلینگ پیدا کرده بود.جسد مادر جهت اتوپسی به پزشکی قانونی ارجاع شده است.درمجموع یک لیتر نرمال سالین ویک لیتر رینگر، 4 واحدپکدسل و3 واحد FFP بصورت Pushed ترانسفوزیون شده بود.برونده ادراری حدود180-150 سی سی در عرض4 ساعت بود.

گزارش پزشکی قانونی: علت اصلی مرگ شوک هموراژیک بوده ولی درنمونه های تهیه شده از ریه متوفی دبریهای مایع آمینوتیک وجود دارد که درصورت وجود علایم بالینی می تواند نشانه آمبولی مایع آمینوتیک باشد.

جواب آزمایشات:

قبل از زایمان	WBC=10,700	PLT=177,000	Hb=13	Hct=40.1
U/A :	Protein=Neg	Ketones=1+	Blood=3+	
بعداز زایمان	WBC=22,300	PLT=247,000	Hb=10.8	Hct=32.6

توضیحات اعضای کمیته:

1. به اتند آنکال زنان دیر اطلاع داده شده است.
2. زمانیکه تزریق داخل وریدی مشکل باشد(به علت کلابه شدن عروق) تزریق داخل استخوانی بهترین جایگزین است .

3. درشوک هموراژیک دقایق اولیه خیلی حیاتی است وزمانیکه بیمار بی قرار و Confused شده وهیپوتانسیون رخ می دهد یعنی شوک واردمراحل پیشرفته شده ونجات دادن بیمار خیلی مشکل است.

خانم 7

خانم 30 ساله،ساکن روستای اصلی ، ،با سواد خواندن ونوشتن، G3P2 ،سابقه یکبار سقط ویکبار زایمان واژینال وسابقه صرع وتحت درمان با کاربامازپین داشته وحاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری درخانه بهداشت بصورت مرتب انجام شده ودرهفته 32بارداری به علت شروع دردهای زایمانی درمرکز آموزشی بستری وزایمان طبیعی می کند وروز بعد بدون مشکل مرخص می شود.مادربعداز ترخیص یکبار مراقبت شده و مشکلی نداشته است. مادر20روزبعدباشکایت تب ولرز،سرفه، سردردودردعضلانی به خانه بهداشت مراجعه کرده وتوسط پزشک خانواده ویزیت شده وداروتجویز می شودBP=90/60بود (درپرونده بهداشتی قید شده مادر به علت ill بودن وسابقه صرع به متخصص ارجاع می شود).طبق اظهار همسر متوفی ،به متخصص مراجعه می کنند ولی ایشان گفته نیازی به بستری نیست.مادر مجدداً 8روزبعد به علت تنفس مشکل وبی حالی به پزشک خانه بهداشت مراجعه کرده و برای مادر قرص سرماخوردگی ،کوآموکسی کلاو واکسپکتورانت ودکسترومتورفان تجویز می شود . 2روز بعددرساعت 21:45 به علت تنگی نفس به اورژانس بیمارستان ریفرال آنفلوانزا آورده می شود. موقع پذیرش هوشیاربود ،درسمع قلب تاکیکارد بود ودرسمع ریه کاهش صدا درریه چپ داشت وکراکل درهردوریه سمع می شد. علایم حیاتی :BP=90/60 PR=130 RR=22 BT=38 O2Sat=55%بدون اکسیژن وبا ماسک O2Sat=75% بود.مادر دربدو ورود به واحد CPR منتقل می شود ولی بعداز رویت CXR با شک به آنفلوانزا به اتاق ایزوله منتقل می شود. درCXR کدورت شدید هردوریه وپلورال افیوژن ریه چپ وجود داشت. در آزمایشات :WBC=16,700 PMN=72% Hb=10.5 PT=14.9 FBS=155 Cr=0.7 BUN=28 PLT=724,000 Hct=33.5 PTT=25 INR=1.3 D.Dimer=0.6 CTNI=Neg بود.برای مادر نمونه گلو اخذ و داروهای اوسلتامیویر،وانکومایسین،سفپیم،سیپروفلوکساسین وانوکساپارین با شک به ترومبو آمبولی ریه شروع می شود. مادر درساعت 23:30 دچار تشنج تونیک وکلونیک ژنرالیزه می شود.با دیازپام تشنج کنترل شده ومادرانتوبه می شود.مجدداً درساعت 00:15 بامداد تشنج کرده و والپروات سدیم شروع می شود.مادربا شک به آنفلوانزای H1N1 وعدم وجود تخت خالی ساعت 3:21 بامداد به بخش ICUریه بیمارستان دیگر اعزام می شود. علایم حیاتی قبل از اعزام :BP=110/80 PR=130 O2Sat=97%

مادر بدون توقف دراورژانس به بخش ICUریه منتقل می شود.علایم حیاتی موقع پذیرش در ICU ریه:

BP=120/100 PR=140 O2Sat=40% BT=36(دربیمارستان اول آپوتل تزریق شده بود)

هوشیاری درحد Light Coma بود . قلب درسمع تاکیکارد وفاقدسوفل وصدای اضافی بود.درسمع ریه کراکل فاین ورونکوس درهردوریه وجودداشت.مردمکها قرینه وراکتیوبه نوربود.مادربعداز ورودبه ونتیلاتوربا مد SIMV وصل شد.بعد از بستری برای مادر پروتکل آمیودارون شروع وسپس قطع می شود.درطول بستری علیرغم دریافت اکسیژن 100% ساچوراسیون اکسیژن همچنان پایین می ماند. فشارخون بتدریج کاهش یافته وباوجوددریافت لنوفد افزایش نمی یابد.برونده ادراری خوب بود.مادر درساعت 8:30دچاربرادیکاردی وسپس آسیستول می شودوبه اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات : WBC=5900 Hb=10.9 Hct=36.8 PLT=717,000 $ESR_{(1h)}$=117

CRP=2+ K=4.9 Na=141 PT=16.5 PTT=38 INR=1.48 FBS=98

BUN=17 Cr=0.9 ABG(ساعت6:23) PH=7.04 PCO2=77 HCO3=20.8

BE=-11 نمونه گلو از نظرآنفلوانزای H1N1 منفی بود.

توضیحات اعضای جلسه :

1- درCXR پنوموتوراکس وجودداشته ولی مورد توجه واقع نشده است.علت افت شدید ساچوراسیون اکسیژن دربدو ورود به ICU بررسی نشده است.

2- رزیدنت کشیک می بایست رزیدنت ارشد واتند آنکال را درجریان بیمار قرار می داد وهنگام ترک بخش ؛بیماررا به رزیدنت بعدی تحویل می داد.

3- پزشک خانواده درارجاع به موقع مادر به *بیمارستان ریفرال* کوتاهی کرده است.

4- علت مرگ مادر یک پنومونی ویرال تنها و Pure نبوده بلکه ARDS کمپلیکه می باشد.

علت مرگ پنومونی کمپلیکه می باشد. Complicated Pneumonia due to ---bacterial infection

Tension Pneumothorax

خانم 8

خانم 28ساله ، ساکن شهر ، BW=84 ، $G_3P_2AL_1$. سابقه 2 بار سزارین به علت فشارخون بالا ومرگ نوزاد به علت بیماری قلبی مادرزادی جنین،حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری توسط متخصص زنان بصورت مرتب انجام گرفته ومشکل خاصی نداشت.آزمایشات درخواستی نرمال بود.مادر درهفته 36 بارداری حوالی ساعت 15 دچار دردشکم شده وبه همسر خود اطلاع می دهد بعداز مراجعه همسر به منزل ساعت 20:36با 115 تماس می گیرند وهمکاران 115 بعداز تعبیه یک لاین وریدی می خواهند ماررا به مرکز آموزشی ببرند ولی مادر قبول نکرده وشخصاً به بیمارستان دیگر مراجعه می کند(ساعت رسیدن اورژانس 115 ساعت 21:43 ثبت شده است).مادر درساعت 21:30توسط مامای درمانگاه ویزیت شده وبرگ بستری نوشته می شود. علایم حیاتی توسط ماما BP=104/98وFHR =101-120 اندازه گیری شده است. مادر ساعت 21:35 توسط متخصص زنان ویزیت می شود.درآن موقع مادر هوشیار وشدیداً Pale بود.تهوع واستفراغ داشت واز درد شدید شکم در ناحیه RUQ شاکی بود.درمعاینه واژینال خونریزی نداشت وانقباضات رحمی داشت. علایم حیاتی BP=100/60 PR=80 FHR =140-180 بود.

ودرمعاینه واژینال TV:2cm/Ripe/C/I/Mobilبود. مادر با دستورات NST ،کنترل علایم حیاتی وFHR ورزرو دوواحد خون دربخش زایمان تحت نظر گرفته می شود.درهنگام اخذNST متوجه برادیکاردی جنین شده وبعداز اقدامات اولیه با احتمال دکولمان جفت ویا پارگی محل اسکار قبلی رحم، مادر بلافاصله با برانکارد به اتاق عمل فرستاده می شود. عمل ساعت 21:58 با بی هوشی عمومی شروع شده وبعداز باز کردن پوست وپریتوئن درداخل حفره شکم مقداری خون وجودداشت .بعداز ساکشن خون ،محل اسکار قبلی رحم بررسی می شود که مشکلی وجود نداشت. رحم با برش روی سگمان تحتانی باز شده ونوزاد با آپگار پایین ووزن 2850 گرم خارج می شود که بعداز احیا با آپگار 9/10 به NICU تحویل داده می

شود. بعداز خروج جفت ، رحم بدقت بررسی می شودپارگی نداشت.بعداز کوراژرحم بسته می شود.درضمن سوچور رحم متخصص زنان متوجه توده حجیم با قوام سفت شبیه کبددر ناودان پاراکولیک راست می شودکه از لگن تا زیر کبد کشیده شده بود.بلافاصله متخصص زنان آنکال ،متخصص جراحی عمومی ویکی از متخصصین زنان با سابقه نیز جهت کمک به اتاق عمل فرا خوانده می شود وبا یکی از اساتید زنان نیز مشاوره تلفنی می شود.ایشان توصیه می کنند هماتوم تاحد امکان پک شودواگر امکان داشته باشد شرایین یوترین ولیگامان انفاندیبولوپلویک لیگاتورشود. رحم جمع بودوپایه هماتوم از بالا به پایین بودودرمحل برش رحم خونریزی وجودنداشت درضمن معاینه پریتوئن روی هماتوم پاره شده وخون روشن فراوانی تخلیه می شود(ازته هماتوم خون روشن فوران می کرد).چند لیگاتور دوبل درمحل عروق خونریزی دهنده انجام می گیردوباشک به خونریزی از شبکه پامپنیفرم چند سوچور محکم درمحل خونریزی زده می شودومحل با 6 عددلنگاز پک شده وانسزیون شکم بسته می شود.بعداز اتمام عمل باوجود ترانسفوزیون 10واحدپکدسل ، 4واحد FFP وپلاکت وسرم درطول عمل، فشارخون پایین مانده واصلاح نمی شود.به علت افت شدیدهموگلوبین درحد5=Hb ودیستانسیون شکم با شک به پارگی آنوریسم عروق بزرگ شکمی مشاوره جراحی وجراحی قلب وعروق شده و توسط ایشان سوچورها بازویک برش وسیع میدلاین شکم داده می شود(ساعت 2 بامداد) ویک متخصص بیهوشی باگرایش جراحی قلب وعروق به اتاق عمل دعوت می شود.طبق یادداشت جراح ،هماتوم وسیع بوده وموقعیت رتروپریتوئن داشت وازمحل هماتوم خونریزی وOozing وجودداشت.به دلیل وسیع بودن وشکننده بودن هماتوم وفشارخون پایین (BP=57-60/30-40) واسیدوز شدید متابولیک ،چند لنگاز دیگردرمحل خونریزی گذاشته شده وشکم بسته می شود.عمل ساعت 3:15 بامداد تمام شده ومادرساعت 3:30 جهت مراقبت به ICU منتقل می شود. موقع ورود به ICU مردمکها دوبل میدیاز بوده وباوجود ادامه ترانسفوزیون خون ودریافت دوپامین واپی نفرین همودینامیک ناپایداربود.چنددقیقه بعد دچار برادیکاردی شده وعملیات احیا انجام می گیرد ولی پاسخ نداده وساعت 4 فوت مادر اعلام می شود.

درکل برای مادر 19واحد پکدسل-10واحد FFP-5 واحد کرایو- پلاکت -7 لیتر سرم نرمال سالین و2.5 لیتر رینگر تزریق شده بود وبرونده ادراری 200 سی سی ولی روشن بود.اولین پکدسل ساعت 22:35 وصل شده بود.

آزمایشات:

هفته 35 بارداری: Hb=14.1 U/A=Normal LFT=N

قبل از عمل : Hb=12.4 Hct=38.2 WBC=14,500 PLT=270,000 Urine Pro=2+

جواب اتوپسی: آسیب عروق کف لگن

توضیحات اعضای کمیته:

1. بیماردیر مراجعه کرده است و درزمان انتقال به اتاق عمل میزان هموگلوبین خیلی پایین بوده (درحدود Hb=5)وهموگلوبین گزارش شده در بدو پذیرش کاذب می باشد(به علت هیپوولمی وتغلیظ خون) که بعداز دریافت سرم وکریستالوئید اصلاح شده است.
2. درخونریزی های حاد میزان هموگلوبین شاخص خوبی برای تخمین میزان خونریزی نمی باشد.
3. مادر از نظر مامایی مشکلی نداشته وبیشتر مشکلات عروقی ویا تروما برای مادر مطرح است وبرای هماتومهای رتروپریتوئن کار زیادی نمی توان کرد(میزان مورتالیته بالای 90% می باشد).

4. مادربا درد RUQ وبسیارPale مراجعه کرده ومی بایست قبل از باز کردن شکم ،مشاوره جراحی می شد واحیا (reanimation)مادر مقدم برنجات جنین می باشد.

5. علت عدم گسترش هماتوم شوک مادر بوده وبعداز تزریق سرم ودادن حجم وبالا رفتن فشارخون ،خونریزی شروع شده است. با توجه به فوران خون از کف هماتوم ،خونریزی شریانی وبا احتمال خیلی زیاد پارگی آنوریسم عروق شکمی مطرح می باشد.

خانم 9

خانم 42ساله ، ساکن شهر ،BMI=23.5 ، G_2P_1 . سابقه یکبار زایمان طبیعی 8 سال پیش وLBW ، حاملگی خواسته بود. مراقبت قبل از بارداری داشته وبه علت هیپوتیروئیدی (TSH=35.5)از یکماه قبل از بارداری لوتیروکسین روزانه یک عددتوسط متخصص داخلی تجویز شده بود.مراقبت دوران بارداری از هفته10 درمرکز بهداشت شروع شده و8 بارتوسط کاردان مامایی و3بار توسط ماما ویکبارتوسط پزشک مرکز مراقبت شده بود.فشارخون در محدوده نرمال بود ولی وزن گیری نوسان دار بود.مادر در ماه 4 بارداری مصرف لوتیروکسین را با نظر متخصص داخلی قطع کرده ولی یکماه بعد به علت افزایش TSH با نصف قرص شروع می کند. آزمایشات : اوایل بارداری وهفته 28 نرمال می باشد.مادر در هفته 40 بارداری باشروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه می کند.درهنگام پذیرش (ساعت15): علایم حیاتی نرمال بود.درمعاینه واژینال TV:3cm/30%/C/II/-3بود. NST راکتیو بودو رحم کنتراکشن فعال داشت. مادر درلیبر تحت نظر گرفته می شود.درطول لیبر فشارخون ،ریت قلبی مادر وجنین نرمال ثبت شده است.در ساعت 22:30 علایم زایمانی کامل شده ومادر به تخت ژنیکولوژی منتقل می شود. درروی تخت FHR=100 بود.بعداز دادن اپی زیوتومی مادر بصورت ناگهانی دچار سیانوز وکاهش هوشیاری وبالاخره ارست تنفسی وقلبی ؟ می شود(ساعت22:45)برای مادر اکسیژن نازال وسرم رینگر وصل کرده وماساژقلبی شروع می شود.با هماهنگی اتاق عمل ومتخصص بی هوشی مادر جهت سزارین با برانکارد به اتاق عمل منتقل می شود. با حضور متخصص بی هوشی مادر انتوبه شده وعمل ساعت 22:50 با بی هوشی عمومی وبرش LML شروع می شود.درزمان شروع عمل BP=60/Puls PR=170 بود.حاصل سزارین نوزاد شل با آپگار 5/7 بود که بعداز احیابه مراغه اعزام می شود.خونریزی وهماتوم وجود نداشت.بعداز اتمام عمل وشروع تنفس خودبخودی(ساعت 24) مادراکستوبه شده و توسط متخصص قلب ویزیت می شود. مادرساعت 00:25 با علایم BP=50/33 PR=175 O2Sat=98% به بخش ICU جهت بررسی اکوکاردیوگرافی منتقل می شود.مادر در ICUبه مانیتور وصل شده وتوسط پزشک ICU ویزیت می شود.بعدازانجام اکوکاردیوگرافی Bed Side برای مادر سرم تراپی شروع می شود.درگزارش اکوکاردیوگرافی مشکل خاصی وجود نداشت.مادر درهنگام ورود به بخش ICU هوشیار بود وقادر به صحبت کردن بود.منگ بود ولی دیسترس نداشت. به شدت Pale بود وخونریزی واژینال داشت. درکیسه ادرار 10سی سی ادرار خونی وجود داشت.سوند بیمار تعویض می شود ولی تغییری دربرونده ادرار نمی کند. برای مادرماساژدودستی رحم شروع و 3 واحد پکد سل و5 واحد FFP ایزوگروپ وکراس مچ شده توسط متخصص زنان درخواست می شود.40 واحد سنتوسینون داخل یک لیتر سرم تجویز می گردد.به علت ادامه خونریزی 50 واحد دیگر سنتوسینون تجویز ،5 عدد شیاف میزوپروستول رکتال گذاشته می شود ولی خونریزی قطع نمی شود(رحم حالت آتونیک داشت). 3 عدد آمپول مترژین نیز تزریق می شود (آمپول پروستا گلاندین $F_2\alpha$ وجود نداشت).علیرغم انفوزیون 4 لیتر سرم برونده ادراری ناچیز بود.برای مادر با احتیاط 5 میلیگرم لازیکس وریدی دردونوبت به فاصله 45 دقیقه تجویز می گردد.ولی تغییری دربرونده نداشت. ریه ها Clear بود. 200 میلیگرم هیدروکورتیزون تزریق می گردد.برای مادر

آزمایشات CBC,PT,PTT,INR,Cr,BUN,K,Na وABGدرخواست می شود. به علت کالیبره نبودن دستگاه آنالیز گازهای شریانی انجام نمی گیرد.در ساعت 1:15 مادر دچار افت هوشیاری وافت ساچوراسیون درحد 86% می شود.مادر بلافاصله توسط پزشک ICU انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می شود با وصل به ونتیلاتور ساچوراسیون به 95% افزایش می یابد. با آماده شده یکد سل ها یک واحددر ICUترانسفوزیون می شودوواحد دیگر به پرستار اتاق عمل تحویل داده می شود. متخصص قلب با استاد معین قلب مشورت می کند وایشان ذکر می کند با توجه به شرایط بیمار جبران حجم وقطع خونریزی دراولویت می باشد ودرصورت شک به آمبولی مایع آمینوتیک اکسیژن پرفشار تنها درمان درشرایط حاضر می باشد.درساعت 1:30 به علت عدم افزایش فشارخون وادامه خونریزی مادر جهت هیستریکتومی به اتاق عمل منتقل می شود. درزمان ورود به اتاق عمل مادر دچار ارست قلبی تنفسی می شود.طبق یادداشت متخصص بی هوشی مادر درزمان استقرار درروی تخت اتاق عمل فاقد پالس وفعالیت الکتریکی قلب بودومردمکهادوبل میدریازوبدن واکنش به نور بودند.همزمان با عملیات احیا لاپاراتومی شروع می شود. شکم فاقد خون وهماتوم بود واز محل برش خون جاری نمی شد.مادر به عملیات احیا پاسخ نداده وفوت می کند. شکم بدون انجام هیستریکتومی بسته شده وجسد به پزشکی قانونی منتقل می شود.علت مرگ براساس گزارش پزشکی قانونی آمبولی مایع آمینوتیک می باشد.

جواب آزمایشات:

قبل از زایمان WBC=6,200 PLT=174,000 Hb=12.3 Hct=30.4

بعداز زایمان WBC=19,000 PLT=200,000 Hb=8 Hct=26.4

Cr=1.3 Urea=22 SGOT=145 SGPT=139 BIL=0.26 Uric Acid=6.3

Chol=132 TG=287 BS=240 K=4.2 Na=145

توضیحات اعضای کمیته:

1. زنانیکه هیپوتیروئیدی دارند وقصد بارداری دارند باید تا نرمال شدن TSH(TSH=2.4) حاملگی را به تاخیر بیاندازند ودردوران حاملگی نیز TSHوهورمونهای تیروتیدی هرماهه وقبل از زایمان وبعداز زایمان کنترل شود.کم کاری تیروتید سبب Fetal Loss وزایمان زودرس می شود.درمورد این مادر باتوجه به اینکه 20 روز قبل از زایمان TSH=7.9 بودهیپوتیروئیدی نمی تواند در مرگ مادر نقش داشته باشد.
2. باتوجه به پارتوگرام زایمان درمادراز نوع زایمان سریع بوده واحتمال آمبولی مایع آمینوتیک دراین موارد بیشتر از نرمال می باشد
3. باتوجه به ارست تنفسی مادر درروی تخت زایمان بهتر بود انتوباسیون نیز دراتاق زایمان انجام می شد.
4. باتوجه به تشخیص آمبولی مایع آمینوتیک واحتمال حوادث بعدی اکستوباسیون مادر وانتقال به بخش ICU اشتباه بوده وبایستی مادردراتاق عمل manage می شد.
5. خونریزی رحمی به علت هیپوکسی ناشی از ارست تنفسی وآمبولی مایع آمینوتیک(توکسیسیته مایع آمینوتیک) بوده وغیر قابل اجتناب بود.

خانم 10

خانم 24 ساله ،ساکن شهر،باسواد متوسطه،BMI=20 ، G1P0،کیس شناخته شده سیروز کبدی وکاندید پیوند کبد، تحت نظر فوق تخصص گوارش (ایشان تاکید کرده بود نباید حامله شود ولی مادر از روشهای کنتراسپشن مطمئن استفاده نمی کرد).مادر مراقبت پیش از بارداری نداشت وحاملگی خواسته بود (همسر متوفی از بیماری ایشان اطلاع نداشته است).نامبرده بدنبال اطلاع از بارداری به مرکز بهداشت مراجعه نموده واز آنجابه کلینیک تخصصی شهرستان ارجاع می شود .مادرچندروز بعد به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده ویک روز دربخش زنان تحت نظر گرفته می شود. بعداز انجام آزمایشات مرخص شده وبه صورت سرپایی به کلینیک مادران پرخطر ارجاع می شود.مادر به درمانگاه پرخطر مراجعه وجهت ختم بارداری به پزشکی قانونی معرفی می شود. بعداز انجام مراحل قانونی دربیمارستان دانشگاهی بستری می شود.موقع بستری : درمعاینه سمع قلب وریه نرمال بود ودرشکم آسیت وجود داشت(Shiftting Dullness مثبت بود).

علایم حیاتی :BP=110/70 PR=88 RR=18 BT=37 بود.

آزمایشات : PLT=61,000 Hb=9.4 PT=16.8 PTT=36 INR=1.6 Cr=0.7 Fib=202

SGOT=60 SGPT=36 TSH=3.4 بود

.درسونوگرافی چند سنگ درکیسه صفرا وجودداشت.ضخامت کیسه صفرا درحداکثرنرمال بود وکبد چروکیده بود.ارگانومگالی نداشت.بعداز بستری 5واحدپلاکت،3واحد FFP و2 واحد پکدسل ویک عدد ویتامین K عضلانی تزریق ومشاوره بی هوشی وداخلی درخواست شده وبعداز تائید آنها مورخ 94/9/18 بنا به توصیه متخصص داخلی با تزریق 4واحد پلاکت،2 واحد FFP ویک واحد پکدسل ویک عدد آمپول ویتامین Kبا بی هوشی عمومی درساعت 13:25 ختم بارداری داده می شود. سن بارداری در موقع ختم حدود 11 هفته بود.مادر بعداز ریکاوری با علایم حیاتی Stable به بخش ICU منتقل می شود. دستورات بخش ICU: رزرو4 واحد پکدسل (3واحد کراس مچ شده)-رزرو 10واحد پلاکت-رزرو10واحد FFP – تعبیه سوند فولی وکنترل I/O – کنترل V/B ومشاوره داخلی روزانه.

دربخش ICU علایم حیاتی : BP=118/79 PR=75 O2Sat=97%بودودرنوارقلبی T invert وجود داشت.

<u>*روزدوم بعدازعمل*</u>: مادرهوشیاروعلایم حیاتی Stableاست .تب دار نیست وخونریزی فعال واژینال ندارد.

دوروز بعد با نظر متخصص داخلی به بخش منتقل شده وروز بعد با نظر متخصص داخلی باداروهای اسپیرونولاکتون25 میلی گرم هر12 ساعت،لازیکس 40میلی گرم روزانه وپردنیزولون25 میلی گرم هر12 ساعت مرخص می شود.مادر 2 روز بعداز ترخیص درمنزل فوت می کندو برگ فوت توسط پزشک عمومی یکی از مراکز نوشته می شود.

علت مرگ با احتمال زیاداختلالات انعقادی درزمینه سیروز کبدی(ترومبوزسینوسهای وریدی مغزی ویا شکمی) بوده است.

- پریتونیت باکتریالSBP درتشخیص افتراقی قراردارد.

توضیحات اعضای جلسه :

1. دربیماران مزمن کبدی قبل از هر اقدام تهاجمی باید آندوسکوپیScreening برای بررسی گرید واریس مری انجام شود ودرصورت وجود واریس مری گرید IIوIII جهت جلوگیری از خونریزی قبل از هراقدام باند لیگاسیون انجام شود.

خانم 11

خانم 32ساله ، ساکن شهر ،دیپلم، G_1P_0 . سابقه 6 سال نازایی، سابقه افسردگی ومصرف فلوکستین ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی درمطب متخصص زنان شروع شده ومرتب مراقبت شده بود.درماه ششم حاملگی به علت طپش قلب وسستی وبی حالی به متخصص قلب ارجاع می شود . مادر به درمانگاه قلب مراجعه می کند. نوار قلبی اخذ ومادربه متخصص قلب معرفی می شودولی مراجعه نمی کند(همچنین دوبار توسط پزشک مراقب به علت تنگی نفس فعالیتی به متخصص ریه ارجاع شده بود ولی مادر مراجعه نکرده بود).مادر هفته 34 بارداری دچار آبریزش شده و طبق توصیه پزشک مراقب به علت عدم همخوانی ارتفاع رحم وسن حاملگی (احتمال IUGR)ساعت 8:45 صبح به اورژانس بیمارستان آموزشی مراجعه می کند.موقع مراجعه :معاینه قلب وریه نرمال بود. علایم حیاتی : BP=110/70 PR=82 RR=18 BT=37 FHR=130بود. درمعاینه واژینال آبریزش داشت.

TV:2-3cm/30%/Nc/r/-3 . برای مادر NST وپروفیل بیوفیزیکال درخواست می شود .NST به علت نبود مانیتورخالی انجام نمی گیرد ودر سونوگرافی پرزنتاسیون بریچ واندکس مایع 6 بود ودراسکور پروفیل 8/8 بود. مادر به علت نبود تخت خالی دربخش زایمان، دراورژانس تحت نظر گرفته می شود.مادر ساعت 13:30به بخش زایمان منتقل شده وبه علت پرزنتاسیون بریچ،پره ترم لیبر وپیشرفت زایمان بعداز سوندااژوتهیه نمونه آزمایشات روتین بصورت اورژانسی جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.از ساعت 10:15 لغایت 13:30 فقط FHR کنترل شده بود.موقع انتقال به اتاق عمل : علایم حیاتی : BP=130/80 PR=80 RR=12 BT=37بود ومعاینات قلب وریه نرمال ثبت شده بود.درمعاینه واژینال1—2-/50-60%/TV:5cm داشت.

عمل راس ساعت 14:20 با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان نوزادپره ترم با آپگار 9/10 بود.بعداز سوچوررحم وترمیم پریتوئن احشایی رزیدنت متوجه خونریزی از محل میوم بزرگ می شود .درسونوگرافی میومهای متعدد کوچک گزارش شده بود. به رزیدنت چیف اطلاع می دهند وایشان نیز به فلوی پریناتولوژی اطلاع می دهد. به علت عدم کنترل خونریزی با نظر فلوی محترم ،میوم خونریزی دهنده را که قطر 4*5cmداشته و ساب سروزال وپدیکوله بوده رزکت می کند.ولی خونریزی قطع نمی شود دوباره با فلوی پریناتولوژی تماس می گیرندوایشان به اتاق عمل آمده محلهای خونریزی را سوچور می زند.به علت Oozing از محل سوچور پودر رسپاندر ریخته شده وعمل درساعت 16:30 خاتمه داده می شود. دراواخر عمل(ساعت 16) به علت طولانی شدن عمل وبرگشت حس بیمار، بی هوشی عمومی داده می شود.درانتهای عمل مادر دچار افت فشارخون (؟)وافت ساچوراسیون اکسیژن وPVC های مکرر می شود.فشارخونهای ثبت شده در چارت بی هوشی درهمان زمان 100/80 بود.درABG اسیدوز شدیدداشت (PH=6.92 PCO2=71 PO2=99 HCO3=14.6 BE=-18 O2Sat=91%).

7ویال بی کربنات تزریق می شود. اسیدوز تاحدودی اصلاح می شود به علت عدم توانایی در اکستوبه کردن مادر ساعت 18:15 مستقیماً از اتاق عمل به ICU منتقل می شود.دراتاق عمل 4 لیتر سرم رینگر تزریق شده بود و800 سی سی ادرار داشت.موقع انتقال به ICU علایم حیاتی مادرStable بود(BP=120/80 PR=90 وریتم قلب سینوسی بود).برای مادر مشاوره داخلی درخواست شده وبا نظر فلوی پریناتولوژی یک واحد پکدسل ترانسفوزیون می شود (بعداز اتمام عمل خونریزی واژینال درحد P.Pبود) .طبق یادداشت مشاور داخلی (ساعت20:30):مادر انتوبه بوده وسدیت می باشد.BP=122/80 HR=102و ABG : PH=7.26 PCO2=39 O2Sat=100% است.درسمع ریه ها کراکل نرم بصورت منتشر درهردوریه سمع می شود.درگرافی سینه سایز قلب نرمال وپرخونی وادم دورناف دوطرفه گزارش شده است که با بالین بیمار هم خوانی ندارد ودستورات :تنظیم Setting ونتیلاتور روی فشار مثبت –کنترل I/O –آمپول لازیکس 40mg Stat وسپس 40mg هر12 ساعت- انفوزیون آمینواسید 125 میلی گرم درعرض یک ساعت(Alb=2.6)–چک آزمایشات BUN,Cr,CBC,Na,K- اکستوباسیون بیماردرصورت

Clear شدن ریه در سمع را توصیه می کند. برای مادر جهت اکو وبررسی وضعیت قلب ،مشاوره قلب نیز درخواست می شود.مشاورقلب اکوی بدساید انجام می دهد. یادداشت مشاور قلب:درسمع قلب سوفل III/VI سیستولی درLSB وجود داردوبرای مادر PTEمطرح می باشد.شرایطی که منجر به آمبولی شده احتمالاًبیماری قلبی بوده است وPPHدرتشخیص افتراقی مطرح می باشد.

جواب اکو: LVEF=50% کاهش RVEF RVP=95mmHg TRV=85mmHg Modrate TR RAE, RVE,

توصیه می شود: درصورت نداشتن کنتراندیکاسیون از نظر مامایی ، هپارین فول دوز شروع شود(5000 واحد دوزاولیه وسپس انفوزیون 1000U/h)- PTT>60 نگه داشته شود-درخواست D.Dimer –انجام CT آنژیوگرافی درصورت Stable شدن مادر-انفوزیون لازیکس 2mg/h –کنترل Hb,I/O –انتقال به ICU ریه ودرصورت عدم انتقال تلاش برای اکستوبه کردن مادر.

درساعت 22:30 رزیدنت ارشد که با دیدن انتقال دستگاه اکوبه ICU متوجه بدحالی مادر شده بود بربالین بیمار حاضر شده وبه فلوی مقیم اطلاع می دهد وایشان نیز به ICU آمده وساعت 22:40 به اتند آنکال اطلاع می دهد وایشان سریعاً بر بالین مادر حاضر می شود ومادررا ویزیت می کند.با نظر موافق ایشان هپارین فول دوز ساعت 23 شروع می شود.

درشرح حال اخذ شده توسط اتند آنکال، همراهان اظهار می کنند مادردر2 ماه اخیر تنگی نفس فعالیتی داشته وقادر به انجام کارهای منزل نبوده است واغلب اوقات استراحت می کرده است.برای مادر مشاوره دوم قلب جهت انتقال به CCU درخواست می شود.رزیدنت مشاور قلب بعداز ویزیت مادر با نظر استاد آنکال پاسخ می دهد درحال حاضر با توجه به همودینامیک Stable فقط درمان آنتی کوآگولانت لازم است وبه محض Stable شدن ، CT آنژیوگرافی ریه انجام گیرد.وجهت انتقال به ICU ریه مشاوره شود. درصورت رد شدن آمبولی ریه جهت بررسی Severe PH مجدداً ویزیت شود.برای مادر مشاوره ریه درخواست می شود. بعداز هماهنگی رزیدنت داخلی باICU ریه، مادر ساعت 1:45 بامداد با آمبولانس 115 وهمراهی رزیدنت سال 1و2 زنان ورزیدنت بی هوشی بصورت انتوبه وونتیلاسیون بامیکروونت به بیمارستان جنرال منتقل می شود.

علایم حیاتی قبل از انتقال:BP=122/88 PR=98 RR=16 BT=38

موقع ورود به اورژانس (ساعت 2 بامداد) علایم حیاتی :BP=96/60 PR=145 RR=24 O2Sat=97%بود.

مادر ساعت2:45 به ICU ریه منتقل شده وبه ونتیلاتور وصل می شود.موقع پذیرش درICU ریه.شدیداً بی قرار بود. دیسترس تنفسی وتعریق شدید داشت.درسمع ریه کراکل منتشر درهردوریه سمع می شد.به رزیدنت داخلی اطلاع می دهندورزیدنت زنان بصورت ثابت بالای سر بیمار مستقرشده وهرنیم ساعت مادررا ویزیت می کند. رزیدنت داخلی ، همان دستورات بیمارستان قبلی+سرم h/s+ویال%DW50(BS=80)را orderمیکند.

علایم حیاتی ثبت شده همواره درحد BP=115-120/90 PR=130-140ثابت بود ولی ساچوراسیون اکسیژن گاهی به 94% می رسیده است با FIO2=60%.مردمکها Reactiveبودند.برونده ادراری نرمال بود.خونریزی واژینال درحدp.p بود وشکم فاقد دیستانسیون وتندرنس بود.

مادر ساعت 7 بامداد دچار برادیکاردی شده وارست قلبی می کند . به رزیدنت داخلی وزنان اطلاع می دهند وعملیات احیا شروع می شود.با وجود ادامه عملیات تا حدود45 دقیقه پاسخ نمی دهد. ومادر فوت می کند. جسد مادر جهت اتوپسی به پزشکی قانونی منتقل می شود.

جواب آزمایشات: WBC=18,000 Hct=40.1 Hb=13.1 PLT=155,000

PT=13 PTT=31 INR=1.2 SGOT=29 SGPT=8 LDH=657 Alb=2.6 Cr=0.8

Urea=24 Uric Acid=4.8 Mg=1.6 P=5.6 Fib=326 K=4.6 Na=140 Ca=7.8

بیمارستان دوم

INR=1.3 PTT=57 PT=14.5 Hct=49.1 Hb=15.7 WBC=31, 400

P=7.2 Urea=32 Cr=1.4 LDH=1144 ALP=325 SGPT=11 SGOT=46

Mg=1.8 Na=147 K=5.2

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادرکیس پرخطر برای حاملگی بوده واگر قبل از بارداری شناسایی می شد احتمالاً اجازه حاملگی داده نمی شد.میزان مرگ ومیر دراین افراد خیلی بالاست.
2. مادربه علت داشتن میومهای متعدد(هرچند کوچک) از اول باید توسط یک تیم جراحی باتجربه مدیریت می شد نه رزیدنت سال2
3. مدیریت جراحی وبی هوشی مادر دراتاق عمل صحیح نبوده واین موضوع باعث تشدید بیماری زمینه ای مادر شده است(مادر دراتاق عمل دچار اسیدوز تنفسی شده ودراین شرایط بیماربلافاصله انتوبه شودویا اگرقبلاً انتوبه شده هیپر ونتیله گردد. تجویز 7 واحد بی کربنات مشکل بیمار را زیاد کرده است)
4. خونریزی از پدیکول میوم به علت فشار بالای وریدی بوده ومقدار خونریزی به علت عدم مدیریت صحیح دقیق برآورد نشده است.
5. در ICU ریه ،رزیدنت داخلی می بایست به فلوی ریه واتند آنکال اطلاع می داد.
6. در آمبولی ریهTRV<50 mmHg می باشد.
7. درپرونده بیمارستانی مادرمشکل مستند سازی وجود دارد(با وجود افت فشار وساچوراسیون درحین بی هوشی(طبق شواهد ،فشارخون های ثبت شده درمحدوده نرمال بود)
8. اکستوباسیون زودهنگام مادر تصمیم اشتباهی بوده ونمی بایست برای آن تلاش می شد.

خانم 12

خانم 25ساله ، لیسانس ، BMI<20 ، G_2P_1 . سابقه سزارین 4 سال پیش وحاملگی ناخواسته بود.

مراقبت دوران بارداری بصورت منظم درمطب متخصص زنان صورت گرفته وپرونده بهداشتی ندارد.طبق اظهار خانواده از شروع ماه هشتم بارداری از درد شکم شاکی بودودراواخر نیزظاهر ایکتریک و پولی دیپسی داشت ولی FBS وGTT نرمال بود.

همسر متوفی در هفته 37-38 بارداری حوالی ساعت 16 با پزشک معالج تماس تلفنی گرفته وشروع دردهای زایمانی مادرراذکر می کند وپزشک توصیه می کند به علت سابقه سزارین سریعاً به بیمارستان مراجعه کرده وبستری شود.مادر با تاخیر، ساعت 21 به بیمارستان مراجعه میکند.موقع مراجعه هوشیاربود.ازدرد شدید شکم درسمت راست شاکی بود .علایم حیاتی نرمال (BP=130/80 PR=78 FHR=144) بود وانقباضات رحمی فعال داشت.مادر توسط مامای بلوک زایمانی معاینه می شود.درمعاینه واژینال: دیلاتاسیون وافاسمان کامل بود .پرزنتاسیون سفالیک وایستاسیون صفر بود.درمعاینه ساک پاره شده ومایع روشن بود.مادربرای زایمان واژینال گذاشته می شود . سرجنین تا ایستاسیون+2 نزول می کند ولی باوجوددادن اپی زیاتومی زایمان پیشرفت نمی کند وحتی واکیوم نیزگذاشته می شودولی مادرهمکاری نمی کند(نمی خواست زایمان طبیعی

بکند).پزشک با احتمال پارگی ناقص رحم از محل اسکارقبلی، مادررا بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل کرده وعمل راس ساعت 21:30 با بی هوشی عمومی شروع می شود(علایم حیاتی قبل از شروع عمل BP=90/60 HR=110بود).حاصل زایمان نوزادپسر با آپگار پایین ووزن 3450 گرم بود که بعداز احیا به بخش منتقل می شود.درمحل عمل چسبندگی وسیع داشت ومثانه ادماتوبود.برش محل عمل به سمت چپ اکستنشن داشت که سوچور زده می شود وخونریزی تاحد ممکن کنترل می شود(طبق اظهار کمک جراح 10 عدد لنگاز و20 عدد گاز مصرف شده بود).شکم با گذاشتن درن بسته شده وعمل ساعت 23 پایان می یابد ولی مادر بیدار نمیشود.بنابراین دراتاق عمل با آمبو بگ ونتیله شده و2 واحدپکد سل برای ترانسفزیون درخواست می شود. اولین کیسه خون ساعت 23:30 وصل می شود.طبق اظهار متخصص بی هوشی بعداز اتمام عمل فشارخون پایین بود ومادر بشدت هیپوترم بود .تنفس بیمار نامنظم بود به همین علت با آمبوگ کمک تنفسی می شد،حتی از متخصصی بی هوشی دوم مشاوره گرفته شد. (متاسفانه مستندات حوادث اتاق عمل ناقص می باشد).برای مادر 3 لیتر سرم رینگر تزریق می شود ولی برونده ادراری 50 سی سی درعرض 5 ساعت بود. برای مادر تستهای انعقادی ویا ABGدرخواست نشده بودوHb=8.3درساعت1:45بامداد بود.

به علت عدم برگشت هوشیاری مادر ودیستانسیون شکم، ساعت 6 صبح بااحتمال خونریزی داخل شکم، باتزریق کتامین مجدداً شکم بازمی شود . بعداز باز کردن سوچور ها داخل شکم در رتروپریتوئن خونابه وهماتومهای کوچک وجودداشت.روده ها بشدت ادماتو بودندوتعبیه NGT تاثیری در شدت تورم روده ها نداشت.بعداز تخلیه هماتوم وکنترل خونریزی کف لگن با دولنگاز پک شده وعمل هیستریکتومی انجام می گیرد.به علت پایین بودن فشارخون(BP=60-70) 6 واحد پکدسل درخواست وترانسفوزیون می شود.مادر بعداز اتمام عمل همچنان دراتاق عمل مراقبت می شود. به علت ادامه ترشحات سروزی از درن وعدم افزایش فشارخون از متخصصین جراح عمومی مشاوره درخواست می شود .بعداز ویزیت مادر توسط دوجراح عمومی ،تصمیم به لاپارتومی تجسسی گرفته می شود.عمل سوم درساعت 11:30صبح توسط متخصص جراحی عمومی با برش مید لاین شروع می شود. درداخل شکم لخته وخون روشن وجودداشت وخونریزی بصورت Oozing از رتروپریتوئن ومحل استمپ هیستریکتومی وجودداشت.پس از کنترل خونریزی وهموستاز با تعبیه دو درن ساعت 13 شکم بسته می شودو2 واحد خون کامل ،5 واحد FFP و2 واحد پلاکت تزریق می شود(PT=27 PTT=64 INR=3.7 PLT=111,000) بعداز اتمام عمل وتزریق خون وفرآورده ، تنفس ورفلکسهای مادر برمی گردد ولی اولیگوری اصلاح نشده وبامتخصص داخلی جهت انتقال بیمار به بخشICU مشاوره می شود. بعد از ویزیت مشاور داخلی ، به علت برگشت نسبی هوشیاری وFight مادر،توسط متخصص بی هوشی اکستوبه می شودولی تحمل نکرده وباتزریق 30 میکروگرم فنتانیل مجداً انتوبه می شود و مستقیماً از اتاق عمل به بخشICU منتقل می شود(مادر حدود18 ساعت دراتاق عمل بود).موقع پذیرش درICU (ساعت 16)مادر انتوبه وسدیت بود.مردمکها سیمتریک وراکتیوبه نور بود.بدن سرد بوده ونبضهای محیطی ضعیف بود.قلب تاکیکارد بوده وهمودینامیک ناپایداربوده وفشارخون وابسته به انفوزیون لئوفد بود. BP=100/60 HR=130.درسمع ریه ویزینگ دوطرفه وکراکل کورس داشت. RR=32 O2Sat=98% ودر ABG: (PH=7.05 PCO2=26 HCO3=7) بود.درملتحمه سوب ایکتر داشت ودرکیسه ادرار 500 سی سی ادرار وجود داشت (از اتاق عمل با این حجم تحویل گرفته شده بود).ادم اندامها راداشت.مادربعداز پذیرش به ونتیلاتور بامد SIMV وصل می شود.ساعت 20 ترشحات NGT خونی شده وبا دستور متخصص داخلی ، معده با 2 لیتر سرم شستشو ویک عدد آمپول پنتوپرازول تزریق وسپس با دوز 8mg/hانفوزیون می شود.محل پانسمان به علت خیس شدن چند بار تعویض می گردد. PLT=32,000 WBC=1,700 Hb=9.3 Hct=26 بود.10واحد پلاکت و2 واحد FFP درخواست می شود.به علت هیپوترمی مادرباچند عدد پتو پوشانده می شود.هوشیاری مادر

بتدریج بهتر شده وصبح روز بعد به حد (GCS=9) می رسد ولی همودینامیک همچنان ناپایداربودوفشارخون وابسته به لئوفد بودو برونده کلیوی کم بود(150 سی سی درعرض6 ساعت).

روز سوم بستری : مادردرفاز استئوپور است وهمودینامیک همچنان ناپایدارمی باشد BP=80/40 HR=110 O2Sat=96%. تاکی پنه وتبBT=39.5دارد. برای مادر CVP Line تعبیه می شود.برونده ادراری ندارد وشکم دیستانته می باشدولی گاردینگ ندارد.ترشحات درن سمت چپ خونابه وسمت راست از نظر ترکیب شیمیایی شبیه ادراراست.محل پانسمان به علت خیس شدن چند بار تعویض می شود وبرروی سینه وپروگزیمال اندامها پتشی وپورپورا وجوددارد.PLT=20,000 و PT=19.8 INR=2.1 بود.درCXR ادم ریه وجود دارد.یک زخم سوختگی در روی دست چپ به اندازه 10*10 سانتیمتر که دراتاق عمل ایجاد شده مشاهده می شود. به علت بی قراری سدیت شده ودستور کشت خون وادرار وآمپول وانکومایسین وسیپروفلوکساسین Order می گردد(قبلاً مترونیدازول وایمی پنم دریافت میکرده است).عصر بتدریج دچار افت هوشیاری شده وحوالی ساعت 20 شب به فاز Deep Coma می رود.مردمکها دوبل میدریاز وبدون واکنش به نور می شود وساچوراسیون اکسیژن با FI2=100%به 88% می رسد. برای مادر مشاوره ریه ونرولوژی درخواست می شود.مشاورریه باتوجه به سیر بالینی احتمال ICH ویاهیپوکسی شدید مغزی طی ساعات گذشته را مطرح می کندوتوصیه می کند بیماراز نظر ریوی مراقبت شودوجهت برقراری ادرار 200 سی سی نرمال سالین به همراه 60-40 میلی گرم لازیکس هر15 دقیقه انفوزیون شودوچند بار تکرار شود.لام خونی محیطی از نظر شیستوسیت بررسی گردد.طبق تجویز جراح عمومی 200 میلی گرم هیدروکورتیزون ،8 پاف اسپری سالبوتامول،اسپری آترونت وسروتاید و 8 میلی گرم دگزامتازون داده می شود.مشاور نرولوژی که درساعت 20 مادررا ویزیت کرده بودطبق یادداشت ایشان مادر هیچ یک از علایم زیستی CNS را ندارد.مردمکها دوبل میدریاز ونان راکتیو می باشد واقدام خاصی لازم نیست.

روز چهارم بستری:وضعیت همودینامیک همچنان ناپایداربوده وابسته به لئوفد می باشد. به علت تاکی کاردی بادادن فنتانیل جهت کاهش ریت قلب ،دوپامین نیز شروع می شود.مردمکها دوبل میدیاز وبدون واکنش به نور می باشد.به تحریکات درد ناک پاسخ نمی دهد.ادم ژنرالیزه شدید دارد.درساعت 9 بامداد مشاور نرولوژی درخواست می شود. طبق یادداشت مشاور:مادردرفاز Deep Coma قرار دارد.مردمکها دوبل میدیاز بوده ورسپانس واضح به نورندارد. ته چشم ادماتوبوده وحاکی از ادم ژنرالیزه است وتوصیه می کند دگزامتازون،فنی توئین ورانیتیدین شروع شودودرصورت عدم پاسخ 2بار به فاصله 6 ساعت EEGاخذ شود.حوالی ساعت 12 ظهرطی گزارش تلفنی از شبکه وجود مادر بدحال دربیمارستان به معاونت درمان گزارش می شود.تیم معاونت درمان بلافاصله دربیمارستان مذکور حاضر شده وبا کسب رضایت از اطرافیان ،مادربا آمبولانس مجهز 115 ومیکروونت به بخش ICU ریه منتقل می شود.یکی از اساتید زنان با مدیرمحترم گروه جراحی واساتید بخش نفرولوژی ، ریه و نرولوژی جهت مدیریت درمان مادر هماهنگ شده ویک تیم فوق تخصصی تشکیل می شود. مادر توسط استاد مقیم نرولوژی ویزیت می شود.متاسفانه علایم فعالیت CNS وجود نداشت.دراکوپرتابلEF=50% بود ویافته ای به نفع PTE نداشت.به علت Brain Death بودن مادر، لاپاراتومی تجسسی منتفی شده وکارزیادی قابل انجام نبود.مادر روز دوم بستری در ICU ریه فوت کرد.

جواب آزمایشات:

آزمایشات قبل از عمل انجام نشده است.

LDH=1545 CPK=1526 ALP=507 SGPT=42 SGOT=95.5 سرمPro=3.7 Alb=2.1

Urea=40 Cr=1.7—2.2 CTNI=2 CKMB=140

گزارش پزشکی قانونی: تابلوی فوت DIC وعلت مرگ نارسایی ارگانهای بدن ناشی از شوک هیپوولمیک تشخیص داده شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. بیماردیر مراجعه کرده است
2. تورم روده ها به علت دستکاری زیاد در فیلد عمل بود.
3. اسیدوز متابولیک شدید(طبق اظهار متخصص بی هوشی دوم)نشانگر وجود هیپو پرفیوژن بافتی ناشی از شوک هیپوولمیک می باشد.
4. تزریق خون وفرآورده های خونی باید زود شروع می شدوبه موقع جلوخونریزی گرفته می شد.
5. با استاد معین مشورت نشده است.زمانیکه برای یک مادر Multidisciplinary Care در هریک از بیمارستانهای غیر دانشگاهی نیاز باشدباید سریعاً استاد معین وسیستم دانشگاهی درجریان قرار گیرد.
6. مراقبت در بخش ICU نیز مناسب نبوده است .

خانم 13

خانم 17ساله ، ساکن روستا،G_1P_0, BMI =27 ، سابقه بیماری خاصی نداشته است. حاملگی خواسته بود

مراقبت پیش از بارداری داشته ویکسال قبل از بارداری به علت کلسترول وتری گلسیرید بالا(Chol=212 TG=277) به پزشک ارجاع شده بود ولی پس خوراند نداشت.مراقبت دوران بارداری از هفته 9درخانه بهداشت شروع شده و6بارتوسط بهورز ،10بار توسط ماما و6بار توسط پزشک مرکز بهداشتی مراقبت شده بودو3بارنیز به به متخصص زنان ارجاع شده بود .درپرونده بهداشتی فشارخون مادر درتمام مراقبتها نرمال قید شده بودولی وزن گیری نوسان داربود.درهفته 27حاملگی توسط پزشک به علت ادم وافزایش وزن ناگهانی به بیمارستان ارجاع فوری شده بود ولی پس خوراند نداشت وپیگیری هم نشده بود(مادر مراجعه نکرده بود).

در آزمایشات اوایل حاملگی وهفته 27 غیر از پیوری مشکل دیگری نداشت وپزشک مرکز کپسول سفالکسین تجویز کرده بود. در سونوگرافی معیارهای رشدچهارگانه نرمال بود. آخرین مراقبت (7روز قبل از فوت)توسط ماما درخانه بهداشت انجام شده بود . BP=100/70 بود. برای مادر U/Aدرخواست می شودوتوصیه می شود با جواب آزمایش به پزشک مراجعه کند.طبق اظهار اطرافیان ، متوفی درچندماه اخیر از خستگی زودرس شاکی بودوازحدودیک هفته قبل سوزش سردل ودرد سینه با انتشار به بازوی چپ راذکر می کرد.مادر درهفته 32 حاملگی شب ساعت 23:15هنگام صرف شام بدنبال بلند شدن بصورت ناگهانی دچارارست شده وبی هوش می شود. مادررا با وسیله شخصی به بیمارستان می برندودراورژانس پزشک اعلام می کند مادر خیلی وقت است که تمام کرده است.

دراتوپسی 500 سی سی مایع شفاف درپریکارد وهیپرتروفی بطن چپ وجود داشت .علت مرگ کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک وآریتمی قلبی گزارش شده است.

تشخیص علت مرگ : آریتمی خطرناک درزمینه کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک (HMD)

توضیحات اعضای کمیته:

1. **مادر به علت ادم وافزایش وزن ناگهانی ارجاع فوری شده ولی مورد توجه واقع نشده وپیگیری هم نشده است. با توجه به نتیجه اتوپسی مادر شواهد نارسایی قلبی داشته است وعلت افزایش وزن تجمع مایع در ارگانهای مختلف بوده است .**

خانم 14

خانم 36ساله ، ساکن روستا BMI=29.9، G_3P_2 . سابقه دوبارزایمان طبیعی که آخرین زایمان 5 سال قبل بوده واز IUD برای پیشگیری استفاده می کرده است. حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته ودرپرونده سلامت یکبار فشارخون 160/80 ثبت شده وبه همین علت به متخصص داخلی ارجاع شده بود وایشان کنترل های مرتب را توصیه کرده بود.فشارخون توسط ایشان BP=110/70 اندازه گیری شده بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 7 حاملگی درخانه بهداشت شروع شده و9 بار توسط بهورز،14 بار توسط ماما و5 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود.مادر درهفته 21 حاملگی به علت طپش قلب وتنگی نفس به متخصص قلب ارجاع شده وتوسط طب اورژانس ویزیت شده بود دربرگ پس خوراند O2Sat=98% ,NSR وبدون علایم PTE ثبت شده بود.چندین بار به علت ضعف وبی حالی شدید وتهوع واستفراغ به متخصص زنان وداخلی ارجاع شده وفشارخون گاهی بالا ،درحد BP=130-125/85-90 ثبت شده است(پدرخانواده افسرده ومعتاد می باشد).تستهای کبدی،تیروئیدی ،کلیوی ، قندو CBC نرمال بود.متخصص زنان درهفته 24حاملگی به علت بی حالی شدید وعلایم گوارشی(اسهال) دستور بستری داده بود ولی مادر قبول نکرده بود.

ودرهفته 37 نیز به علت اظهار آبریزش ارجاع فوری به بیمارستانهای دانشگاهی شده بود ولی مراجعه نکرده بود(مادرهمکاری خوبی نداشت).

5 روز بعد مجدداً به علت ضعف وبی حالی شدید توصیه به بستری می شودولی قبول نمی کند.یک هفته بعد در (هفته 39 حاملگی) با شروع دردهای زایمانی با برگ ارجاع بهداشت به بیمارستان مراجعه کرده وبستری می شود. موقع پذیرش (ساعت 13:30) : مادرهوشیار بود.علایم حیاتی نرمال بود ودرسمع قلب وریه مشکل خاصی نداشت.

درمعاینه واژینال TV:2cm/30%/C/I/Mobilبود. مادر با دستورات NST ،کنترل علایم حیاتی وFHR ورزرو دوواحد خون دربخش زایمان تحت نظر گرفته می شود و8:20 بامداد روز بعد زایمان طبیعی می کند. جفت 8:25 خارج می شود.حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 9/10 ووزن 3200 گرم بود.بعداز خروج جفت، رحم کوراژ شده وتحت نظر گرفته می شود.در ساعت 10 درهنگام تعویض لباس مادر، ماما متوجه خونریزی،رنگ پریدگی وبیحالی مادرشده وبه متخصص زنان اطلاع می دهد.علایم حیاتی مادر : BP=90/60 PR=80 بود.با کمک کادربی هوشی وبخش اطفال برای مادر 3 رگ بزرگ گرفته شده وسرم تراپی شروع می شود. سوند فولی تعبیه می شود وبرونده ادراری30 سی سی بود.متخصص زنان ساعت 10:45 بربالین مادر حاضر می شود.یادداشت متخصص زنان : درمعاینه خونریزی رحمی درحد دفع لخته بوده ورحم آتون می باشد.طبق دستور ایشان مادر جهت برررسی محل خونریزی به اتاق عمل منتقل میشودو2واحد خون با کراس مچ صحرایی درخواست میگردد.(10:50)درمعاینه سرویکس پارگی نداشت ورحم شل بود.ضمن ماساژدودستی رحم یک عدد مترژین عضلانی ،یک عدد آمپول ویتامین K، 110 واحد اکسی توسین تزریق و5 عدد میزوپروستول رکتال گذاشته شده وبه متخصص زنان مشاور ومتخصص بی هوشی اطلاع داده می شود.مادردرزمان انتقال به اتاق عمل هوشیاروواریانته بودوصحبت می کرد ولی شدیداً رنگ پریده وتوکسیک بود. مادردر بدو ورود به اتاق عمل به مانیتوروصل شده وعلایم حیاتی

BP=87/46 HR=135 O2Sat=95% وبرونده ادراری حدود 100 وخونی بود.سوند ادراری تعویض شده و120 میلیگرم لازیکس در 6 دوز تزریق می شود.با قطع ماساژدودستی خونریزی رحمی ادامه داشته و از محل برانولها خونریزی وجود داشت .باحضور متخصص زنان مشاوردوعدد آمپول پروستاگلاندین F2α تزریق وتستهای انعقادی وFFPدرخواست می شود.

جواب آزمایشات :PT=29 PTT=84 INR=6.86 Fibrinogen<100 Hb=9.2 Hct=27.8

ABGساعت 12: PH=7.17 PCO2=22.7 HCO3=8.7 BE=18 O2Sat=89%

4واحد پکدسل (که2 واحدبا کراس مچ صحرایی بوده) و4واحد FFP ترانسفوزیون شده (شروع ساعت 11:45)وبه علت ادامه خونریزی با استاد معین تماس گرفته می شود. با توصیه ایشان درساعت 13 تصمیم به هیستریکتومی گرفته می شود.درزمان شروع عمل (ساعت 13:10)خونریزی از محلهای تزریق قطع شده بودوعلایم حیاتی : BP=99/60 HR=135 O2Sat=97%بود .عمل با بی هوشی عمومی شروع شده ودرطی عمل بعداز خارج کردن رحم ساعت 13:35 مادردچارVT شده وارست قلبی تنفسی می کند.ضمن احیای مادرتوسط متخصص بی هوشی وطب اورژانس عمل ادامه می یابد وبعداز 4 دقیقه مادربه عملیات احیا پاسخ داده ،ریتم قلب سینوسی می شود.بعداز بستن پریتوئن باتوصیه متخصص بی هوشی جلد وزیر جلد بازگذاشته شده ومحل پانسمان فشاری می شود.عمل ساعت 14:45 خاتمه یافته ومادرانتوبه جهت ادامه مراقبت به یک اتاق خالی منتقل می شود.درحین عمل تزریق خون وFFP ادامه داشته است.بعداز احیا فشارخون وابسته به دوپامین شده ومردمکها دوبل میدریاز می شود.درABG,VBG های مکرر اسیدوز متابولیک ادامه داشت وبا شک به نارسایی کلیه ،هیدراتاسیون انجام می گیرد ولی اسیدوز برطرف نمی شود.مقدارادرار از ابتدای شروع خونریزی(ساعت 10صبح)تاساعت 16:45 1500cc که اغلب خونی بود.برای مادر جهت بررسی احتمال آمبولی ماسیوویا تامپود (وابستگی فشارخون به دوپامین)مشاوره قلب درخواست می شود.

ساعت 16 :علایم حیاتی Stable است وتنفسهای خودبخودی دارد.به تحریکات دردناک پاسخ می دهد وجریان ادرار برقراراست. باتوجه به پلاکت 51000، 12 واحد پلاکت درخواست می شود.مشاورقلب مادررا ویزیت کرده وتوصیه می کند هیدراتاسیون با 3 لیتر نرمال سالین و5 واحد پکدسل انجام گیرد (بانظر پزشک معالج)-با بالارفتن فشارخون ، سرم دوپامین Tapper شود واسیدوز بیمار برطرف گردد.دراکو علایمی به نفع ترومبو آمبولی وجود نداشت.ABG ساعت 12: PH=7.17 PCO2=27 HCO3=9.6 O2Sat=97% مادر ساعت 16:30 مجدداً ارست کرده واز لوله تراشه ،NGT وسوند فولی خونریزی واضح داشت. تزریق پلاکت وپکدسل وffp تاثیری نکرده ومادر ساعت 18:15 فوت می کند.درمجموع 7واحد پکدسل-5واحد FFP و5 واحد پلاکت تزریق شده بود.

جواب آزمایشات:

بدو بستری: Hb=11.2 Hct=32.8 PLT=197,000

بعداز عمل: PTT=64 INR=2.37 SGOT=32 SGPT=19 Cr=0.8 Urea=22

K=3.9 Na=140 Ca=6.8 Hb=5.4 Hct=16.6

BIL=2.2

توضیحات اعضای کمیته:

1. پارتو گراف صحیح ترسیم نشده وروند زایمان باید بصورت دقیق برروی نمودار نشان داده شود.

2. کوراژ بدون اندیکاسیون کار اشتباه می باشدو درصورت اطمینان از خروج کامل جفت نباید رحم کوراژشود.
3. زمانیکه بیمار آتونیک به اقدامات اولیه پلسخ نمی دهد باید سریعاً جهت هیستریکتومی اقدام شود ودرمورد این بیمار هم در تشخیص خونریزی توسط ماما وهم اقدام به هیستریکتومی توسط متخصص زنان تاخیر وجود داشته است.
4. دوز پروستاگلاندین F2α در خونریزی ناشی از آتونی رحمی تا 8 دوز می باشدو به علت کمبود دارو درفارماکوپه کشوردر اغلب بیمارستانها این مقدار دارو وجود ندارد.
5. در بیماریکه درشوک هیپو ولمیک می باشد تزریق لازیکس برای برقراری ادرار کار صحیح نمی باشد وباید حجم کافی داده شود.

گزارش پزشکی قانونی:تمام یافته های کالبد گشایی به نفع DIC می باشدوعلت مرگ DIC ناشی از شوک هیپوولمیک می باشد.

خانم 15

خانم 43ساله ، ساکن روستای سیاری ، BMI=29، $G_4P_1Al_0$. سابقه دوبار سقط ویکبار IUFDدرماه هشتم حاملگی ،سابقه هیپرتانسیون مزمن ومصرف آتنولول ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از از بارداری داشته وبه علت دوبار سقط ویکبا رIUFD انوکساپارین تجویزشده بود.مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری توسط تیم سلامت وبخش خصوصی (متخصص زنان)انجام شده ومرتب مراقبت شده بود.دراولین مراقبت فشارخون BP=160/100 داشته وتوسط متخصص زنان متیل دوپا تجویز شده بود.با وجود مصرف مرتب دارو(250mg/q12h)فشارخون در اغلب مراقبتها بالابوده(140-145/80-85) وهربار به متخصص زنان ارجاع شده بود.ولی فشارخون های یادداشت شده در برگه پس خوراند نرمال بود.مادر درهفته 20 بارداری به درمانگاه حاملگی پرخطر ارجاع شده واز آنجا به بیمارستان قلب ارجاع شده بود.مادر بعداز مراجعه به اورژانس مرکز قلب نوار قلبی و پالس اکسی متری اخذ ویک عدد قرص متیل دوپا داده می شود. BP=150/90 بود.بعداز 15 دقیقه با معرفی به درمانگاه مادران پرخطر مرخص می شود.درنوارقلبی PAC وPVC داشت.

آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود وفقط عفونت ادراری گزارش شده بود.طبق اظهار اطرافیان مادر درهفته 22 حاملگی درحین صرف شام ساعت 22 شب بطور ناگهانی با کشیدن آه بلند بی هوش می شود.قبل از آن سردرد ودرد سینه نداشته وفقط دلشوره داشت.ساعت 22:10 به اورژانس 115 اطلاع می دهندومادررا با ماشین همسایه به طرف شهر می برند. دروسط مسیر اورژانس 115 مادر را تحویل می گیرد (22:21)درزمان تحویل مادر علایم حیاتی نداشت ،مردمکها دوبل میدیاز بودند.ولی بدن گرم بود بلافاصله عملیات احیا شروع شده ولاین وریدی تعبیه می شود. مادر ساعت 22:45 به بیمارستان تحویل داده می شودو عملیات احیا تاساعت 23:30 ادامه می یابد ولی پاسخ نداده فوت می کند.جسد به پزشکی قانونی تحویل داده می شود.

دراتوپسی انسدادشدید عروق کرونری راست وچپ گزارش شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر علایم ایسکمی نداشته واین گمراه کننده بود.

2. در مراقبت پیش از بارداری ودوران بارداری به علت فشارخون مزمن وسابقه IUFD در ماه 8 بارداری وسن بالا باید به متخصص قلب ارجاع می شد.

3. مادر در اورژانس بیمارستان مرکز تخصصی قلب بدون بررسی خاص رها شده است.

خانم 16

متوفی خانمی است 18 ساله ، , G_1P_0، بدون سابقه بیماری وحاملگی خواسته .مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری شروع شده است ومرتب مراقبت شده بود .آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بود. درهفته 22 حاملگی به علت پیلونفریت دربیمارستان بستری شده بود. آخرین مراقبت درهفته 28 حاملگی انجام شده بود وفشارخون درج شده BP=120/60 بود.

متوفی در هفته 32-31 حاملگی ساعت 23:30 به علت شروع دردهای زایمانی به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه وبه علت پره ترم لیبر باتزریق آمپول بتامتازون ،آمپول آمپی سیلین وسولفات منیزیوم با هماهنگی به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود.موقع اعزام : BP=100/60 PR=80 RR=20 BT=37°c بود.

بیمار ساعت 2:10 صبح پذیرش می شود. موقع پذیرش : بی حال بود . سمع قلب وریه نرمال بود. سردرد داشت ولی سایر علایم severity نداشت . BP=140/70ودرکنترل بعدی BP=170/110 FHR=120 PR=86 بود.

درمعاینه واژینال : دیلاتاسیون 2Finger ، EFF= 40% ساک سالم ورحم فاقدانقباض فعال بود. برای بیمار یک دوز هیدرالازین وریدی تزریق می گردد.درآنالیز ادرار: پروتئین اوری 2+ ، WBC=10-12 وکست گلومرولارگزارش شده بود.به علت عدم کنترل فشار خون هر 15دقیقه یک دوز هیدرالازین وریدی تزریق می شود.درساعت am 4:00به علت عدم شروع انقباضات فعال وبرادیکاردی جنین درمانیتورینگ وNST نان راکتیو بیمار بصورت اورژانس جهت C/S به اتاق عمل برده می شود.ساعت شروع عمل 4:35 واتمام عمل 5:35 ونوع بی حسی ، اسپینال بود. درحین عمل فشار خون همچنان بالا بود (BP=170-180/90-110) .حاصل زایمان ، نوزاد پسر پره ترم (32-31 هفته) وIUGR بابیماری قلبی با آپگار4/8 درحال دفع مکونیوم ومایع آمنیوتیک ،مکونیومی رقیق ودرحداقل نرمال بود. بیمارساعت 6:00 به بخش تحویل داده می شود.

دستورات بعدازعمل : کنترل علایم حیاتی هر15دقیقه تا 2 ساعت- کنترل فشار خون ، V/B I/O, ست احیا بالای سر بیمار باشد ، 10واحد اکسی توسین هر 12ساعت عضلانی تزریق گردد ، ادامه سولفات منیزیوم ، هپارین 5000 واحد هر12ساعت ودرخواست آزمایشات کبدی .

ساعت 8 صبح : علایم حیاتی stable ، ادرار هماچوریک 100سی سی

ساعت 11 صبح : بیمار بیقرار است احساس تشنگی دارد.علایم severity ندارد.درسمع ریه ها مختصری کاهش صدا درقاعده ریه ها دارد.سمع قلب نرمال ، BP=160/100 PR=80 RR=16 Hb=11.1 Plat=60000 ،

برونده ادراری در حد 30سی سی درساعت است.ادرارهماچوریک می باشد.

دستورات : آمپول هیدرالازین state -20میلیگرم آمپول لازیکسstate –وضعیت نیم نشسته – اکسیژن –مشاوره داخلی –ABG،تست روزانه آنزیم های کبدی ، محدودیت پروتئین ، تزریق 10واحد پلاکت ، کنترل مرتب فشارخون ودر صورت BP>140/90 قرص متیل دوپا داده شود.

درساعت 13 برای بیمار درخواست پذیرش در ICU شده و13:45 منتقل می شود.

ساعت 17 : بیمار کمی بیقرار وخواب آلود است ، در ABG اسیدوز تنفسی جزئی دارد .آنزیمهای کبدی بالاست.

BUN=75 Cr=3.3 CPK=252 LDH=3251 SGPT=128 SGOT=91

ساعت 17:30 : 5 واحد پلاکت ایزوگروپ ترانسفوزیون می گردد.

ساعت 18:40 : بیمار دربخش ICU دچار حرکات تونیک کلونیک شده وبدون تزریق دارو در عرض کمتر از 1 دقیقه قطع می گردد .

ساعت 20 : فشار خون وPR دچار افت می شود. BP=77/31 PR=67

ساعت 6:15 روز بعد (25 ساعت بعد از سزارین) بطور ناگهانی دچار افت ساچوراسیون (O2Sat=70%) وکاهش سطح هوشیاری می شود.در ABG اسیدوز تنفسی شدید داشت ودر سمع ریه ها کراکلهای خشن درقاعده ریه ها سمع می شد.با تشخیص ادم ریه 40میلی گرم لازیکس درچهار دوز (مجموعاً 160 میلیگرم)و مورفین تزریق می گردد.

ساعت 7 صبح : ساچوراسیون به 89% می رسد وکراکلها کاهش می یابد ولی بیمار همچنان بی قرار است. به علت کاهش هوشیاری واسیدوز تنفسی بیمار انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می گردد.

ساعت 11:30 : بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده واحیا می گردد. بعد از احیا ریتم قلب اصلاح می شود ولی GCS=3 ورفلکسهای ساقه مغز از بین می رود وبرونده ادراری بشدت کاهش می یابد

ساعت 13 : بیمارفنی تونیزه شده وسولفات قطع می شود وبرای بیمار مشاوره نرولوژی اورژانس در خواست می گردد. به دلیل بالا بودن آنزیمهای کبدی لاکتولوز با دوز 30سی سی هر 6 ساعت تجویز می گردد.

ساعت 15: بیمار درکومای عمیق است ، رفلکس ساقه مغز ندارد. کیسه ادرار خالی است(برونده ادراری ندارد) . برای بیمار دوبوتامین شروع می شود.(با کنترل CVP).

روز سوم بستری کلیه ها شروع به کار می کنند وبتدریج اوره وکراتینین به حد طبیعی برمیگرددولی بیمار تا 69روزدربخش ICU درحالت مرگ مغزی مانده و با ارست قلبی فوت می کند.

خانم 17

متوفی خانمی است 30 ساله ، G_1P_0 ، سابقه درمان دارویی نازایی به مدت 6 ماه. سابقه تنگی دریچه میترال در پدر، حاملگی خواسته بود مراقبت دوران بارداری از هفته 6 حاملگی درمرکز بهداشت شروع شده و مرتب مراقبت شده بود .همچنین از 12 هفتگی تحت نظر متخصص زنان در بخش خصوصی بود.

آخرین مراقبت در هفته 36 بارداری و4 روز قبل از فوت در مرکز بهداشتی درمانی انجام شده و مادر به دلیل پروتئینوری 1+ به متخصص زنان ارجاع شده بود . مادر در 2 هفته آخر بارداری ادم پا داشته است و در روزهای آخر ادم در مچ دستها هم دیده می شد.

طبق اظهار خانواده ، متوفی ازچند سال قبل تنگی نفس گهگاهی داشته است و درمراجعه به متخصص قلب مشکل خاصی تشخیص داده نشده بود.مادر در تاریخ 7/9/ عصر در منزل احساس بی حالی، رنگ پریدگی و تنگی نفس داشته است که بعد از چند دقیقه حالش بهترمی شود . سه روز بعدعصر بار دیگر احساس بی حالی داشته است و فشار خون 90 / 130- BP=140 بود (طبق اندازه گیری فشارخون توسط اطرافیان). بعد از مدتی حالش

بهترمی شود . عصر روزبعد به متخصص زنان مراجعه می نماید و ایشان توصیه می کند به متخصص داخلی و قلب در بیمارستان الف مراجعه نماید . ساعت 9 صبح روز بعدمادررا به بیمارستان الف می برند. متخصص زنان کشیک ،مادر را معاینه کرده و به متخصص قلب ارجاع می دهد .متخصص قلب پس از انجام اکو و نوارقلبی ذکر می کند مادر مشکل دریچه قلبی دارد .

جواب اکوکاردیوگرافی قلب : Severe AS+Modrate AI ,MR,MS ,LVEF=50-55% ,LVH(Th/D=1.9cm) ,LAE (6cm)

عصر همان روز ساعت 5 با جواب اکو به مطب متخصص زنان (پزشک مراقبت کننده) مراجعه می نماید و ایشان مادررا به بیمارستان ب ارجاع می دهند . بلافاصله مادر را به بیمارستان می رسانند .موقع پذیرش دراورژانس مرکز ب (ساعت 17:45) : مادرهوشیار واوریانته بود ولی تنگی نفس داشت.درمعاینه ریه ها Clear بودند ودرسمع قلب سوفل سیستولیک III/VI درکانون آئورت سمع می شد. فاقد علایم زایمانی وSeverity بود. اختلاف سایز دواندام تحتانی درحد یک سانتی متر بود.(مادروجود هرگونه علامت را انکار می کرد)

علایم حیاتی : BP=90/60—135/85 PR=88 RR=32 SPO2=94% FHR=120—100

GA=36 BT=36.5˚

برای مادرNST انجام می دهند.به علت افت قلب جنین به 100 درحین انجام NST مادر دربخش زایمان بستری می گردد(ساعت 18:40)

با دستورات : فتال مانیتورینگ- اکسیژن نازال – کنترل علایم حیاتی وسونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت جنین وجفت- درخواست آزمایشات - درخواست NST, ABG,ECG – درخواست مشاوره داخلی وقلب . درNST ، beat to beat variation نرمال بود.

درساعت 20 اتند مقیم که برای معاینه مادر به بخش تشریف می آورد متوجه برادیکاردی جنین (تاحد FHR=60)شده ودستورسزارین اورژانس و ختم حاملگی می دهد.(همزمان با پذیرش بیمار ، خانم باردار دیگر دچار آتونی رحمی شده وجهت هیستریکتومی به اتاق عمل منتقل شده بود).

مشاورداخلی توصیه به شروع آنتی بیوتیک پروفیلاکسی اندوکاردیت می دهند ولی به علت سابقه حساسیت مادر به پنی سیلین تزریق نمی شود.مادر بلافاصله به اتاق عمل منتقل وعمل راس ساعت 20:15 با بی هوشی عمومی وبرش LML شروع شده وحاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم با آپگار 1-0 بودکه چند دقیقه بعد فوت می کند. مایع آمینوتیک خونی بود.به هنگام برش جدار شکم مقداری مایع شفاف خارج می شود. دربرش رحم سمت راست خونریزی فعال داشت که با سوچور کنترل می شود.جفت دکولمان 80-70% داشت طول بند ناف طبیعی بود.بعداز هموستاز رحم بسته می شود. درحین فشار دادن رحم، خونریزی متوسط وجود داشت. در حین بستن جدار شکم مادر دچار افت فشار (BP=54/32)وافت ضربان قلب درحد(PR=50-60)می شود.عملیات احیا با کمک رزیدنت قلب ورزیدنت ارشد زنان وبی هوشی شروع می شود(رزیدنت قلب از اول شروع عمل بربالین مادرحضور داشت).سوندفولی تعبیه می شود ولی ادراری خارج نمی گردد. به اتند مقیم زنان اطلاع می دهند وایشان بلافاصله در اتاق عمل حاضر می شود.مادر به عملیات احیا پاسخ می دهدوریتم قلب سینوسی می گرددولی شکم بشدت دیستانته بود.برای مادر Tap شکم می کنند.ولی مایع خارج نمی شود . NGT گذاشته می شود ومحتوی آن مواد غذایی بود(دیستانسیون شکم کاهش نمی یابد)برای مادر سونوگرافی Bed Side انجام می شود.تجمع غیر طبیعی ویا هماتوم درشکم وجود نداشت ولی پلورال افیوژن ماسیو داشت. برای مادر خونگیری جهت انجام آزمایشات CBC وتستهای انعقادی انجام می گیرد. از محل ورود سوزن ها وواژن خون جاری بود(علایم DIC).برای مادر دو واحد FFP ویک واحد PC با احتیاط تزریق می گردد(دراکوی Bed Side حجم داخل قلب کم بود با EF=35-40% وسایز IVC=1cm بود).تستهای کبدی وانعقادی مختل بود.

جواب آزمایشات (ساعت 20):

LDH=583 SGPT=92 SGOT=68 Uric Acid=7.6 Hb=12.8 Fibrinogen=303

INR=1.1 PTT=39 PT=12.6 PLT= 165,000 Cr=1 Urea=40

Urine Proteins=2+

مادر تاساعت 24 همچنان آنوریک می ماندوساعت 24 با همراهی رزیدنت زنان ورزیدنت قلب واتند بی هوشی جهت CCU Care به بیمارستان ج منتقل می شود.مادر ساعت 00:30 بامداد به اورژانس مرکز ج می رسد درحالیکه فاقد علایم حیاتی بوده وریت قلب VT بودوخونریزی شدید واژینال وترشحات خونی در لوله تراشه وNGT داشت. عملیات احیاتا ساعت 1:00 بامداد ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد. علایم حیاتی قبل از اعزام:

PR=140 BP=88/67

تشخیص علت مرگ : تشدید بیماری قلبی وDIC ناشی از دکولمان می باشد

توضیحات اعضای محترم جلسه :

- حاملگی برای مادر کنتراندیکه بود.
- مادر وخانواده به علت مسایل فرهنگی وجود هرگونه بیماری ومشکل را انکار می کردند .
- پزشک تیم سلامت (مراقب)ومتخصص زنان باید درزمان مراقبت (قبل از بارداری ودوره بارداری) مادررا بصورت کامل معاینه وبررسی
- می کردند.
- متخصص قلب بعداز اکوکاردیوگرافی باید بلافاصله مادر را به بیمارستان قلب اعزام می کرد.
- ازلحظه ورود مادر به اورژانس بیمارستان ب ، باید بصورت جدی مراقبت می شد.

خانم18

متوفی خانمی است 30 ساله ، اهل وساکن روستای سیاری ، باسواد پنجم ابتدائی ودامدار،G_2P_1 ، سابقه سزاین 3 سال قبل. حاملگی خواسته بود.مراقبت دوران بارداری نداشته ، درهفته 37 بارداری طبق LMP توسط پزشک ومامای تیم سلامت ویزیت می گردد وطبق یادداشت ایشان مشکلی نداشت . ماما برای تعیین سن دقیق حاملگی ووضعیت عمومی آزمایش وسونوگرافی درخواست می کند وتاکید می کند به علت سابقه سزارین باید دربیمارستان زایمان کند. ولی مادر جهت انجام آزمایشات مراجعه نمی کند.

متو فی حدود 15-10 روز قبل اززایمان به علت کتک کاری دچار خونریزی شده بود ولی به پزشک مراجعه نکرده بود.

ساعت 7 صبح به علت شروع دردهای زایمانی به ماما روستای دوره ندیده اطلاع می دهند وساعت 9 صبح بچه بدنیا می آید ولی جفت خارج نمی شود .علیرغم خونریزی شدیدمادر ، ماما روستا اجازه انتقال بیمار به مرکز درمانی را نمی دهد. ساعت 12 ظهر تصمیم می گیرند مادررا به درمانگاه ببرند وساعت 14:45 درحالیکه مادر فاقد علایم حیاتی ودوبل میدریاز بوده وخونریزی فعال واژینال داشت به تسهیلات زایمانی می رسند.مادر به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

علت فوت : خونریزی زایمانی به علت چسبندگی جفت واحتمالاًپارگی رحم

خانم19

متوفی خانمی است 24 ساله ،ساکن شهر،G_2P_1 Ab_0 ،زایمان اول چهار سال پیش وبه روش NVDبوده است. از دوران کودکی عفونت گوش میانی (COM)داشت.روش پیشگیری IUDبوده وبه علت تمایل به حاملگی درآورده شده بود.حاملگی خواسته بود مراقبت دوران بارداری ازهفته ششم بارداری درمرکزشروع شده بصورت مرتب مراقبت شده است ودوباربه پزشک مرکز ارجاع شده (یکی19 روز قبل اززایمان به علت کاهش وزن ارجاع شده وایشان آموزش تغذیه صحیح را داده بودویکبارنیز دوروز قبل اززایمان که از سستی وکرختی هر چهار اندام شاکی بودارجاع شده وقرص کلسیم تجویز شده بود ؟!!.) درهفته 23 حاملگی درسونوگرافی کلیه ها، هیدرورنفروز وهیدرویورتر پروگزیمال حالب راست گزارش شده بودکه بیشتر از حد فیزیولوژیک بود وزیر نظر متخصص ارولوژی بود.تمام فشارخون های اندازگیری شده درمحدوده نرمال بودند.

متوفی درهفته 36 حاملگی باشروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه وزایمان طبیعی انجام می دهد.حاصل زایمان نوزاد پره ترم آغشته به مکونیم غلیظ با آپگار 5-6/10 ووزن 1800گرم بود.بنابر یادداشت مامای عامل زایمان مقدار مایع آمینوتیک بسیار کم بود درحالیکه قبلاً آبریزش نداشت وساک حاملگی حین زایمان پاره شده بود ؟! مادر 12ساعت بعداز زایمان با علایم stable مرخص می شود .بعداز مرخص شدن ازبیمارستان سردرد‌داشته که بتدریج افزایش یافته وضعف ،تهوع واستفراغ نیز به تابلوی بیماری اضافه می شود. بیماربا این شکایت به کلنیک ارتش (بیمه ارتش می باشند) مراجعه وفقط استامینوفن وپلازیل تجویز می گردد.با ظهور تاری دیدوکاهش هوشیاری(یکبار درمنزل دچار falling شده بود) 10روز بعداززایمان به اورژانس بیمارستان جنرال مراجعه می کند.موقع پذیرش : BP=110/70 PR=76 BT=36.5°c RR=15

هوشیاری در حد لتارژی،کف پایی دوبل فلکسور ،علایم تحریک مننژ بصورت خفیف داشت .برای بیمار سی تی اسکن مغز درخواست می شود.جواب اسکن: ادم پارانشیم مغزی +منطقه هیپودنس درتمپورال چپ بود. بیمار جهتR/O ترومبوز سینوسهای وریدی مغزی دربخش داخلی بستری می شوند. دستورات حین بستری : NPO ,RBR, آمپول هپارین فول دوز(4000واحد هرچهارساعت)،آمپول پلازیل ،سفتریاکسون 2گرم هر12ساعت ،آمپول دگزامتازون 8 mg هر 8 ساعت ،پتیدین PRN ،درخواست آزمایشات بود.

عصر روز بستری دربخش حرکات غیر ارادی واسپاسم داشته که توسط پزشک اورژانس ویزیت شده وآمپول فنی توئین mg/bid 125و elevation سر به میزان 45درجه تجویز شده بود .

***<u>روز دوم بستری</u>*: تب داراست(BT=37.5°c) ،دچارحرکات تشنجی شده وکف پایی دوبل اکستانسور می شود.جهت انجام MRI ویاسی تی اسکن با کنتراست با بیمارستانهای سطح 3صحبت می کنند ولی موفق به اخذ پذیرش نمی شوند.ستاد هدایت هم از بیمارستان زنان پذیرش گرفته بود.منتها به علت اینکه مشکل بیمارمربوط به CNSبود نه زنان ،بیماراعزام نمی شود. برای بیمار باتشخیص افتراقی آنسفالیت هرپسی آمپول آسیکلوویر 500 میلیگرم هر8 ساعت شروع می شود.**

***<u>روز سوم بستری:</u>* حال عمومی خوب ،لتارژیک ،بابنسکی سمت راست مثبت و علایم تحریک مننژ دارد.برای بیمار LP انجام می دهند که آنالیز مایع CSFبه شرح ذیل می باشد:**

WBC=0-1 RBC=700 GLU=72 GLU =135همزمان سرم protein=20

شب بیمار چندین بار دچار تشنج تونیک کلونیک می شود. ساعت 6 صبح ***روز چهارم بستری*** برای بیماردستورات آمپول دیازپام 10میلیگرم , stateافزایش دوز فنی توئین ،فنوباربیتال 1گرم در 200cc انفوزیون درعرض 20دقیقه وسپس 200میلیگرم روزانه عضلانی ،انتقال به ICU ، درصورت عدم کنترل تشنج، انفوزیون میدازولام تا 3میلیگرم درساعت داده می شود. تشنج با میدازولام کنترل می شود. ساعت30 :9 صبح به علت تنفسهای نامنظم انتوبه و به ونتیلاتور وصل می گردد.بیمار همچنان دچارپلی اوری می شود(U/O=5500cc درمقابل دریافت 2200cc مایع)و هوشیاری کاهش GCS= 4-5 می شود .رفلکس مردمکها نسبت به نور بتدریج از بین می رود ولی اندازه آنها نرمال بود. برای بیمار مترونیدازول 500 میلیگرم هر8 ساعت وریدی شروع می شود و به علت کنترل حملات تشنجی میدازولام Tapperمی شود.

روز پنجم بستری: بیمارتاکیکاردی شده HR=147تب نیزافزایش می یابدودمای بدن به 39.3می رسد وپلی اوری نیز همچنان ادامه می یابد (U/O=3700cc درمقابل دریافت 2450cc مایع) . دردوطرف سینه اکیموز وپتشی ظاهر می گردد.برای بیمار استامینوفن ،ایندرال20 mg دوباردرروز و وانکومایسین شروع می شود.

روز ششم بستری : مقدار ادرار کاهش یافته بیماردچار افت فشار خون می شود.ایندرال قطع، ودوپامین شروع می شود .

روز هفتم بستری :هوشیاری درحدGCS= 4-5بوده ،تب سیر صعودی داشته ،مردمک ها میدسایزونان راکتیو وفشارخون پائین BP=80/35 می باشد.مترونیدازول D.C و سفتریاکسون به سفتازیدیم change کرده درخواست کشت خون وکشت ادرار می کنند.

روزهشتم بستری: بیماراولیگوریک شده وBUNوCr افزایش می یابد.بدن ادماتوشده ودمای بدن به بالایc ° 40 می رسد.فشار خونBP=75/30 Na=152 . برای بیمارلازیکس 20 mg تزریق می گردد.شب دچار ارست قلبی شده واحیاء میشودوروزبعد مجدد ارست کرده وفوت می کند.

خانم 20

متوفی خانمی است 18 ساله ، اهل وساکن روستای اصلی ، خانه دار، G_1P_0 ، سابقه چند بارخون دماغ شدن دربچگی راداشت . مراقبت دوران بارداری از هفته 9 حاملگی شروع شده وبصورت مرتب توسط تیم سلامت مراقبت شده است.ازمایشات اوایل بارداری وهفته 27 نرمال بود. Hb=10.5 ,12

مادر درهفته 37حاملگی ساعت 1:20 بامداد با شکایت آبریزش به زایشگاه بیمارستان الف مراجعه می کند.موقع پذیرش در زایشگاه انقباضات رحمی داشته ودرمعاینه واژینال خونریزی نداشت , TV: 3cm/30%/R/-2 . مادر به علت داشتن مکونیوم غلیظ در مایع آمینوتیک با درخواست آزمایشات روتین ، رزرو خون ،تعبیه سوند فولی ووصل سرم رینگر در ساعت 1:35 به اتاق عمل فرستاده می شود.علایم حیاتی : BP=110/70 PR=77 RR=17 BT=37

عمل بلافاصله با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان نوزاد دختر حدوداً ترم با آپگار 8/10 می باشد.در طی سزارین مشکل خاصی نداشته است. مادر ساعت 2:45 با وضعیت Stable به بخش منتقل می شود.

دستورات بعداز عمل: NPO تا8 ساعت-سرم3/3،2/1 یک لیتر،سرم رینگر یک لیتر،سرم قندی یک لیتر +30واحد سنتوسینون، درعرض 24 ساعت-آمپول کفلین-آمپول مترونیدازول-آمپول جنتامایسین –کنترل هموگلوبین وهماتوکریت 6 ساعت بعداز عمل- سوندفولی 8 ساعت بعداز عمل درآورده شود. از زمان انتقال به بخش تا ساعت 7:40صبح فقط فشارخون دوبار توسط کمک بهیار کنترل شده بود (BP=100/60)وPR ومیزان خونریزی ثبت نشده بود.

طبق اظهار همراه بیمار ، شب مادر خونریزی داشت(دوبسته پوشاک مصرف شده بود) "دوبار به پرستار کشیک مراجعه کردم ولی اعتنایی نکرد".درساعت 7:45صبح (5 ساعت بعداز سزارین) موقع تعویض شیفت، مامای کشیک متوجه رنگ پریدگی شدید وتنگی نفس مادر می شود .پوشاک مادرکمی خیس بود ودراثر ماساژ مقداری لخته خارج می شود. برای مادر اکسیژن نازال داده می شودواز مامای مجرب جهت معاینه کمک می خواهد.برای مادر تعیین گروه خونی کرده ودو واحد خون درخواست می شود وسوند فولی تعبیه می گردد. موقع معاینه، ماما متوجه خونریزی از محل انسزیون سزارین می شود. رحم کاملاً جمع بود وخونریزی درحد پریود بود ؟درمحل ورود برانول اکیموز به اندازه 8*6 سانتی متر وجود داشت BP=90/50 وPR=120 O2Sat=85%(بدون اکسیژن).در ساعت 8:30 به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان ساعت 8:40 مادر را ویزیت می کند.مادرساعت9:00 جهت بررسی محل سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. زیر بی هوشی عمومی سوچور جلد وزیر جلد باز ورحم بررسی می شود. حدود 100 سی سی خون داخل شکم بود ولخته وجود نداشت .رحم که جمع بوددودستی ماساژداده شده ویک عدد پروستا گلاندین $F_2\alpha$ تزریق می گردد.

دوواحد پکد سل (تنها موجودی گروه خونی -Oدر بانک خون بیمارستان) و2 واحد FFP ترانسفوزیون می شود (شروع ترانسفوزیون ساعت 10:00 بود)ویک واحد خون تازه نیزازهمکاران فصد و تزریق می شود.از سازمان انتقال خون درخواست خون شده وآمبو لانس را جهت آوردن خون به مرکز استان می فرستند. به علت خرابی دستگاه، شب CBC نشده بود. متخصص زنان با اساتید محترم جهت اعزام مادر تلفنی مشاوره می کند وایشان توصیه می کنند برای مادر خون تزریق گردد.همچنین از متخصص محترم جراح عمومی درخواست کمک می شود وایشان ساعت 10 دراتاق عمل حاضر می شود .موقع حضور جراح ، متخصص زنان در حال بستن زیر جلد بوده که با حضور ایشان سوچورها دوباره چک می شود. طبق یادداشت جراح عمومی مادر در شوک بود وفشارخون غیر قابل اندازه گیری بود. خونریزی واژینال شدید داشت واندامها سرد بودند. برای مادر از ورید ساب کلاوین راست CVP Line گذاشته می شود که Fail می شود .مجدداً از ورید جوگولار اقدام می شود ولی گاید خم شده وموفق نمی شوند. ورید بازیلیک چپ کات دادن شده وبه علت نبود کاتتر از ست عروقی لاین وریدی برقرار می شود.به علت عدم قطع خونریزی درساعت 11:45 به پیشنهاد جراح شکم با برش میدلاین باز وشرائین ایلیاک داخلی وشریانهای یوترین دو طرف لیگاتور می شود. با این اقدام خونریزی واژینال قطع می شود. در بررسی شکم هماتوم رترو پریتوئن ویا داخل شکم وجود نداشت.در انتهای عمل ادم شدید دیواره شکم،اندامها ودیستانسیون معده ایجاد شد که با فشار مستقیم هم خالی نشد.از NGT ،لوله تراشه ومحلهای ورود برانولها خون جاری بود. به علت بدحالی مادر واسیدوز شدید وهمچنین قطع خونریزی واژینال ،هیستریکتومی صورت نمی گیرد.محل عمل ساعت 13 بسته می شود.به علت مسدود شدن لاین عروقی موجود ورید بازیلیک راست هم کات دان می شود. 6 واحد پکدسل و6 واحد FFP آماده شده وترانسفوزیون شروع می شود.مادر ساعت 13:45 دچار ارست قلبی شده به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

برای مادر درکل 40mg لازیکس در 4 دوز منقسم -150 سی سی آلبومین 20%(شروع انفوزیون 12:45) -8واحد پکد سل - 8واحد FFP -8لیتر نرمال سالین – یک لیتر سالین هیپر تونیک 5% - 8 لیتر رینگر لاکتات تزریق شده بودو برونده ادراری 150 سی سی بود.

آزمایشات:

قبل از سزارین : Hb=7.8 Hct=27.3 PLT=57,000 توضیح اینکه نمونه بعد از 7ساعت آزمایش شده بود.

00/6/10 (ساعت8): Hb=6.8 Hct=24.5 PLT=46,000

U/A : Pro=3+ Blood=3+ RBC=many

SGOT=111 SGPT=115 ALP=348 Bil=4.5 PT=34 PTT=300 INR=10

لام خون محیطی: Aniso =3+ Poikilocytosis=2+ Target cell=1+ PLatlet=low

تشخیص علت مرگ : شوک هیپو ولمیک بدنبال خونریزی ناشی از آتونی رحمی

اشکالات وارد برپرونده:

1. بیمارشب مورد بی توجهی واقع شده وخونریزی وسیع داشته است(کنترل علایم حیاتی دقیق صورت نگرفته است)
2. در دستورات پزشک باید کیفیت کنترل علایم حیاتی قید شود ونوشتن طبق روتین بخش براساس بخشنامه های موجود اشتباه می باشد.
3. علایم حیاتی بیماریکه تازه سزارین شده بایدتوسط پرستار یا ماما دقیق اندازگیری وثبت گرددوثبت مقدار خونریزی واژینال وقوام رحم الزامی است .
4. کمک بهیار حق کنترل علایم حیاتی بیمار راندارد .
5. با وجود رحم جمع عمل دوم بی مورد بود.

خانم 21

متوفي خانمي است 41 ساله ، ساكن روستاي اصلي ، BMI=20.1 ، G_8 P_7 AL_6 ، آخرين زايمان 7 سال پيش به روش NVD و در بيمارستان بود . براي پيشگيري از LD بصورت نامرتب استفاده ميكرده است . سابقه بيماري و مصرف دارو نداشته ، حاملگي خواسته بود. مراقبت دوران بارداري از هفته 10 بارداري شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. مشكل خاصي در پرونده بهداشتي قيد نشده بود . دوبار بعلت سن بالاي مادر سونوگرافي جهت بررسی آنومالی درخواست شده بودو مشكل خاصي نداشت. در آزمايشات اوايل حاملگي UTI داشته و بصورت سرپايي درمان گرفته بود و بقيه آزمايشات نرمال بودند. بيمار درهفته 41 حاملگي با معرفي بهورز جهت زايمان به بيمارستان شهرستان مراجعه و بستري ميگردد.

درموقع پذيرش در بيمارستان (ساعت 12 ظهر) :

PR= 79 BP= 110/70 BT= 36.6 FM= Good FHR= 134 G.A= 41

(براساس سونوگرافي اوايل حاملگي)

رحم انقباظات موثر داشت .

درمعاينه واژينال: Station = -2 POS= Cephalic Sac = Intact Eff = 40% Dil = 3 cm

دستورات حين بستري : درخواست آزمايشات Hb , Hct , BG ، رزرو دو واحد خون ايزوگروپ و سرم رينگر 500cc K.V.O

بيمار در ليبر تحت نظر گرفته شود . در ساعت 16:00 ساك خودبخود پاره ميشود و بدنبال آن زايمان وارد مرحله فعال ميشود . در ساعت 19:40 علايم زايماني كامل شده و ضمن انتقال بيمار به اتاق زايمان به متخصص زنان اطلاع ميدهند. در ساعت 20:10 در حضور متخصص زنان توسط ماما زايمان طبيعي انجام ميدهد و حاصل زايمان نوزاد دختر با آپگار 9/10 به ظاهر سالم بود . بلافاصله بعد از خروج جنين بيمار دچار خونريزي شديد ميشود. بابرانول طوسي از دست ديگر بيمار رگ گرفته و نيم ليتر سرم رينگر حاوي 40 واحد سنتوسينون سريع انفوزيون ميشود . بلافاصله جفت خارج شده ، ماساژ دو دستي رحم انجام ميدهند و كيف يخ روي رحم گذاشته ميشود . ساعت 20:20 يك عدد آمپول مترژين عضلاني تزريق ميشود و چهار واحد خون ايزوگروپ درخواست ميگردد. يك عدد شياف ميزو پروستول ركتال گذاشته ميشود . رحم بصورت كامل كوراژ و كول بررسي ميگردد. موردي از نظر پارگي ديده بودند.

فشارخون بيمار دچار افت ميشود (BP = 80/40) در ساعت 20:40 با تشخيص آتوني رحم ضمن ماساژ رحمي جهت ادامه اقدامات بيماررا به اتاق عمل منتقل ميكنند. طبق گزارش متخصص بي هوشي بيمار با شوك هيپوولميك و فشارخيلي پائين BP= 50/p وارد اتاق عمل شد، براي بيمار تزريق خون و سرم نرمال سالين و رينگر شروع شده و بابيهوشي عمومي راس ساعت 21:15 دقيقه شكم بابرش ميدلاين باز و هيستركتومي و سالپنگواوفركتومي(رزكسيون لوله وتخمدان) چپ انجام ميگيرد. در سمت چپ برروي ليگامان كاردينال يك هماتوم به ابعاد 5×6 سانتي متر وجود داشت كه به رتروپريتوان گسترش يافته بود. ضمن پك كردن محل هماتوم از متخصص جراحي عمومي درخواست كمك ميشود و ايشان بيان ميكنند كه نياز به اكسپلور كردن ناحيه نيست و با سه عدد لنگاز محل را تامپون ميكنند. عمل ساعت 22:30 پايان مي يابد . دراتاق عمل از ساعت 21:00 ترانسفوزيون خون شروع شده و 5واحد پكدسل ، 2 واحد خون كامل ، 4 واحد FFP ، 10 ليتر سرم نرمال سالين ، 5 ليتر رينگر و يك ليتر دكستروز ، 10 ميليگرم ويتامين k وريدي و يك عدد ترانس آمين وريدي ، سرم دوپامين با دوز

10-50 ميكروگرم تزريق شده بود . حجم ادرار حدود 2000 سي سي بود، عليرغم دريافت مايعات فراوان فشارخون در طول عمل همچنان پائين و در نوسان بود. بيمار ساعت 00:10 بامداد جهت مراقبت ويژه به CCU منتقل ميشود . موقع انتقال HR= 109 BP=100/60 بود . از سه رگ سرم و خون ميگرفت ، بعلت نوسان فشارخون مشاوره اورژانسي قلب ميشود و متخصص قلب ساعت 00:30 بامداد بيمارراويزيت ميكنند . طبق يادداشت ايشان فشار خون بيمار پائين و تاكيكارد است و بيمار شديداً pale ميباشد BP=50/20 درECG تغييرات ايسكميك ندارد . شكم متسع ميباشد، باتوجه به شواهد فوق بيمار شوك هيپولميك دارد و توصيه ميشود خون و سرم جايگزين گردد و دوپامين با دوز 15-20 µg شروع شود . براي بيمار دستورات دارويي : NPO ، سرم NS 3 Lit ، آمپول كلينداميسين 600mg /q6h آمپول جنتامايسين 80mg/ q8h ، مترونيدازول 500mg/q8h ، آمپي سيلين 1g/q6h توسط متخصص زنان داده ميشود . سوند فولي بعلت انسداد تعويض ميگردد. بعلت ديستانسيون شكم ركتال تيوپ و NGT زده ميشود.

فشارخون در ساعت 1:00 بامداد دوباره افت کرده و SBP=50-60 براي بيمار سرم رينگر و NS و يك واحد خون بصورت سريع انفوزيون ميشود . Hb اورژانسي درخواست ميگردد كه Hb=10 بود . بعلت عدم افزايش فشارخون سرم دوپامين با دوز 10 µg شروع ميشود و تا ساعت 2:20 بامداد فشارخون نسبتاً Stable شده و بيمار به هوش مي آيد و از درد شكايت ميكند . براي بيمار يكعدد شياف ديكلوفناك سديم گذاشته ميشود . براي بيمار آزمايشات PT , PTT , Cr , BUN , BS درخواست ميشود . بعلت كمبود خون در بيمارستان با مركز ريفرال جهت اعزام بيمار هماهنگ شده و درحين اعزام (ساعت 3:00 بامداد) درحضور تيم اعزام دچار ارست تنفسي شده و بدنبال آن افت شديد فشارخون وافت هوشياري ميشود ، بلافاصله انتوبه شده و از طريق آمبوبگ با اكسيژن خالص ونتيله و يك واحد خون نيز وصل ميگردد. بعلت وضعيت بيمار از اعزام منصرف شده و بيمار رابه اتاق عمل منتقل ميكنند (ساعت 3:30) در ساعت 3:35 توسط جراح عمومي و متخصص زنان لاپاراتومي مجددشده ، خون (خو نابه) داخل شكم تخليه و لنگازها برداشته ميشود. از تمام محلهاي جراحي قبلي oozing داشت و چون محل خونريزي مشخص نبود . محلهاي oozing با 20 عدد لنگاز پك شده و شكم بسته ميشود. در طول عمل يك ويال پروتامين سولفات ، يكعدد آمينوفيلين ، 2 ويال كلسيم 10% و 5 ميليگرم ويتامين k وريدي ، 6 واحد پكدسل A- و يك واحد پكدسل O- و چهار واحد FFP تزريق ميشود .ساعت اتمام عمل 4:15 بامداد و برونده ادراري 900 سي سي بود.

ساعت 4:30 بامداد بيمار با آمبوبگ به ICU منتقل شده و به ونتيلاتور با مدSIMV وصل ميگردد. موقع پذيرش در ICU BP=116/65 بود و چند دقيقه بعد فشارخون دچار افت شده و دوپامين شروع ميشود براى بيمار يک ليتر سرم رينگر لاكتات ،10 واحد كرايو و يک واحد پكدسل تزريق ميگردد. فشارخون موقتاً افزايش و دوباره افت ميكند. 5 واحد كرايو و يک ليتر رينگر تزريق ميشود. بيمار بعد از انتقال به ICU دچار آنورى ميشود.

ساعت 7:00 صبح هوشيارى درحد ساب كوما بوده و مردمک ها دوبل ميدرياز و بدون پاسخ به نور ميباشد. ادم دور پلک و ملتحمه دارد ، ترشحات NGT قهوه اى رنگ است .علايم حياتى : BP= 50/P , HR= 150 , PT=25 , PTT=75 , PLT=89/000

در ساعت 8:30 بعلت برادیکاردی شدید 2 عدد آمپول آتروپین تزریق و ضربان اصلاح میگردد. در ABG بیمار اسیدوز شدید متابولیک و اسیدوز متوسط تنفسی دارد. به دستور متخصص داخلی Setting ونتیلاتور راتغییر میدهند و 4ویال کربنات سدیم و یک عدد دگزامتازون تزریق میشود ولی تغییر چندانی حاصل نمیشود. برای بیمار با تشخیص احتمالی DIC یک عدد ویتامین K وریدی ، 20 میلیگرم لازیکس ، 14 واحد پلاکت ، آمپول ایمی پنم 500mg/q6h – کلیندامایسین 600mg/q6h – آمپول تازوسین 400 میلیگرم روزانه – آمپول آمیکاسین 1gروزانه ، یک لیتر سرم رینگر لاکتات و فنتانیل 100µg ، State توسط پزشک ICU ، Order میشود.به علت وضعیت بیمار وعدم امکان جابجایی از اساتید پریناتولوژی درخواست کمک میگردد و ایشان برای ویزیت بیمار به بیمارستان شهرستان تشریف میبرند بعد از بررسی پرونده و معاینه بیمار دستور تعبیه CVP Line برای مانیتورینگ همودینامیک میدهند. بعلت بالا بودن سطح CVP(درحد 22-21) تمام سرمها و فرآورده های خونی Hold شده و فقط دوپامین بعلت پائین بودن فشار خون ادامه می یابد. بعلت آنوری 100mg لازیکس State ، بعد از 20 دقیقه ، 300mg و بعد از 30 دقیقه mg 400 لازیکس تزریق میشود . ولی تغییری در برون ده ادراری حاصل نمیشود. سوند فولی تعویض میگردد. با اساتید نفرولوژی مشاوره میشود و ایشان دستور میدهند تجویز سرم (رینگر یا N/S) براساس سدیم و پتاسیم باشد . از داروهای نفروتوکسیک استفاده نشود و باتوجه به سطح بالای

CVP و آنوری بیمار دیالیز اورژانسی با مشخصات Time= 2h ، دور 200 ، فیلتر R4 ، دمای 36 درجه سانتیگراد ، Na=135 ، K =2 ، UF= 1kg جهت کاهش حجم صورت گیرد به شرط اینکه SBP>90 حفظ شود.

درساعت 12 سونوگرافی پرتابل برای بررسی وضعیت کلیه ها و مجاری صورت میگیرد و طبق گزارش رادیولوژیست کبد و مجاری صفراوی نرمال بود. اطراف کلیه راست مختصری مایع جمع شده بود و در شکم مایع آسیت فراوان وجود داشت ، فضای جنبی باز بود.

بعلت پائین بودن فشارخون سیستولی دیالیز انجام نمیگیرد وحتی با نور اپی نفرین با دوز 30-8 میکروگرم فشارخون بالا نمی آید. در ساعت 13:35 بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده و به احیاء پاسخ نمیدهد.

آزمایشات : قبل از زایمان

Urea=25 , Cr=0.6 , Hct=42 , Hb=14

آزمایشان ساعت 10 :

PT= 25 PTT=79 ALP=570 Bil= 1.6 SGOT=180 SGPT=115

K = 3.7 P=7 Ca= 0.9 Na=148 Cr= 0.6 Urea=20 INR=2.9

U/A : S. G=1025 PH=5 GLU=3+ Alb=3+ Keton=neg

تشخیص های احتمالی:

1- DICمخفی که با جداشدن جفت آشکار شده است

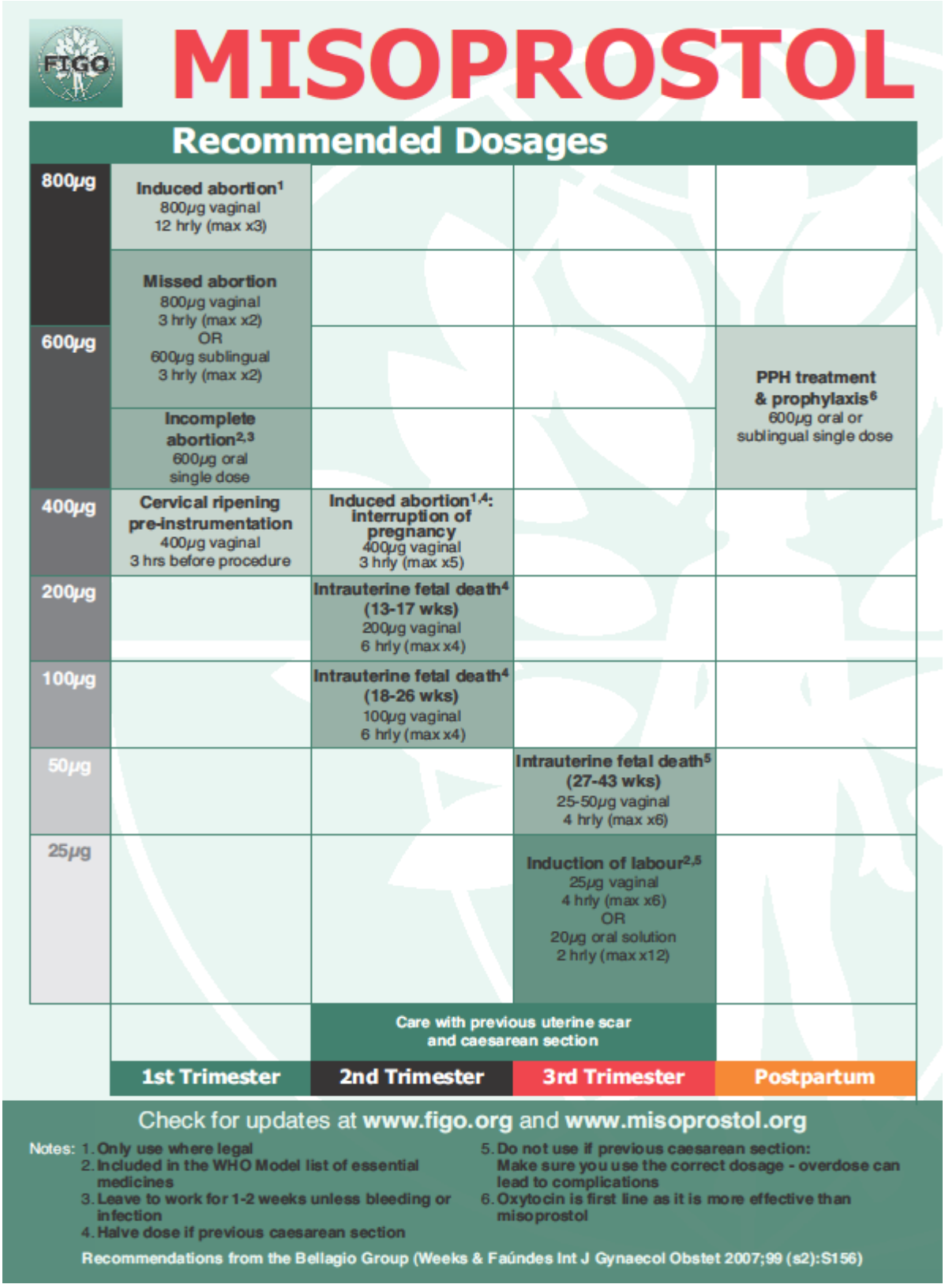
2- خونریزی زایمانی که به علت عدم جبران تبدیل به DICشده است

توضیحات :

1- اقدامات اولیه ریانیماسیون نا کارآمد بوده است.

2- تجویز یک عددشیاف میزوپروستول کافی نبود ومی بایست حداقل چهارعدد مصرف می شد (علت مصرف یک عدد، نبود دارو دربیمارستان بیان شد . بیمارستان باید همیشه دپوی کافی داشته باشد.)

3- ترکیب سرم وفرآورده های خونی داده شده مناسب نبود.(می بایست بعداز تزریق 5 واحد پکدسل ،به ازای تجویز هرواحد پکدسل ،یک واحد پلاکت ویک واحد FFP تزریق شود.بعداز تزریق 5-4 لیترسرم درصورت وجود علایم هیپوولمی تجویز خون ضروری است.)



خانم 22

متوفی خانمی است 32 ساله ،ساکن شهر ، خانه دار با سواد پنجم ابتدائی ، BMI =33 ، سابقه تشنج وافسردگی داشته وتحت درمان با فلوکستین وسدیم والپروات بوده وبطور متوسط هر 10ماه یکبار حمله تشنجی داشته است . G_2P_1،زایمان قبلی 10سال قبل بروش سزارین بوده وبچه سیانوزه بدنیا آمده بود. حاملگی خواسته بود واز اول حاملگی تحت مراقبت متخصص مغز واعصاب بوده والپروات سدیم مصرف می کرده است.

از اوایل حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت قرار گرفته و مرتب مراقبت شده بود . همزمان به متخصص زنان نیز مراجعه می کرد.درطول بارداری 6 بار سونوگرافی شده بودوهیچ مشکلی درجنین وجود نداشت . یکبار درهفته 9حاملگی زمین خورده ودچار درد درناحیه شکم شده بود.درسه ماهه دوم حاملگی چندین بار فشار خون تا حد BP =140/80 داشته است ولی پروتئین ادرار منفی بود.

آخرین ویزیت پزشک متخصص زنان دو روز قبل از فوت بود که برای بیمار معرفی جهت ختم حاملگی برای ده روز بعد نوشته بودند. متوفی تمام روزهای ماه رمضان را روزه گرفته بود وشب 21 رمضان تا ساعت 3 نیمه شب مراسم احیا برگزار کرده وساعت 4 دچار تشنج گذرا می شود. در اذان صبح دچار سرفه شده وآب خورده و خوابیده بود .ساعت 6صبح (15 دقیقه بعد)همسر ایشان متوجه شده که بیمار تشنج کرده واز دهانش کف می آید . بلافاصله با اورژانس 115 تماس می گیرد وساعت 6:30 بیماررا به بیمارستان می رسانند .درهنگام پذیرش مادر فاقد علائم حیاتی بود وبه عملیات احیاپاسخ نمی دهد. در سمع قلب جنین فاقد ضربان بود.

خانم 23

متوفی خانمی است 35 ساله ، ساکن شهر ، با سواد پنجم ابتدایی ، $G_3P_2Al_1$، BMI =23 ، سابقه مرده زایی در یازده ماه قبل و یکبار سزارین حدود 11 سال قبل را دارد. مصرف دارو ویاسابقه بیماری خاصی را نمی دهد. به علت تمایل به بارداری از هیچ روش کنتراسپشن استفاده نمی کرد. حاملگی اخیرخواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 12 شروع شده و5 بارتوسط کاردان بهداشت خانواده ویکبار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود ومشکل خاصی درپرونده قید نشده بود. آزمایشات اوایل بارداری وهفته 30 نرمال بود.دوبار به علت سابقه جنین آنانسفال به متخصص زنان ارجاع شده بود.مادردرهفته 39 حاملگی ساعت 13:15 به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه وبستری می شود.

موقع بستری : BP=100/60 FHR=140 درمعاینه واژینال : دیلاتاسیون 3 سانتیمتر – افاسمان40%-ایستاسیون 2- ساک سالم بود.

به علت سابقه سزارین، بعداز اقدامات اولیه واخذ آزمایشات روتین به اتاق عمل منتقل وساعت 14:15 با بی حسی اسپینال تحت عمل سزارین قرار می گیرد. شکم بابرش عرضی باز می شود . امنتوم چسبندگی شدید به جدار قدامی رحم داشت و گوشه سمت چپ رحم هماتوم داشت که تخلیه می شود وبه علت ادامه خونریزی سالپنژکتومی چپ صورت می گیرد .محل برش خونریزی داشت بعداز گذاشتن سرجی سل وچند بار کنترل محل عمل بسته می شود.حاصل زایمان نوزاد دختر ترم وبظاهر سالم با آپگار9-8 آغشته به مکونیوم غلیظ بود. به علت نوسان فشارخون در اتاق عمل درخواست خون شده ویک واحد پکد سل وصل و بیمار ساعت 16 به ریکاوری منتقل وحدود 10دقیقه بعدباهوشیاری نسبی وBP=110/70 ودستورات دارویی :یک لیتر سرم رینگر+30واحدسنتو سینون-آمپول سفازولین –آمپول جنتامایسین-آمپول مترونیدازول-آمپول ترامادول PRN –کنترل علایم حیاتی هر15 دقیقه وکنترل خونریزی واژینال (عدم ماساژرحم) به بخش منتقل می گردد. درساعت 18:15 (حدود2 ساعت بعد)به علت افت فشار خون بیمارBP=80/50 ونبضهای فیلی فورم به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان دستور می دهدیک لیتر سرم رینگر بصورت Free انفوزیون شده وبه مامای زایشگاه جهت بررسی اطلاع دهند.25دقیقه بعد متخصص زنان بیماررا ویزیت می کند ،سرم رینگر (200 سی سی انفوزیون شده بود) قطع ویک لیتر سرم دکستروز 5% +یک ویال گلوکز 50%+آمپول B.Complexوصل می شود.به علت نوسان فشارخون سیستولی در حد 90-80 یک

واحد پکدسل ترانسفوزیون وسوند ادراری تعویض می گردد. برونده ادراری در حد 25 سی سی بود(ازاول سوندگذاری جمعاً 450سی سی بود) .متخصص زنان خونریزی واژینال ورحم را کنترل می کند.خونریزی واژینال وجود نداشت ورحم جمع بود(طرف راست سفت بودولی طرف چپ سفت نبود ودرد داشت وشکم متقارن نبود).علیرغم تزریق خون وسرم برونده ادراری افزایش نمی یابد. بیماربشدت Pale بوده وتعریق شدید داشت ونبضها همچنان فیلی فورم بودند. BP=100/60 و O_2Sat=90% بود. ساعت 20 متخصص بی هوشی نیز بربالین بیمار حاضر می شود.نیم ساعت بعد فشارخون افت کرده وبه BP=70/40 می رسد .به متخصص زنان اطلاع می دهند .ایشان بیماررا به اطاق عمل انتقال داده ومشاوره اورژانس جراحی عمومی می کند.جراح ساعت 21:20 بیماررادراتاق عمل ویزیت وشخصاً سونوگرافی پرتابل می کند (از متخصص سونوگرافی درخواست کمک نمی شود).طبق یادداشت ایشان : شکم نرم ودیستانسیون خفیف دارد.درسونوگرافی درحدقابل رویت مایع آزاد وجود ندارد. BP=120/80 PR=110 O2Sat=96% وتوصیه میکند بیمار بشدت گرم نگه داشته شود(چون هیپوترم است)-2واحد پکدسل و4واحد FFP و 3 لیترسرم بصورت TDS تزریق شود.بیمار به بخش برگردانده می شود.یک واحد پکد سل و4 واحد FFP تزریق می شود ومتخصص زنان تزریق واحد دوم رامنوط به جواب هموگلوبین 6 ساعت بعد می کند. بیماررابه مانیتوروصل می کنند.تا ساعت 6 صبح بیمار هوشیاربوده واز درد شکم شاکی بود . بنا به اظهار خواهر بیمار، بیمار آنقدر تعریق داشت که درساعت 4 بامداد مجبور به تعویض لباسهای بیمار می شود.علایم حیاتی ثبت شده : BP=100-110/60 PR=100-120 Out/Put. ادراری درشیفت شب1200 سی سی درمقابل دریافت حدود5 لیتر مایع بود.درساعت 6:30 صبح بیماردچار افت هوشیاری ، افت فشارخون وبرادیکاردی می شود. سریعاً انتوبه شده وعملیات احیا باحضور متخصص داخلی وقلب وبی هوشی انجام می شودولی متاسفانه موثر واقع نشده وبیمار ساعت 7:00 فوت می کند.

آزمایشات :

قبل از عمل: WBC=10,100 RBC=3.9*10^6 Hb=12.1 Hct=37.4

MCV=95.4 MCH=30.9 PLT=139,000 BG=O+

درسی تی اسکن بعداز فوت: درریه کدورت آلوئولاردرلوب فوقانی ریه چپ ودرسگمان مدیوبازال لوب تحتانی ریه راست دیده می شود.درشکم مقداری مایع آزاد درفضای ساب دیافراگماتیک وساب هپاتیک واطراف طحال وسایر نواحی شکم دیده می شود.یک هماتوم به ابعاد 15*12 سانتیمتر درلگن درمجاورت چپ رحم(مجاورت عضله پسواس) دیده می شود که باعث جابجایی پل تحتانی کلیه چپ به قدام شده است.

گزارش اتوپسی: درکالبد شکافی شکم ، حفره شکم مملو از مقدارزیادی خون قرمز روشن (شریانی وحدود دولیتر)بود .تجمع خون وهماتوم وسیع به اندازه توپ هند بال در رترو پریتوئن وجود داشت که به نواحی اطراف آئورت تانزدیکی کلیه چپ وسمت راست شکم ولگن گسترش یافته بود.حجم هماتوم بطورتخمینی دولیتر و سفت بود. درروی رحم محل برش عرضی سزارین وهمچنین یک پارگی نسبی بخیه شده درسمت قدام فوندوس ویک پارگی نسبی بخیه شده بطول حدود دو سانتیمتر درخلف فوندوس رحم مشاهده می شد.

اشکالات وارد برپرونده:

1- با متخصص زنان مشاوره نشده است.

2- تصمیم گیری نهایی توسط پزشک معالج میباشدنه پزشک مشاور.

3- تزریق FFP اندیکاسیون نداشت.

4- سونوگرافی توسط متخصص زنان وجراح عمومی (مخصوصاً بی تجربه) وبعد از عمل بی معنی است و باید بیمار بی درنگ لاپاراتومی می شد.

5- تشخیص هیپوترمی برای بیمار فوق بی معنی می باشد.

خانم 24

متوفي خانمي است 32 ساله ، ساكن شهر، ليسانس وخانه دار، بسيار چاق ، $G_2 P_0ab_1$ ، بدون سابقه بيماري خاص ، سابقه سقط و كورتاژ سال قبل و با IUI حامله شده است و درمدت حاملگي استراحت مطلق داشته و در مطب پزشك متخصص زنان كنترل مي شده است . در آزمايشات هفته 9 حاملگي FBS=79 , Hb=12.2 بود ، سونوگرافي هفته 35 حاملگي ، مايع درحد نرمال ، بدون آنومالي و پرزنتاسيون بريچ گزارش شده بود . در هفته 38 حاملگي بعلت كاهش حركت جنين باتشخيص اوليگو هيدرآمنيوس و پرزنتاسيون بريچ جهت سزارين بستري ميشود . ساعت 8:30 صبح با راشی تحت عمل C/S قرار ميگيرد و يك نوزاد پسر با آپگار (9/10) و بظاهر سالم ، مكونيومي و بدون مايع خارج ميگردد. براي بيمار 1 گرم سفازولين وريدی ، سرم 2/3 و 3/1 و مسكن PRN تجويز ميگردد . يك دوز انوكساپارين زير جلدي نيز تزريق ميگردد. فشار خون درمدت يك روز بستري در محدوده نرمال بود. 7/5 ساعت بعد از عمل راه رفته بود ، مادردر اتاق عمل احساس سرما داشته است . بيمار روز بعد بدون مشكل خاص بادستورات كليندامايسين خوراكي و مسكن مرخص ميگردد. يک روز بعد به دليل تب به مطب پزشك مراجعه ميكند و آنتي بيوتيك تجويز ميگردد. بيمار دوباره 5روز بعد از عمل باشكايت تب و لرز به درمانگاه مراجعه و باتشخيص عوارض بعد از سزارين توسط متخصص زنان (پزشک معالج) با دستورات NPO :، يك عدد دگزامتازون عضلاني ، آمپول سفترياكسون 1 گرمي هر12 ساعت ، جنتامايسين هر8 ساعت 80 ميلي گرم ،سرم 1/3و 2/3 ، شياف استامينوفن و پاشويه دربخش زنان بستري ميگردد. موقع بستري BP= 140/80 , BT= 38.8بود . حدود 12ساعت بعد با حال عمومي كاملاً خوب (؟) مرخص ميگردد. بيمار مجدداً روز بعد ساعت 12 ظهر با شكايت تب به بيمارستان مراجعه و بادستورات تلفني سرم 1/3 و2/3 ، آمپول سفترياكسون(1g /q6h) آمپول جنتامايسين 80mg / q6h ، قرص مترونيدازول 250 ميلي گرم هر 6 ساعت وشياف استامينوفن بستري ميگردد. براي بيمار مشاوره عفوني درخواست و ايشان درجواب مشاوره Sepsis رامطرح ميكنند . يادداشت مشاورعفونی : قلب و ريه نرمال است ، حساسيت محل عمل جراحي ندارد ، اريتم نازوفارنكس دارد ، از سردرد شاكي ميباشد ، تحرك مننژ ندارد و براي بيمار دستورات آمپول سفيپيم 1g/q6h ، آمپول مترونيدازول mg/q8h 500، آمپول آميكاسين 500 ميلي گرم هر8ساعت، قرص سرماخوردگي هر6 ساعت ، شربت ديفن هيدرامين ، كشت خون دردو نوبت ، سونوگرافي شكم و لگن ميدهند كه كشت خون منفي بود و سونوگرافي شكم و لگن نرمال بود و تجمع چركي و مايعات نداشت .

<u>روز سوم بستري</u> بعلت افت فشارخون و تب دار بودن از سرويس عفوني مشاوره مجددرخواست ميشود (تب بيمار مواج بوده و گاهي به 40 درجه سانتيگراد ميرسيد) . جواب مشاوره : درخواست CBC, ESR, CRP, U/A ،، CT آنژيوگرافي از نظر آمبولي ريه ، D.Dimer نمونه گيري گلو از نظر H1N1 ، آميكاسين D.C و آمپي سيلين 2 ميلي گرم شروع شود كه بعداً طي تماس تلفني آمپي سيلين نيز D.C ووانكومايسين 500 ميلي گرم شروع شده بود) . قرص ان استيل سيستئين روزي يكعدد ، شربت فروگلوبولين ، شربت مولتي ويتامين ، كپسول اوسلناميوير 75 ميليگرم تا يك هفته ، شياف ناپروكسن (PRN) .

درU/A : پروتئين اوري +3 و , +1=CRP , %48 =PMN , 3400 =VBC ، ESR ساعت اول 24 ، ساعت دوم 44 ، بعلت بي قراري بدستور پزشك معالج ، ديازپام وريدي تزريق ميگردد.

روز چهارم بستری متخصص زنان بيمارراويزيت كرده و دستور ترخيص از نظر مامايي راميدهد و درخواست مشاوره داخلي بعلت ديسترس تنفسي را ميكند . درمعاينه متخصص داخلي ، كراكل دمي و بازدمي منتشر درهردو ريه را داشت و BP=140/90 بود . دستورات متخصص داخلی : تزريق لازيكس 30 ميليگرم ،Stat ، درخواست اكوكارديوگرافي و CXR و اطلاع نتايج كه اكوكارديوگرافي نرمال بود و درCXR : بزرگی بطن چپ و تراكم بال پروانه اي درپاراهيلر دو طرف با گسترش به نواحي محيطي داشت ، زواياي جنبي باز بود و تشخيص ادم آلوئولر با احتمال پنومونيت ثانويه گزارش شده بود. براي بيمار درخواست ويزيت متخصص عفوني ومتخصص ريه ميكنند. دستورات متخصص عفوني: كپسول آزيترومايسين ، آمپول هيدروكورتيزون 200 گرم وريدی ، پيگيري جواب آزمايش H1N1 +تكرار بقيه دستورات .يادداشت متخصص ريه : بيمار تنگي نفس و تاكي پنه و سيانوز محيطي دارد ، ريه ها پاك است كدورت موجود در CXR تيپ ARDS است در ABG انجام شده = PAO2 87%و دستور ميدهند آمپول متيل پردنيزولون 60mg/q6h ، انوكساپارين 40 mg/12h زير جلدي تزريق گردد و بيمار به ICU منتقل شده و اننوبه و به ونتيلاتور وصل گردد. در ICU ، 20mg لازيكس وريدي تزريق ميگردد . ريه ها ساكشن شده و سوند معده و سوند مثانه تعبيه ميگردد.

روز ششم بستری : بيمار ill وتب داراست ، در CXR كدورت ريه ها زياد شده است . در ABG اسيدوز دارد . كلرور پتاسيم 7/5 ميلی اكی والان درهرليتر تزريق ميگردد.

بعلت افزايش كراتينين Cr=2 و پروتئين اوري (Pr = 1054 mg ادرار 24 ساعته) درخواست مشاوره نفرولوژي ميكنند ايشان درجواب مشاوره احتمال ATN نفروتوكسيك و يا پره اكلامپسي واكلامپسي رامطرح ميكنند وتوصيه ميكنند از تجويز داروهاي نفروتوكسيك خودداري گردد.

دستورات نفرولوژيست : سونوگرافي كليه ها ، چك روزانه K,Na, BUN, Cr و فعلاً اقدام خاصي ضرورت ندارد.

بعلت بي قراري بيمار ميدازولام 4ميلي گرم انفوزيون ميكنند . بعلت افت فشارخون يك ليتر سرم در عرض دوساعت تزريق شده + 20 ميليگرم لازيكس و 5µg/kg دوپامين شروع ميشود. با پيشنهاد متخصص عفوني آزمايشات لوپوس درخواست ميشود كه همگي منفي بودند.

روز هفتم بستری بعلت افزايش BSطبق پروتكل انسولين تزريق ميكنند و با متخصص قلب بعلت شك به DVT دراندام تحتاني مشاوره ميكنند و ايشان DVTوسيع اندام تحتاني چپ (ساق وران) راتائيد ميكنند و بعلت چاقي شديد و پوزيشن بيمار، اكو كارديوگرافي انجام نميدهند . توصيه ميكنند ازدز هيدراتاسيون بيمار جلوگيري گردد، انفوزيون لازيكس قطع گردد و هپارين با Overlap وارفارين ادامه يابد (تا آن روز هپارين تزريق نشده بود) بمنظور سرم تراپي بهتر وريد صافن ووريد بازيلر دردو مرحله جداگانه دراتاق عمل Cut down ميشود و Line وريدي تعبيه ميگردد . برای پيشگيری از كمبود منيزيوم 3 سي سي سولفات منيزيوم 20%هر8 ساعت عضلانی تجويز ميگردد.

ويزيت متخصص عفوني: كراكل ظريف در قاعده ريه راست وجود داشت و BT= 38.5 . ،BP= 130/80 Cr=2، GFR =72% ، لنفوپني با كانت 525 توصيه ميشود . اوره و كراتي نين روزانه كنترل شده و جواب براي تعديل دوز داروها اطلاع داده شود ، ساير دستورات : كنترل روزانه Na , K و كلسيم و منيزيوم، LDH ، سفيپيم و مترونيدازول D.C ، وانكومايسين به 500 ميلي گرم هر12 ساعت تعديل ، آمپول مروپنم 500 ميليگرم هر6 ساعت ، قرص كوتريموكسازول بالغين جهت پروفيلاكسي پنوموسيستيس كاريني (هر12

ساعت دو عدد)، سونوگرافي شكم و لگن باتوجه به اينكه آزمايشات SLE منفي ميباشد ، درخواست CBC (H_1) لام خون محيطي – پيگيري نمونه H1N1و ادامه درمان با اوسلتاميوير تا حاضر شدن جواب آزمايش ، درخواست آنتي فسفوليپيد (IgG, IgM) و PT و آزمايشات LFT

روز هشتم بستری : وضع بيمار نسبت به روزهاي قبلي ثابت تراست ، بعلت شك به سندرم كمپارتمان با متخصص ارتوپدي مشاوره ميشود و ايشان درجواب مشاوره اشاره ميكند سندرم كمپارتمان شروع شده است و نياز به كالرداپلرسونوگرافي وويزيت متخصص عروق دارد و باتوجه به سپري شدن 7 ساعت از شروع تورم ، نكروز عضلات و نسوج نرم شروع شده است و در صورت فاسيوتومي ، خونريزي شديد بروز خواهد داد و بيمار نياز به دزآرتيكولاسيون اندام تحتاني چپ دارد و در صورت صلاحديد پزشك معالج به بيمارستان آموزشی درمانی منتقل شود ولي در مشاوره جراحي عروق، ايشان ادامه هپارين درماني با دوز 1200 Iu/h راتوصيه فرمودند.

بعلت لمس آمفيزم زير جلدي با متخصص جراح عمومي مشورت ميشود و ايشان بااحتمال پنوموتوراكس CT دوطرفه تعبيه ميكند كه طرف چپ ترشح يا هوا نداشت و در طرف راست هوا (پنوموتوراكس) وجود داشت.

عصر آنروز انوكساپارين قطع و هپارين با دوز 5000 IU Stat و سپس انفوزيون 1000 IU/h شروع ميشود . در سونوگرافي لگن ، ترومبوز هيپواكودر وريدهاي فمورال مشترك و فمورال سطحي و عمقي و جانكشن صافنوفمورال بااز بين رفتن قدرت Compressibility وريدها (Gray scale)مشهود بود .

ساعت 14بعد از ظهر همان روز به علت تاكی كاردی و HR= 167 , RR = 38 , BP = 155/87 ,

, O_2 Sat = %78بامتخصص داخلي تماس ميگيرند و ايشان دستور تزريق 3 ميليگرم وراپاميل وريدي بصورت آهسته راميدهد . وراپاميل مجدداً درساعت 16و19 و 19:5 دقيقه 1ميليگرم تزريق شده بود.

روز نهم بستری :وضعيت بيمار نامناسب است ، در ABG اسيدوزمتابوليك دارد ، آمفيزم زير جلدي همچنان لمس ميشود ساعت 11 صبح بعلت افزايش قند خون به 426 دوز انسولين به 8u/h افزايش مي يابد.

بامتخصص ريه تماس می گيرندوايشان درخواست CXR و ABGاورژانس می كند.با اطلاع جوابABG توصيه می كند درصورت صلاحديد متخصص داخلي تراكتوستومي شود. شب ساعت 11 بعلت افت فشارخون براي بيمار دوپامين شروع ميشود .

روز دهم بستری :ساعت 6:30 دقيقه صبح بيمار دچار ارست قلبي تنفسي ميشود و با CPR برميگردد. براي بيمار 3 ويال بيكربنات سديم تزريق و اكسيژن 100% با RR=15 و دوبوتامين 10 قطره دردقيقه شروع ميكنند . بيمار مجدداً ارست قلبي تنفسي كرده و به احياء پاسخ نميدهد و درروز 16 بعد از زايمان فوت ميكنند .

آزمايشات:

P , K , Na=normal LDH=2462 Ca=7.3 SGOT = 115 SGPT=normal

آنتي فسفوليپيد =neg D.Dimer =neg Mg=1.8 Plat = normal

راديو گرافی شكم نرمال بود.

در سی تی آنژيو گرافی تراكم تكه ای آلوئولار (patchy Alveolar Consolidation) درهردو ريه مخصوصاً دراطراف عروق پولمونری وايز برونكوگرام وجودداشت.

جواب نمونه ی گلو برای آنفلوانزای H1N1 علیرغم پیگیری های متعدد دردانشکده بهداشت تهران مشخص نشده است

تشخیص احتمالی علت مرگ : سپسیس درزمینه ترومبوفلبیت لگنی ویا آنفلوانزای پاندمیک

ریسک فاکتورها : 1- چاقی بیمار 2- استراحت مطلق بیمار دردوران حاملگی

ایرادات وارد ه : 1-عدم پروفیلاکسی ترومبوفلبیت درطول حاملگی وقبل وبعداز زایمان (باتوجه به چاقی واستراحت طولانی مدت بیمار باید هپارین پروفیلاکسی می گرفت) 2- ترخیص زودهنگام بیمار بعداز زایمان وبستری دوم (درزایمان سزارین حداقل مدت بستری بعداز عمل 48 ساعت می باشد ودربستری دوم حداقل 24 ساعت بعداز قطع تب وعلایم بدون دریافت تب بر باید دربیمارستان می ماند.

3- عدم درخواست سی تی اسکن لگنی وشکم برای بررسی احتمال فلبیت عفونی لگن 4- عدم انجام فاسیوتومی توسط مشاور ارتوپدی

4- عدم درخواست اتوپسی برای تشخیص قطعی علت مرگ

خانم 25

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن ،دیپلم ، دارای لنفادم مادر زادی پای راست وهمانژیوم زانوی راست ، G_1P_0 .حاملگی خواسته بود. اولین مراقبت دوران بارداری ازهفته نهم بارداری شروع شده ومرتب مراقبت شده بود .چندین بار هم در در درمانگاه حاملگی پرخطرتوسط متخصص زنان ویزیت شده بود. در آزمایشات اوایل حاملگی مشکلی نداشت.ادم پا از ماه هشتم حاملگی بیشتر شده بود.نامبرده بنا به توصیه یکی از اساتید محترم باشروع دردهای زایمانی به بیمارستان زنان مراجعه وبستری می شود.حدود5-6 روز قبل از مراجعه به بیمارستان ، توسط متخصص داخلی 5000 واحد هپارین هر12ساعت زیر جلدی شروع شده بود.

درموقع پذیرش : BP=110/80 PR=98 FHR=130

درمعاینه واژینال: دیلاتاسیون 3 cm ،افاسمان 30% ،پوزیشن سفالیک ،ساک سالم وایستاسیون 3- و انقباضات رحم قابل توجه نبود.برای بیمار هپارین زیر جلدی هر 8 ساعت 5000 واحد وایناکشن با 10واحد سنتوسینون شروع می شود.در ساعت 16:30 ساک ضمن معاینه پاره می شود.در ساعت 3:45 و5:30 بعد از ظهردو بارآمپول هیوسین ، آتروپین ،پرومتازین وپتیدین 25mg تزریق شده بود.درساعت 20:15 علایم زایمانی کامل می شود .ولی تا ساعت 21:30 جنین نزول نمی کند .به علت تشکیل بوس شدید ومولدینگ در سر جنین با تشخیص ارست زایمانی مادر جهت سزارین به اتاق عمل برده می شود .عمل جراحی با راشی در ساعت 22:10 شروع وساعت 23:10تمام می شود وحاصل زایمان نوزاد پسر زنده با آپگار 8/10 ووزن 3800گرم بود.مادر درساعت 23:50 با حال عمومی خوب تحویل بخش داده می شود.

دستورات بعد از عمل :کنترل خونریزی واژینال ومحل انسیزیون ،کنترل علایم حیاتی ، elevationپای راست ،سرم رینگر 3lit/24h ،CBR، پاها بخصوص پای مبتلا ماساژ داده شود ودر بستر حرکت داده شود.حد اکثربعداز 8ساعت با کمک راه برودوبعداً هر 2 ساعت بمدت 10دقیقه حرکت کند.

***<u>روز دوم بستری</u>* بیمار از ضعف وبی حالی وافزایش تورم پای راست در قسمت پائین زانو شاکی بودود*<u>روز سوم بستری</u>* ساعت1:30 am (حدود 27ساعت بعد از عمل)به علت تنگی نفس توسط رزیدنت سال اول ویزیت می شود.علایم حیاتی ثبت شده : BP=90/60**

PR=88 RR=34 سمع ریه ها clear بود.برای بیمارcc 500سرم نرمال سالین بصورت سریع انفوزیون می کنند. وضعیت

بیمار تغییر چندانی نمی کند.درساعت3:10 am پرستار بخش وضعیت بیمار را به رزیدنت سال بالا اطلاع می دهد ودر ساعت3:45 am یکی از رزیدنتهای سال اول به سفارش رزیدنت سال بالا بدون ویزیت بیمار وبدون رویت پرونده در یک برگ جداگانه دستورات سال بالا را مکتوب می کند (ABG ,ECG,RPO) ودرجواب پیگیری پرستار بخش ،ویزیت بیماررا به صبح موکول می کند.درساعت4:20 am به علت بد حالی بیمار واطلاع پرستار بخش رزیدنتها بر بالین بیمار حاضر می شوند.در این زمان بیمار حرکات تشنجی داشته واز دهانش کف خارج می شدومردمک ها دوبل میدریازبود.با گذاشتن Air way با آمبو احیاء را شروع می کنند.در حین احیا ء O_2Sat=81-89% با پالس اکسیمتری بود.در ساعت 4:30 توسط رزیدنت بی هوشی انتوبه شده واحیا ادامه می یابد.ولی متاسفانه به احیا پاسخ نداده ودر ساعت5:00 am فوت می کند.

آزمایشات :

87/2/15 : Hb=11.4 Hct=35 Plate=180,000 PT=30 Fibrinogen=393

87/2/16 : Hb=10/1 Hct=31

خانم26

متوفی خانمی است 36ساله ، ساکن واهل روستای اصلی ، خانه دار ، ، با سواد ابتدایی،BMI=27 ، $G_4P_2Al_2$، سابقه دوبار زایمان طبیعی داشته وآخرین زایمان 9 سال پیش بود. .سابقه چندبارخون دماغ شدن درچند ماه اخیر را می داد. از IUDجهت کنتراسپشن استفاده می کرده است . حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری درمرکز بهداشت ازهفته 12 بارداری شروع شده و6 بار توسط بهورز ، 2 بار توسط ماما ویک بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بودند.

نامبرده در سن بارداری 41 هفته و4 روز براساسLMP درساعت 10:25 با شکایت درد زایمانی ولک بینی به بیمارستان مراجعه کرده وبستری می شود.موقع بستری : FHR=135 BP=90/60

درمعاینه واژینال : دیلاتاسیون 4 سانتیمتر –افاسمان 40% - پرزنتاسیون سفالیک وساک سالم وموبیل بود.با درخواست آزمایشات روتین ورزرو دو واحد خون ،وصل سرم رینگربصورت K.V.O ودرخواست سونوگرافی بیوفیزیکال منتظر پیشرفت زایمان می شوند .درساعت 12 ظهر با دستور تلفنی متخصص زنان ،آمپول هیوسین وپرومتازین عضلانی تزریق می شود. ساعت 14 علایم زایمانی کامل میشود.درساعت 14:30 به علت عدم پیشرفت زایمان به متخصص زنان اطلاع می دهندوایشان به علت حضور در اتاق عمل درساعت 15:15 برسربالین مادر حاضر شده وساعت 15:30 با تشخیص ارست نزول وتشکیل بوس زایمانی مادر به اتاق عمل برده می شود.

علایم حیاتی دراتاق عمل(قبل از شروع عمل) : BP=100/60 PR=95 Hb=11 PLT=384,000

عمل ساعت 15:35 با بی هوشی عمومی (با پیشنهاد متخصص زنان)شروع می شود.حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 10/ 8 ووزن 3500 گرم بود.درموقع عمل لبه تحتانی محل برش 3سانتیمتر Extension داشت که دردو لایه ترمیم می شود. درگوشه سمت راست هم یک ناحیه خونریزی دهنده داشته که جداگانه سوچور زده می شود. بعداز خروج نوزاد انفوزیون 20u/lit سنتوسینون شروع و0/2 میلی گرم مترژین عضلانی تزریق می

شود . نیم ساعت بعداز شروع عمل (بعداز خروج نوزادو تزریق مترژین) HR بیمار افزایش یافته وتا آخر عمل درحد 140- 130 باقی می ماند.عمل راس ساعت 16:50 تمام می شود. بعداز اکستوباسیون درساعت 17 متخصص بی هوشی اطلاع می دهد که بیمار دچار شوک هیپوتانسیو شده است.به علت افت ساچوراسیون بیمار مجدداً انتوبه می شود.متخصص زنان که درحال نوشتن شرح عمل بوده است ، بلافاصله بیماررا معاینه می کند . رحم جمع بود وخونریزی در حد قابل انتظار بود باوجود این ماساژرحمی داده شده ورگ دوم گرفته می شود وسرم رینگر ودوپامین با دوز 15- 30 µg/kg/min شروع می شود .بلافاصله خون درخواست شده وساعت 17:30 ترانسفوزیون خون شروع می شود . به علت عدم جریان خوب لاین های وریدی از جراح عمومی جهت کات داون کمک خواسته می شودوساعت 17:45 کات داون آماده می شود. برای بیمار جمعاً 5 لیتر سرم رینگر ، 5 لیتر سرم نرمال سالین ،6 واحد پکد سل و6 واحد FFP تزریق می شود . با این وجود کارکرد کلیه ها درحد صفر بوده وبیمار از حالت شوک خارج نمی شود. درساعت 19 با متخصص داخلی مشاوره می شود.ایشان بعد ویزیت بیمار دراتاق عمل (ساعت 19:15) یادداشت کرده بود : بیمار انتوبه بوده ودارای تنفس خودبخودی می باشد ساچوراسیون اکسیژن بین 96 %-70% متغیر می باشد.مردمکها دوبل میدریاز بوده ولی واکنش به نور دارند.ریه ها Clear وقلب تاکیکارد وریتم سینوسی داردHR=140 وتوصیه می کند :1- بررسی شکم از نظر خونریزی داخل پریتوئن وR/O شوک هیپوولمیک درزمینه خونریزی داخل شکم 2- ادامه تهویه ریوی وتزریق مایعات که درصورت آمبولی ریوی اقدام موثر همان است. متخصص زنان درمورد لاپارتومی مجدد با متخصص بی هوشی وجراح عمومی مشاوره می کند.

جواب مشاوره بی هوشی : وضعیت بیمار کاملاً مرزی است SBP=60 وبا ایناکشن بی هوشی توسط داروی هوشبر دچار ارست می شود ودر صورت عدم مصرف هیچ دارویی ، بیمار بخاطر درد دچار مشکل می شود وتنها راه باقیمانده استفاده صرف از مواد مخدر است ودرهر حال انجام عمل جراحی در شرایط فوق خالی از خطر نیست.

جواب مشاوره جراح عمومی:باتوجه به شرایط بالینی وریسک بالای بی هوشی مجدد بنا به اظهار همکار محترم بی هوشی واینکه همکارمحترم زنان با هموستاز کامل اقدام به بستن لاپاراتومی کرده اند در صورت شک بالای خونریزی داخل شکمی واقدام به لاپاراتومی، اینجانب نیز در اتاق عمل حضور داشته ودر عمل جراحی نیز شرکت خواهم کرد.

متخصص زنان با اساتید محترم نیز مشاوره تلفنی می کند وایشان تاکید به لاپاراتومی می کنند .درنهایت به علت عدم بهبودی وضعیت بیمار تصمیم به لاپاراتومی تجسسی می کنند واز همراهان رضایت عمل درخواست کرده؟؟ ولی همراهان مادر اجازه عمل نمی دهند. بیمارساعت 20 با T-Tube وتنفس خودخودی با علایم حیاتی :HR=140-150 RR=40 O2Sat=80-90% به همراه متخصص زنان وتکنسین بی هوشی به بیمارستان آموزشی زنان اعزام می شود.

بیمارساعت 21:40 با مردمک دوبل میدریاز وبدون واکنش به نور وفشار غیر قابل اندازه گیری در اورژانس بیمارستان زنان پذیرش می شود. بلافاصله کد احیا زده شده وعملیات احیا شروع می شود.ولی متاسفانه به احیا پاسخ نداده وساعت 22 فوت مادر اعلام می شود.درسونوگرافی شکم بعداز فوت درفضاهای لگن وشکم تجمع هتروژن (هماتوم) وسیع در ناودان پاراکولیک واطراف هردو کلیه وبین لوپهای روده مشاهده میشود. دراتوپسی نیز علت مرگ خونریزی داخل شکم با منشاء نامعلوم گزارش شده است.

تشخیص علت مرگ براساس گزارش اتوپسی وسیر بیماری شوک هیپو ولمیک ناشی از خونریزی داخل شکمی میباشد.

اشکالات وارد برپرونده :

1- بیمار بطور قطعی باید لاپاراتومی تجسسی می شد.(باتوجه به عدم پاسخ به تزریق سریع سرم وخون ، تاخیر درتصمیم به لاپاراتومی توجیه ناپذیر است)

2- اخذ رضایت از همراهان بیمار با توجه به وضعیت اورژانسی لازم نبود.

3- کار تیمی خوب نبود .

4- درخواست خون وهماهنگی کار تیمی واعزام برعهده سوپر وایزر ومسئولین بیمارستان می باشد.

5- جو بیمارستان مناسب نبوده وهمراهان بیمار وارداتاق عمل شده بودند. تصمیم قاطع واقدام به موقع مانع نشت خبری درون اتاق عمل به بیرون می شود .

خانم 27

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن واهل روستای سیاری ، $G_3P_2Al_2$ ، آخرین زایمان چهارسال پیش بروش NVDبوده است .بدون سابقه بیماری خاصی. حاملگی خواسته بوده وطبق سونوگرافی دوهفته قبل ، سن حاملگی حدود 24 هفته می باشد.بیمارسابقه سرماخوردگی ازحدود 10 روز قبل رامی داد.ناراحتی بیماربا تهوع ،استفراغ وبی اشتهایی شروع شده وبتدریج استفراغهای بیمار زیادشده وقادربه خوردن چیزی نمی شود.به علت مسافرت همسر ، بیماربه پزشک مراجعه نکرده بود.طبق اظهارات مادر بیمار شب قبل از مراجعه، بصورت ناگهانی دچار اختلال تکلم وضعف اندامها شده بود. بیمار را با ویلچر به درمانگاه می برند.بعدازمعاینه پزشک وماما بدون اقدام خاص توصیه میکنند به بیمارستان مراجعه کنند. بیماربه بیمارستان جنرال مراجعه کرده وبعداز ویزیت دراورژانس بدلیل حامله بودن وعدم احساس حرکات جنین توسط مادر به بیمارستان زنان ارجاع می دهند. موقع پذیرش دربیمارستان (ساعت 21)

BP=90/60 PR=130 BT=42°c FHR=140

درمعاینه اندامهاضعف داشت ، تکلم دیزآرتریک داشت ، ایکتر ژنرالیزه داشت ، شکم نرم ودیستانته بود.خونریزی واژینال وکنتراکشن رحمی نداشت ، کول بسته بود.بیمارتوسط متخصص زنان ویزیت شده ویک لیتر سرم نرمال سالین بصورت Free انفوزیون می گردد. آزمایشات CBC ,U/A LFT , U/C ,B/Cدرسه نوبت وتستهای انعقادی درخواست می شود.برای بیمار اکسیژن وصل کرده وپاشویه می کنند ودوعددشیاف استامینوفن می گذارند. برای بیمار سوند فولی تعبیه کرده و20cc ادرار خارج می شود.پس از کشت خون، 1gسفتریاکسون ازطریق میکروست ، 500mgمترونیدازول وباصلاحدید متخصص داخلی وجراحی آمیکاسین وسرم دوپامین بادوز 8gut/min تزریق می گردد. برای بیمار از بیمارستان دانشگاهی پذیرش می گیرند وساعت 00:30 بامداد باهمراه درمانی وآمبولانس به اعزام می کنند.

آزمایشات بیمارستان زنان : Neu=80% WBC=4400 Hb=12.1 Cr=1.1

Urea=41 PT=16 PTT=51 ESR=8 SGOT=200 SGPT=96

ALP=337 Fibrinogen=150 RBC=6-8 Alb=3+ Protein=2+ U/A:

کشت خون وادرار منفی بود.

بیمار ساعت 3:05 صبح به مرکز دانشگاهی می رسد.علایم ثبت شده موقع پذیرش : BP=95/60 BT=39.6°c

PR=66 O2Sat=76.6%

اقدامات اورژانس: مانیتورینگ قلبی ،پالس اکسی متری ، ABG ،گلوکومتری ، تجویز اکسیژن ، تزریق 2 لیتر سرم نرمال سالین ، تزریق 100mg هیدروکورتیزون ، تزریق یک عدد آمپول لازیکس ومشاوره عفونی .

آنالیز ABG : PH=7.22 HCO3=13.2 Pco2=32.8 Po2=52 BS=308

درمشاوره عفونی به علت Plat=50000 ووجودپروتئین در ادرار سندرم HUS رامطرح می کند.

درساعت 5:30 بامداد بیماررا علیرغم آنوریک وایکتریک بودن وعلائم نورولوژیک به علت تب ولرزوخروج ترشحات آبکی ازواژن با شک به کوریوآمینیت بدون هماهنگی به بیمارستان طالقانی اعزام می کنند. علایم حیاتی هنگام اعزام :

BP=95/40 PR=54 RR=48 BT=39.8°c

بیمار ساعت 6:10 به بیمارستان طالقانی می رسد.موقع پذیرش در اورژانس طالقانی : هوشیاری درحد Stupor بود. قادر به تکلم نبود.تنفسهای سطحی داشت .جنین درواژن درحال دفع بود.قسمتی از جنین توسط رزیدنت خارج می گرددولی سر جنین باقی می ماند.برای بیمار 20 واحد اکسی توسین داخل سرم انفوزیون می کنند.باصلاحدید رزیدنت ارشد بعلت ill بودن بیمار ونیاز به ICU همراه با رزیدنت سال 2 وست احیا به بیمارستان ریفرال زنان اعزام می کنند.

بیمار ساعت 7:15 دراورژانس آن مرکز پذیرش می شود. موقع پذیرش هوشیاری در حد لتارژی بود.خونریزی نسبتاً شدید واژینال داشت. سوند ادراری خارج شده بود ویک IV Line ضعیف داشت. سرجنین درواژن وبدن آن خارج از واژن بود.شکم نرم بودودرلمس عمقی حساسیت منتشر بخصوص در RUQداشت.ایکتر منتشر داشت و اطراف چشمها ادماتو بود.درسمع ریه ها کراکل درقاعده هر دو ریه سمع می شد.سمع قلب نرمال بود. جنین وجفت توسط رزیدنت خارج شده وخونریزی کنترل ، سوند فولی تعبیه می شود ولی ادرار خارج نمی شود.(آنوریک بود) . علایم حیاتی : BPقابل اندازه گیری نبود.قابل اندازه گیری نبود. HR=136 BT=38.9°c

O2Sat=92% RR=36 بعداز تزریق سرم بصورت شوت فشار خون اصلاح می شود. طبق دستور اتند محترم بیماربه بخش ICUمنتقل می شود.

دستورات دارویی : کلیندامایسین 900mg/q8h، جنتامایسین 80mg/q8h وآمپی سیلین 2g/q6h ، آمپول هیدروکورتیزون 200mg وتکرار دوساعت بعد . در ساعت 8 صبح توسط متخصص بی هوشی ویزیت می شود واحتمال ARDS رامطرح می کنند ودستور پالس اکسی متری مداوم وکنترل I/O ادراری می دهند.

دستورات ساعت 8:30 درخواست آزمایشات : HBS Ag,HCV ,BS,CBC ,LFT,Bile,Cr,BUN,D-Dimer,Na,K,Ca,P,LDH,HIV, Ab تستهای تیروئیدی ،تستهای انعقادی ،آنتی فسفولیپید آنتی بادی ،الکتروفورزیس پروتئین ، سونوگرافی کبد وشکم ، ABG,CXR ومشاوره عفونی ،مشاوره داخلی ، مشاوره گوارش ، رزو 10 واحد FFP ، رزو10 واحدپلاکت و5 واحد خون ایزوگروپ

با توجه به جواب آزمایشات قند خون وگازهای خون شریانی : BS=45 و Pco2=17 HCO2=4 ABG: PH=7

دوویال دکستروز 20% ،25 آمپول بیکربنات سدیم (10عدد داخل سرم و15عدد وریدی) تزریق می گردد.سرم حاوی دوپامین که در مراغه شروع شده بود به علت افزایش فشارخون BP=135/85 موقتاً قطع می کنند.

ساعت 10 صبح : بیمارهمچنان تب دار وآنوریک است .به علت افت ناگهانی ساچوراسیون اکسیژن (O2Sat=70%) میدازولام وآتروکوریوم تزریق کرده وانتوبه می کنند وبه ونتیلاتور با سیستم SIMV وصل می کنند.

ساعت 10:45 صبح : به علت افت فشارخون (BP=65/40) دوپامین ودوبوتامین با دوز 14µg/Kg/min شروع می شود.

برای بیمار NGTتعبیه شده وبه علت ترشحات Coffee ground ، معده بایک لیتر سرم شستشو داده می شود. بعداز Clear شدن ترشحات آمپول رانیتیدین تزریق و شربت لاکتولوز گاواژ می شود.

در ساعت 11:10 ریتم قلبی بیماربه VTوسپس VF تبدیل شده ودچار ارست قلبی می شود بلافاصله عملیات احیا شروع شده وبه احیا پاسخ می دهد. علایم حیاتی برمی گردد ولی مردمکها دوبل میدریاز و GCS=3 می شود.

ساعت 11:25 : مشاور محترم گوارش تشخیصهای احتمالی DIC ، شوک سپتیک وهپاتیت فولمینانت را مطرح کرده وانتقال به مرکز قبلی را توصیه می کنندودر دستورات قطع کردن کلیندامایسین وتجویز مروپنم ، وانکومایسین وپنتاپروزول وتزریق 10واحد پلاکت و2واحد FFP ، گاواژ لاکتولوز وسونوداپلر عروق کبدی ، طحال و سیستم پورت راتوصیه می کنند.

ساعت 12 : بیمار از محل برا نولها وواژن خونریزی دارد.3واحد FFP ، 9واحد پلاکت ویک واحد پکد سل ترانسفوزیون و20واحد اکسی توسین عضلانی تزریق می گردد.

ساعت 13 : به علت ادامه آنوری وبی قراری بیمار 80mg لازیکس در دو دوز ، یک عدد ترامادول و10mg پنتازوسین تزریق می شود.ساعت 15 : بیمار در کومای عمیق است کیسه ادرار خالی است .خونریزی واژینال دارد ورحم شل می باشد.برای بیمار 2 واحد FFP 20واحد اکسی توسین عضلانی ویک عدد آمپول مترژین تزریق می گردد .به علت ادامه خونریزی ماساژ رحمی داده شده وکوراژ می شود ولی چیزی خارج نمی گردد.

سرم حاوی دوپامین ودوبوتامین با دوز 14µg/Kg/min درجریان است . سرم حاوی بیکربنات درحال انفوزیون است. Settingونتیلاتور به CMV با TV=500, RR=12 Fio2 =80% تعویض می شود.

بیمار در ساعت 16:05 دچار آسیستول قلبی شده وارست می کند ومتاسفانه علیرغم 45 دقیقه اقدامات احیا فوت می کند.

آزمایشات:

WBC=12,400 PLT=50,000 PT=35 PTT=85 INR=6.8 Cr=2.5

Urea=63 SGOT=1126 SGPT=110 ALP=178 LDH=6436 Alb=2.4

HBS Ag=Neg HCV Ab=Neg Bile Total=4.9 Bile Direct=4.8 T_4=0.4

T_3=11.7 TSH=198 Uric Acid=7.2 CT=4 BT=2 Coombs Direct=Neg

Fibrinogen<94 Ca=8 Na=134 P=5.4 K=3.8 Anti Phospholipid Ab=14.7

CXR نرمال - درسونوگرافی کبد : اندازه واکوژنیسیته نرمال ، کیسه ومجاری صفراوی نرمال ، اطراف کیسه صفرا تجمع مایع موضعی قابل توجهی مشاهده می شود. مایع صفاقی با حجم متوسط وجود دارد.کلیه ها ابعاد نرمال داشته واکوژنیسته قشر آنها افزایش منتشری نشان می دهد.رحم بزرگ وتجمع هتروژنی با حجم حدود 30 سی سی دارد.

خانم 28

متوفی خانمی است 21ساله ، ساکن واهل روستای اصلی ، خانه دار با سابقه قالی بافی، BMI=24 ،Case شناخته شده لوپوس از حدود 3 سال قبل با درگیری کلیه ها وفشارخون بالا ، $G_3P_2Al_1$. سابقه دوبار زایمان واژینال داشته و فرزند دوم یکسال قبل به علت فشار خون بالا در هفته 24 در بیمارستان مرده بدنیا آمده بود.(فاصله حاملگی با بارداری قبلی حدود یکسال می باشد)

مادر حدود شش ماه بعداز زایمان اول دچار تورم اندامهای فوقانی وصورت شده ، به پزشک مراجعه ودر بیمارستان بستری می گردد. در طی بستری برای بیمار نفریت لوپوسی (Diffuse Nephritis IV) تشخیص داده می شود.مادر از زمان تشخیص تحت مراقبت نفرولوژیست بوده و داروهای مصرفی آزاتیوپرین ،سیکلو فسفامید ،سیکلوسپورین ،پردنیزولون ، نیفید پین ومتورال بود.

به بیمار توصیه شده بود حامله نشود واز روشهای هورمونی جهت کنتراسپشن استفاده نکند .بعداز حاملگی دوم برای بیمار IUD تعبیه می شود ولی یکماه بعد با خونریزی شدید دفع می شود. روش کنتراسپشن کاندوم بود. حاملگی خواسته بوده با LMP نامعلوم .از هفته چهارده بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت ، تیم سلامت ونفرولوژیست بوده وچندین بار به علت فشار خون بالا،عدم افزایش مناسب وزن به متخصص زنان ارجاع شده بود . درطی بارداری پروتئین ادرار همواره در حد 1-2 گرم واسید اوریک درحد 5.2-5 نگه داشته بود .درطی حاملگی متیل دوپا روزانه 5 عدد وپردنیزولون وآزا تیوپرین مصرف می کرده است در هفته 37 بارداری براساس سونوگرافی اوایل حاملگی توسط نفرولوژیست جهت R/O پره اکلامپسی وختم حاملگی به مرکز آموزشی درمانی ارجاع داده می شود . مادر3 روزبعد ساعت 21 به بیمارستان مراجعه و بستری می شود.

موقع پذیرش : BP=160/100 PR=88 علایم زایمانی و Severity نداشت . درآزمایشات :

SGPT=25 SGOT=38 Uric Acid=5.4 Urea=34 Cr=0.9 PLT=175,000 Hb=9.8

برای مادر سولفات منیزیوم با 4g Loading Dose وسپس 2g/h شروع می شود. سایر دستورات شامل :کنترل فشار خون وI/O ادراری با سوند فولی – کنترل FHR ، رزرو 3 واحد خون ایزوگروپ – مشاوره داخلی برای نحوه ادامه پردنیزولون وآزاتیوپرین .

برای ختم حاملگی ایندکشن شروع و در ساعت 10:35 صبح زایمان واژینال می کند .حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 9/10 بود.

مادر3روز بعداز زایمان بدون مشکل خاص وبا وضعیت Stable مرخص می شود. بعداز ترخیص طبق دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته دوبار درخانه بهداشت مراقبت شده بودوجهت مراقبت بیماری زمینه ای ارجاع غیر فوری شده بود.درهردومراقبت فشارخون درمحدوده نرمال بود. مادر روز سی ام زایمان جهت مراقبت نوزاد به خانه بهداشت مراجعه کرده بود ومشکلی نداشت. مادر 33 روز بعداز زایمان ساعت9 صبح ، با شکایت علایم سرماخوردگی ، سرفه وتنگی نفس به مرکز بهداشت مراجعه می کند.بیمار دیسترس شدید وارتوپنه داشت ودرمعاینه هردوریه کراکل سمع می شد. درضمن معاینه بیمار بدنبال سرفه دچار هموپتیزی با خون روشن فراوان می شود طوری که چادر ولباسهای بیمار آغشته می شود.(خون دفعی بدون مواد استفراغی بود). علایم حیاتی : BP=190/120 PR=89 RR=28.

برای بیمارLine I V با سرم نرمال سالین گرفته شده واکسیژن نازال با 4- 3 لیتر دردقیقه وصل وبلافاصله به همراه پزشک با آمبولانس فوریتهای پزشکی به بیمارستان انتقال داده می شود. در مسیر انتقال توسط تکنسین فوریتهای پزشکی ،برای بیمار اسپری سالبوتامول واکسیژن بادوز بالا داده می شود.بیمار ساعت 9:37 به اورژانس بیمارستان می رسد وبلافاصله به اتاق CPR منتقل می گردد. درهنگام ورود به اورژانس هوشیار بود.علایم حیاتی : BP=100/70 PR=60 O2Sat=60% هردو ریه پر بودند.

ساعت 9:45 دچارارست قلبی می شود. بلافاصله انتوبه شده وعملیات احیا شروع می شود ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد.درهنگام انتو باسیون کف صورتی آغشته به خون از ریه ها خارج می شد.درخواست اتوپسی نشده بود.

تشخیص احتمالی مرگ : 1- Diffuse Alveolar Hemorrhage 2- ادم ریه

توضیحات اعضای کمیته :

1-فشارخون بالا با پالس ریت قید شده در مرکز بهداشت هم خوانی ندارد.

2- برای بیمارادم ریه مطرح بود وبیماراز درمان ادم ریه وکاهش فشارخون سود می برد.

3- بیمار دراثر شعله ور شدن بیماری زمینه ای فوت کرده است.

4- مادر باید قبل از ترخیص از بیمارستان توسط پزشک معالج (نفرولوژیست) ویزیت می شد.

5- برگ فوت توسط پزشک اورژانس تکمیل شده بود وباید به پزشکی قانونی ارجاع می شد.

خانم 29

متوفی خانمی است 41ساله ،ساکن روستای اصلی ، بی سواد وقالیباف ،G_1P_0 ، به علت هیپرمنوره تحت درمان با LD قرار داشت .یکسال قبل ازحملگی باشکایت تپش قلب وخستگی زودرس توسط پزشک تیم سلامت ویزیت شده وبا تشخیص آنمی فقر آهن ،قرص فروس سولفات روزانه 3عدد واسید فولیک تجویز می شود.سه ماه بعد با علایم قبلی (خفیفتر) +میالژی مراجعه می کند ودوباره قرص آهن وبروفن تجویز می شود.همچنین به علت لمس توده پستان درخواست ماموگرافی شده بود ولی جوابش درپرونده موجود نبود.حاملگی خواسته بود.آزمایشات اوایل بارداری (هفته 16 حاملگی) :

Hb=9.3 و MCV=67 MCH=19

در U/A : WBC=many U/C: E.Coli

در Triple Markers: B.HCG=53955 UE3=15.6 AFP=43.51

ازماه پنجم حاملگی تحت مراقبت خانه بهداشت قرار گرفته و8بار توسط ماما و3بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده ویک بار به علت عدم وزن گیری به متخصص زنان ارجاع شده بود. چندبارهم به بیمارستان الزهرا جهت سونوگرافی ،آزمایش ،مراقبت وNST مراجعه کرده بود.

درطول بارداری دوبار سونوگرافی شده (یکی هفته 16 ویکی هفته 31 برای پروفیل بیوفیزیکال که 8 از 8بود). برای مادر برگ ارجاع به بیمارستان جهت زایمان نوشته شده وتوصیه شده بود که با شروع دردهای زایمانی ویا بروز علایم خطرحتماً به بیمارستان مراجعه کند . دردهای زایمانی شروع می شود ولی از مراجعه به بیمارستان خودداری کرده وبه ماما محلی دوره ندیده جهت گرفتن زایمان اطلاع می دهند.مادر درساعت 5 صبح زایمان می کند (وزن نوزاد حدود 2/800 کیلو گرم بود) .حدود 1.5 ساعت بعد، مادر بد حال شده وبی قرار می شود.در این مدت چندین بار ملحفه های زیر مادر را به علت خیس شدن با خون عوض می کنند. برادر متوفی با مشاهده وضعیت ایشان حود ساعت 7:45 با پای پیاده به مرکز بهداشت که در چند کیلومتری روستا قرار گرفته ، مراجعه وبه پزشک کشیک اطلاع می دهد که خواهرش درمنزل زایمان کرده واز ایشان درخواست ویزیت خواهرش درمنزل را می کند. خانم دکتراز ایشان می خواهد مادررا سریعاً به مرکز برسانند. به علت ممانعت شوهر ونبود وسیله نقلیه، ساعت

9:45 با ماشین یکی از گردشگران مادر را درحالت دوبل میدریاز وارست قلبی تنفسی به مرکز بهداشت می رسانند. عملیات احیا سریعاً شروع می شود ولی متاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

خانم30

متوفی خانمی است 35 ساله ، ساکن شهر، G_3P_2 ، سابقه دوبارزایمان طبیعی.

نامبرده بدنبال حاملگی ناخواسته (حدوداً 6-5 هفته) در تاریخ 10/15/به مطب مامایی رفته و با دستکاري اقدام به سقط نموده بود . روزبعد بعلت درد شکم و عدم دفع کامل محصولات حاملگي دوباره به مطب ایشان رفته بود و دوباره دستکاري، تزریق و جایگذاري شیاف به رحم انجام شده بود .مادر ساعت21 مورخ10/16/باشکایت خونریزی شدید به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه کرده وقبل از تریاژبه اتاق معاینه فرستاده می شود.بلافاصله یک لیتر سرم رینگر سریع انفوزیون شده ومادر توسط رزیدنت سال اول معاینه می گردد. مادر ازدرد شکم مخصوصاً LLQ وسوپرا پوبیک با انتشار به کمروتهوع واستفراغ شاکی بود.سردرد وسرگیجه داشت. هوشیار واریانته بود.ill بود ولی توکسیک نبود.درمعاینه کول 2-1 سانتی متر باز بود وخونریزی واژینال در حد آلودگی اسپکولوم داشت.شکم نرم وفاقد تندرنس بود. رنگ واژن وسرویکس نرمال بود. (مادر درابتدا دستکاری را انکار می کرد ولی دربخش به دستکاری توسط ماما وهمچنین به راه رفتن یک فرد روی شکمش اشاره کرده بود). علایم حیاتی: BP=100/70(تست challengeمنفی بود) PR=82 BT=36.2 . بعداز اتمام سرم مادر با برانکارد وبیماربر به سونوگرافی فرستاده می شود .درسونوگرافی تجمع هتروژن با حجم حدود 38 سی سی درداخل کاویته رحم وجودداشت وآدنکسها نرمال گزارش شده بود.بعداز برگشت از سونوگرافی برای مادر دستور بستری تحت نظر نوشته شده وسرم سنتو شروع می شود.درساعت 23:15 ماما درضمن کنترل مادر متوجه دیستانسیون شکم مادر شده وبه رزیدنت اطلاع می دهد.درمعاینه مجدد واژن بشدت ادماتو واکیموتیک بود.برای مادر دستور بستری دربخش جراحی نوشته می شودومادردرساعت 23:40 توسط مامای اورژانس وبیماربر به بخش جراحی منتقل می شود.

دربخش جراحی : BP=85/Puls و PR=120 بود.

دستورات بخش : NPO -کنترل علایم حیاتی هر4ساعت –کنترل دردشکم وخونریزی واژینال- سرم رینگر- رزرو4واحدپکدسل ایزوگروپ و3واحد کراس مچ شده -آمپول سفازولین ،جنتا مایسین ،کلیندامایسین - درخواست آزمایشات ,CBC,PT,PTT,LFT,Alb- مشاوره اورژانس جراحی – سونوگرافی شکم ولگن اورژانس .

به علت گزارش مایع آزاد شکمی (فضای موریسون) در سونوگرافی بدساید مادر درساعت 1:00 بامداد جهت لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل می گردد. هنگام ورود به اتاق عمل لتارژیک ،رنگ پریده وایکتریک بود.درحدود 400 سی سی ادرار داشت.BP=123/54 HR=102بود .بعدازشروع ترانسفوزیون یک واحد پکد سل با کراس مچ صحرایی عمل ساعت 1:30باحضور رزیدنت جراحی با برش میدلاین وبی هوشی عمومی شروع می شود . شکم حاوی 200سی سی خون کهنه بود. رحم ، لوله ها، تخمدان هاولیگمان پهن اکیموتیک بود.خلف صفاق هماتوم بزرگ داشت که با 4 عدد لنگازپک می شود. لوله فالوپ سمت چپ کاملاً متورم وگانگرن داشت که سالپنژکتومی چپ انجام میگیرد.لاسراسیون درگوشه راست رحم وجودداشت وبه علت عدم کنترل خونریزی با سوچوربا گاز پک می شود.رحم تحت کورتاژتخلیه ای قرار می گیردو40-30 سی سی بقایای حاملگی خارج می شود. بعداز شستشوی کافی با سرم ،رحم وجدار شکم بسته می شود.عمل ساعت 5:15 پایان می یابد. بعداز تزریق اولین پکد سل

ادراركاملا هماچوريک شده وتزريق پکدسل دوم بلافاصله بعد از شروع متوقف می شود.به علت آنوری تزريق لازيکس بصورت تيتره (تا 180 ميلی گرم)انجام می گيرد ولی ادرار برقرار نمی شود.برای مادر درطول عمل 4/5 ليتر کريستالوئيد،يک واحد پکدسل و2 واحد FFP تزريق شده بود.درABG : PH=7.11 HCO3=12.9 BE= -16 بود و3 واحد بی کربنات و200 ميلی گرم هيدروکورتيزون می گردد.

جواب آزمايشات:(1:00بامداد) Hb=14.8 Hct=45 WBC=7200 PLT=104,000 Cr=1.5 Urea=45 SGOT=74 SGPT=29 ALP=147 LDH=1223 Bil=5 PTT=55 PT=23.1 INR=3.6 Fibrinogen<81

مادر بعداز اتمام عمل ساعت6 بامداد با پيشنهاد رزيدنت جراحی بصورت انتوبه به همراه تکنسين ورزيدنت بی هوشی به ICU جراحی بيمارستان جنرال منتقل می شود.علايم حياتی قبل از اعزام : BP=100/70 HR=130

موقع پذيرش درمرکز دوم علايم حياتی : BP=90/60 HR=130 GCS=9 O2Sat=95% مادر با تشخيص شوک سپتيک وATN درزمينه هماتوم لگنی وسقط عفونی دربخش ICU جراحی بستری می گردد.بعداز پذيرش مادربه ونتيلاتور با مد SIMV وصل می شود.دو واحد FFP ويک واحد پکدسل که همراه مادر از بيمارستان اول آورده شده بودترانسفوزيون ميشود.دستورات ICU جراحی : NPO –سرم 1/3,2/3 -آمپول سفترياکسون-مترونيدازول-هپارين 5000u/BID/SC –تعبيه CVP Line –CXR –کنترل برونده ادراری وانفوزيون لازيکس 10mg/h –تعبيه NGT -انفوزيون دوواحدFFP –چک Hb هر6 ساعت-چکABG هر12 ساعت -چک PT,PTT,INR,LFT,Na,K,BUN,Cr,BS-مشاوره قلب ونفرولوژی. عصر به علت افت فشار خون BP=60/35 وتاکيکاردی شديدHR=170 مادرآماده لاپارتومی مجدد می گرددولی به علت وجود مايع آزاد مختصر در سونوگرافی شکم ولگن، عمل انجام نمی گيرد. برای مادر انفوزيون لئوفد شروع می شود.به دليل ترشحات خونی از محل پانسمان ،پانسمان فشاری انجام می گيرد.طبق توصيه مشاورنفرولوژی جهت برقراری ادرارتزريق آمپول لازيکس تا1200ميلی گرم وريدی (طبق پروتکل) انجام می گيرد ولی ادرار برقرار نمی شود.

جواب آزمايشات : /10/17 Hb=8.7 WBC=6700 PLT=50,000 SGOT=132 SGPT=44 ALP=247 BIL=11.4 Alb=2.7 Cr=2 Urea=50 PT=23.1 PTT=54 INR=2.94

روزدوم بستری: مادردرفازاستئوپورقراردارد .شديداً تب دار وتاکيکارد است. BT=40 HR=188 BP=139/73.موتيليگ اندامها رادارد.وهمچنان آنوريک است.طبق مشاوره نفرولوژی برای مادر شوک سپتيک مطرح است و لازيکس ،سفترياکسون ورانيتيدين قطع وآمپول سيپروفلوکساسين-وانکومايسين،ايمی پنم ،هيدروکورتيزون وپنتاپرازول شروع می شود وکاتتر جهت همو دياليز تعبيه می گردد.طبق توصيه مشاورعفونی قبل از شروع آنتی بيوتيکها کشت خون در دونوبت درخواست می گردد.

طبق توصيه يکی از اساتيد پلاسمافرزيس با 8 واحد FFP انجام گيرد ومادر ساعت 14:10 درحين تدارک مقدمات پلاسمافرزيس(قبل از شروع پلاسمافرز) دچار ارست قلبی تنفسی شده واحيا می گردد ولی 5 دقيقه بعد مجدداً ارست کرده ودرساعت 14:50 فوت می کند.

جواب آزمايشات :

Cr=4 k=4.4 Na=155 PLT=28,000 WBC=23,500 Hb=12 /10/18

FDP=20 Fibrinogen=210 INR=2.2 PTT=72 PT=19.6 Urea=104 B/C=Neg

گزارش CXR: افزایش اپاسیته درنیمه تحتانی هردونیم سینه وجوددارد وزوایای جنبی هردوطرف بلانت می باشدکه مطرح کننده پلورال افیوژن می باشد .گزارش سونوگرافی شکم(بعداز عمل) :مایع آزادمختصردرفضای موریسون واطراف طحال وانیترلوب قابل رویت است.مثانه خالی است.پلورال افیوژن جزئی درنیم سینه راست مشهوداست.

توضیحات اساتید:

1. درموقع مراجعه مادربه بیمارستان ، پروسه شوک شروع شده بودو DIC قبل از شروع عمل وجود داشته است.
2. راکسیون به تزریق خون باید بررسی می شد.
3. باید از محتویات کورتاژرحمی ولوله، کشت وآنتی بیوگرام تهیه می شد.

خانم 31

متوفی خانمی است 20 ساله ،ساکن شهر ، G_1P_0، بسیار چاق (102 کیلوگرم) با BMI=37.5 ، سابقه بیماری خاصی نداشته است. حاملگی خواسته بود .ازهفته 12 حاملگی تحت مراقبت مرکزبهداشت قرارگرفته ومرتب مراقبت شده بودوآخرین مراقبت 3روز قبل از زایمان بود. درطول بارداری افزایش وزن زیادی نداشت (درحد 5-4 کیلو گرم) .آزمایشات اوایل بارداری مشکلی نداشت.درطول حاملگی 3 بارسونوگرافی شده بودومشکل خاصی گزارش نشده بود.

بیماردرهفته 38 بارداری با شکایت آبریزش ودردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه وبستری می شود.

موقع پذیرش دربیمارستان (ساعت 18:30) علایم حیاتی نرمال بود.درمعاینه واژینال : دیلاتاسیون 4-3 سانتیمتر ، افاسمان 60% ، پرزنتاسیون سفالیک ، ساک پاره ومایع روشن بود. به علت نداشتن انقباضات فعال تحت ایناکشن قرار می گیرد. درساعت 24 علایم زایمانی کامل می شود.در ساعت 00:25 بامداد نوزاد دختر با آپگار 9/10 ووزن 3/120 کیلوگرم بدنیا می آید . بعداز یک ساعت مادر به بخش منتقل می گردد. ساعت 9صبح روزبعد بیماربا حال عمومی خوب مرخص می شود ؟ بعداز مرخص شدن درمنزل دچار سرفه ودفع خلط شده که چندبار آخر همراه با رگه های خون بوده است .سه روز بعد تب ولرز وتنگی نفس به تابلوی بیماری اضافه شده وبا این تابلو به بیمارستان مراجعه وبعداز ویزیت متخصص داخلی به علت سیانوز(O2Sat=61%)وبا تشخیص پنومونی باتزریق 60 mg لازیکس ، یک عدد آمپول هیدروکورتیزون ، یک عدد سفتریاکسون ، یک عدد آمیکاسین ،یک قاشق کتوتیفن ووصل سرم واکسیژن با آمبولانس به مرکز جنرال اعزام می کنند. موقع پذیرش در آن مرکز (ساعت 22) :

BP=120/85 PR=130 BT=37.7°c RR=60 GCS=15 Sat=90% O_2 با اکسیژن.

O2Sat=54.7 درموقع پذیرش دراورژانس

ازسرفه ،دفع خلط ،درد قفسه سینه ،دردشدید عضلانی ،تهوع ،دیزوری وفریکونسی شاکی بود .درلمس قسمت تحتانی شکم تندرنس داشت. درمعاینه ریه ها ،کراکل کورس بخصوص درریه راست وکاهش صدادر سمع ریه چپ وجودداشت . سمع قلب نرمال بود.بخیه های محل اپی باز شده بود که مجدداً سوچور زده می شودو بعداز اقدامات اولیه بیمار ساعت 00:10 بامداد با تشخیص پنومونی دربخش عفونی بستری می شود. برای بیمار

سیپروفلوکساسین ، سفپیم وهپارین بادوز پروفیلاکتیک شروع می شود ولی بعدازیک دوز تجویز ،آنتی بیوتیکها با صلاحدید اتند بخش به سفتریاکسون ،جنتامایسین ،آزیترومایسین ومترونیدازول changeمی شود.

دستورات بخش : مشاوره زنان ، سونوگرافی شکم-رحم وضمائم ، سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی ، درخواست D.dimer,CBC,LFT,βHCG, ، پالس اکسی متری مداوم وABG روزانه ، اسمیر خلط ،سدیمان ادراری ، آنالیز وکشت ادرار

CXR پرتابل ومشاوره برای انتقال به ICU ریه.

درگرافی سینه ضخیم شدن فیشر میانی وتجمع مایع دراین فیشر گزارش شده بود.

درساعت 7:45 صبح به علت تشدید دیسترس تنفسی وبیشتر شدن کراکل ها 160 mg لازیکس و 200mg هیدروکورتیزون و3mg مورفین تزریق می گردد.

درساعت 10 صبح به علت مشاهده علایم ARDS وضایعات انترستیشیل وآلوئلر منتشر دوطرفه درگرافی کنترل سینه با سرویس ریه مشاوره اورژانسی انجام می دهند وساعت 11:45 درحالیکه انتوبه بوده به بخش ریه منتقل می شود . به علت نیاز بیمار به بستری در بخش ICU ونبود تخت خالی در ICU امام وسایر بیمارستانهای شهر بیمار به ونتیلاتور وصل شده وبصورت اکسترا سرویس دهی می شود.

دستورات بخش ریه : کنترل علایم حیاتی هریک ساعت ، کشت خون درسه نوبت ، تعویض آنتی بیوتیکها به ایمی پنم – سیپروفلوکساسین – وانکومایسین ، رزرو چهارواحد پکدسل ، مانیتورینگ دائمی قلب ، پالس اکسی متری دائم ، وصل به ونتیلاتور با سیستم SIMV ، CXR مجدد ،ویزیت هر 2 ساعت رزیدنت کشیک ، شروع دوپامین به علت افت فشار خون (با دوزμ5g)

ازساعت 13 با وجود اتصال به ونتیلاتورO_2Sat درحال کاهش بود.

در ساعت 13:55 برای بیمار مشاوره زنان درخواست می شود وساعت 17 بیمارتوسط رزیدنت زنان ویزیت می گرددوپس از مشورت با اتند کشیک درخواست سونوگرافی رحم وضمائم برای بررسی بقایای جفت می کند.

درساعت 13به علت بی قراری بیمار میدازولام 5mg /IV/Stat (چهاردوز)،سپس بصورت انفوزیون2mg /IV/h وآمپول متیل پردنیزولون 125میلیگرم هر6ساعت بصورت وریدی شروع می شودو 500سی سی سرم نرمال سالین بصورت انفوزیون سریع وآمپول مورفین 2mg هر3 ساعت گذاشته می شود.دوز میدازولام را به 5mg/h می رسانند ولی سدیت نمی شود.درادامه آمپول آتروکرویوم 25mg/Stat وانفوزیون 4mg/min نیز اضافه می شود وفشار PEEP رابه 9 می رسانند.ولی علیرغم این اقدامات بیمار همچنان بی قرار بوده ، با گروه بیهوشی مشاوره اورژانسی می شود. درمشاوره بیهوشی توصیه شده بود 5mg میدازولام به همراه h/ 100μgفنتانیل انفوزیون گرددودرصورت عدم سداسیون لاجرم شلی کامل داده شده وبا ونتیلاتور حمایت تنفسی گردد.

بیمار ساعت 5:45 دچارارست قلبی بصورت آسیستول شده واحیاءمی گردد ولی مجدداً دچار V Take شده وفوت می کند .

آزمایشات موجود در پرونده : WBC=25300 Hb=11.5 BS=136 BUN,Cr=Normal

کشت خون وکشت ادرار منفی Na=146 K=4.4 PLT=381000

علت فوت : ARDS درزمینه احتمالی ؟؟

خانم 32

متوفی خانمی است 20ساله ، ساکن واهل حومه شهر ، دانشجو ، G_1P_1، بدون سابقه بیماری خاص. حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری ازاوایل حاملگی درمطب پزشک متخصص زنان شروع شده ومرتب کنترل می شده است و3 بارهم درمرکز بهداشت ویک بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بودند.مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود.فشارخون ثبت شده همواره درمحدوده نرمال بودند.

نامبرده درهفته 38 بارداری به مطب پزشک معالج مراجعه و جهت سزارین الکتیو در بیمارستان بستری می شود.

موقع بستری : FHR=good BP=100/60

عمل با بی حسی اسپینال انجام گرفته وحاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار بالاو وزن 3420گرم بود .

آزمایشات قبل از عمل : WBC=8600 Hb=13.6 Hct=41.4 PLT=142,000

آزمایشات بعد از عمل (روزدوم):

WBC=9,600 Hb=10.8 Hct=33.8 MCV=95 MCH=30.3 PLT=126,000

درگزارش جراحی ، دستورات بعداز عمل وسیر بیماری اشاره ای به خونریزی ویا سرم تراپی نشده است. برونده ادراری نرمال بود.علایم حیاتی ثبت شده بعداز عمل در7 نوبت :BP=100/50 PR=72-84 به مشکل خاصی درپرونده اشاره نشده بود. کل مایع تزریق شده در طول عمل 3 لیتر بود. مادرروز بعد (24ساعت بعداز عمل)بدون توصیه خاص مرخص می شود.

مراقبت بعداز زایمان در مرکز بهداشت انجام گرفته ومشکل خاصی ثبت نشده است. یکبار هم به پزشک معالج جهت برداشتن بخیه ها مراجعه کرده بود.مادر 35 روز بعداز زایمان دچار بی اشتهایی ،تهوع و استفراغ شده وبه درمانگاه مراجعه کرده ودرمان سرپایی می گیرد ولی بهبود ی حاصل نشده و رفته رفته درد ناحیه سینه و اپی گاستر با انتشار به بازوی چپ وتنگی نفس به تابلوی بیماری اضافه می شود. به مطب جراح عمومی مراجعه می کند ودرمان سرپایی می گیرد. 39 روز بعداز زایمان مادر به علت تنگی نفس شدید وتپش قلب به درمانگاه مراجعه وبه علت افت فشار خون وتاکی کاردی با وصل سرم نرمال سالین به بیمارستان الف ارجاع می شود. موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان در ساعت 18:00 بیمار ill وتوکسیک بود .تنگی نفس شدید وعطش هوا داشت .اپی گاستر وRUQ وLUQحساس ودیستانته بود .

علایم حیاتی : BP=97/68 PR=126 RR=23 O2Sat=98%

برای مادر مونیتورینگ قلبی ریوی وصل شده وکنترل علایم حیاتی هر 15 دقیقه،اکسیژن نازال ،آزمایشات CBC ,ABG ،الکترولیت ها ، ،مشاوره داخلی ،قلب وجراحی ،ECG، آمپول اسکازینا،قرص ایندرال 10میلی گرم ، Order می شود.

متخصص داخلی درساعت 18:30بیمار را ویزیت کرده وبا تشخیص احتمالی PTE دردرجه اول وشکم حاد جراحی دردرجه دوم درخواست آندوسکوپی اورژانس UGI و گرافی سینه وایستاده وخوابیده شکم می کند. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی نرمال بود. در توشه رکتال ،رکتوم خالی بود. در گرافی سینه (خوابیده)سایه قلب بزرگ به نظر می رسید.

آزمایشات :

WBC=10,400 PMN=65% Hb=12.7 Hct=37.8 PLT=415,000 Na=147 K=3.5

ABG : PH=7.42 HCO_3=18.7 PCO_2=23 PO_2=66% Fio2=30% O2Sat=93%

جراح عمومی ساعت 19:30مادر را ویزیت می کند .

دستورات مشاور جراح عمومی: NPO ، تعبیه دو عدد لاین وریدی وتزریق 1.5 لیتر سرم رینگر لاکتات ، سونداژ مثانه ورزرو 5 واحد خون ایزوگروپ .برای بیمار با احتمال خونریزی داخل شکمی Tap انجام می شود ولی خونی خارج نمی گردد. بیماربا توصیه ایشان برای بررسی خونریزی رتروپریتوئن(با احتمال پارگی آنوریسم شریان طحال) جهت لاواژ پریتوئن واحیا ناً لاپاراتومی ونیاز به ICU Care بعداز عمل ، ساعت 20:30 باهمراه درمانی و5 واحد خون به بیمارستان ب اعزام می شود(دربیمارستان الف تخت خالی ICUوCCU وجود نداشت).

متخصص قلب ساعت 21 برای ویزیت مادر به اورژانس مراجعه می کند .(یکساعت بعداز اعزام مادر)

موقع اعزام : BP=130/100 PR=90 RR=26 GCS=15

بیمارساعت 21:15 به بیمارستان دوم می رسد.

موقع رسیدن به بیمارستان : BP=140/96 PR=71 RR=85 GCS=15

و حالت پره ارست داشت .بلافاصله پذیرش شده ومستقیماً به اتاق عمل منتقل می شودوبا تزریق وریدی میدازولام ،فنتانیل وکتامین تحت لاواژ شکمی قرار می گیرد. حین لاواژ دچار افت شدید فشارخون شده وبا شک به جدایی الکترومکانیکال (EMD)سریعاً انتوبه شده وعملیات احیا شروع می شودولی متاسفانه مادردرساعت 23فوت می کند.دراتاق عمل BP=80/60 PR=120 بود.

درلاواژخون واضحی وجود نداشت .درلاپاراتومی محدود(از محل لاواژ)احشاء شکم بررسی می شودکه هپاتومگالی داشت(کبد محتقن واندازه آن حدود 2-3 برابر اندازه طبیعی بود) .درشکم ورتروپریتوئن هماتوم وخون وجود نداشت وفقط مایع سروزی اندک وجود داشت.رحم وضمائم نرمال بودند.

تشخیص بالینی احتمالی کاردیو میوپاتی پست پارتوم ودر اولویت بعدی PTEمی باشد.

اشکالات وارد برپرونده :

1. **درچهار روز اول شروع علایم به شکایت مادر(توسط پزشک عمومی درکلینیک وجراح عمومی) توجه جدی نشده وفقط علامت درمانی شده است**
2. **اعزام مادر به بیمارستان دوم (سطح پائین) درست نبود.**
3. **به شکایت وعلایم بیماردربیمارستان الف توجه نشده است وکلاً شرح حال کامل اخذ نشده است.**
4. **انجام اندوسکوپی لازم نبود .**
5. **درمادران باردار در ماه آخر حاملگي تا پنج ماه بعد از زايمان با شكايت درد سينه و خستگي، طپش قلب، ادرار شبانه به طور مكرر، تنگي نفس ، ادم وتورم، ارتوپنه (تنگي نفس در حال دراز كشيده)، سرفه اي كه توجيهي براي آن نيست، افزايش وزن بيش از يك تا دو كيلوگرم در هفته ،كارديوميوپاتی ومشکلات قلبی در اولویت اول تشخیص احتمالی مطرح می باشد .**

خانم 33

متوفی خانمی است 20ساله ، ساکن واهل حومه شهر ، دانشجو ، G_1P_1، بدون سابقه بیماری خاص. حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری ازاوایل حاملگی درمطب پزشک متخصص زنان شروع شده ومرتب کنترل می شده است و3 بارهم درمرکز بهداشت ویک بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بودند.مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود.فشارخون ثبت شده همواره درمحدوده نرمال بودند.

نامبرده درهفته 38 بارداری به مطب پزشک معالج مراجعه و جهت سزارین الکتیو در بیمارستان بستری می شود.

موقع بستری : FHR=good BP=100/60

عمل با بی حسی اسپینال انجام گرفته وحاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار بالاو وزن 3420گرم بود .

آزمایشات قبل از عمل : WBC=8600 Hb=13.6 Hct=41.4 PLT=142,000

آزمایشات بعد از عمل (روزدوم):

WBC=9,600 Hb=10.8 Hct=33.8 MCV=95 MCH=30.3 PLT=126,000

درگزارش جراحی ، دستورات بعداز عمل وسیر بیماری اشاره ای به خونریزی ویا سرم تراپی نشده است. برونده ادراری نرمال بود.علایم حیاتی ثبت شده بعداز عمل در7 نوبت :BP=100/50 PR=72-84 به مشکل خاصی درپرونده اشاره نشده بود. کل مایع تزریق شده در طول عمل 3 لیتر بود. مادرروز بعد (24ساعت بعداز عمل)بدون توصیه خاص مرخص می شود.

مراقبت بعداز زایمان در مرکز بهداشت انجام گرفته ومشکل خاصی ثبت نشده است. یکبار هم به پزشک معالج جهت برداشتن بخیه ها مراجعه کرده بود.مادر 35 روز بعداز زایمان دچار بی اشتهایی ،تهوع و استفراغ شده وبه درمانگاه مراجعه کرده ودرمان سرپایی می گیرد ولی بهبود ی حاصل نشده و رفته رفته درد ناحیه سینه و اپی گاستر با انتشار به بازوی چپ وتنگی نفس به تابلوی بیماری اضافه می شود. به مطب جراح عمومی مراجعه می کند ودرمان سرپایی می گیرد. 39 روز بعداز زایمان مادر به علت تنگی نفس شدید وتپش قلب به درمانگاه مراجعه وبه علت افت فشار خون وتاکی کاردی با وصل سرم نرمال سالین به بیمارستان الف ارجاع می شود. موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان در ساعت 18:00 بیمار ill وتوکسیک بود .تنگی نفس شدید وعطش هوا داشت .اپی گاستر وRUQ وLUQحساس ودیستانته بود .

علایم حیاتی : BP=97/68 PR=126 RR=23 O2Sat=98%

برای مادر مونیتورینگ قلبی ریوی وصل شده وکنترل علایم حیاتی هر 15 دقیقه،اکسیژن نازال ،آزمایشات CBC ,ABG ،الکترولیت ها ، ،مشاوره داخلی ،قلب وجراحی ،ECG، آمپول اسکازینا،قرص ایندرال 10میلی گرم ، Order می شود.

متخصص داخلی درساعت 18:30بیمار را ویزیت کرده وبا تشخیص احتمالی PTE دردرجه اول وشکم حاد جراحی دردرجه دوم درخواست آندوسکوپی اورژانس UGI و گرافی سینه وایستاده وخوابیده شکم می کند. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی نرمال بود. در توشه رکتال ،رکتوم خالی بود. در گرافی سینه (خوابیده)سایه قلب بزرگ به نظر می رسید.

آزمایشات :

K=3.5 Na=147 PLT=415,000 Hct=37.8 Hb=12.7 PMN=65% WBC=10,400

ABG : PH=7.42 HCO_3=18.7 PCO_2=23 PO_2=66% Fio2=30% O2Sat=93%

جراح عمومی ساعت 19:30مادر را ویزیت می کند .

دستورات مشاور جراح عمومی: NPO ، تعبیه دو عدد لاین وریدی وتزریق 1.5 لیتر سرم رینگر لاکتات ، سونداژ مثانه ورزرو 5 واحد خون ایزوگروپ .برای بیمار با احتمال خونریزی داخل شکمی Tap انجام می شود ولی خونی خارج نمی گردد. بیماربا توصیه ایشان برای بررسی خونریزی رتروپریتوئن(با احتمال پارگی آنوریسم شریان طحال) جهت لاواژ پریتوئن واحیا ناً لاپاراتومی ونیاز به ICU Care بعداز عمل ، ساعت 20:30 باهمراه درمانی و5 واحد خون به بیمارستان ب اعزام می شود(دربیمارستان الف تخت خالی ICUوCCU وجود نداشت).

متخصص قلب ساعت 21 برای ویزیت مادر به اورژانس مراجعه می کند .(یکساعت بعداز اعزام مادر)

موقع اعزام : BP=130/100 PR=90 RR=26 GCS=15

بیمارساعت 21:15 به بیمارستان دوم می رسد.

موقع رسیدن به بیمارستان : BP=140/96 PR=71 RR=85 GCS=15

و حالت پره ارست داشت .بلافاصله پذیرش شده ومستقیماً به اتاق عمل منتقل می شودوبا تزریق وریدی میدازولام ،فنتانیل وکتامین تحت لاواژ شکمی قرار می گیرد. حین لاواژ دچار افت شدید فشارخون شده وبا شک به جدایی الکترومکانیکال (EMD)سریعاً انتوبه شده وعملیات احیا شروع می شودولی متاسفانه مادردرساعت 23فوت می کند.دراتاق عمل BP=80/60 PR=120 بود.

درلاواژخون واضحی وجود نداشت .درلاپاراتومی محدود(از محل لاواژ)احشاء شکم بررسی می شودکه هپاتومگالی داشت(کبد محتقن واندازه آن حدود 2-3 برابر اندازه طبیعی بود) .درشکم ورتروپریتوئن هماتوم وخون وجود نداشت وفقط مایع سروزی اندک وجود داشت.رحم وضمائم نرمال بودند.

تشخیص بالینی احتمالی کاردیو میوپاتی پست پارتوم ودر اولویت بعدی PTEمی باشد.

اشکالات وارد برپرونده :

1. درچهار روز اول شروع علایم به شکایت مادر(توسط پزشک عمومی درکلینیک وجراح عمومی) توجه جدی نشده وفقط علامت درمانی شده است
2. اعزام مادر به بیمارستان دوم (سطح پائین) درست نبود.
3. به شکایت وعلایم بیماردربیمارستان الف توجه نشده است وکلاً شرح حال کامل اخذ نشده است.
4. انجام اندوسکوپی لازم نبود .
5. درمادران باردار در ماه آخر حاملگي تا پنج ماه بعد از زايمان با شكايت درد سينه و خستگي، طپش قلب، ادرار شبانه به طور مكرر، تنگي نفس ، ادم وتورم، ارتوپنه (تنگي نفس در حال دراز كشيده)، سرفه اي كه توجيهي براي آن نيست، افزايش وزن بيش از يك تا دو كيلوگرم در هفته ،كاردیومیوپاتی ومشکلات قلبی در اولویت اول تشخیص احتمالی مطرح می باشد .

خانم34

متوفی خانمی است 27ساله ، ساکن واهل روستای اصلی ، $BMI=31.5$، G_3P_2 AL_1 ، سابقه دوبار زایمان واژینال که نوزاد اول به علت ناهنجاری بعداز تولد فوت شده است.زایمان دوم 8 سال قبل بود. وسیله پیشگیری IUD بود وبه علت تمایل به بارداری درآورده شده بود.حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری ازاوایل حاملگی درمرکز بهداشت شروع شده ومرتب مراقبت شده بود.در معاینات پیش از بارداری وآزمایشات دوران بارداری مشکل خاصی قید نشده بود.درطول بارداری 4 بار به علت سابقه تولد نوزاد ناهنجار ،(درد شکم درهفته 17 حاملگی) و(کاهش حرکت جنین درهفته 31)و(لک بینی وکمردرد در هفته 38) ارجاع شده بود. و در ماه 6 بارداری به علت کاهش هموگلوبین (Hb=10, Hct=28.3)روزانه دو قرص آهن تجویز شده بود.

مادر درهفته 38 بارداری به علت لک بینی به متخصص جراح عمو می مراجعه وجهت سزارین الکتیو در بیمارستان شهرستان بستری می شود.

عمل با بی حسی اسپینال انجام گرفته(توسط جراح عمومی) وحاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار بالاو وزن 2900گرم بود .عمل ساعت 14:30 به اتمام رسیده ومادر5 دقیقه بعد با وضعیت Stable به بخش تحویل داده می شود. درساعت17 به علت عدم تغییربرونده ادراری به پزشک معالج اطلاع می دهند وایشان تلفنی دستور تزریق 10mg لازیکس وانفوزیون یک لیتر سرم رینگر را می دهد.در پرونده اشاره ای به خونریزی مادر نشده است. مقدار مایع دریافتی دراتاق عمل 2 لیتر بود.علایم حیاتی ثبت شده در پرونده :

ساعت 14:45	BP=90/60	PR=82	Out Put=50cc
15:15	BP=90/60		Out Put=100cc
18:00	BP=120/70		Out Put=200cc
23:00	BP=120/80	PR=80	Out Put=700cc

مادر 48 ساعت بعداز زایمان مرخص می شود. دوباربعداز زایمان توسط بهورز مراقبت شده بود.

21روز بعداز زایمان نوزاد با تشخیص سلولیت ناحیه دیاپروسپسیس دربخش NICU بستری می گردد. پنج روز بعدساعت 10:50 شب ، مادر که بعنوان همراه دربیمارستان حضور داشته با تهوع ، بیحالی وسردردشدید که از چند روز قبل شروع شده بود، به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند وبعداز تزریق یک لیتر سرم مرخص می گردد.صبح روز بعد(27 روز بعداز زایمان) درحالیکه همراه نوزاددر بیمارستان حضورداشته ساعت 8:30 صبح به علت تب ولرز،درد شکم ،کاهش مقدار ادرار ازیک روزقبل ،سرفه ،دفع خلط وتنگی نفس به اورژانس مراجعه می کند. ازدرد شدید پائین شکم شاکی بود و درمعاینه تندرنس شکم (محل عمل) داشت ودرسمع ریه ها، رال منتشر ورونکوس در هردوریه سمع می شد.خونریزی واژینال داشت دراندامهای تحتانی پتشی وپورپورا داشت وانتها ها سرد ودردناک و سیانوزه بودند.نبضها فیلی فرم بود.BP=80/60 , PR=140 O2Sat=90% با اکسیژن. برای مادر با احتمال پیلونفریت وARDS دستورات : کنترل علایم حیاتی ،مونیتورینگ قلبی ریوی،اکسیژن نازال 2-3 لیتر دردقیقه ،تعبیه لاین وریدی باسرم رینگر، آمپول پتیدین 25mg/PRN ، آمپول لازیکس 20mg/State ،آزمایشات CBC,BUN,Cr,Na,K,U/A,U/C,FLT,ESRتستهای انعقادی ،انجام اکوکاردیوگرافی جهت R/O ترومبو آمبولی ریه،سونوگرافی شکم ، CXR ،کنترل I/O ، مشاوره داخلی وزنان ،داده می شود.بیماربه علت نبود تخت خالی در بخش داخلی زنان (؟) در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. برای مادر به علت تنگی نفس یک عدد آمپول دیگوکسین و40 میلی گرم لازیکس وآمپول مورفین تزریق می گردد. بجای متخصص زنان به متخصص جراح عمومی (عامل زایمان)اطلاع می دهند وایشان ساعت 8:50 دقیقه مادررا ویزیت می کند.

دراکویافته ای به نفع PTE نداشت .%55-60 =EF بودو+2=MR داشت .تاکیکاردی سینوسی داشت. درسونوگرافی رحم وکلیه ها نرمال بودند. کبد سایز نرمال داشت واکوژنیسیته کمی افزایش یافته بود که با کبد چرب گرید I سازگار بود.در CXR تراکم Patchy وعلایم ARDS وجود داشت .

آزمایشات :WBC=4000 Neut=95% Hct=37.4 Hb=12.1 MCV=93.3 MCH=30.2

PLT=63,000 Urea=34 Cr=0.9 Na=134 K=3.5 BS=118

کشت خون نوزاد منفی بود ولی برای مادر کشت خون ، تستهای انعقادی وآزمایشات ادراری (به علت انوری) وABG انجام نشده بود.

مادر ساعت 9:30توسط متخصص داخلی ویزیت می شود. طبق دستور ایشان باتشخیص ARDSوپیلونفریت برای بیمار آمپول سفتریاکسون 2g/stat ، آمپول هیدروکورتیزون 200mg/stat ،آمپول پتیدین 25mg/stat تزریق می گردد.

مادر درساعت 12 ظهر با دستور متخصص داخلی به علت دیسترس شدید تنفسی وسپسیس ونیاز به اقدامات حمایتی علی رغم مخالفت ستاد هدایت به بیمارستان آموزشی درمانی اعزام می شود. موقع اعزام(12:30) علایم حیاتی: BP= 90/40 PR=130 RR=24 بود.

مادر قبل از رسیدن به بیمارستان دچار ارست قلبی تنفسی می شود .ساعت 14:30 مادررا به بیمارستان آموزشی درمانی می رسانند. موقع پذیرش دراورژانس بدون پالس بودومردمکهادوبل میدریاز بدون واکنش به نوربودند وموتیلینگ تمام بدن راداشت،ترشحات دهان وبینی قهوه ای رنگ بودند. .بلافاصله انتوبه شده واحیا پیشرفته شروع می شود ولی پاسخ نمی دهد .متوفی جهت بررسی علت مرگ به پزشک قانونی منتقل می شود ولی به علت عدم رضایت اولیای دم اتوپسی صورت نمی گیرد.

براساس مشاهدات بالینی و سیر بیماری تشخیص احتمالی سپتمی سمی در زمینه یک کانون عفونت (1- پنومونی ویرال یا باکتریال 2- اندوکاردیت و3- پیلونفریت)می باشد.

اشکالات وارد برپرونده:

1. عمل سزارین مادر باوجود حضورمتخصص زنان در شهرستان ، توسط جراح عمومی اشتباه می باشد.
2. دستورات تلفنی متخصص محترم جراح عمومی بدون ویزیت بیمار واکتفا به درمان علامتی درست نبود.
3. تزریق لازیکس درکاهش برونده ادراری بعداز عمل بی مورد بود وباید مادر از نظر خونریزی مخصوصاً خونریزی داخلی بررسی می شد.
4. علایم حیاتی شامل BP ، PR ، RR وBT دقیقاً کنترل وثبت نشده بود.
5. به وضعیت مادر درزمان حضور دربیمارستان بعنوان همراه نوزاد توجه نشده است.
6. درزمان مراجعه مادر به اورژانس فقط به تزریق سرم اکتفا شده درحالیکه می بایست شرح حال کامل اخذ ودقیق معاینه می شد.
7. نگه داشتن بیمار بد حال در اورژانس ویا بخش داخلی اشتباه بوده ومادر باید سریعاً به ICU منتقل شده وتوسط یک تیم Manage می شد.
8. تزریق دیگوکسین ، مورفین وپتیدین بی مورد بود ودرکل یک عدم توجه به بیمار وجود داشته است.
9. آزمایشات کلیدی برای تشخیص بیماری از قبیل PT,PTT,ABG ,U/A ,U/C, LFT وکشت خون برای مادر انجام نشده است.
10. اعزام مادر با وضعیت Unstable اشتباه بودوبیمار اندیکاسیون اعزام نداشت.

خانم 35

متوفی خانمی است 24 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0با حاملگی خواسته . مراقبت دوران بارداری درمطب مامایی و متخصص زنان بود(بصورت نامرتب).براساس سونوگرافی هفته 33 حاملگی جنین IUGRسیمتریک داشته واطرافیان سابقه همسر آزاری ودرد قفسه سینه (گهگاه) رادر طول

بارداری ذکر می کنندولی مستنداتی درمورد ارجاع به متخصص قلب ویا داخلی ویابررسی پاراکلینیکی وجود ندارد.(متوفی وهمسرش هردوقبلاً یک ازدواج ناموفق داشته اند) . فشارخون درطول حاملگی همواره درمحدوده نرمال بوده وسیانوز محیطی ومرکزی نداشته است. درپرونده پزشکی بررسی مادر از نظر عفونتهای TORCHومارکرهای سه گانه راداشت. .نامبرده در تاریخ 00/12/16 ساعت 12 ظهر با علایم سرماخوردگی از چند روز قبل ،تنگی نفس ،دردشکم ودرد ناحیه قفسه سینه به کلینیک خصوصی مراجعه وبه علت تهوع وتاکیکاردی با تجویز متوکلوپرامید و سرم به بیمارستان زنان ارجاع داده می شود. مادر درساعت 14 به بیمارستان مراجعه ودرساعت 14:20 دردرمانگاه مامایی پذیرش می شود. در بدو پذیرش مادر ill بوده واز درد سینه وشکم شاکی بود.سیانوز محیطی داشت ودر لبها خون خشکیده وجود داشت. درمعاینه BP=140/70 PR=180-190 روی نیم سینه چپ وگردن کبودی وجود داشت.FHR شنیده نمی شد. رحم هیپرتون بودوترشحات بد بو واژینال داشت . درمعاینه واژینال، TV:1Finger/40%/R/-3 ساک حاملگی وجود نداشت .سن جنین براساس سونوگرافی اوایل حاملگی 35 هفته بود. ماما بلافاصله با متخصص زنان که دراتاق عمل حضورداشت تماس میگیرد وایشان دستور می دهد مادر با دستورات (دو لاین وریدی ،آمپول سفازولین ،آزمایشات روتین ورزرو 2 واحد خون واطلاع به پزشک آنکال) با ویلچیر به اتاق زایمان منتقل گردد. (همزمان با ورود این بیمار ، بیمار بد حال دیگری با برانکارد به اتاق عمل منتقل شده بود). بیمار بعداز ورود به اتاق زایمان ساعت 14:35 دچار خونریزی از دهان شده وهوشیاری خود را ازدست میدهد (مادرخودش به روی تخت معاینه رفته ولی چند دقیقه بعد درحین معاینه بدحال می شود).ماما کد احیا را زده ومجدداً به متخصص زنان اطلاع می دهندوایشان بیمارخودرا دراتاق عمل به همکار خودسپرده وسریعاً بربالین بیمار حاضر می شود. مادرتوسط متخصص بی هوشی انتوبه میشود ولی شدت خونریزی از دهان وریه ها بقدری بودکه اجازه ونتیلاسیون را نمی داد. به متخصص داخلی هم اطلاع می دهند ومتاسفانه مادر به عملیات احیاء پاسخ نمی دهد وساعت 15:20 مادر فوت می کند.

طبق اظهار متخصص زنان درشروع احیا قلب هیپرکنیتیک بودو با دست بخوبی لمس می شد ودرنمایشگر مانیتور HR=140 بود ولی نبضهای محیطی لمس نمی شد. آزمایشات : PLT=57000 Hb=11.1

توضیحات :

براساس حدث بالینی مرگ مادر دراثر پارگی آنوریسم آئورت بود ولی یافته های اتوپسی به نفع پارگی ائورت نبود.براساس گزارش شفاهی پزشکی قانونی مرگ جنین تقریباً همزمان با مرگ مادر بود.درسرولوژی وپاتولوژی یافته ی خاصی گزارش نشده بود.

طبق جمع بندی اعضای کمیته مرگ به علت DIC احتمالاً ناشی از کوریو آمنیت می باشد.

- تغییرات جسد خیلی سریعتر بود که می تواند ناشی از مشکل زمینه ای از جمله عفونت های فولمینانت باشد.
- مسمومیت با مواد افیونی مخصوصاً ترکیبات محرک ازجمله اکستازی وشیشه می تواند درد سینه ،دایسکشن آئورت وهیپرترمی(تغییرات سریع جسد) ،پارگی کیسه آب وIUGR بودن جنین ،ایجادکرده و از تشخیصهای افتراقی می باشد ودر گرفتن شرح حال باید دقت شود.

خانم 36

متوفی خانمی است 33 ساله ، ساکن شهر ، خانه دار ،BMI=33.3 ، $G_3P_2Al_1$ باسابقه زایمان زودرس ومرگ نوزاد، سابقه فشارخون بالا ومصرف متیل دوپا وآتنولول.زایمان قبل 7 سال پیش بروش سزارین می باشد. حاملگی خواسته بود.مراقبت دوران بارداری در هفته 6 حاملگی

درپایگاه بهداشتی صورت گرفته وتوسط ماما وپزشک ویزیت شده بود.همچنین تحت نظر متخصص زنان ومتخصص قلب وعروق نیز بوده است. اکوی قلبی هفته ششم نرمال بود .آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود. مادر از هفته هشت بارداری دچار اسهال شده که بتدریج تبدیل به اسهال خونی می شود . بیمار با این تابلو به متخصص عفونی مراجعه کرده وتشخیص اسهال آمیبی داده می شود(سه نوبت آزمایش درشهرستان از نظر آنتومبا هیستولیتیکا مثبت بود). به علت حاملگی فورازولیدون تجویز می شود ولی مادر به بهانه اینکه دارو از گروC می باشد از خوردن دارو امتناء می کند. مادر به یکی از اساتید عفونی معرفی می گردد .درآزمایش مجدد آمیب رد شده و جهت بررسی تخصصی وکولونوسکوپی به متخصص گوارش معرفی می گردد. قبل از رسیدن نوبت کولونوسکوپی مادر به علت داشتن استرس وتاکیکاردی به متخصص داخلی مراجعه وجهت آمادگی قبل از کولونوسکوپی در بیمارستان جنرال بستری می گردد.درهنگام بستری ضعف و بی حالی ،عدم تحمل po وتندرنس ژنرالیزه شکم راداشت وملتحمه Paleبود . علایم حیاتی: BP=90/60 HR=100 BT=36.6

آزمایشات :Hb=11.4 Hct=34 WBC=12,600 Neut=85%

RBC=3.79*10^6 ESR=50 CRP=3+ Cr=1 Urea=22 MCV=89.8

MCH=30 MCHC=33.5 PLT=277,000 Na=135

K=4.24

S/E : WBC=10-15 RBC=10-15

شب با متخصص گوارش هماهنگ شده و برای مادر آمادگی با قرص بیزاکودیل وپودرسوربیتول شروع می شود.روز بعد عصر(ساعت 18:30)مادر با اصرار همسربا ماشین شخصی (بعداز مرخصی با رضایت شخصی وبدون تسویه حساب)جهت انجام کولونوسکوپی به شهرمجاور می رود. در مطب متخصص گوارش قبل از انجام کولونوسکوپی دچار درد شکم وخونریزی واژینال شده وجنین سقط می شود(هفته 12 حاملگی) طبق اظهار منشی کولونوسکوپی که کاردان مامایی می باشددفع جنین کامل بود . مادر بدون انجام کولونوسکوپی برگشته ومستقیماً به بیمارستان زنان مراجعه میکند(ساعت21:30). دربیمارستان، طبق یادداشت مامای درمانگاه کل بسته بوده وخونریزی در حد پریود بود.

BP=120/70 PR=79 BT=36.5 بعداز مشاوره تلفنی با متخصص زنان آنکال مادررا مرخص کرده وتوصیه می کند روز بعد با جواب سونوگرافی مراجعه کند. درپیگیری های مکرر پرسنل بیمارستان جنرال ، همسر بیمار اظهار می کند مادر حالش خوب بوده وفردا صبح جهت تسویه حساب مراجعه می کند .مادر روز بعد عصر ساعت 16:30 درساختمان پزشکان برای نوشتن درخواست سونوگرافی دردفترچه بیمه به مطب یکی ازمتخصصین زنان مراجعه کرده وتوسط ایشان ویزیت می شود.طبق اظهار متخصص زنان ، مادر بسیارمضطرب بود ولی مشکل خاصی نداشت. ساعت17 در مطب سونوگرافی هنگام ورود به اتاق سونوگرافی بصورت ناگهانی دچار کاهش هوشیاری شده وبه زمین اصابت می کند . به متخصص داخلی که درطبقه 4 همان ساختمان در مطبش بود اطلاع می دهند . ایشان بلافاصله بربالین مادر حاضر می شود .موقع رسیدن ایشان مادر علایم حیاتی نداشت .متخصص داخلی با کمک متخصص رادیولوژی عملیات احیارا شروع کرده به اورژانس 115 اطلاع می دهند .اورژانس بعداز 5 دقیقه درمحل حاضر شده وعملیات پیشرفته احیارا شروع می کنندولی متاسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نمی دهد. جسد به پزشکی قانونی ارجاع داده میشود.ولی به علت عدم رضایت خانواده اتوپسی صورت نمی گیرد.

تشخیص بالینی علت مرگ :در اولویت اول آریتمیهای خطرناک ناشی از اختلالات الکترولیتی ودر اولویت بعدی اختلالات عروقی نظیر ترومبوآمبولی ماسیو مطرح است.

توضیحات :

1- **فشار خون BP=90/60 برای بیمارهیپرتانسیونشانه افت فشارخون بوده وباید در بیمارستان مورد توجه واقع می شد.**
2- **با توجه به هیستوری بیمار (دفع آشکار وgross وطولانی مدت خون از دستگاه گوارش) تشخیص به نفع آمیبیازیس نبوده وتشخیص بیمار IBDمی باشد.**
3- **در IBD احتمال اختلالات انعقادی (ترومبوز) دوبرابر می شود وآمبولی ماسیو ریوی محتمل بوده ومرگ مادر مربوط به بیماری زمینه ای می باشد**
4- **احیای مادر درمطب رادیو لوژیست با تاخیر شروع شده ومی بایست در تمام مطب ها وموسسات درمانی اعم از پارا کلینیک وسایل احیای اولیه نظیر ماسک دهانی و Air Way وجود داشته وپزشکان آموزش لازم را ببینند.**
5- **در مرگهای غیر منتظره برای انجام اتوپسی رضایت بستگان شرط نیست .**
6- **اضطراب می تواند نشانه وضعیت پره شوک باشد ودرفردی باسابقه اسهال طول کشیده که تحمل PO نداشته وروز قبل نیز سقط داشته ،این علامت می تواند تنها علامت شوک هیپو ولیمیک بوده ونباید سرپایی Manage می شد.**

خانم37

متوفی خانمی است 34 ساله ، ساکن شهر ،کشاورز ، با سواد خواندن ونوشتن ، BMI=25 ،$G_5P_3Ab_2Al_1$ سابقه یکبار مرده زایی - دوبار سقط عمدی ویک بار سزارین در13 سال قبل دارد.درPMH سابقه سنگ کلیه وسنگ شکنی در چندسال قبل رادارد.خانواده سابقه فشارخون بدون مصرف دارو را می داد ولی فشار خون ثبت شده در پرونده درمحدوده نرمال بودند. آخرین روش کنتراسپشن HD بود ولی به علت تمایل به بارداری خودش قطع کرده بود.حاملگی خواسته بود با LMP نامشخص.مراقبت دوران بارداری درمرکز بهداشت بوده ودوبار توسط ماما ویکبار پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود.درآزمایشات اوایل حاملگی , Hb=10.8 و باکتریوری داشت .آزمایشات تکمیلی را انجام نداده بود.

بیماردر هفته 23 حاملگی طبق سونوگرافی ساعت 21 با شکایت درد شدید سینه و شکم که به پشت تیر می کشید واستفراغهای مکرر به بیمارستان مراجعه می کند . بعداز معاینه وآزمایش بیماررا به مرکز آموزشی درمانی جنرال ارجاع می دهند .درآن مرکز بعداز ویزیت به علت فشارخون بالا (SBP=160) وحامله بودن بیماررابه مرکز زنان ارجاع می دهند. بیمار ساعت 1:00 بامداد دردرمانگاه توسط رزیدنت سال اول ویزیت می شود.علایم حیاتی موقع پذیرش : BP=130/80 PR=88 RR=16 FHR=135

ازدرد ناحیه سینه شاکی بود که باتنفس وصحبت کردن زیاد میشد.درناحیه اپی گاستر حساسیت مختصر بدون ریباند تندرنس وجود داشت ودرسمع قلب سوفل II/VIدرناحیه آپکس قلب سمع می شد. درمعاینه علایم زایمانی نداشت.برای بیمار U/Aاورژانس درخواست می شود که درادرار پروتئین traceو WBC فراوان وجود داشت . یک عدد آمپول رانیتیدین تزریق شده وتوصیه به مراجعه درشیفت صبح جهت ویزیت اساتید می شود. بیمارمجدداً ساعت 8:00 صبح به اورژانس مراجعه وتوسط پزشک عمومی ورزیدنت زنان ویزیت وEKG درخواست می شود. درنوارقلبی مشکل

خاصی نداشت.پس از تجویز شربت آنتی اسید ساعت 9:30 به علت بی حال بودن با ویلچیر به درمانگاه جهت ویزیت استاد برده می شود.استاد مشاور پس از ویزیت بیمار عنوان می کند که بیمار از نظر زنان اندیکاسیون بستری نداشته وتوسط متخصص داخلی ویزیت شود.بیمار به درمانگاه داخلی برده می شود وپس از ویزیت ، متخصص داخلی با تشخیص احتمالی PTE دستور بستری دربخش ICUرا می دهد درموقع ویزیت ایشان BP=90/60 PR=100 RR=20 بود . بیمار درساعت 11:50 درحضور متخصص داخلی در درمانگاه تشنج کرده ودچار ارست قلبی تنفسی می شود وبه عملیات پاسخ نمی دهد. طبق اظهار خانواده بیمار، خواهر بیمار درجوانی مرگ مشابه داشته است.

تشخیص علت مرگ : تامپوناد قلبی ثانویه به پارگی آنوریسم دیسکانت آئورت (جواب اتوپسی)

توضیحات :

1- ارجاع بیمار به بیمارستان دیگر بدون پذیرش رسمی ومعاینه دقیق غیرقابل بخشش می باشد.

2- دردی که بیماررا شبانه به چندین بیمارستان کشانده باید جدی تلقی شده وتمام علل ایجاد درد R/O می شد.

3- عدم اخذ تاریخچه پزشکی دقیق از بیماران(درصورتیکه سابقه مرگ مشابه درخواهر بیمار درنظر گرفته می شد درد بیمارجدی تلقی شده وارزیابی دقیق می شد.)

4- مادرباردارپرخطر با هر علتی به بیمارستان مراجعه کند باید بستری شده وسپس مشاورات لازم با متخصصین مربوطه انجام شود.

خانم 38

متوفی خانمی است 27 ساله ،ساکن شهر ، $G_2P_1Ab_0$ ، زایمان قبل 7سال پیش بروش NVD بوده است . بیماری خاصی نداشته است . حاملگی خواسته بود.مراقبت دوران بارداری ازهفته هشت حاملگی شروع شده و مرتب مراقبت شده بود ومشکل خاصی در پرونده قید نشده بود. آزمایشات اوایل بارداری مشکلی نداشت . درهفته 37 حاملگی بدنبال آبریزش وشروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه وبه دلیل شروع فازفعال زایمان بلافاصله به زایشگاه منتقل می گردد. موقع پذیرش (ساعت 00:10 بامداد) :BP=110/70 FHR=140 درمعاینه واژینال دیلاتاسیون7-6 سانتیمتر ،افاسمان 70% ، پوزیسیون سفالیک ، ایستاسیون 2- ، ساک پاره ومایع روشن بود. درساعت 00:30 زایمان واژینال با اپی توسط مربی و دانشجوی ایشان انجام می شود.حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 9/10 ووزن 2/700 کیلوگرم بود. جفت ساعت 1:05 خارج می شود.

دستورات بعدازززایمان : آمپول سفازولین ، کنترل خونریزی وکنترل علایم حیاتی ، رزرو 2 واحد خون ، 20واحد سنتو داخل سرم .علایم حیاتی متاسفانه در پرونده ثبت نشده بود.

بعدازززایمان (20 دقیقه بعداز خروج جفت) رحم آتونیک شده وخونریزی (بصورت خون روان بارگه هایی از خون روشن بدون لخته) ، بیشتر می شود .به متخصص زنان اطلاع می دهندوایشان بیمارراویزیت کرده ، ضمن بررسی کانال زایمانی ،کوراژ وماساژ دودستی رحم دستور تزریق مترژین ، پروستاگلاندین E2 و50واحدسنتوسینون داخل سرم را می دهد. خونریزی درساعت 2:30 کنترل می شود . برای بیمار رگ دوم گرفته وسوندفولی

تعبیه می کنند. حدود 3 لیتر رینگر تزریق می گردد ولی برونده ادراری خوبی نداشته است. پزشک متخصص با دستور ادامه ماساژ دودستی رحم ، بخش را ترک می کنند.در ساعت 3:30 به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان بیماررا ویزیت کرده ودوواحد خون باکرا س مچ درخواست می کنند. درساعت 4:30 خونریزی دوباره شروع می شود.به متخصص زنان اطلاع می دهند .یک عددآمپول مترژین تزریق می کنند ودراین موقع دوواحد خون درخواستی به بخش تحویل داده می شودو یک ربع بعد تزریق می گردد. کمی بعداز شروع تزریق خون ، بیمار بی قرار شده وتمام برا نولهارا می کند (فقط حدود 150-100 سی سی خون دریافت می کند). در ساعت 5:40 به تکنسین بی هوشی جهت ویزیت بیمار وآماده سا ختن برای عمل هیسترکتومی اطلاع می دهند. وعمل ساعت 6:00 با بیهوشی عمومی شروع می گردد .متخصص بی هوشی ساعت 6:05 دراتاق عمل حاضر می شود.بنا به یادداشت متخصص بی هوشی موقع شروع عمل بیمار فاقد نبض وفشارخون قابل اندازه گیری ولاین وریدی بود . در ضمن عمل هیسترکتومی ، برای بیمار رگ گرفته شده وهمزمان با CPR عمل جراحی ادامه می یابد.درساعت 8:00 صبح درحالیکه فوت بیمار اعلام می گردد عمل خاتمه می یابد.درتمام این مدت سوپروایزر درجریان بدحالی بیمار قرارنگرفته بود واز جراح آنکال هم درخواست کمک نشده بود .

آزمایشات : ساعت 2:30 Hb=12 Hct=36

علت فوت : شوک هیپوولمیک درزمینه خونریزی ناشی از آتونی رحم

موارد مورد بحث در پرونده :

1- علت بی قراری بیمار هیپوکسی وکاهش پرفیوژن مغزی بود ومی بایست در ساعات اول خونریزی ،خون دریافت می کرد.
2- اشکال دوم عدم وجود لاین وریدی مطمئن بود وقبل از اقدام به هیستریکتومی باید reanimation می شد (کات داون می شد)
3- احتمال واکنش به خون نیز مطرح است ومی بایست طبق دستورالعمل بلافاصله تزریق خون قطع وبررسی می شد.

خانم 39

متوفی خانمی است 32 ساله ، اهل شهر وساکن روستای اصلی ، لیسانس پرستاری ، G_1P_0، BMI =29.5 ، سابقه بیماری قلبی (MR) تحت کنترل پزشک وسابقه دوبار بستری در بخش CCU به علت هیپوکالمی ،هیپو منیزمی ،آریتمی قلبی دراسفند سال قبل واردیبهشت ماه وسابقه حملات مشابه قبل از ازدواج و مصرف آلداکتون ، ایندرال ،آمیوداروون ،پتاسیم خوراکی وتری فلوپرازین دارد.به علت تمایل به بارداری از هیچ روش کنتراسپشن استفاده نمیکرد. حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری درمرکز بهداشت بصورت نامرتب وبخش خصوصی (متخصص زنان و قلب) بود.درآزمایشات روتین اوایل حاملگی وهفته 28 غیراز UTI مشکل دیگری نداشت . دردوران حاملگی دارومصرف نمی کرد(همکاری خوبی دردرمان نداشت).

مادر چهارماه قبل ازحاملگی با شکایت ضعف وبی حالی شدید واحساس خفگی به بیمارستان شهرستان مراجعه وبا تشخیص هیپوکالمی ، هیپو منیزیمی وآریتمی قلبی (PVCهای مکرر)در بخش CCU بستری وتحت درمان با آمیو دارون ،کلرید پتاسیم ،سولفات منیزیوم ،هیدروکورتیزون ، سرم نرمال سالین وقرص متورال قرار می گیرد.موقع مراجعه : BP=160/90 بود ودرEKG موج U وPVC های مکرر و Q-T طولانی وجودداشت

آزمایشات :

Ca=8.9 K=2.2 Na=145 CPK=6186 LDH=983 SGPT=67 SGOT=167

بیمار بعداز 5 روز بستری باتوصیه تیتراژماهانه منیزیوم وپتاسیم ونسخه دارویی مرخص می شود.

متوفی مجدداً دوماه بعد با شکایت استفراغ ، ضعف وبی حالی به بیمارستان شهرستان مراجعه وجهت R/O سپسیس و باعلایم هیپوکالمی وبلوک قلبی R.B.B دربخش CCU بستری می شود. موقع بستری BP=140/80 و HR=96 K=2.9 Na=142 بیمار تحت درمان با سولفات منیزیوم ،کلراید پتاسیم ،آلداکتون ، نرمال سالین ،آمپول سفتازیدیم وآزیترومایسین قرار می گیرد.روز پنجم بستری به علت تحریکات عصبی ممنوع الملاقات شده وتری فلوپرازین تجویز می گردد.روز بعد بیمار با نسخه دارویی مرخص می شود.بیمارجهت بررسی علت هیپوکالمی-هیپومنیزیمی به نفرولوژیست ارجاع شده ولی علت مشخصی یافت نشده بود.گزارش اکو کاردیوگرافی Mild to Moderate MR بود.

مادر درهفته 37 بارداری به علت کاهش حرکات جنین به پزشک مراجعه وسونوگرافی درخواست می شود. روز بعد به علت گزارش اولیگو هیدر آمنیوس (اندکس مایع 4 سانتیمتر) وSGA در بیمارستان شهرستان بستری می شود.

موقع بستری (ساعت 12:30 ظهر) : BP=90/60 PR=80 RR=19 کول خلفی وبدون دیلاتاسیون وافاسمان بود .انقباضات رحمی نداشت.بیمار بادستورات : سرم رینگر K.V.O ،آمپول آمپی سیلین 2g وریدی نیم ساعت قبل از عمل ،آمپول جنتامایسین 160mgوریدی (طبق توصیه متخصص قلب برای پروفیلاکسی اندوکاردیت باکتریال به علت MR) وآمپول بتامتازون 12mg عضلانی به اتاق عمل برده می شود. عمل راس ساعت 13 با بی حسی اسپینال (مارکائین)شروع می شود.ساعت اتمام عمل 14 بود.حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 9/10 وآغشته به مکونیوم خفیف وبا وزن 2700 گرم بود. مادر بلافاصله بعداز اتمام عمل ساعت 14 با هوشیاری به بخش تحویل داده میشود.بیمارظهر روز بعد ، 24 ساعت بعداز عمل، بدون توصیه خاص مرخص می شود. درمورد سابقه بیماروووضعیت الکترولیت چیزی درج نشده بود وحتی آزمایشات روتین قبل از عمل هم درخواست نشده بود.عصرهمانروز ساعت 19:30بدنبال عصبانیت دچار تنگی نفس ، ضعف وبی حالی ودرد عمومی بدن شده وبعداز مصرف یک عدد پروپرانول وتزریق آمپول اسکازینا با وسیله شخصی به درمانگاه مراجعه می کند.موقع پذیرش: بیمار قادربه خوابیدن نبود ه وبی قرار بود.علایم حیاتی BP=130/90 PR=78 02Sat=95% بود. برای بیمار سرم 2/1،3/3 – اکسیژن – آمپول دیازپام –آمپول هیدروکورتیزون 200mg تزریق ونوار قلبی (دروضعیت نشسته) گرفته می شود(بیمار سابقه بیماری قلبی وهیپوکالمی خودرا کتمان کرده بود). بعداز 20دقیقه بابهبودی نسبی وضعیت بیمار،مرخص شده و توصیه می شودبرای بررسی بیشتر به بیمار ستان مراجعه کند ولی بیمار امتناع کرده به روستا برمی گردد(ظاهراً نوارقلبی نرمال بود). یک ونیم ساعت بعد دوباره دچار حمله شده واحساس خفگی می کند.مجدداً به طرف شهر به راه می افتند. دربین راه بیمار بی هوش می شود.طبق اظهار همسر بیمار،انگشتان ولبها کبودشده بود و از بینی کف می آمد. موقع پذیرش دردرمانگاه(ساعت 00:30 بامداد) دوبل میدریاز وفاقد علایم حیاتی بوده وعملیات احیاموثر واقع نمی شود.

علت مرگ : ارست قلبی دراثر هیپوکالمی

ایرادات وارد برپرونده :

1- ترخیص زودهنگام بیمار.(طبق استاندارد بلوک زایمانی حداقل زمان ترخیص بعداز سزارین 48 ساعت می باشد).

2- عدم توجه به سابقه بیماری وعدم انجام تیتراژ الکترولیتها واخذ EKG

3- عدم درج Progress note درپرونده وکلاً بیمارستانهای غیرآموزشی

4- بیماردرطول حاملگی باید مکمل پتاسیم مصرف می کرده است ودادن آمیوداورون درسنین باروری کنترااندیکه می باشد.

5- دادن سرم 1/3، 3 /2 بصورت شوت می توانست ایجاد آریتمی بطنی کرده وارست قلبی را موجب شود.

6- اتوپسی انجام نشده است.

خانم 40

متوفی خانمی است 35 ساله ، ساکن شهر ، BMI= 27.8، G_3P_1 AL_1 ،سابقه یکبار زایمان طبیعی 8سال پیش،سابقه فشارخون بالادرحاملگی اول(تاحد220) وسابقه یکبار سقط ،حاملگی خواسته بود..

مادر از اوایل بارداری تحت مراقبت ماما در بخش خصوصی بوده ودرهفته 23 حاملگی به علت فشارخون بالا به درمانگاه حاملگی پرخطر ارجاع می شود. موقع مراجعه فشارخون علیرغم مصرف متیل دوپا BP=170/110 بود.برای مادر یک عدد آمپول هیدرالازین وریدی تزریق ودر بخش حاملگی پرخطر بستری می شود. دربخش سولفات منیزیوم وآسپرین 80 میلی گرم شروع کرده ودوز متیل دوپا افزایش داده می شود. در بررسیها آنزیمهای کبدی واسید اوریک نرمال بود. Urine $Pro_{(24h)}$=418 Fibrinogen=440

درطول بستری فشارخون BP<140/90 بود. برای مادر یک دوز آمپول بتا متازون تزریق ویک هفته بعد با توصیه کنترل مرتب فشار خون درمنزل ،قرص متیل دوپا نصف قرص دوباردرروز –قرص آسپرین 80 میلی گرم روزانه ومراجعه هفته ای یکبار به درمانگاه حاملگی پرخطر جهت PNC مرخص می شود. مادردرهفته 30 حاملگی که جهت PNC به درمانگاه حاملگی پرخطر مراجعه کرده بود به علت فشارخون بالا بستری می شود.درزمان مراجعه : BP=160/110 PR=80 Urine Pro=3+

Uric Acid=7.2 SGOT=33 SGPT=20 LDH=516

درسونوگرافی رحم ، جنین IUGR بدون آنومالی وبا 4 هفته تاخیررشد گزارش شده بود.علایم Severity وجود نداشت. بعداز ظهر روز سوم بستری مادردچار درد اپی گاستر شده وآنزیمهای کبدی افزایش می یابد. SGOT=122 SGPT=89 LDH=951 UricAcid=7.7

PTT=57 برای اطمینان آزمایشات کبدی مجدد به آزمایشگاه بیمارستان خصوصی فرستاده می شود.جواب آزمایشات :

SGOT=21.9 SGPT=25.8 LDH=538 PTT=32

برای مادرشربت Al.Mg وقرص رانیتیدین تجویز می شود.درد اپی گاستر تاحدودی کمتر شده ولی ادامه می یابد.NST وسونوگرافی جهت تعیین پروفیل بیو فیزیکال درخواست می شود.(B.P.P=8/8 W=1057g) درسونوگرافی کالرداپلروبررسی شریان رحمی راست، مقاومت عروقی مختصری افزایش یافته بود.

روزبعد درد اپی گاستر بیشتر شده وبه کتف راست تیر می کشید.درلمس سطحی ناحیه RUQ کمی دردناک بوده وشکم دیستانته بود.فشارخون افزایش یافته : BP=177/100 PR=102 . یک عدد آمپول هیدرالازین وریدی تزریق می شود.درساعت 15 به استاد آنکال اطلاع می دهندوایشان دستور می دهد به علت پره اکلامپسی شدید مادر آماده سزارین شود وچون روز قبل PTT=57 بوده ، مجدداً PTT درخواست شود ودرصورت بالابودن FFP تزریق گردد (PTT=59 بود) . برای مادرFFP درخواست وحین انتقال به اتاق عمل ترانسفوزیون شروع می

شود.عمل ساعت 18:15 با بیحسی اسپینال وبرش LML شروع می شود. در حین عمل ،رزیدنت متوجه همو پریتوئن وخون روشن حدود 2-1.5 لیتر در داخل شکم شده وبه استاد آنکال وسرویس جراحی اطلاع می دهند خون ساکشن شده ومنشا خونریزی که کبد بوده پک می شود.بیهوشی عمومی داده و3 واحد پکد سل درخواست وبلافاصله ترانسفوزیون شروع می شود.حاصل سزارین نوزاد پسر پره ترم وبه ظاهرIUGR با آپگار 8/9 بود . 20دقیقه بعد، رزیدنت جراحی در اتاق عمل حاضر شده وبرش شکم راتا زیر گزیفوئید ادامه وکبد بررسی می گردد. از پدیکول لوپ راست خونریزی فعال داشت.محل خونریزی با 3عدد لنگاز پک شده وبعداز اطمینان از هموستاز کافی دوعدد درن (یک عدد پن روز ویک عدد سوند فولی) جاسازی می شود. عمل ساعت 20:25 خاتمه می یابد. درحین عمل 3 واحد پکد سل ،2لیتر سرم نرمال سالین و3 لیتر رینگر و2 واحد FFP تزریق می شود. حجم کل خونریزی حدود 4 لیتر بود. 2واحد پکد سل با کراس مچ صحرایی درخواست وضمن تزریق ،مادر جهت Care بهتر با صلاحدید رزیدنت ارشد جراحی با همراهی رزیدنت زنان ،جراحی وبی هوشی به ICU جراحی بیمارستان جنرال منتقل می گردد.علایم حیاتی حین انتقال : BP=110/70 PR=100 RR=24 بود.

مادر ساعت22:42 با علایم حیاتی BP=200/122 PR=100 RR=45وتنفس gasping (انتوبه) O2Sat=93% GCS=8 پذیرش می شود.خونریزی واژینال نداشت ولی از درن ها ترشحات خونی داشت.ادرار برقراربود.یک عدد لازیکس (به علت وضعیت ریه ها) تزریق می شودپانسمان محل عمل به علت خیس شدن تعویض و پانسمان فشاری می شود وسولفات منیزیوم شروع می گردد.بعداز اقدامات فوق علایم حیاتی نرمال می شود. BP=125/80 PR=100 وتنفسها بهتر می شود.نصف شب دچار افت فشارخون می شود (BP=60-70).4 واحد پکد سل ،4 واحد FFP و5 واحد پلاکت درخواست وتزریق می گردد. هموگلوبین ، پلاکت وتستهای انعقادی بصورت مرتب چک وبا تزریق فرآورده های خونی تنظیم می شود.درCXR علایم ARDS ودر CT Scan مغز ایسکمی منتشر وجوداشت.O2Sat>90% بود.سولفات منیزیوم بعداز 48 ساعت قطع می شود. کارکرد کلیه خوب بود. به علت ادامه خونریزی از درنها ، در اتاق عمل با بی هوشی عمومی سوچور ها باز وشکم بررسی می گردد. درشکم لخته های فراوان داشت.با سرم گرم شستشو داده شده 5 عدد لنگاز دیگر روی پک قبلی گذاشته شده وچهار عدد سرجی سل روی کپسول کبدی گذاشته شده وشکم بسته می شود.دراتاق عمل BP=167/103 PR=132 وتنفس سریع وتوام با تقلا داشت. O2Sat=80% GCS=5

بعداز عمل وضعیت تنفس بهتر شده وساچوراسیون بهبود می یابد تاحدO2Sat=96% . فشارخون وریت قلبی Stable می شود.4روز بعدلاپاراتومی شده ومناطق نکروزه دبریدوپکهای کبدی برداشته می شودوتنشن سوچور زده می شود.سطح هوشیاری مادر بتدریج افزایش یافته وبه حد استئوپور می رسد ولی محتوی هوشیاری مختل بودودرCXR کنترل وضعیت پارانشیم ریه بهتر شده بود.به علت وابسته بودن به ونتیلاتور، مادر 10روز بعدجهت Weaning به ICU ریه منتقل می گردد. تراکئوستومی شده ومجدداً انتوبه وتحت درمان آنتی بیوتیکی وسیع الطیف قرار می گیرد. درICU ریه، مادر تبدار شده ودیستانسیون شکم پیدا می کند . دربررسیها یافته پاتولوژیک نداشت.علایم حیاتی Stable بود وساچوراسیون درحد O2Sat=94% ثابت بود.خونریزی نداشت وتستهای انعقادی وکبدی نرمال بودوهوشیارشده بود ولی همچنان وابسته به ونتیلاتور بود . درادامه بستری دچار پریکاردیال افیوژن می شود . 55 روزبعداز سزارین جهت R/O تامپوناد قلبی به بیمارستان قلب اعزام می شود. موقع پذیرش دراورژانس قلب BP=210/120 PR=140 بود.بعداز اکوکاردیوگارفی به جهت نداشتن علایم کلاپس وتامپوناد پریکادیوسنتزانجام

نشده و مادر در بخش CCU بستری می گردد .روز بعددچار jet خون شریانی از دهان ومحل تراکئوستومی (با احتمال قوی فیستول تراشه به شریان بی نام) شده وآسیستول می شود . و درنهایت 56 روز بعداز زایمان فوت می کند.

تشخیص علت مرگ : پره اکلامپسی شدید وپارگی کبد وعوارض بیمارستانی

نظرات اساتید محترم :

1. مادر از هفته 23 علایم پره اکلامپسی شدید داشت وباید فشارخون بصورت tight کنترل می شد.
2. درموارد خونریزی کبد در زمینه پره اکلامپسی اساتید (اساتید ی که تجربه قبلی مدیریت این بیماران را دارند)حضور داشته باشند.

خانم 41

یک زن متاهل 25 ساله با سابقه چهارسال نازایی وتحت درمان، بعداز پیاده روی حوالی ساعت 14 بعداز رفتن به دستشویی دچاردرد شدید شکم میشود بطوریکه نه می توانست راه برود ونه بنشیند .بلافاصله با ماشین شخصی به اورژانس بیمارستان آموزشی آورده شده وبا برانکارد به اورژانس منتقل می گردد.درهنگام پذیرش درتریاژ(ساعت 15:27): هوشیار بود ولی ضعف داشت وبیقراربود.ازتهوع واستفراغ ودردشکم شاکی بود.شدیداً رنگ پریده بود.علایم حیاتی:BP=80/60 PR=150 O2SaT=75% بدون اکسیژن.

نامبرده سابقه درد شکم ودرمانهای خودسرانه را از حدود یک هفته قبل ذکر می کرد.درمعاینه شکم درقسمت تحتانی تندرنس داشت.خونریزی واژینال نداشت.درتوشه رکتال ،مدفوع وجود داشت.برای ایشان آزمایش ß.HCG درخواست می شود(نامبرده ازحاملگی خودخبر نداشت). درساعت 15:45دچار کاهش هوشیاری وافت فشارخون شده وتنفس gasping پیدا می کند.بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده و اکسیژن نازال ،NGT ،دوعدد IV Line تعبیه می شود.ترشحات NGT صفراوی بود.درسونوگرافی bed side مایع فراوان درفضای موریسون واسپلنورنال وفضای کلدوک وجود داشت. دوواحد پکدسل با کراس مچ صحرایی درخواست می گردد.درساعت 17:05 به محض Push کردن پکد سل توسط رزیدنت جراحی دچار ارست قلبی تنفسی شده وبعداز 10 دقیقه عملیات احیا برمی گردد.بیمار سریعاً به اتاق عمل منتقل می گردد.عمل ساعت 17:45 با بی هوشی عمومی وبرش ML شروع می شود.داخل شکم حدود 3 لیتر خون وجود داشت.محل خونریزی EPپاره شده در لوله فالوپ راست بوده وپارشیل سالپنژکتومی انجام می گیرد.پس از هموستاز وشستشو،شکم بسته می شود.دراتاق عمل 4واحدپکدسل ،4 واحدFFP ویک لیترسرم تزریق می گردد. فشارخون سیستولی دراتاق عمل درمحدوده 130-120 بود.عمل ساعت 19:45 خاتمه یافته ومادر به ICU جراحی منتقل می شود.بعداز عمل: در ABG اسیدوز شدید داشت.PH=6.77 HCO3=6.3.جریان ادرار برقرارولی هماچوریک بود.بنا به توصیه متخصص داخلی مادر سدیت شده واسپری سالبوتامول ،آتروونت وسروتاید وبی کربنات تجویز می شود.

<u>روز دوم بستری:</u> مادرهوشیار نیست.تحت ونتیلاتور می باشد.قلب تاکیکارد وسمع ریه ها نرمال وکراتینین افزایش یافته است.BP=144/100 Cr=1.9 HR=131

برای مادر مشاوره نرولوژی به علت پایین بودن سطح هوشیاری درخواست می شود.درمعاینه مردمکها ایزوکوریک وراکتیو به نور بوده وObey نسبی داشت. رفلکس اکولوسفال وقرنیه مثبت بود.با تحریک دردناک اندامها اکستانسیون داشتند.درسی تی اسکن ادم خفیف در نیمکره ها وجوداشت.

روز سوم بستری : هوشیاری در حد GCS=7-8 می باشد.علایم حیاتی ثابت است.جریان ادرار برقرار است.به علت هماچوری وترشحات خونی NGT تستهای انعقادی درخواست می شود. PT=24.1 PTT=43 INR=3.22 PLT=69,000

روز چهارم بستری:مادرآژیته است .هوشیار است ولی اریانته نمی باشد. طبق دستور رزیدنت ارشد مادراکستوبه می شود.به علت عدم توجیه وضعیت هوشیاری مادر MRI وMRV درخواست می شود.

روزپنجم بستری: هوشیاری درحد GCS=9 می باشد.سمع قلب وریه نرمال می باشد.شکم نرم وبدون دیستانسیون می باشد.علایم حیاتی Stable می باشد.تب دارنیست.دراندامها ادم +2 گوده گذار وجوددارد.باوجود برقراری جریان ادرار افزایش کراتینین ادامه دارد41=Urea Cr=3.8.برای مادردرخواست مشاوره نفرولوژی می کنند.مشاوراحتمال ATN ایسکمیک ویا نفروتوکسیک رامطرح می کند.برای مادر دستورات قرص ب کمپلکس-اسیدفولیک-کربنات کلسیم-چک روزانه الکترولیتها- سونوگرافی کلیه ها Cr,Urea,U/A,Alb,D.Dimer,FDP,Fibrinogen– می دهد.

جواب آزمایشات : Cr=1.8 Urea=32 PLT=103,000 Fibrinogen=303 FDP=1100

D.Dimer=5045 Alb=3.6 Mg=2.3Ca=8.2

روز هفتم بستری: هوشیاری درحد GCS=10 می باشد .مادرتب دارشده است BT=38.5 .بدلیل دیسترس تنفسی انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می گردد. جهت MRI با بیمارستان خصوصی تماس می گیرند ولی بیمارستان از پذیرش مادر به علت انتوبه بودن خودداری می کند.به علت افت هموگلوبین Hb=8.6 دوواحدپکدسل درخواست وتزریق می گردد.عصر به علت افت شدید هوشیاری و gaze به چپ چشمها مشاوره نرولوژی درخواست می شود. حرکات تونیک کلونیک نداشت. مشاورنرولوژی برای مادر فنی توئین (وریدی) شروع کرده وEEG وLFTدرخواست می کند وتوصیه می کند درصورت عدم انجام MRI مغزی ، CT Scan با سداسیون کافی انجام دهند.

مطابق مشاوره داخلی به علت تب دار بودن ،B/C دردونوبت وCXR درخواست شده ومترونیدازول وسفتازیدیم شروع می شود.درگرافی سینه کدورت درقسمت تحتانی ریه چپ که باعث محوشدن دیافراگم شده ،گزارش می شود.

روز یازدهم بستری :مادراکستوبه می شود ولی به علت عدم تحمل تراکئوستومی شده وازمحل تراکئوستومی انتوبه می شود.علایم حیاتی Stable است.

درنوارمغزی احتمال آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک مطرح شده است ومشاورنرولوژی اقدامات کنسرواتیونظیر قرص استازولامید-آمپول دگزامتازون-قرص پیراستام وادامه فنی توئین را توصیه می کند.

روز چهاردهم بستری: افت هوشیاری دارد وتب دارشده است BT=39 .تاکی پنه داردوهیپرونتیله می کند.درریتین کراکل Coarse دارد.BP=160/100 O2Sat=90% مشاوره عفونی شده وایشان توصیه می کند کشت خون دردونوبت ،کشت وآنالیز ادرار انجام شده وسفتازیدیم قطع وسفیپیم بادوز 2g/bid شروع شود ودوز مترونیدازول به 500mg/q8h افزایش یابد.سونوگرافی شکم جهت بررسی collection انجام گیرد. وروز پانزدهم بستری دچار برادیکاردی شده وفوت می کند .

تشخیص علت مرگ : شوک هیپوولمیک ناشی از EP پاره شده

توضیحات اعضای کمیته:

1. **مادربا علایم شوک وارد اورژانس شده وبه جایCPR به اورژانس داخلی هدایت شده است.**

2. تاخیر برای انجام ß.HCG غیر منطقی بوده وباید مادر سریعاً جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل می شد.
3. پاسگاری مادر بین طب اورژانس وگروه جراحی سبب تاخیر اقدامات ودرنتیجه آسیب هیپوکسیک مغزی شده است وبایستی از همان ابتدا با تشخیص شکم حاد جراحی توسط سرویس جراحی ویا بصورت تیمی مدیریت میشد.
4. درموارد مشکوک به خونریزی داخل شکمی نظیر پارگی های رحمی ،EP پاره شده و... نباید عمل جراحی را برای آماده شدن خون به تاخیر انداخت وهمزمان با انتقال مادر به اتاق عمل ، گروه پشتیبان مقدمات تهیه خون وفرآورده را فراهم کند.
5. اکستوباسیونهای بی مورد سبب وخامت حال مادر شده است .
6. فرستادن مادر با وضعیت همودینامیک ناپایدار وانتوبه برای انجام MRI توجیه علمی ندارد.
7. Care بعدی مادر نیز مناسب نبوده است.

خانم 42

متوفی خانمی است 30ساله ، اهل شهرستان ، خانه دار، باسواد اول راهنمایی ،سابقه قالیبافی ، Caseشناخته شده آیزن منگر درزمینه Large VSD ، سابقه یکبار بستری درسال75 به علت آیزن منگر و سابقه مصرف دیگوکسین ،آسپرین ولازیکس ونیفیدیپین رادارد ، $G_2P_0Ab_1$، حاملگی خواسته بود.

نامبرده ازاوایل حاملگی درمرکز بهداشت مراقبت می شده است. تلاش مراقبین بهداشتی برای سقط درمانی بی نتیجه بوده است. با شروع دردهای زایمانی به علت وضعیت بیمار جهت زایمان به مرکز آموزشی درمانی زنان ارجاع می شود.

بیمار در هفته 36 حاملگی ساعت 12:30 ظهر به مرکز زنان مراجعه وبستری می شود. موقع پذیرش : BP=170/100 PR=100 O_2Sat= 80-85% از سردرد شاکی بود .سیانوز محیطی ومرکزی داشت (تنگی نفس Fc II) .قلب تاکیکارد بوده وسوفل III/VI در آپکس سمع می شد. سمع ریه ها نرمال بود . ادم 1+ دراندامهای تحتانی داشت .درمعاینه واژینال کول بسته وعلایم زایمانی نداشت.

دستورات : هیدرالازین 2.5mg وریدی Stat ، سرم رینگر K.V.O درخواست آزمایشات: CBC ,Hb,Hct,LFT ,BUN,Cr,Uric Acid, فیبرینوژن وتستهای انعقادی ،انجام NST ، اکسیژن باماسک 5 لیتر دردقیقه و مانیتورینگ قلبی. بعداز بستری با رزیدنت واتند محترم قلب تلفنی مشاوره شده وبیمار ساعت 14:30 به همراه رزیدنت زنان به بیمارستان قلب منتقل می شود.

موقع پذیرش دراورژانس قلب علایم حیاتی: BP=160/104 PR=100 RR=18 بود.

بیمارساعت 15:20 به بخش CCU منتقل می شود.

دستورات CCU: کارديياک مونیتورینگ ، لاین وریدی ،اکسیژن نازال 3-4L/min ،درخواست آزمایشات Na,K,Mg,CPK ,CPK-Mb,CTNI U/A,پالس اکسیمتری مداوم ، قرص هیدرالازین 10mg/BID

آزمایشات بیمارستان الزهرا : Hb=16.1 Hct=49 PLT=156,000 PT=12

PTT=30 SGOT=53 SGPT=10 ALP=312 LDH=470 Uric Acid=8

Fibrinogen=423

آزمایشات بیمارستان قلب دربدو پذیرش(بخش اورژانس) : Hb=18.5 Hct=55.4 PLT=71,000

عصر روز دوم بستری با شروع دردهای زایمانی بیمار مشاوره زنان درخواست می شود ومشاور محترم زنان توصیه می کند منتظر پیشرفت زایمان باشند.صبح روز بعد ساعت 7 صبح خونریزی واژینال شروع شده (bloody Show) ومجدداً درخواست مشاوره زنان می کنند.

ساعت 10:15 با حضوررزیدنت زنان (سال2)که برای مشاوره ی بیمار دیگر آمده بود زایمان طبیعی با اپی زیاتومی صورت می گیرد وحاصل زایمان دخترپره ترم (36-35هفته) وبه ظاهر IUGR با آپگار 8/9 بود. زایمان با حضور رزیدنت واتند محترم قلب وتحت مانیتورینگ کامل انجام می شود. نوزاد توسط رزیدنت کودکان به بیمارستان زنان منتقل می شود . بعداز زایمان به علت خونریزی واژینال کوراژ رحمی انجام میشود (درحضور اتند محترم پریناتولوژی) وسرم سنتوبا دوز 30u/l انفوزیون می شود .بعدازکوراژ رحم جمع می شود.علایم حیاتی بعداز زایمان :

BP= 120/90 RR=16 PR=110 O2Sat=84% 10 دقیقه بعداز اتمام زایمان (12:10) ساچوراسیون اکسیژن بطور ناگهانی افت پیدا کرده وبه 60% می رسد.بانظر اتند ورزیدنت قلب بعداز افزایش اکسیژن دریافتی وتزریق 40mg لازیکس بیمار به CCU برگردانده می شود.بعداز انتقال به CCU (ساعت 12:30)درجه اشباع اکسیژن به 74% افزایش می یابد ولی فشارخون بیمار افت پیداکرده و به BP=90/60 می رسد.سایر علایم حیاتی :PR=113 RR=18 بود.

دستورات بعدازایمان : ویزیت هر نیم ساعت رزیدنت قلب –آمپول آمپی سیلین 1g/q6h – آمپول جنتامایسین 80mg/TDS وریدی –کنترل V/B - تعبیه سوند فولی وکنترل I/O –چک هموگلوبین هر 8 ساعت – امپول سنتو سینون 10واحد هر12 ساعت عضلانی. آمپول جنتامایسین بعداز یک تزریق D.C شده بود.

ساعت 13:10 : $O_2Sat=50\%$ بااکسیژن ، شکم نرم ، رحم جمع وخونریزی واژینال در حد Post Partum می باشد .برای بیمار سوند فولی تعبیه شده و5سی سی ادرارغلیظ خارج می شود.علایم حیاتی : BP=90/60 PR=102.

ساعت 14:30 : I/O=25cc $HCO_3=11$ BE=-17 PH=7.30 :ABG

$O_2Sat=52\%$

باتوجه به ABG بیمار 2ویال بیکربنات سدیم انفوزیون می شودوبه علت عدم اصلاح اسیدوز بیمارتوسط متخصص بی هوشی انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می گردد.سمع ریه ها نرمال بود.علیرغم انتوباسیون وونتیلاسیون مکانیکی افت ساچوراسیون ادامه داشته وبه زیر 40% (تا27%هم)می رسد.

ساعت 16:30 : ساچوراسیون اکسیژن بین 50-40% متغیراست. به علت افت فشارخون دوبوتامین ومیلرینون شروع می شودبه علت اولیگوری CVP Lineتعبیه شده ووما‌یع تراپی با نرمال سالین شروع می شود.جهت تهیه سریال ABG لاین شریانی گذاشته می شود.

ساعت 18:20: بیماردچار افت فشارخون درحد BP=60/40 و O2Sat= 40-45% آمپول دوبوتامین holdشده ونور آدرنالین شروع و200 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق می گردد.

ساعت 21:00 : بیمار بی قرار بوده ومرتب لوله تراشه را گاز می گیرد. ترشحات دهان زیاد وخونی می باشد

ساعت 21:30 : به علت استفراغ بیمارخودش را اکستوبه می کند. مواد استفراغی حاوی خون کهنه می باشد.بدنبال اکستوباسیون درجه اشباع اکسیژن بالا رفته وبه O2Sat= 60-65% می رسد. BP= 110/70 RR=30 باتوجه به افزایش درجه اشباع اکسیژن ، بیمار مجدداً انتوبه نمی شود.جریان ادرار زیاد شده وبه 200 سی سی می رسد. مقدار سرم دریافتی را کاهش داده وبه 10قطره در دقیقه می رسانند.

روزدوم بعداز زایمان (مورخ 89/9/9) : بیمارهوشیار است ،ریه ها نرمال ،رحم جمع وفاقد خونریزی واژینال ، شکم نرم ومحل اپی نرمال است BP=125/70. O2Sat=68-70% و Hb=13 , Cr=0.9 Out Put=200cc ادراری .سرم 2/1،3/3 بصورت K.V.Oدریافت می کند . برای بیماررژیم مایعات شروع شده وتحمل می کند و انفوزیون دوپامین ،دوبوتامین ،میلرینون وپنتوپرازول قطع ولاین شریانی خارج می شود.سرم نرمال سالین قطع و سرم 2/1،3/3 با سرعت 10قطره دردقیقه ادامه داده می شود.عصردچارافت ساچوراسیون شده ووضعیت نشسته راتحمل نمی کند (دچارسرگیجه میشود).بیمار از نظرزنان مرخص است . Hb=10.9

<u>*روز سوم بستری*</u>: به علت بی قراری وگریه مشاوره روانپزشکی درخواست می شودومشاورمحترم روانپزشکی قرص سیتالوپرام ،هالوپریدول ،آلپرازولام وهمراه 24 ساعته توصیه می کند.رزیدنت قلب قرص متورال 25mg/BID وآمپول انوکساپارین S.C 40mg روزانه تجویز می کند.عصرریت تنفس بیمار رفته رفته زیاد شده وبصورت متناوب O_2Sat دچارافت شده وتا30% میرسد. درطی ویزیت رزیدنت قلب ، بیماردچارارست تنفسی وسپس برادی کاردی شده وبا وجود انتوباسیون وعملیات احیا آسیستول شده وساعت 15:45 فوت می کند.

آزمایشات :درآزمایشات سریال هموگلوبین از18.5 به 10.9 وپلاکت تا44000 کاهش داشته است.

U/A : Pr=1+ WBC=many Blood=Trace

CPK-MB=32 CPK=52 Uric Aci=8.5 Na=143 k=4.1 Mg=2.3

BUN=20 Cr=0.96 CTNI=0.2 LDL=215 HDL=65 Chol=340 TG=289

دربستری سال 75 (16 سالگی) : گزارش کاتتریزاسیون قلبی به شرح ذیل می باشد :

بدون اکسیژن:

RA=m=2 RV=120/0-10 PA=110/63 m=85 Aort=122/77 m=95 LV=122/0-10

بااکسیژن :

RA=m=3 RV=112/0-10 PA=110/56 m=81 Aort=110/80 m=92 LV=117/0-10

Large muscular VSD with systemic PH &bidirectional shunt

علت مرگ : عوارض ناشی از آیزن منگر

بحث :

-بیماران آیزن منگر با شرایط بیمارفوق الذکر (فشارپولمونری PA=110/63) سورویوال 10ساله بسیار کم دارند وزنده ماندن این بیمار بعداز 14 سال وتحمل حاملگی تاسن 36 هفتگی در اثر Careمناسب پزشکی بوده است .چنین بیمارانی مطلقاً نباید حامله شوند.

-تغییرات هموگلوبین دراین بیماربیشتر به علت Hemo concentration وHemo dilution بوده وترانسفوزیون خون نیز مشکلات فراوانی ایجاد می کند .

- کاهش تعداد پلاکت واختلال عملکرد پلاکتی،همچنین آختلالات انعقادی (کوآگولوپاتی مصرفی ویا آمبولی) دربیماران آیزن منگربسیار شایع بوده ویکی از علل مرگ این بیماران می باشد.

- دادن میلرینون دراین بیمار اشتباه بوده است .

خانم 43

متوفی خانمی است 29 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، سابقه تصادف با موتور(هموراژی اپی دورال وکرانیوتومی وتخلیه هماتوم +کونتوزیون هموراژیک وسیع فرونتال چپ وتمپورال راست داشته و3 ماه بعداز ترخیص داروی ضدتشنج مصرف کرده وبا نظر پزشک معالج قطع کرده بود) 8 سال پیش . حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 9درمرکز بهداشت شروع شده وبصورت مرتب مراقبت شده بودودربخش خصوصی نیز تحت نظر متخصص زنان بود.آخرین مراقبت 5 روز قبل از فوت بود.

نامبرده در هفته 38 حاملگی با شکایت آب ریزش ازحدود 11 ساعت قبل به بیمارستان مراجعه می کند.درموقع مراجعه (ساعت 11:11) : هوشیار واریانته بود.ادم اندام تحتانی داشت .علایم حیاتی :BP=110/70 PR=82 BT=37

انقباضات خفیف رحمی داشت .درمعاینه واژینال: TV : 3cm/30-40%/Leak,Clear/-3

مادربا دستورات :کنترل علایم حیاتی –کنترل FHR –ثبت NST-آزمایشات روتین وآمپول آمپی سیلین 1g/q6h دربخش زایمان بستری می شود.درساعت 17:30 مادر توسط متخصص زنان ویزیت وبه علت عدم پیشرفت زایمان و انقباضات غیرموثر استیمولاسیون با 5 واحدسنتوسینون شروع می شود.

درساعت 12 شب به علت ادم قسمت قدام کول و TV: 7-8/60%/-2به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان دستور می دهد به علت نداشتن بوس ومولدینگ ونرمال بودن قلب جنین به مادر فرصت داده شود.درساعت 00:20بامدادجنین برادیکارد شده وضمن تغییر پوزیشن ووصل اکسیژن نازال به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان دستور می دهد که به متخصص بی هوشی اطلاع داده ومادر آماده سزارین شود. 2-3 دقیقه بعد مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده وکد احیا زده می شود. متخصص زنان ساعت 00:30 بربالین مادر حاضر می شود .ضمن انجام عملیات احیا با حضور متخصص بی هوشی درساعت 1:00 بامداد مادر برروی تخت لیبر سزارین شده وجنین بدون قلب وبدون بوس ومولدینگ وبند ناف دورگردن باوزن 3500گرم خارج می شود.جفت دکولمان نداشت .رحم سیانوتیک بود.احیا جنین بدون نتیجه بود.عملیات احیا بعداز سزارین تاساعت 2:30 ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد. همراهان مادر اجازه اتوپسی نمی دهند.

<u>درطول بستری فشارخون درمحدوده نرمال بود.</u>

جواب آزمایشات:

آنالیز ادرار باراول: Protein=+1 PLT=139,000 Hct=43.8 Hb=14.1

باردوم: Protein=Neg WBC=1-2 WBC=many

تشخیص علت مرگ : تشخیص احتمالی امبولی مایع آمینوتیک می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر باید اتوپسی می شد تاعلت قطعی مرگ مشخص شود.
2. ترسیم پارتوگراف سبب اقدام وتصمیم به موقع می شود وبایستی درتمام زایمانها ی طبیعی ودرحین کنترل سیر زایمان بربالین مادر ترسیم گردد.

خانم 44

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن یکی از روستاهای قمر ،قالی باف،بی سواد،BMI=22 ، G_3P_2 AL_2 ، سابقه دوبارزایمان واژینال وآخرین زایمان 23 ماه قبل بود.ازدواج دوم متوفی وهمسردوم خانواده و حاملگی خواسته همسربود .

مراقبت دوران بارداری از هفته 10 درخانه بهداشت شروع شده و5 بار توسط بهورز ،7بار توسط ماماویکبار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود آزمایشات اوایل بارداری وفشارخون ووزن گیری نرمال بود. نامبرده درهفته 37 بارداری به علت درد پاهاساعت 10شب به تسهیلات زایمانی مراجعه کرده وبه دلیل نبود علایم زایمانی مرخص می شود(طبق اظهار یکی از اهالی روستا مادر همان روز در حین شستشوی لباس در چشمه دچار استفراغ خونی می شود وبا کمک ایشان به منزل منتقل می گرددولی والدین تکذیب می کردند) .چهار روز بعد حدود ساعت 15بدنبال استفراغ خونی(اندک) مادررا به مرکز بهداشتی درمانی می برند .(طبق اظهار خانواده)ماما وپزشک درمرکز حضورنداشتند. بعداز 3 بار مراجعه به درب پانسیون ماما،ایشان درمرکز حضوریافته ومادررا ویزیت می کند. موقع ویزیت (ساعت 17:45) مادر هوشیار بود.از تنگی نفس وتهوع واستفراغ شاکی بود.درمعاینه توسط ماما:

علایم حیاتی : BP=80/60 PR=81 FHR=Brady card TV=1Finger/ 30%/C/I/-3

بعداز اکسیژن تراپی وخوابانیدن به پهلوی چپFHR به 140 می رسد ولی دوباره افت پیدامی کند.مادر توسط پزشک مرکز ویزیت و بعداز اخذنوارقلبی وگلوکومتری، انفوزیون سرم نرمال سالین وتعبیه سوند فولی به همراه مامای تسهیلات زایمانی به بیمارستان اعزام می شود.

(BS=228) بود.برگ اعزام نداشت با اورژانس بیمارستان نیز هماهنگ نشده بودند. مادر ساعت 19 با برانکارد به زایشگاه بیمارستان منتقل می شود. موقع پذیرش لتارژیک ورنگ پریده بودو کف صورتی رنگ از دهان خارج می شد. خونریزی واژینال وآبریزش نداشت . فاقد علایم زایمانی بو د.قلب جنین سمع نمی شد.کیسه ادرارخالی بود.علایم حیاتی : BP=60/40 ونبض غیر قابل لمس بود.تب دارنبود. مادر به بخش زایمان منتقل وکد احیا اعلام می شود.بلافاصله متخصص بیهوشی ،متخصص داخلی ،پزشک اورژانس ومتخصص زنان بربالین مادر حاضر می شوند(ساعت 19:08)عملیات احیا شامل مونیتورینگ قلبی ،تهیه رگ دوم ،پالس اکسی متری وساکشن ترشحات ریه وانتوباسیون وماساژقلبی شروع می شودوبه به عملیات احیا پاسخ می دهد.علایم حیاتی بعداز احیاء:

O2Sat=60% PR=158وBPغیرقابل دیتکت BS=230 باگلوکومتری بود.مردمکها دوبل میدیاز وواکنش به نور منفی بود.

درABG: PH=7.00 PCO2=56.2 HCO3=13.6

متخصص قلب اکوی بدساید انجام می دهد: بزرگی بطن چپ با EF=10% و TR++, Moderate MR مشاهده می شد(post CPR).برای مادر باتشخیص کاردیو میوپاتی سرم دوپامین واپی نفرین شروع می شود.

مادر جهت Care بهتر ساعت 20:15 با آمبوبگ به ICU منتقل می شود.دستورات ICU : وصل به ونتیلاتوربا مدSIMV –آمپول هیدروکورتیزون با دوز100mg/TDS –آمپول هپارین 5000U/QID/IV-ادامه سرم دوپامین بادوز10µg/kg/min-ادامه نوراپی نفرین با دوز-20 25µg/kg/min- انفوزیون میدازولام1mg/kg /h-آمپول سفتازیدیم-آمپول کلیندامایسین (آمپول هپارین یکبار ساعت 12شب تزریق شده بود) ساعت 21مادر دچارتشنج فوکال می شود. 5 میلیگرم آمپول دیازپام تزریق می شود ولی کنترل نمی شود وفنی توئین شروع می کنند ولی تشنج کنترل نمی شود. والپرات سدیم 1200میلیگرم وسپس انفوزیون1mg/kg /h شروع می شود. مادردرساعت 21 و23 از نظر پیشرفت زایمانی توسط متخصص زنان ویزیت می شود(پیشرفتی نداشته است). درساعت 21:40 به علت ادم ریه وآنوری آمپول لازیکس تا 400mg با دوزهای منقسم تزریق می شود. بیمار دیورز پیدا کرده وانفوزیون 10mg/h لازیکس برای مادر Order می گردد.

درساعت5 بامداد،مادر تب دار شده BT=39.5 وساعت5:45 دچار برادیکاردی شدید می شود. عملیات احیا را شروع وبه متخصص داخلی (پزشک ICU) اطلاع می دهندوایشان دستور می دهند با متخصص قلب تماس گیرند.وایشان هم دستورخاصی نمی دهندناچاراً به کادر CCU وسوپروایزر اطلاع می دهند وایشان در ICU حضور پیدامی کنند.درساعت6:10بیمار مجدداًدچار برادیکاردی شده ونهایتاً ساعت6:25 فوت می کند.(مادر درطول 9 ساعت اقامت در ICU توسط پزشک مقیم ICU ویزیت نشده بود ودستورات تلفنی گرفته بودودستورات بدو ورود به ICUتوسط متخصص داخلی گذاشته شده بود.

جواب آزمایشات: Hb=13 Hct=34 PLT=546,000 WBC=25,100

Neut=84.3% Urea=22 Cr=0.8

تشخیص علت مرگ : تشخیص احتمالی کاردیومیوپاتی قبلی که به آن ترومبوآمبولی ریه اضافه شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. درقلب سالم بعداز CPR، EF حداکثر 10% افت نشان می دهد.
2. باتوجه به EF=10% مادر به احتمال قوی یک نارسایی قلبی Compensatedداشته وبا اتفاق جدیدی نظیر آمبولی ریه به فاز عدم جبران رفته است.
3. بایستی برای مادر CXR جهت بررسی علت ادم ریه درخواست می شد.
4. مادر پزشک مسئول نداشته وهرکدام از متخصصین بعنوان مشاور مادررا ویزیت کرده اند.
5. پزشک تیم سلامت بایستی مادررا همراهی کرده وقبل از رسیدن مادر ، بیمارستان رادرجریان وضعیت مادر قرارمیدادند ومادر به اورژانس منتقل می شد نه بلوک زایمانی
6. طبق قانون ICU ،ویزیت بیمار برعهده پزشک مقیم ICUبوده واز بقیه متخصصین مشاوره گرفته می شود.
7. رئیس بیمارستان مسئول کنترل برنامه ICU وکنترل حضور پزشک دربخشها می باشد.

خانم 45

متوفی خانمی است 25 ساله ، ساکن شهر ، چاق با BMI =30.3 ،G_1P_0 وحاملگی خواسته

از هفته 11 حاملگی تحت مراقبت پایگاه بهداشتی قرار گرفته و12بار توسط کاردان مامایی مراقبت شده است .در آزمایشات اوایل حاملگی(هفته 16 حاملگی)قند خون مادر بالابود (FBS =147) .مراقبت پیش از بارداری نداشت. مادر را به علت قند خون بالا به متخصص زنان ارجاع می دهند وایشان با تشخیص دیابت حاملگی ، رژیم غذایی و16 واحد انسولین شروع می کند . در دوران بارداری چندین بار به علت فشار خون بالا (BP =130/85) وافزایش سریع وزن به متخصص زنان ارجاع شده بود . پروتئین ادرار 24 ساعته منفی بود. آخرین مراقبت دو روز قبل از فوت بود. در دوران بارداری تحت کنترل متخصص زنان بود ویک بارهم به متخصص داخلی ارجاع شده بود.طپش قلب وتنگی نفس نداشت. متوفی در هفته 38 حاملگی با توصیه متخصص زنان جهت سزارین دربیمارستان بستری می گردد . درمشاوره بی هوشی معاینه قلب وریه نرمال بود. بیمارساعت 22 در بخش داخلی بستری می شود .دستورات حین بستری :

رژیم دیابتیک ، NPO از 12 شب ، کنترل قند خون هر6 ساعت ،تزریق انسولین طبق پروتکل ، رزرو 2 واحد خون ایزوگروپ ،آزمایش آنالیز ادرار ، BUN,Cr,CBC .

درهنگام بستری : درد مختصر کمر داشت ، FHR=140BP=130/80 PR=80 BS=177 RR=18 درمعاینه واژاینال : دیلاتاسیون 1Finger ، تنگی نسبی لگن وخارها برجسته وتقارب نسبی وجودداشت .

درطی 11 ساعت بستری در بیمارستان فشار خون ,BP=120-130/70 وپروتئین ادرار 2+ ، قند خون قبل از عمل 132 بود. بیمار ساعت 9 صبح جهت سزارین به اتاق عمل فرستاده می شود.عمل در ساعت 9:30 با راشی شروع می شود.حاصل عمل نوزاد دختر با آپگار6/10 ووزن4300گرم بود.چنددقیقه بعداز خروج جنین مادردچار تنگی نفس ناگهانی ، افت ساچوراسیون وسیانوز ، ادم ریه برادی کاردی وافت فشار خون می شود . 1 mg آتروپین و 10mg افدرین تزریق می گردد به علت عدم بهبود وضعیت بیمار، 100 mgساکسینیل کولین تزریق وبلافاصله انتوبه شده وبا آمبو ونتیله می شود ترشحات لوله تراشه ساکشن شده و سرم دکستروز حاوی دوپامین وآمینوفیلین انفوزیون می گردد.همزمان لازیکس (با چه دوز ؟) بصورت متناوب تزریق می گردد .بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده وعلیرغم 1.5 ساعت تلاش متخصص داخلی وبی هوشی درساعت 12 فوت می کند.

تشخیص احتمالی :آمبولی مایع آمینوتیک وتشخیصهای افتراقی شامل ادم ریه ناشی از بیماری قلبی زمینه ای و High شدن راشی

خانم 46

متوفی خانمی است 36 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، سابقه ده سال نازایی ، دوبار لاپاراسکوپی وسه بار IUIدارد ، سابقه خونریزی سه ماهه اول حاملگی (ماه دوم)و12 روز بستری درهفته 4 و5 حاملگی اخیر به علت پلورال افیوژن وهیپر استیمولاسیون دارد که درمان کنسرواتیو گرفته بود. حاملگی اخیر دوقلویی بوده وبا میکرواینجکشن حامله شده است. در هفته 32 حاملگی به علت افزایش فشارخون وپروتئین اوری 3+ به مرکزآموزشی درمان زنان معرفی وبستری می شود.موقع بستری(ساعت 18:30) : سمع قلب وریه نرمال بود .ادم 1+ اندامهای تحتانی داشت .علایم Severity نداشت . درسرویکس مکدونالد داشت .علایم زایمانی ،آبریزش وخونریزی نداشت .

علایم حیاتی : BP=130/90 FM= good FHR=140,140

بیمار با دستورات: کنترل علایم حیاتی –کنترل علایم زایمانی –کنترل FHR -کنترل I/O –شروع سولفات منیزیوم –آمپول بتامتازون (دودوز)- درخواست آزمایشات کبدی ،انعقادی ،کلیوی ،آنالیز ادارار ،پروتئین ادارار 24 ساعته ،اسید اوریک ،CBCوسونوگرافی اورژانس دربخش زایمان

بستری می شود. صبح روزبعدبانظر اساتیدمحترم پریناتولوژی به بخش حاملگی پرخطر منتقل شده وبه دستورات قبلی آمپول هپارین 5000 واحد هر12 ساعت زیر جلدی ، قرص فرسولین ، مولتی ویتامین ،جوراب ترومبوز و NSTروزانه اضافه می شود.

درطی چند روز بستری فشارخون همواره BP= 140-150/90 وپروتئین ادرار 3+و2+ ثبت شده بود.

آزمایشات روز اول بستری : Hct=29 Hb=9.4 PLT=174,000

PT=12 PTT=33 Fibrinogen=423 CT=4 BT=1.45

SGOT=31 SGPT=15 ALP=276 LDH=523 Cr=0.8 Urea=32 Uric Acid=7.3

HBS Ag=Neg Pr=+3ادرار Pr=3960mgادرار24ساعته WBC=14-16

Cr=1438mgادرار24ساعته

درسونوگرافی دوجنین زنده ومتحرک دی کوریو –دی آمینوتیک ، باقرار عرضی –بریچ وپلورال افیوژن نیم سینه قل چپ ومایع قل چپ کمتراز حد طبیعی گزارش شده بود .

<u>روز دوم بستری</u> بخیه های مکدونالد برداشته می شود.

<u>روزسوم بستری</u> سولفات منیزیوم قطع وسوند فولی درآورده می شود.

آزمایشات روز هفتم بستری : PLT=198,000

PT=12 PTT=45 Fibrinogen=502 CT=3.30 BT=1.30

SGOT=55 SGPT=18 ALP=248 LDH=1074 Cr=0.9 Urea=30 Uric Acid=7.7

<u>روزهشتم بستری</u> باتشخیص پره اکلامپسی جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.عمل با بی حسی اسپینال ساعت 8:50 شروع وساعت 9:50به اتمام می رسد.حاصل زایمان نوزاددخترزنده پره ترم با آپگار9/10 وپسرزنده با آپگار6/10 هردو فرانک بریچ بود.بیمار دروضعیت Stable با گذاشتن 5 عدد میزوپروستول رکتال ساعت 10:20 به بخش منتقل می شود.

دستورات بعداز عمل : کنترل علایم حیاتی – کنترل V/B-کنترل I/Oبا سوندفولی-CBRتاهوشیاری کامل باحرکت پاها دربستر به محض توانایی باکمک راه برود-آمپول سفازولین وجنتامایسین –آمپول سولفات منیزیوم 2g/h –آمپول سنتوسینون 10IU/qh8عضلانی –آمپول هپارین 5000 واحدهر12 ساعت زیر جلدی-چک آزمایشات CBC,Hb,LFT,Uric Acid وتستهای انعقادی- سونوگرافی کالر داپلربعداز Stable شدن بیمار.

بیمار حدود ساعت 13 بصورت ناگهانی دچارتاکیکاردی وتاکی پنه وافت ساچوراسیون اکسیژن درحد O2Sat=70% می شود درمعاینه رنگ پریده بودتنفس سطحی وعطش هوا داشت وآژیته بود علایم حیاتی :HR=150 RR=40

بیمار به بخش ICU منتقل وپس از شروع هپارین با دوز تراپوتیک درساعت 13:40 مشاوره داخلی درخواست می شود.طبق یادداشت متخصص داخلی (ساعت ویزیت 14:00)بیمار تاکیکاردی وتاکی پنه دارد.اندام تحتانی راست نسبت به چپ متورم تر است (قطر پای راست دربالای زانو2.5 سانتی متر بیشتراز پای چپ می باشد)بیمارگرگرفتگی داردوبی قرار می باشد. در EKG ST elevation درلید I دارد.ودستورات تزریق آهسته آمپول ایندرال 1mg – EKGمجدد – افزایش دوز اکسیژن ودرصورت عدم بهبود وضعیت تماس با متخصص بی هوشی وانتوباسیون- آمپول لازیکس 20 میلیگرم هر12 ساعت- آمپول مورفین 3mg/Stat پس از انتوباسیون –آمپول دیگوکسین 0.25mg وریدی.

ساعت 14به علت عدم افزایش ساچوراسیون اکسیژن بیمارتوسط متخصص بی هوشی انتوبه شده وبه ونتیلاتور با مد CMVوصل میشود .باشروع ونتیلاسیون مکانیکی با Fio2=100% ساچوراسیون اکسیژن به O2Sat=90-91%می رسد. برای بیمارمشاوره قلب درخواست می شود. رزیدنت مشاور قلب بعدازویزیت بیمار (ساعت 15:15)یادداشت کرده بودند: سطح هوشیاری درحد حرکت دستهاست و سینوس تاکیکاردی دارد. دراکو کاردیو گرافی LV EF=20-25% و Severe RV dysfunctionدارد(با TAPS=0.7) وبا Fio2=100% O2Sat=86% می باشد.

برای بیمارقویاً Massive PTEمطرح می باشد ودرمان با هپارین با دوز تراپوتیک توصیه می شود.شروع درمان با S.K باتوجه به سزارین بیمارمنوط به دادن OKاز طرف متخصص زنان می باشد.درساعت 15:45 بیمار دچار VTمی شودورزیدنت قلب برای بیمار دوز Loading آمیوداروں راشروع می کند بعداز دریافت 2/3 دارو بیمار دچار ارست قلبی می شود .تزریق دارو قطع وعملیات احیا شروع می شودوقلب بیمار برمی گردد. درساعت 17 ریتم قلب تبدیل به ریتم جانکشنال می شودواقدامات احیا (اکسترنال Pace-دوپامین – حجم – D.C شوک)موثرواقع نمی شودوساعت 17:40فوت می کند.

تشخیص : ترومبو آمبولی وسیع ریه

توضیحات :

1- باتوجه به LV EF=20-25% کاردیومیوپاتی پری پارتوم نیزمطرح است ولی باتوجه به شروع ناگهانی وسیربیماری ، این مورد رد میشود.

2- تشخیص دقیق ترومبوآمبولی ریه اسکن پرفیوژن می باشد وبه علت وقت گیر بودن آن ،از سی تی آنژیوپرتابل می توان بعنوان جایگزین استفاده کرد.

3- اگر قبل از انجام سزارین متوجه اختلاف قطر اندام بودند، می شد باتاخیر انداختن عمل سزارین، استرپتوکیناز را تجویز کرد ولی تجویز این دارو چند ساعت بعداز عمل کنتراندیکاسیون مطلق دارد . آمبلکتومی نیز ریسک زیادداشته ودراکثر مراکز درمانی انجام نمی شود.ودرضمن منشا آمبولی به احتمال قوی باتوجه به شرایط بیمار عروق لگنی بوده نه اندامهای تحتانی .

4- درافراد پرخطر دوز هپارین پروفیلاکتیک 5000 واحد TDSمی باشد.

خانم 47

متوفی خانمی است 32ساله ، ساکن شهر ، دیپلم ، خانه دار، G_2P_1، زایمان قبلی 9 سال قبل بروش NVD بود. سابقه بیماری خاصی ویا مصرف دارو ندارد .حاملگی خواسته بود.

شروع مراقبتها ازهفته 10 حاملگی بوده ودرمرکز بهداشت وبخش خصوصی مراقبت می شده است.آزمایشات اوایل حاملگی نرمال می باشد.(WBC=8100 Hb=13.7 PLT=246,000). ماما درآزمایشات روتین هفته27 حاملگی متوجه کاهش نسبی پلاکت شده (در حد 102000) بود ولی علایم بالینی نداشت . بیماریک هفته قبل از مراجعه به بیمارستان متوجه تغییر رنگ ادرارمی شود. باخونی شدن رنگ ادرار وظهورضایعات اکیموتیک دراندامها به پزشک مراجعه کرده وآزمایش درخواست میشود.تعداد پلاکت 13,000 بود. با این تابلوبه بیمارستان شهرستان مراجعه وبه علت نبود هماتولوژیست به مرکز آموزشی درمانی اعزام میشود(ساعت 19:10).در اورژانس پس ازانجام آزمایشات لازم ورزرو

10واحد پلاکت وتزریق دو واحد آن به علت نبود تخت خالی دربخش خون، 17 ساعت دراورژانس تحت نظر بوده وبا خالی شدن تخت با تشخیص های افتراقی سندرم ITP,TTP,HELLP دربخش خون بستری می گردد.

موقع بستری علایم حیاتی: BP=105/75 PR=80 RR=14 BT=37

ازخارش ژنرالیزه شاکی بود.خونریزی مخاطات نداشت .ملتحمه pale واسکلرا ایکتریک بود.سمع قلب وریه نرمال وارگانو مگالی نداشت.دراندامهای فوقانی وتحتانی ضایعات پورپورا واکیموز داشت.آزمایشات اورژانس:

ALP=104 SGPT=11 SGOT=20 PLT=11,000 Hb=11.3 WBC=10900

دستورات : رژیم معمولی –آمپول متیل پردنیزولون 1g روزانه به مدت سه روز متوالی- رزرو10واحد پلاکت کراس مچ شده –چک آزمایشات کبدی وکلیوی ، ANA ،مارکر های هپاتیت B, C- چک کراتین وپروتئین ادرار 24 ساعته -U/A,U/C-PBS-$HIV_{1,2}$––FBS-2hPP

جواب آزمایشات بخش :

Cr=1.5gادرار 24 ساعته Pr=507mgادرار 24 ساعته V=1300ccادرار 24 ساعته Cr=0.6سرم

Urea=27

D.Bil=0.39 T.Bil=2.8 ALP=169 LDH=1885 SGPT=15 SGOT=43

PLT=11,000 WBC=17,000 Hct=26 Hb=9

FBS=153 2Hpp=135 دراسمیر لام خون محیطی شیستویت وآنیزوسیتوزیس وجودداشت.

درطی کنترل روزهای بعد، قند خون ناشتا اغلب 150 به بالابود وبرای بیمار مشاوره تغذیه درخواست می شود.

به علت کاهش حرکت جنین وتاری دید درروز سوم بستری سونوگرافی رحم ومشاوره اورژانسی زنان جهت R/O سندرم هلپ وضرورت ختم حاملگی درخواست می شود . درسونوگرافی رحم ،جنین مشکل نداشت و مشاورزنان پس ازویزیت مادر، دستور تزریق دو دوز بتامتازون (12 میلی گرم هر12 ساعت) وچک آزمایشات انعقادی وکبدی واطلاع جواب را می دهند.

درمشاوره نرولوژی تاری دید را عوارض احتمالی TTPویا سندرم هلپ مطرح کرده وپیشنهاد Brain MRI بدون کنتراست داده بودند.

با توجه به تداوم ترومبوسیتوپنی وعدم پاسخ به پالس کورتون ومشاهده شیستوسیت دراسمیر خون محیطی وLDH بالابا احتمال TTP ازروز سوم بستری با اخذ رضایت کتبی از بیمار وهمسرش پلاسمافرزیس شروع می کنند.

شب مجدداً با سرویس زنان مشاوره شده وبیمار با رزرو 10 واحد پلاکت جهت ختم حاملگی به مرکز آموزشی درمانی زنان منتقل می شود. موقع پذیرش (ساعت 21:30) : BP=110/70 PR=84 RR=12 FHR=130 GA=29W

علایم زایمانی نداشت . بیماردربخش زایمان بستری شده وفیتال مونیتورینگ وکنترل علایم حیاتی هر 30دقیقه و آزمایشات آنتی فسفولیپید آنتی بادی ،آنتی کاردیولیپین ، لوپوس آنتی کوآگولات ، U/A و TSHدرخواست میشود. فشار خون درمحدوده BP=130-140/80 بود.درآنالیز ادراری Pr=3+ و FHR=Normal بود.علایم Severity نداشت.برای بیمار سولفات منیزیوم شروع کرده ومشاوره داخلی وCXRدرخواست می شودومشاورداخلی انتقال بیماربه بخش ICU ، تزریق 5 واحدپلاکت ودو واحد پکدسل، آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم هر6 ساعت تا4 دوز ، قرص پردنیزون 50 میلی گرم صبحها وقرص متیل دوپا 250 میلی گرم هر 12 ساعت وکنترل دقیق I/O دستور می دهند.روزبعداساتید زنان بر ختم

حاملگی توافق نمی کنند وعصر با بیمارستان قبلی جهت انتقال به آن مرکز وادامه درمان قبلی(TTP)مشاوره کرده وبیمار منتقل می شود.(بیمارحدود 19 ساعت درمرکز زنان بستری می شود).

جواب آزمایشات : Anti Cardiolipin Ab=4 Anti Phospholipid Ab=2.2 LAC=Negative

LDH=2501 SGPT=23 SGOT=55 D.Bil=0.7 T.Bil=5.8 TSH=0.2

Uric Acid=7.7 Retic Count=1.1 Hb=7.8 PMN=78% WBC=17,100

ادراری Pr=3+ Cr=0.7 Fibrinogen=323 PTT=26 PT=12

بعداز انتقال بیمار به بخش خون سولفات منیزیوم ادامه داده نمی شود.فشارخون بیمار به تدریج افزایش یافته ومتیل دوپا 250mg/Bid وآتنولول 100mg تجویز وپردنیزون قطع می گردد.دوروز بعد یک دوز آمپول متیل پردنیزولون(1گرم)تزریق می گردد.به علت بالابودن فشارخون هیدرالازین به رژیم درمانی آنتی هیپرتانسیو اضافه می شود.متاسفانه دردستورات چند روز متوالی داروهای ضد فشارخون بصورت متناوب قطع ودوباره شروع شده بود.به علت دیزوری برای بیمار نیتروفورانتوئین شروع کرده بودند.پلاسمافرزیس بصورت روزانه دردستورات وجودداشت .روند افزایشی فشارخون علیرغم درمان سه دارویی (آتنولول 100mg ، متیل دوپا 250mg/TDS وهیدرالازین 50mg/TDS)ادامه داشته وتا BP=200/120 هم می رسید.به علت عدم پاسخ درمانی دوباره با سرویس زنان جهت ختم حاملگی مشاوره شده وبیمار پس از دریافت Loading Dose سولفات منیزیوم باتوصیه های لازم ورزرو 20 واحد پلاکت به مرکز زنان اعزام ودربخش ICU بستری می گردد.

موقع پذیرش : BP=150/90 PR=80 O2Sat=92% بااکسیژن و FHR=140

ازتاری دید وتنگی نفس شاکی بود.سمع قلب وریه نرمال بود.انقباضات رحمی نداشت ودرمعاینه واژینال :جنین موبیل ،ساک سالم وسرویکس بدون دیلاتاسیون وافاسمان بودوخونریزی واژینال نداشت وپرزانتاسیون جنین بریچ بود. باتوجه به توصیه متخصص داخلی مبنی بر خطرناک بودن سزارین به علت پلاکت پائین (15000)از مادر رضایت کتبی گرفته ،شیاف میزوپروستول واژینال گذاشته شده وچندساعت بعد ایندااکشن شروع می شود. دستورات بیمار: آمپول آمپی سیلین 2g Statوسپس 1g/q6h– آمپول جنتامایسین 80mg Statوسپس 40mg/q12h- کنترل دقیق I/O-کنترل دقیق فشار خون وعلایمseverity-قرص متیل دوپا با کنترل فشارخون-قرص پردنیزولون 10mg/qid ویک نفر رزیدنت بصورت ثابت بالای سربیمار باشد. بیماردرساعت 13:45 درICU زایمان واژینال بدون اپی زیوتومی می کند وحاصل زایمان دختر زنده پره ترم با آپگار1-0 بوده که اندکی بعد فوت می کند.مادر بعدار خروج جفت جهت ترمیم پارگی کانال زایمانی (حدود 1 سانتی متر) به اتاق زایمان منتقل ولی به علت پلاکت پائین پک می شود.خونریزی درحد Post Partum بود.

بعداز زایمان طبق مشاوره داخلی برای بیمار آمپول متیل پردنیزولون 40mg/TDS وریدی و 2 واحد پکدسل ایزوگروپ تزریق شده وساعت 16جهت ادامه درمان به بخش خون برگردانده می شود. روزبعد سولفات منیزیوم قطع وقرص لوزارتان (نصف قرص)بصورت PRNبرای کنترل فشار تجویز می شود.

دردوازدهمین روز بستری وسه روز بعد از زایمان : بیمار از سردرد ،درد اپی گاستر ودرد هردو چشم شاکی است .Red Eyeدارد.

BP=140-150/80 PR=90 RR=17

آزمایشات:

PTT=34 PT=13.3 PLT=24,000 Hb=8.2 WBC=15810 FBS=139

D.Bil=.36 T.Bil=2.8 LDH=2408 ALP=162 SGPT=25 SGOT=51

Urea=105.3 Cr=1.18

مجدداً پلاسمافرزیس بصورت روزانه وقرص پردنیزولون 75mg(50 میلی گرم صبح و25 میلی گرم شب)شروع می شود.برای بیمار مشاوره چشم درخواست می شود ودرجواب قید شده بود Redرفلکس نرمال ومارکوس گان منفی ، کونژوقرنیه و AC نرمال ودرفوندوسکوپی باریک شدن شریانهای رتین وخونریزی های Flare Shapeدیده می شودکه می تواند درزمینه هیپرتانسیون باشد،دیده می شود.

دوروز بعد مجدداً فشارخون افزایش یافته وتاحد BP=200/110 می رسد.برای بیمار قرص کاپتوپریل PRNوTNG Dripشروع می شود.به علت ادامه هیپر تانسیون قرص کاپتوپریل 25mg/q12hوآمپول لازیکس تجویز می گردد.دو روز بعد لازیکس قطع وهیدروکلروتیازید وآمیلودیپین 5 میلی گرم روزانه به رژیم دارویی قبلی اضافه می شود.

<u>روز هجدهم بستری:</u> بیمار دچار تهوع وسردرد می شود.مشاوره گوارش وآندوسکوپی جهت بررسی دستگاه گوارش ازنظر مالیگننسی درخواست می شود ولی به علت شرایط بیمار صورت نمی گیرد.

<u>روز بیستم بستری :</u> به علت بی خوابی وبی قراری هالوپریدول وبایپریدین تجویز ومشاوره سایکولوژی درخواست می شود.درجواب ، مشاورروانپزشکی توصیه کرده بود از تزریق هالوپریدول وبایپریدین وداروهای آنتی کولینرژیک خوداری شود (مگر درصورت ضرورت)وموقعیت بیمار وزمان مرتب به بیمار یادآوری گردد. وبیمار از نظر نرولوژیک بررسی گردد. درمعاینه نرولوژیک هوشیاری درحد Obtendation بود.رفلکس کف پایی راست افزایش یافته وچپ کاهش یافته بود. اندامهای طرف راست راکمتر حرکت می داد وgaze به سمت راست داشت ودراسکن اسپیرال مغزضایعه وسیع درنیمکره چپ درمسیرشریان MCA همراه با هموراژیک شدن وضایعه ایسکمیک درمخچه چپ مشهود بود.وبه علت پلاکت پائین آنتی پلاکت تجویز نمی شود.دستورات رزیدنت نرولوژی : آمپول دگزامتازون 8mg/TDSوریدی (درصورت عدم وجود کنتراندیکاسیون) – درخواست MRIمغز وMRV جهت ردترومبوز وریدی وآمپول رانیتیدین 50mg/q12h وسی تی اسکن کنترل.

بیمار چندروز بعددچارتوهمات ، نوسان هوشیاری ، drooling وبی قراری شدید می شود ودرمشاوره روانپزشکی رسپریدون ،قرص لورازپام وکنترل آب والکترولیت توصیه شده بود.

بیمار از روز بیست وسوم بستری تب دار می شود(تا41 درجه سانتیگراد) برای بیمار مروپنم وسفتریاکسون شروع شده و CXRوسونوگرافی رحم جهت بررسی بقایای حاملگی درخواست می شود .درگزارش سونوگرافی تصویر 15 سی سی تجمع هتروژن گزارش شده بود.

درCXR زوایه کوستوفرنیک درهردوطرف بسته بوده ، افزایش اوپاسیته هردو ریه وجودداشت.

درسی تی اسکن کنترل مغز کاهش شدیدوژنرالیزه دانسیته درپارانشیم نیمکره های مغز وBrian Stem(ایسکمی) وتغییرا ت مشابه درمخچه نیز وجودداشت. هموراژی یاضایعه فضا گیر نداشت.

کراتین بیمار بتدریج افزایش ودرروز بیست دوم بستری به Cr=5mg/dL می رسد.بااولیگوریک شدن بیماربا نظر اساتید نفرولوژی برای بیمار کاتتر تعبیه شده وهمودیالیز شروع می شود. به علت عدم پاسخ درمانی به پلاسما فرزیس روزانه وکورتون تراپی در روز بیست ودوم برای بیمار وین کریستین تجویز می شود.روز بعد 8صبح دچار افت ساچوراسیون ،تاکی پنه ودرنهایت ارست تنفسی شده ،انتوبه واحیا شده وبه ونتیلاتور با مد

SIMVوصل می شود. با ICUاریه تماس می گیرند ولی به علت نبود تخت خالی ساعت 20:00 بیمار منتقل می شود.بعداز احیا هوشیاری بیمار درحد Light Coma بوده و روزبیست وششم بستری به کمای عمیق می رود.بعداز انتقال به ICUگلوکز خون افزایش یافته وتحت پروتکل انسولین قرار می گیرد.

روز بیست وپنجم به علت گزارش هماتوم درسی تی اسکن مغز مشاوره نروسرجری شده وسرم مانیتول شروع می شود(شیفت مغز داشت)درجواب مشاور قید شده بود بیماراندیکاسیون جراحی دارد وبعداز اصلاح پلاکت تا حد100,000 واخذ رضایت کتبی از همراهان اطلاع داده شود. ودستورات : سرم مانیتول 200سی سی هر6 ساعت تزریق وبعداز 36 ساعت D.Cشود--کنترل I/O—آمپول دگزامتازون 12mg/q4h – آمپول رانیتیدین 50mg/q6h را می دهند.

بیمار شدیداً تاکیکارد (HR=165) وفشارخون دچارنوسان بود.به علت افت فشارخون سرم دوپامین شروع می کنند. بیماردچار bed soreوترشحات چرکی تراشه شده که از ترشحات کشت برداشت شده وتشک مواج تعبیه وآمپول وانکومایسین دوعدد Statتزریق می گردد.

روز بیست وهفتم به علت افت شدید هموگلوبین مشاوره هماتولوژی شده وسیکلو فسفامید وریتوکسی ماب تجویز می گردد.

روز سی وسوم بستری صبح بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده وبه اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات وپاراکلنیک:

PBS : WBC=20,000 PMN=80% PLT=15,000

RBC Schistocyte=+ Aniso 3+ Tear Drop=+ Poychilo=2+

BM : Cellularity=80% Myelopoiesis=Normal M/E Ratio=1/8

Blast<5% Megakaryopoiesis=Severity Increased

Fragmented RBC Syndrome With Erythroid Hyperplasia

توضیحات :

برطبق نظر اساتید هماتولوژی وپریناتولوژی تشخیص بیمار TTPمقاوم به درمان میباشد وبا امکانات موجود استان بهترین درمان ممکن راگرفته است .تنها ایراد وارد به روند درمانی انتقال اولیه به مرکز آموزشی درمانی زنان بود(درآوردن جنین 28 هفته با توجه به فشار خون وآنزیمهای کبدی نرمال غیر منطقی می باشد).

- چنین بیماران باید دریک سانتردارای ICU مجهز بستری شوند وسایر مشاورات ودرمان ها درهمان سانتر صورت گیرد .(تاحد ممکن بیمار منتقل نشود)

خانم 48

متوفي خانمي است 32 ساله ، ساكن شهر ، $G_4 P_3 Ab_0 AL_3$ ، BMD= 40 بدون سابقه بيماري خاص ، آخرين زايمان 5 سال قبل به روش سزارين ميباشد . روش پيشگيري مصرف نامنظم LD بوده و حاملگي ناخواسته ميباشد با LMP نامشخص .

از طريق سونوگرافي متوجه حاملگي شده بود.

اولين مراقبت در هفته 20 حاملگي صورت گرفته و چهاربار توسط ماما و يكبار توسط پزشك خانواده مراقبت شده است . فشارخون هاي ثبت شده در محدوده نرمال بودند ولي در فاصله هفته 33 تا 37 حدود يك كيلوگرم كاهش وزن داشته است.

آزمايشات هفته 20 و 28 شامل Hb و پلاكت ، گلوكز و Cr , BUN , U/A نرمال ميباشد .

بيمار از هفته 38 حاملگي دچار سرفه و تنگي نفس و تب شده و به مطب پزشك مراجعه و دارو دريافت ميكند. سه روز بعد بعلت سابقه سزارين بصورت الكتيو شب بادستور NPO ، آمپول سفازولين ، مشاور عفوني ، مشاور داخلي ، مشاوره قلب و كنترل علايم حياتي در بيمارستان شهرستان بستري ميشود . موقع بستري : BP= 140/70 FHR=145 BT , PR قيد نشده بود.

بعلت BP بالا آناليز ادراري درخواست ميكنند كه U/A نرمال بود . بيمار ساعت 10:35 صبح باراشي تحت عمل سزارين قرارميگيرد و حاصل زايمان يك دختر زنده با آپگار بالا و ترم بود. دراتاق ريكاوري بيمار احساس تنگي نفس داشت و در سمع ريه ها ويز داشت و بمدت يك ساعت درريكاوری نگهداري ميشود.BP= 110/80 , PR=90 , RR=20علايم حياتی درريكاوری. براي بيمار مشاوره داخلي درخواست ميشود.

جواب مشاوره داخلي (13:10) بيمار ديسترس تنفسي شديد دارد . با ماسك اكسيژن O2 sat = 89% درسمع ريه ها ويز دارند – كراكل كورس در هر دو ريه سمع ميشود در ECG ، PVC مكرر با elevation p در ليدII ديده ميشود . احتمال ARDS مطرح است و توصيه ميشود به مركز استان اعزام شود.

دستورات : آمپول سفترياكسون 1g / BID ، آمپول هيدروكورتيزون 100 mg stat ، وپس 100mg/TDS . اسپري سالبوتامول 2puff / qid ، اسپري بكلومتازون 2puff/qid ، آمپول برم هگزين TDS ، شربت تئوفيلين G ، كپسول آزيترومايسين ، آمپول دگزامتازون 8 mg stat ، تعبيه سوند فولي و كنترل I/O ، كنترل V/S هر6 ساعت ، CXR ، مشاوره قلب در صورت عدم بهبودي ، فيزيوتراپي سينه و درخواست CBC ، BUN , Cr, Na, K . درساعت 21 (بعد از 10 ساعت) مشاور عفوني بيماررا ويزيت ميكند ، طبق يادداشت ايشان : بيمار از تنگي نفس شاكي است . تب دارنيست ، در CXR كاردیومگالي دارد ، شواهدي از Consolidation نيست . در سمع ريه كراكل نرم سمع ميشود و دستورات متخصص داخلي كفايت ميكند.

درويزيت مشاور قلب آمده است :بيمار كيس شناخته شده قلبي نيست . علايم بيمار با ARDS سازگار است و در پرونده سينوس تاكي كاردي دارد و كاردیومگالي بعلت CXR پرتابل است و توصيه می شود بيمار به ICU مركز استان اعزام شود.

ويزيت متخصص داخلي (12 شب) : بيمار هوشيار است ، ديسترس تنفسي دارد. $O_2Sat=$ % 85 در سمع ريه ها كاهش صدا در ريه راست وجود دارد .دستورات :آمپول دگزامتازون 8mg stat و سپس 4mg / TDS ، بيمار به سمت چپ بخوابد ، فيزيوتراپي سينه – اكسيژن با ماسك بگيرد و آمپول مترونيدازول 250mg /TDS .

روز سوم بستری بيمار از نظر زنان ، ترخيص و با دستورات متخصص داخلي دراتاق ايزوله ميشود. بيمار با دستور متخصص زنان ساعت 13 جهت CT آنژيو و اكو به بيمارستان قلب اعزام ميشود .

آزمايشات :

FBS = 110 WBC = 7200 , PMN= 84% Hb = 10.9 PlT= 20600 U/A= Normal

در بيمارستان قلب بصورت سرپايي اسكن آنژيو واكو شده و بعلت نداشتن مشكل خاص به بيمارستان جنرال ارجاع ميدهند.

بيمار ساعت 19:50 پذيرش ميشود و پس از انجام آزمايشات روتين ,PT, PTT ،كشت خون وABG در بخش عفوني بستري ميشود.

موقع پذيرش : تب دار نبود ، سردرد و ميالژي و علايم گوارشي نداشت .ارگانو مگالي نداشت . در سمع ريه ها ويزينگ و كراكل كورس دو طرفه وجود داشت . سمع قلب نرمال بود.

با اكسيژن 92% = بدون اكسيژن O2 Sat = 88 %

BP = 120/70 PR = 88 RR = 36

و براي بيمار تشخيص احتمالي پنوموني آتيپيک و DD : PTE ، آسم ، برونشيت ، COPD , عفونتهاي ويرال و ميكروبيال ، CHF و MI گذاشته ميشود.

دستورات : چك علايم حياتي ، , درخواست آزمايشات اخذ نمونه براي H1N1 آمپول سفتريياكسون 1g/12h ، آزيترومايسين ، كپسول اوسلتاميوير ، كپسول آمانتادين هر 12 ساعت قرص رانيتيدين ، آمپول هپارين 5000 واحد هر8 ساعت ، اسپري سالبوتامول 2 پاف PRN . اسپري سالمترول 2 پاف هر 12 ساعت ، اسپري فلوكتايد.

در ABG : PH= 7.38 PAO_2= 34.6 PCO_2 = 41 HCO_3 = 23 O_2Sat=% 65.4

CBC: WBC= 11,900 PLT= 280,000 PT= 12.5 PTT=35

BS=167 , Cr = 0.7 Urea= 26 Na, K =Normal

SGOT = 97 , SGPT=35 LDH= 1156 CPK(Mb)=33 CPK= 393

<u>دستورات روز دوم بستري :</u> **آمپول وانكومايسين هر 12 ساعت ، آمپول هيدروكورتيزون 100g هر8 ساعت ، ارسال نمونه خلط جهت بررسيTB ، تهيه اسمير و رنگ آميزي خلط و كشت خلط ، شربت برم هگزين و RPO**

<u>روز سوم بستري</u> **: تب بيمار بصورت low grade و متناوب و اغلب بعد از ظهر ها تا 38 درجه سانتيگراد ثبت شده است . بيمار هوشيار ولي ill و آژيته است و همكاري جهت استفاده از اكسيژن ندارد.**

PR=75 BP= 148/84 RR=44 , O2sat=85%

درخواست CXR , اسپري آترونت و تهيه آسمپار ، بخور نرمال سالين + تكرار بقيه دستورات بعلت نبود هپارين در بخش و داروخانه هاي بيرون دربعد از ظهر هپارين D.C و انوكساپارين 40 ميليگرم هر 12 ساعت زير جلدي شروع ميشود.

ساعت 6:45 عصر: بعلت ديسترس شديد تنفسي و افت ساچوراسيون ABG اورژانسي ، پالس اكسي متری مداوم ، مانيتورينگ قلبي ، وويزيت هرنيم ساعت توصيه شده و ست احياء بالاي سربيمار قرارميدهند.

BP=177/94 PR= 115 BT= 39° C

درساعت 2 بامداد 200mg هيدروكورتيزون stat تزريق ميگردد .

درساعت 9:20 دقیقه صبح بعلت افت ساچوراسیون و تاکي پنه شدید (RR=60) بیمار انتوبه شده و به ونتیلاتور باسیستم SIMV TV=500وصل می شود . دستورات بعدی : CXR اورژانسي ، تعبیه NG tube ، کاتتر فولي ، انفوزیون میدازولام PEE=10 3mg/h، انفوزیون فنتانیل 1cc/h ، کنترل I/O و بعد از 2 ساعت فنتانیل D.C و پروپوفول 30mg/h انفوزیون میشود و مشاوره ریه درخواست میشود.

درساعت 12:45 صبح طبق مشاوره ریه: آزیترومایسین D.C و سیپروفلوکساسین 400mg/bid شروع میشود .دوز پروپوفول به 5cc/h افزایش مي یابد . آمپول میدازولام و 5mg stat تزریق میگردد. هیدروکورتیزون D.C و متیل پردنیزولون 40mg/q8h شروع میشود و مشخصات ونتیلاتور به :TV=450 PEEP=20 I: E=1/1 FIO2 = 100 RR=30

تغییر مي یابد و بتدریج پروپرونول را به 15cc/h افزایش میدهند.

درساعت 15:20 ، بیمار آژیته وتب دار است BT= 39.3 یکعدد شیاف استامینوفن میدهند . پروپوفول رابه 20cc/h افزایش میدهند.

روز چهارم بستری: بعلت بي قراري بیمار مشاوره اورژانسي بي هوش میکنند و ایشان درجواب مشاوره انفوزیون میدازولام یك میلیگرم درساعت و افزایش تا 5mg/h ، انفوزیون فنتانیل 6µg/min و افزایش دوز داروها در صورت عدم سداسیون و بعداً طي تماس تلفني پروپوفول راقطع میکنند. O2Sat =%92 PR = 102 BP= 160/90 BT=40.5

روز پنجم بستری : بیمار سدیت است .

PR=120 , BT=38.5˚ c , BP = 140/80 , Urea=-36 , Cr=0.9 , Hb = 10.5

WBC= 16000 , PlT = 406000 , K = 4.3 Na = 146

بیمار دچار اپیستاکي شدید میشود و ضمن کنترل خونریزي درخواست سریع INR , PTT, PT میکنندومشاوره اورژانسي ENT و داخلي جهت بررسي از نظر DIC و درخواست رزرو 3 واحد پکدسل باکراس مچ میکنند. PTT , PT نرمال بود.

بعلت استفراغ خوني NGT تعبیه و معده با Lit 12سرم شستشو داده میشود ولي ترشحات Clear نمیشود.

مشاوره اورژانسي گوارش میشود. باتوجه به افت فشارخون SBP = 60 ، 2 واحد پکدسل ترانسفوزیون و 4 واحد رزرو میکنند . 2 واحد FFP ترانسفوزیون و 4 واحد رزرو میکنند . Hb=7.7

مشاور گوارش آندوسکوپي Bed Side براي بیمار انجام میدهد که در گزارش در ناحیه کاردیا به سمت انحناي کوچك دو اولسرخطي که برروي یکي از آنها لخته دیده میشد نوشته بود.

بعلت تغییرات ECG (ST↓ درلید V4 و V3) انجام CTNI و مشاوره اورژانسي قلب درخواست میشود . درجواب مشاوره نوشته بودند: باتوجه به علایم حیاتی BP = 80/50 , HR = 145 , BT=39 و HB = 7.4

1- درحد امکان کنترل تب

2- اصلاح وضعیت همودینامیک +تزریق فر آورده خوني 3- پیگیري اقدامات جهت کنترل GIB

جهت تعبیه لاین بهتر براي بیمار از ورید صافن کات داون میشود

ساعت 23 بعلت افت ساچوراسيون توسط اتندينگ ريه ويزيت ميشود. بعلت خونريزي از اطراف لوله تراشه ، لوله تراشه تعويض و ABG سريال درخواست می گردد.

ساعت 20:30 بعلت خونريزي مجدد از GIT مشاوره جهت اسكلرو تراپي انجام ميشود و بعد از اصلاح وضعيت هموديناميك بصورت Bed Side آندوسكوپي ميكنند . درگزارش مري نرمال بود. فوندوس معده پراز ترشحات خوني بود . درناحيه كاردیا درامتداد انحناي كوچك سه زخم رويت ميشد . يكي از زخمها داراي رگ خونريزي دهنده بود كه با تزريق اپي نفرين اسكلروزه شد و زخم ديگر با ابعاد 0.5 در 0.5 Clean بود و زخم سوم oozing داشته كه اقدام به تزريق اپي نفرين رقيق ميكنند.بولب و D2 مملو از ترشحات خوني و صفراوي بود.

بعد از آندوسكوپي بيمار مجدداًاستفراغ خوني داشت و شكم ديستانته بود NGT تعبيه ميشود و از NGT ترشحات خوني و مقادير فراوان هوا خارج ميگردد.

درساعت 2:30 صبح تعويض setting ونتيلاتور شدو برونكوسكوپي Bed Side تحت بي حسي موضعي و زير مونيتورينگ قلبي انجام وبيوپسي ريه برداشته شد.

انتهاي لوله تراشه كروت فراوان داشت ، ساكشن و شستشوی كامل شده و كليه كروتها تخليه می شود . در شاخه اصلي راست ترشحات غليظ و چسبنده و كروت وجود داشت . در شاخه اصلي چپ مخاط شكننده بود ولي ترشحات نسبت به طرف راست كم بود . ضايعه اندوشيمال ديده نشد.در ساعت 4 بامداد fio2 راكاهش ميدهند و بعلت افت ساچوراسيون دو باره افزايش ميدهند.

شب ، آمپول 50mg Octrotide (آنالوگ سوماتواستاتين براي مهار گاسترين) بصورت state وسپس 50ميلی گرم هريك ساعت انفوزيون وريدي (در نت پرستاري 150 ميليگرم انوكساپارين يادداشت شده است) .آمپول لازيكس 40 ميليگرم ، State وريدي تزريق ميگردد.

<u>*روز هفتم بستری*</u> : بيمار ادم ژنراليزه دارد GCS = 4-5 در سمع ريه كراكلهاي كورس سمع ميشود. BT= 40 .ساعت 6:30 بعد از ظهر بيمار دچار GIB ميشود و با شستشو ، Clear ميشود . مشاوره جراحي عمومي ميكنند. و ايشان درجواب توصيه ميكند باتوجه به اختلال PT PTT , بيمار 6 واحد FFP انفوزيون شود . شستشوي معده با سالين نرمال سرد ، رزرو4 واحد خون ايزوگروپ در صورت عدم قطع خونريزي اخذ رضايت عمل و آمادگي براي عمل جراحي .

درساعت 23:30: عليرغم تزريق 8 واحد FFP و شستشوي معده خونريزي ادامه مي يابد.

ساعت 10 دقيقه بامداد روز بعد بعلت GIB وسيع با دستور جراح انتوبه شده با ميكرونت به اتاق عمل منتقل ميشود و به هنگام انتقال درروي تخت جراحي دچار آسيتول قلبي شده و به اقدامات احياء پاسخ نميدهد.

جواب آزمايشات و پاراكلينيك :

كشت خلط : فلورنرمال – آنفلوانزاري H1N1 منفي - كشت ادرار منفي –اسمير خلط از نظر باسيل سل منفي

در CXR كدروتهاي آلونولر پراكنده و منتشر در هردوريه مشهود بود . محو شدگي حاشيه قلب و ديافراگم وجود دارد.

WBC=25000 , RBC= 3 * 10^6 , HB = 7.3

, PlT = 205000 PT= 15.8 , PTT= 27 , Cr=1.6 , Urea =60

روز بعد:

Hb= 11.9 HCT= 37 PT = 18.5 , PTT=36 , INR = 2

, Cr=2.7 , Urea=122 , K=4.1 , Na =151

pH=6.97 , PCo2=77.9 Hco3=40

تشخیص : خونریزي ثانویه به ARDS درزمینه پنوموني .

ریسک فاکتور : 1- چاقی شدید 2-حاملگی ناخواسته

اشکالات وارد برپرونده:

1- روش نامطمئن کنتراسپشن 2- مراقبت نامراتب 3- عدم Manage تیمی بیمار درشهرستان ومرکز استان وارجاعات متعدد بیمار(چنین بیماری باید دریک مرکز مجهز ICUوبصورت تیمی درمان ومدیریت شود.)

خانم 49

متوفی خانمی است 38 ساله ، ساکن شهر ، لیسانس ومعلم، G_2P_1 ،اولین زایمان 8 سال پیش بروش سزارین بود ،تحت مراقبت متخصص زنان قرارداشت ومرتب مراجعه می کرد . فشارخون همواره BP=110-120/70-80 بود .آزمایشات اوایل بارداری درمحدوده نرمال بودند.همسرمتوفی بی اشتهایی وبی خوابی درروزهای آخر بارداری را ذکر می کرد .

مادردرهفته 37 حاملگی به علت آبریزش ،کاهش حرکات جنین وشروع دردهای زایمانی ساعت 2:10 بامداد به بیمارستان خصوصی مراجعه میکند وبصورت اورژانسی پس از تعبیه لاین وریدی ونمونه گیری خون برای آزمایشات قبل ازعمل ، به اتاق عمل برده می شود. علایم حیاتی قبل از عمل : BP=120/70 PR=110 O_2Sat=95-98% بود. عمل جراحی راس ساعت 2:30 به علت عدم موفقیت بیحسی اسپینال با بیهوشی عمومی شروع می شود(ایناکشن باپروپوفول وادامه با هالوتان).حاصل زایمان دختر زنده آغشته به مکونیوم غلیظ با آپگار 6/10 ووزن 2,750g بود.بعداز اتمام عمل جراحی (ساعت3:15)بیماردچاردیسترس تنفسی می شود.برای بیماررریورس مجدد و 200mg هیدروکورتیزون وریدی تزریق واکسیژن با ماسک داده می شود. به علت ادامه وضعیت بالینی با تشخیص احتمالی آمبولی مایع آمنیوتیک از متخصص داخلی درخواست مشاوره می شود. طبق یادداشت مشاورداخلی (ساعت4:15) بیمارهوشیاری نسبی دارد.BP=120/80 PR=120 RR=20 سمع قلب و ریه نرمال ،اندامها ادم 1+ داردو O_2Sat=82%بدون اکسیژن می باشد .برای بیمار بیماری قلبی ریوی وتشخیص احتمالی آمبولی مایع آمینوتیک مطرح است وپیشنهاد می شود مونیتورینگ قلب ریوی شود وبه مرکز دارای بخش ICUمنتقل شود.

دستورات متخصص داخلی : انجام .ABG,CXR,EKG پیگیری انجام آزمایشات روتین ،چک الکترولیتهای Na ,K,Ca چک Cr,Urea,CBCdiff,U/A,ALP,SGOT,SGPT,PT,PTT -اسپری سالبوتامول 2پاف PRN- آمپول رانیتیدین 50mg/q12h- آنژیوگرافی عروق ریه بعدازStable شدن بیمار- انتوباسیون درصورت خستگی تنفسی ویا افت ساچوراسیون-انوکساپارین 80mg/q12h زیرجلدی به شرطی که ازنظر زنان کنتراندیکه نباشد.

بیمارساعت 4:45 با هوشیاری نسبی وعلایم حیاتی BP=130/80 PR=120 RR=62 و Out put=1000cc

درحضور متخصص بی هوشی وداخلی به بخش منتقل می شود.برای بیمار وضعیت نیمه نشسته واکسیژن با کانول بینی داده شده ومونیتورینگ قلبی می شود..به علت unstable بودن بیمار ABGو CXR گرفته نمی شود.برای اعزام با بیمارستانهای مختلف تماس می گیرند ولی موفق به اخذ پذیرش نمی شوند . ساعت 6:45 بامداد بیمار دچار خونریزی شدید واژینال می شود به متخصص زنان اطلاع می دهند ایشان تلفنی دستور افزودن 30 واحد سنتوسینون به سرم وتزریق مترژین باکنترل فشار خون رامی دهد.به علت فشار خونBP=135/90مترژین تزریق نمی شود.متخصص زنان تزریق انوکساپارین را صلاح نمی داند. ساعت 7 بامدادبرای بیماررگ دوم با برانول سبز گرفته ودوواحد خون کامل رزرو می شود.ساعت 7:30 خونریزی تاحدودی کنترل می شود. وساعت 7:30 بامداد متخصص زنان بیمار راویزیت می کند طبق یادداشت ایشان بیمارآزیته بوده ودیسترس تنفسی دارد .خونریزی واژینال تداوم دارد رحم بزرگ وکنتراکته می باشد.

O2Sat=98% BP=130/90 HR=150 RR=45

<u>ساعت 8:30 بامداد</u> به علت ادامه وضعیت بالینی بیمار، دوباره با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار تماس گرفته می شودوساعت 9:00 بامداد بیمار با IV Lineواکسیژن باهمراهی ماما به بیمارستان دیگر اعزام می شود. موقع اعزام علایم حیاتی: BP=140/100 RR=34 PR=148

آزمایشات :

قبل از عمل : WBC=11,000 $RBC=5.61*10^6$ Hct=47.8 Hb=16.3

MCV=85.2 MCH=29.1 $PLT=104*10^3$ Cr=0.87 Urea=24

ساعت 4:45 بامداد WBC=18,800 $RBC=5.52*10^6$ Hct=47.8 Hb=16.1

PLT=94,000 SGOT=476 SGPT=568 ALP=1588 BS=50

Na=143 K=4 Ca=9.4 PT=27 PTT=62 INR=3.8 Alb=1+ادرار

درEKG تاکیکاردی سینوسی داشت.

بیمارساعت 9:45دراورژانس بیمارستان دوم پذیرش می شود.

علایم حیاتی موقع پذیرش :BP=135/100 PR=160 RR=18 BT=37.2 $O_2Sat=95\%$

بعد ازویزیت پزشک عمومی ودرخواست آزمایشات اورژانسی واخذ نوارقلبی جهت R/Oآمبولی ریه به متخصص داخلی معرفی می شود.درمعاینه متخصص داخلی بیمارهوشیاربود .درد محل عمل راذکر می کرد.سمع ریه نرمال وقلب تاکیکارد بود.خونریزی واژینال نداشت.بیمار جهت ویزیت قلب به درمانگاه قلب فرستاده می شود.دردرمانگاه قلب بیماراکو کاردیو گرافی شده بادستورات دارویی درساعت 12 ظهر دربخش ICU بستری می شود.دراکوکاردیوگرافی یافته پاتولوژیک نداشت.

درموقع پذیرش دربخش ICU تاکی کاردی وتاکی پنه داشت و لتارژیک بود.علایم حیاتی : BP=130/80 HR=165 RR=60

دستورات حین بستری : استراحت دربستر –اکسیژن 5 لیتر دردقیقه با ماسک –مونیتورینگ قلبی ریوی - NPO-سرم3/3،1/2 2.5 لیتر در24 ساعت - ABG-آمپول انوکساپارین 60mg/q12h – آمپول رانیتیدین 50mg/q12h- آمپول هیدروکورتیزون 200mg، Stat وسپس 100mg/q6h-اسپری سالمترول 2 پاف هر12ساعت – آنژیوگرافی عروق ریه درصورت Stableشدن- قرص دیلتازم 30mg/TDS- آمپول پتیدین PRN 25mg –چارت تب- تزریق 2واحد FFP- لازیکس Stat 10mg- چک مجدد PT,PTT –آمپول وراپامیل (نصف آمپول)- مشاوره زنان جهت بررسی کنتراندیکاسیون تجویز انوکساپارین به علت عمل جراحی اخیر . مشاورزنان شروع آن رابلامانع دانسته وتوصیه کرده بود به هر لیتر سرم تزریقی 20 واحد سنتوسینون اضافه شود(تا24 ساعت).

بعداز انجام ABG: که نتیجه PH=7.1 PCO_2=10 HCO_3=1.5mmol/l بود دوویال بیکربنات سدیم بصورت Stat وسپس 3ویال داخل 850 سی سی دکستروز درعرض 2 ساعت تجویز می گردد.

درساعت 13 طبق دستور تلفنی متخصص داخلی به علت تاکی کاردی (HR=179) نصف آمپول وراپامیل تزریق وبه علت افت فشارخون (BP=60/45) 350ccسرم نرمال سالین انفوزیون می شود . بیمارانتوبه شده وبه ونتیلاتور با مدSIMVوصل می شود. بیماربتدریج دچارکاهش هوشیاری می شود (درحد GCS=6). برونده ادارای 600ccدرمقابل دریافت 1500 سی سی مایعات .

<u>ساعت 14:30</u> بیمار دچارافت فشارخون درحد BP=85/70و تاکیکاردی HR=170 وتب دار BT=39.5˚ c می شود.برای بیمار500سی سی سرم نرمال سالین درعرض یک ساعت انفوزیون شده وبا انجام CXR آنتی بیوتیک شروع می شود. گرافی سینه نرمال بود. دستورات بعدی :چک U/A,U/C, Uric Acid, LDH, D.Dimer, FDP کشت خون دردونوبت -درخواست مشاوره با کاردیولوژیست - درخواست مشاوره با نفرولوژیست – پاشویه مرتب – آمپول مترونیدازول 500mg /q6h- آمپول سفتریاکسون500mg/q12h –سرم تراپی براساس I=O+200 به علت تاکیکاردی مقاوم(HR=200) به درمان بامتخصص قلب مشاوره می شود .مشاور قلب درساعت 15 بیمار راویزیت کرده واختلال ریتم راناشی از مشکلات داخلی عنوان می کند وآمیودارون 150mgبولوس وادامه طبق پروتکل وقرص دیلتازم نصف قرص هر 12 ساعت جهت کاهش ریت قلب واصلاح وضعیت همودینامیک راتوصیه می کند.منتها درساعت 15:45 انفوزیون آمیودارون قطع می شود.

به علت تاکیکاردی وافت فشارخون درساعت 15:30 آمپول وراپامیل 5mgوریدی ودوپامین 15µg/hتجویز وABGمجدد درخواست می شود.

جواب ABG PH=6.88 PCO_2=37.9 HCO_3=6.9 BE=-26

O_2Sat=61%

Fio_2=50%

بیمارساعت 16:45 دچارآسیستول قلبی شده وبا تجویز آدرنالین وآتروپین ریتم VTشده وبا دوبار شوک ریتم سینوسی پیدا می کند.بعداز احیا یک ویال گلوکز هیپرتونیک +5 میلی گرم وراپامیل و2واحد FFPتجویز می شود.بیمارمجدداً ساعت 18:25 دچارارست قلب تنفسی شده ومتاسفانه به عملیات احیا ءپاسخ نمی دهد.

آزمایشات :کشت خون به علت ناتوانی درخونگیری انجام نشده بود.

ساعت 10:30 Cr=2.1 Urea=35 WBC=21,000 Hb=15.6 Hct=47.7 PLT=73,000

توضیحات :

1- تشخیص احتمالی باتوجه به نحوه شروع بیماری درمرحله اول DICودرمرحله دوم هپاتیت فولمینات ناشی از هالوتان می باشد. باتوجه به اینکه آنزیمهای کبدی بعداز سزارین افزایش یافته بود سندرم هلپ از طرف متخصصین داخلی وقلب رد شد. آمبولی ریه نیز باتوجه به اکوی نرمال وسیر بیماری رد شد.

ایرادات وارده به Manageبیمار:

1-تاخیر درپذیرش بیمار درICU بیمارستان دوم . باید برنامه عملیاتی برای پذیرش مستقیم مادران باردار پرخطر دربیمارستانها طراحی گردد.

2- عدم انجام ABGوCXRدربیمارستان اول

3- بیمار ازاول نباید اکستوبه می شد(بعداز اتمام عمل) ونباید به بخش منتقل می شد.

4- نبود کارتیمی .مادران باردارپرخطر باید توسط یک تیم درمان شود (لیدر تیم درمانگر متخصص زنان بوده وباسایر متخصصین مشاوره می شود)

5- عدم درخواست اتوپسی

خانم 50

متوفی خانمی است 37 ساله ، قالی باف ، بی سواد ، ساکن روستای اصلی ، BMI=27 باقد زیر 150 سانتی متر ، $G_3P_2Al_2$ زایمانهای قبلی طبیعی ودرمنزل بوده است. آخرین زایمان 17 سال قبل بود . به علت نازایی ثانویه از خدمات تنظیم خانواده استفاده نمی کرد.حاملگی ناخواسته بود. درآزمایشات اوایل حاملگی Hb=10بود.درآزمایش هفته 28 حاملگی : FBS=70 2hpp=106 GCT,GTT نشده بود. مراقبت دوران بارداری طبق برنامه دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته صورت گرفته ومشکل خاصی در پرونده قید نشده بود . سه بار نیز در درمانگاه مرکز آموزشی مراقبت شده بود.درتمام موارد فشارخون ثبت شده درمحدوده نرمال بود. وزن گیری حدود 7 کیلو گرم بود.درطول بارداری 2 بارسونوگرافی شده بود ومشکل خاصی نداشت. متوفی به علت لک بینی به مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند درموقع پذیرش درساعت 21:40 : BP= 110/70 FHR=140 بود .طبق سونوگرافی هفته 16 بارداری ، سن حاملگی 41 هفته بود . درمعاینه واژینال دیلاتاسیون 2 سانتی متر ، بدون افاسمان ، جنین بدون آنگاژمان ، ساک سالم ، پوزیسیون سفالیک ورحم بدون انقباض بود . در هیستوری سابقه بیماری خاصی ومصرف دارو نداشت. بیمارادر بخش لیبر بستری می کنند. در آزمایش بدو بستری Hb=10/1 بود.

به علت نداشتن کنتراکشن با 5 واحد سنتوسینون ایناکشن شروع می شود.در ساعت 2:30 بامدادطبق برگ پیشرفت زایمان : دیلاتاسیون 2Finger ، کول رایپ ،ایستاسیون موبیل تا3- وکیسه آب سالم می باشد . در ساعت 5:00 مادر زایمان طبیعی انجام می دهد (با اعمال فشار فوندال توسط یکی از

رزیدنتها) حاصل زایمان دختر زنده با آپگار 10-9 بود. ساعت 5:10 جفت خارج می شود ، 20واحد سنتوسینون داخل سرم انفوزیون می شود.درساعت 6:40 به علت خونریزی بیمار به رزیدنت اطلاع می دهند وایشان بطور شفاهی دستور انفوزیون 20واحد اکسی توسین داخل 500 سی سی رینگر را می دهد. در ساعت 7:05 دوباره به علت خونریزی به رزیدنت سال اول اطلاع می دهند وایشان بدون بررسی علت خونریزی دستور می دهد 30 واحد دیگر اکسی توسین تزریق کنند. متاسفانه در هیچکدام از موارد مقدار خونریزی یاداداشت نشده است . علایم حیاتی قید شده :

ساعت 5:45 BP=90/60 PR=83

ساعت 6:00 BP=90/60 PR=77

ساعت 6:30 BP=90/60 PR=96

درساعت8.00 بیمارتوسط رزیدنت سال اول ویزیت وعلیرغم اینکه بیمار شدیداً Pale وبیحال بوده ، با اصرار ایشان بابرانکارد به بخش مامایی منتقل می شود .در بخش بدلیل نبود تخت خالی تا ساعت 9:30 در اتاق جلو ایستگاه پرستاری بدون اقدام خاص نگه داشته می شود (نرس مسئول تحویل نمی گیرد) واین درحالی است که مسئول بخش مامایی درجریان خونریزی ونیاز به انفوزیون خون قرار داشت (از طریق اطلاع رسانی پرستار اتاق زایمان)بااینکه در دستورات بعد از زایمان رزرو خون با کراس مچ وجود داشت ولی تا ساعت 11:30 درخواست به آزمایشگاه بانک خون نرفته بود. در ساعت 9:30 علایم ثبت شده شامل BP=90/50 PR=80 خونریزی در حد Post Partum وخونریزی فعال نداشت . در ساعت 10:14 بیمار توسط رزیدنت سال اول ویزیت می شود وغیر از در خواست هموگلوبین وهماتوکریت دستور خاصی نمی دهد در یادداشت ایشان آمده است : حال عمومی بیمار خوب است ، رحم جمع وخونریزی واژینال وجود ندارد شکم نرم می باشد .BP=90/50 PR=70 (خودش اندازه نگرفته بود) ؟!

درساعت 10:30 سوپر وایزر از طریق مادر بیمار درحالیکه از وضعیت وخیم دخترش بی قرار بود وداد وبیداد می کرد مطلع شده وبربالین بیمار می آید ومتوجه می شود بیمار دچار کاهش هوشیاری شده وکف ومواد استفراغی در اطراف دهان جمع شده است . به رزیدنت سال اول اطلاع می دهند. دراین موقع نبض ها غیر قابل لمس بود و BP=70/40 ایشان هم رزیدنت سال 2 را در جریان می گذارد . رزیدنت سال2 به متخصص داخلی آنکال زنگ می زند .به علت عدم امکان دسترسی با ایشان، با رزیدنت ارشد گروه داخلی مرکز جنرال تماس می گیرد وایشان تلفنی چک قند خون ،گازهای خون شریانی ، کنترل کتون ادرار والکترولیتها را توصیه می کند. در گلوکومتری BS=490 بودوطبق دستور ایشان 10 واحد انسولین بصورت وریدی تزریق وسپس 2-2.5IU/h انفوزیون می گردد . در کنترل بعدی BS=509 بودبه علت خرابی دستگاه ABG بیمارستان ، گازهای خون شریانی آنالیز نمی شود. (به شوک همو راژیک بیمار توجه نمی شود.)

ساعت 10:45 بیمار هوشیار نمی باشد وبه سوالات به خوبی پاسخ نمی دهد ،مخاطات دز هیدراته می باشد. سمع قلب وریه نرمال است ، ارتفاع رحم در حد ناف وخونریزی واژینال وجود ندارد.معاینه واژینال نرمال است . Hb=7.2 BP=80/40 PR=120 RR=36

از دورگ برای بیمار سرم رینگر لاکتات تزریق می گردد.به رزیدنت سال 3 اطلاع می دهند.

ساعت 11:15 : برای بیمار خون درخواست می شود. سوند فولی تعبیه شده 120 سی سی ادرار خارج می گردد.به علت دیستانسیون شکم سونوگرافی پرتابل درخواست می گردد . به رزیدنت بی هوشی اطلاع می دهند. ایشان ساعت 11:30 بیماررا ویزیت میکنند.

طبق یادداشت ایشان : بیمار هوشیاری کامل ندارد ،کاملاً Pale بوده ودارای دیسترس تنفسی می باشد. درسمع قلب تاکیکارد است در ریه ها کراکل فاین سمع می شود. 100mg فنیل افرین بصورت State تزریق می گردد ودستور می دهند بیمار به ICU منتقل شود.

ساعت 11:45 رزیدنت سال بالا با اتندآنکال دوم (پریناتولوژیست)تماس می گیرد وبعداز ذکر وضعیت بیمار ایشان تاکید می کنند که بیماررا به اتاق عمل منتقل کرده وضمن ریانیماسیون مسیر کانال زایمانی را نیز بررسی کنند ولی اینکاررا انجام نمی دهند و بیماررابا دستورآنکال اصلی به ICU می برند.درساعت 11:55 بیمار دچار V.T شده ارست قلب تنفسی می کند. اینتوبه شده وعملیات احیاء شروع می گردد. ترشحات کف آلود فراوان از دهان بیمار خارج می شد .بیمارساعت 12:15 فوت می کند.

درسونوگرافی شکم مایع آزاد بین لوپهای روده در لگن وجود داشت . در U/A کتونوری وگلوکز وری وجود نداشت

Na=146 K=5.2

تشخیص علت مرگ : خونریزی داخل شکم وشوک هموراژیک(به علت پارگی فوندوس رحم)

ریسک فاکتورهای بیمار : 1- سن بالا 2- حاملگی ناخواسته 3- قدزیر 150 سانتیمتر 4- هموگلوبین پائین 5- شرایط اقتصادی پائین

اشکالات وارده : 1- با وجود زایمان سریع کانال زایمانی بررسی نشده است 2- فشار فوندال غیر علمی وغیر اصولی می باشد 3- عدم توجه به وضعیت بیمار درزایشگاه وبخش 4- عدم تحویل بیماردربخش مامایی 5- ثبت غلط (ریت نبض بدون اندازه گیری نوشته شده بود ومقدارخونریزی ثبت نشده بود)

6-عدم ارسال به موقع نمونه به آزمایشگاه 7-عدم اطلاع رزیدنت سال پائین به سال بالا (زنان باردار پر خطر باید بصورت تیمی درمان شوند) 7- عدم توجه به سیر بیماری وتشخیص غلط (تمام بیماران دروضعیت پره شوک به علت ریلیز کاتاکولامین دچار هیپر گلیسمی می شود وباید برای افتراق از دیابت ، آنالیز ادرار درخواست می شد.دردیابت با بالارفتن قندخون کتونوری وگلوکزوری ظاهرمی شود.)

خانم 51

متوفی خانمی است 23 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، BMI=34.2 ، سابقه دیابت درمادرمتوفی ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری درمرکز بهداشت بصورت نامرتب (فقط دوبار) بوده وتحت نظر متخصص زنان دربخش خصوصی بود.آزمایشات دوران بارداری نرمال بود. از ماه هفتم بارداری دچار افزایش فشارخون شده وتحت درمان با متیل دوپا (250 میلیگرم هر8ساعت)وهیدرالازین بود.بیماردر هفته 35 بارداری به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند .موقع پذیرش (ساعت 2:30 بامداد) : ازدرد اپی گاستر شاکی بود،ادم 2+ دراندامهاداشت .علایم زایمانی نداشت . BP= 180/100 FHR=138.

مادر با تشخیص پره اکلامپسی شدید با دستورات NPO ،آزمایشات CBC ،تستهای کبدی ،تستهای کلیوی ،آنالیز ادراری ،آمپول بتامتازون 12mg هر12 ساعت تا دوز ،آمپول سولفات منیزیوم :4گرم وریدی و10گرم عضلانی سپس هر4 ساعت عضلانی ،آمپول هیدرالازین 5mg Stat،انجام NST ، رزرودوواحدخون، تعبیه سوندفولی وکنترل علایم حیاتی هریک ساعت درزایشگاه تحت نظر گرفته می شود.

درساعت 9:50 صبح به علت NSTمنفی وآلبومینوری 1+ مادر جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. عمل راس ساعت 10:45 با بی حسی اسپینال شروع می شودوحاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم با آپگار 9/10 بود. مادرساعت 11:25 به ریکاوری منتقل شده وساعت 12 با BP=125/65وهوشیاری کامل به بخش تحویل داده می شود.

دستورات بعدازعمل : NPOتا24 ساعت – سوندفولی تا24 ساعت – کنترل I/O وچارت آن ،کنترل علایم حیاتی و V/B - ادامه سولفات منیزیوم 5گرم هر4 ساعت عضلانی – آمپول کفلین – آمپول پتیدین PRN – شیاف دیکلوفناک سدیم PRN – آمپول هیدرالازین PRN

درکنترل های بعدی فشارخون درحد BP=130- 140/70-90 وحجم ادرار طبیعی بود.

درویزیت ساعت 11 صبح روز بعد پزشک معالج یادداشت کرده بود بیمارپس از دریافت آخرین دوز سولفات منیزیوم درساعت 12 ظهر درصورت داشتن حال عمومی مناسب مرخص است.

مادر ساعت 12 ظهر (25 ساعت بعداز عمل) با فشارخون BP=110/70 بدون نسخه دارویی وتوصیه خاص مرخص می شود. مادر بعداز ترخیص همچنان از درد گردن وسردل شاکی بود . صبح روز بعددرمنزل درحالیکه در وضعیت نشسته قرار داشته ناگهان به زمین می افتد وبعداز چند نفس صدا دار بی هوش می شود.بلافاصله با ماشین شخصی به بیمارستان می رسانندولی متاسفانه موقع ویزیت دراورژانس فاقد علایم حیاتی بود.

آزمایشات : تستهای کبدی ،کلیوی وانعقادی نرمال بود

تشخیص علت مرگ : ترومبوآمبولی ریه

توضیحات :

1-عدم دادن آگاهی درمورد عوارض ترخیص زود هنگام وگرفتن رضایت کتبی با تاکید بر تفهمیم عواقب کار

2- عدم تجویز هپارین پروفیلاکتیک با وجود چاقی وپره اکلامپسی شدید مادر(دو ریسک فاکتور)

3- بیمار بلافاصله بعداز دریافت آخرین دوز سولفات منیزیوم مرخص شده است.طبق دستورالعمل بیمارستانهای دوستدار مادر بیمارمی تواندرصورت وجودشرایط ذیل حداقل 72-48 ساعت بعداز پایان تزریق سولفات منیزیوم ترخیص شود.

- پس از کنترل فشارخون - برقرارشدن ادرار به میزان کافی - عدم احتمال تشنج مجدد - نداشتن عوارضی مانند تاری دید ،سردرد ودرد اپی گاستر

*درصورتیکه مادربادارو‌های کاهنده فشارخون مرخص شده است بایدهرهفته جهت اندازه گیری فشارخون مراجعه نمایند.درصورت تداوم فشارخون بالا وپروتئین اوری پس از 6هفته مادربه متخصص داخلی ارجاع شود.

خانم 52

متوفی خانمی است 36 ساله ، ساکن شهر ، $G_3P_2Al_2$، BMI= 24.5 باقد 147 سانتیمتر ،سابقه دیابت از 15 سال قبل که ازشش سال قبل گلی بنکلامید مصرف می کرد ،آخرین زایمان 9 سال قبل به روش سزارین می باشد.روش کنتراسپشن تادوسال قبل قرص LDوسپس روش منقطع بود .حاملگی خواسته بود .

ازابتدای بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت بصورت نامرتب ومتخصص زنان وداخلی دربخش خصوصی بود واز ابتدای حاملگی تحت درمان با انسولین روزانه30واحد رگولار و15واحد NPHبود.

درهفته 38 حاملگی به علت سابقه دوبار سزارین ودیابت به بیمارستان شهرستان مراجعه وبا بهانه نبودتجهیزات به بیمارستانهای مرکز استان ارجاع میدهند.عصرهمانروز به یکی ازمراکز آموزشی درمانی مراجعه وبستری می شود.

علایم حیاتی موقع بستری: BP=110/70 PR=72 RR=16 BT=36.8 علایم زایمانی نداشت.

دستورات حین بستری : کنترل علایم حیاتی هر4 ساعت –رزرو 3 واحدخون ایزوگروپ (2 واحد آن کراس مچ شود) –کنترل علایم هیپو وهیپرگلیسمی وچارت قندخون –تزریق انسولین رگولار 10واحد نیم ساعت قبل از هر وعده غذا و15 واحد NPHقبل ازخواب-تستهای روتین – آمپول هپارین 5000 واحد هر12 ساعت زیرجلدی –قرص فرسولین ومولتی ویتامین –کنترل قندخون یک ساعت بعداز هروعده غذا –جوراب ترومبوز-NSTروزانه وکنترل FHR,FM ومشاوره داخلی جهت تنظیم قندخون درزمان عمل سزارین.

روزبعد به علت شروع دردهای زایمانی باانجام سونوگرافی جهت تعیین محل جفت ، ساعت 18 جهت سزارین به اتاق عمل منتقل میشود. درسونوگرافی جفت قدامی بود واز In OS فاصله داشت .عمل ساعت18:45 باراشی شروع و جدارشکم با برش طولی باز می شود.حاصل زایمان نوزاد پسر ترم به ظاهرسالم با آپگار9/10 با وزن 3950 گرم بود. رحم به جدارشکم چسبندگی داشت ومثانه بالا کشیده شده بود.مثانه آزاد وچسبندگی تاحدودی آزاد می گردد.میومتر رحم دریک لایه درداخل شکم ترمیم وعمل TL انجام میشود.عمل ساعت 19:25 پایان می یابد وبیمار با علایم عمومی خوب به بخش منتقل می شود. بعداز عمل 30 واحد سنتو داخل یک لیتر و5عدد میزوپروستول رکتال تجویز می شود.

دستورات بعداز عمل :کنترل هماتوم ،کنترل محل انسیزیون وکنترل آتونی رحم –کنترل علایم حیاتی هرربع ساعت تایکساعت وهرساعت تا4 ساعت وسپس هر 4 ساعت –آمپول هپارین 3000 واحد هر8 ساعت زیرجلدی وآمپول سفازولین 1 گرم هر6 ساعت. یادداشت روزاول بعداز عمل شکم نرم وفاقد تندرنس است محل پانسمان خشک ورحم جمع است خونریزی درحد Post Partum می باشد. علایم حیاتی : BP=120/70

PR=80 RR=17 Hb=12.1. بیمار روز دوم بعداز عمل شکم نرم وفاقد تندرنس ودیستانسیون است محل انسزیون نرمال ورحم جمع است کارکردشکمی دارد. از ساعت 12:30 ظهر تهوع واستفراغ داشت وچندین بار متوکلو پرامید تجویز شده و قندخون وهموگلوبین وهماتوکریت اورژانس درخواست شده بود که Hb=11.2 Hct=33.6 وBS=272 بود علایم حیاتی BP=70-80/50-60

PR=100.روز سوم بعداز عمل ساعت 8:20 صبح به علت افت فشار ودیستانسیون شکم با شک به خونریزی داخل شکم با آمبوبه اتاق عمل منتقل میشود. به علت بدحالی بیمار وعدم حضورمتخصص بی هوشی بیمارتوسط تکنیسین بی هوشی انتوبه وبی هوشی عمومی داده میشود.عمل راس ساعت 8:30 شروع می شود. درموقع انتقال به اتاق عمل بیمار ، نبضها غیر قابل لمس بودند .قبل از عمل یک دوز آدرنالین تزریق می شود.به علت شک بالینی قوی به خونریزی داخل شکم از برش سزارین شکم باز می شود .موقع باز کردن شکم مقدارفراوانی خون تیره به بیرون می ریزد (حدود 2.5 لیتر) لیگمان پهن سمت چپ حاوی هماتوم وسیع بود که کاملاً به فورنیکس چپ ولیگمان اینفاندیبولارگسترش یافته بود.دربررسی فورنیکس چپ وپشت مثانه پراز لخته های تیره وهماتوم بود ولی خونریزی فعال نداشت . رحم کاملاً آتونیک وPale بود به همین خاطر هیستریکتومی سوپراسرویکال می شود.به علت خونریزی شدید از شریان تخمدانی راست علیرغم سوچورهای متعدد خونریزی کنترل نمی شودو افورکتومی راست صورت می گیرد. بدلیل فشارخون پائین وعدم رویت محل خونریزی شریانهای هیپو گاستر دوطرف بسته می شود. بعداز شروع عمل ، متخصص بی هوشی ، متخصص داخلی ویکی از اساتید پیشکسوت زنان در اتاق عمل حضور می یابند.عمل ساعت 10:10 پایان می یابد و بیمارتا ساعت12:30 دراتاق عمل جهت ریکاوری نگه داشته می شود.درطول عمل 4 واحد پکدسل ،4 واحد FFPو 5 واحد پلاکت و2 لیترینگر انفوزیون و40میلی گرم

لازیکس دردو دوز (20+20) تزریق می شود. دراتاق عمل (درطی 4 ساعت) 70 سی سی ادرار داشت .بعداز عمل علایم حیاتی تاحدودی Stable شده وتنفسهای خودبخودی شروع می شود. برای بیمار آمپول سفتریاکسون 1g/12h –آمپول کلیندامایسین 900mg/TDS-مترونیدازول 500mg/TDS آمپول هپارین 5000 واحد هر 12 ساعت ،4 ساعت بعداز عمل –کنترل علایم حیاتی و I/O ،تعبیه CVP Line، رزرو 3واحد پکدسل و5 واحد پلاکت Order می شود. بیمار بعداز هماهنگی ساعت 12:45 به حالت انتوبه ولتارژیک به همراه تکنیسین بی هوشی ورزیدنت سال3 باآمبولانس 115به ICUجراحی بیمارستان جنرال اعزام می شود.

موقع اعزام : BP=115/69 PR=157 RR=24وآنوریک بود.

ریتم قلب سینوسی بود تنفس خودبخودی داشت وگاهی با آمبوبگ حمایت تنفسی می شد.

آزمایشات بیمارستان اول :

موقع بستری : Hb =13.7 Hct=42.5 PLT=105,000

مورخ (روز دوم عمل سزارین) : Hb=11.5 Hct=37.5

WBC=20,000 Hb=11.7 Hct=37.7 PLT=72,000 PT=18

INR=1.9 PTT=64 Urea=32 Cr=0.9 Na=148 K=4.7 Ca=10

SGOT=28 SGPT=30 LDH=460 ALP=129 Bile(T=1.7 D=1.6)

رزیدنت زنان بدون تحویل بیمار محل را ترک می کند.بیمار ساعت 14 در ICUجراحی پذیرش می شود.برای بیمار CVP Line تعبیه شده وبرای دسترسی به رگ مناسب ورید صافن پروگزیمال چپ کات داون می شود. بیمار ازبدو ورود به ICU به ونتیلاتور با مد SIMVوصل می شود.

دستورات رزیدنت جراحی : ABGوتکرار هر 6 ساعت –چک Hct, Hb –سرم 1/3و2/3 یک لیتر هر8 ساعت –چک آزمایشات انعقادی –رزرو 4 واحد خون ایزو گروپ – CVPبا ساپورت رینگردرحد16-12 حفظ شود-ادرار درحد 70cc/h حفظ شود-آمپول لازیکس 20سی سی وآمپول رانیتیدین 50mg/12h.

درساعت 17جریان ادرار برقرار می شود(50سی سی درساعت)به علت افت فشارخون یک لیتر سرم رینگر درعرض یک ساعت داده می شود.

درساعت 19 دچارارست قلبی تنفسی می شود.بعداز 15 دقیقه عملیات احیا ضربان قلب برمی گرددولی مردمکها دوبل میدریاز وبدون رسپانس باقی می ماند.علایم حیاتی بعداز احیاء: BP=90/60 PR=160

برای بیمارسرم دوپامین با دوز 10µg/kg/min شروع وتا50µg/kg/min افزایش داده می شود. به علت کاهش صدا درریه راست CXRپرتابل درخواست می شود .باوجود عدم مشاهده پنوموتوراکس درگرافی، بیمار جهت تعبیه CT آماده می شودولی قبل ازاقدام بیماردرساعت 19:45دچار ارست قلبی می شود. با عملیات احیا قلب برمی گردد درساعت 20 برای بار سوم ارست قلبی می کند ومتاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

دراتوپسی هماتوم وسیع در گردن اطراف نای وجود داشت (محل تعبیه CVP Line)

آزمایشات :

(موقع پذیرش) Hb=13.7 Hct=42.5 PLT=105,000 WBC=11,900

ساعت 18 بخش ICUجراحی: Cr=3 Urea=67 Na=138 K=4.8 SGOT=84

ALP=107 SGPT=12

ساعت 20:

ABG PH=6.99 PCO_2=29.3 HCO_3=6.9 PO_2=36.5 O_2Sat=36.3% Fio_2=100%

علت مرگ : خونریزی وشوک هیپوولمیک

توضیحات :

1- باوجود تهوع واستفراغ وافت فشارخون پس از اطلاع به متخصص داخلی ،اقدامی غیراز درمان علامتی (تزریق سرم و... ازطریق دستورشفاهی) انجام نشده است.مادران پرخطر نباید تلفنی مشاوره شوند.متخصص داخلی می بایست بیمارراویزیت کرده ودستور کتبی میداد.

2- ارجاع بیمار از بیمارستان سطح 2شهرستان که دارای بخش مراقبت ویژه نیز است به بیمارستان سطح 2 مرکز استان فاقد بخش ویژه غیر منطقی می باشد.

3- دربیماربا سابقه دیابت وجراحی اخیر پیگیری خونریزی بعداز عمل باکنترل I/O ادراری می باشد نه هموگلوبین .

4- تجویز سرم 1/3 ، 2/3 برای درمان علامتی افت فشار خون غیرعلمی می باشد.

5- عدم افزایش ریت قلب ممکن است به علت نروپاتی دیابتی بوده وباید مدنظرگرفته می شد.

6- باتوجه به پایین بودن فشارخون دراتاق عمل ممکن بود محل خونریزی فعال ماسکه شده و بعداز دریافت مایعات کافی (ری انیماسیون)مجدداً شروع به خونریزی کند ومی بایست دربستن جدار شکم عجله نمی شد.

7- اعزام بیمار به بیمارستان دیگر جهت تعبیه CVP Line غیرمنطقی می باشد واصلاً تعبیه CVP Line دریک فرد 36 ساله زیاد ضروری نیست.

8- رزیدنت زنان باید با اصرار رزیدنت ویا اتند آنکال جراحی را به بخش ICU می کشاند.

9- مادران باردار پرخطر باید بصورت تیمی درمان شده و مدیریت درمان برعهده متخصص زنان می باشد.

10- رزیدنت جراحی کشیک ICU به موقع بیمارراویزیت نکرده است (احساس مسئولیت نکرده است).

خانم 53

متوفی خانمی است 36 ساله ، ساکن شهر ، $G_4P_3Al_1$ ، سابقه دوبار دفع جنین(دوقلو) به علت دکولمان در هفته 25 و28 و سابقه یکبارسزارین دارد.آخرین زایمان خرداد سال قبل بود .حاملگی اخیر از همسر دوم ایشان وخواسته بود. مراقبت دوران بارداری ازاوایل بارداری درمطب متخصص زنان شروع شده وبصورت مرتب کنترل می شده است.

بیمار درهفته 14 حاملگی لک بینی داشته ودرسونوگرافی هماتوم اکو فری به حجم 7 سی سی بالا تر از ساک گزارش شده بود . مادر با شکایت آبریزش به مرکززنان مراجعه وتوصیه به استراحت مطلق ومصرف مایعات فراوان می شود. (درسونوگرافی میزان مایع نرمال وجفت سرراهی گرید 1 که برسگمان تحتانی ودهانه داخلی رحم چسبیده وبصورت کامل os را پوشانده بود،گزارش شده بود) با ادامه آبریزش به پزشک معالج مراجعه وسونوگرافی مجدد درخواست می شود. درسونوگرافی ، جنین 23 هفته بدون مایع آمنیوتیک وجفت سرراهی گرید 2 که جلو دهانه داخلی سرویکس

راپوشانده است گزارش می شود. بیمار بااین تابلو به بیمارستان معرفی و بستری می گردد. موقع پذیرش دربیمارستان :علایم حیاتی BP=100/70 PR=80 BT=37˚c

درمعاینه واژینال :کول بسته وآبریزش واضح داشت.خونریزی واژینال نداشت .رحم حساس وتندر نبودوسابقه بیماری خاصی را ذکر نمی کرد . بیمار با دستورات کنترل علایم حیاتی هر 4 ساعت - رژیم مایعات – رزرو 2 واحد خون ایزوگروپ – آمپول آمپی سیلین وجنتامایسین وآزمایشات روتین دربخش تحت نظر گرفته می شود . درساعت 3:00 بامداد پس از اخذ رضایت جهت ختم حاملگی بانظر اتند محترم کشیک 50 میکروگرم شیاف میزوپروستول درفورنیکس خلفی گذاشته می شود. درساعت 7:30 صبح مجدداً 50 میکرو گرم دیگرگذاشته می شود. درساعت 12:00 ظهر بادستور اتند محترم دوز سوم میزوپروستول 100میکرو گرم تجویز شده و 100µg/q6h ادامه داده می شود.

تاساعت 12 بیمار علایم زایمانی وآبریزش نداشت .در12:30 دچار آبریزش می شود.درساعت 17:30 باپیشنهاد رزیدنت ارشدودستور اتند محترم کشیک ایناکشن با پروتکل نیم نواک شروع می شود (25واحداکسی توسین در500 سی سی سرم با 40 قطره دردقیقه شروع ودرهرمرحله بعداز یک ساعت استراحت، 25واحد به دوز اکسی توسین افزوده می شود). با شروع ایناکشن انقباضات رحمی بصورت ضعیف ظاهر می شود.درساعت 2:00 بامداد آثار خونریزی درپرینه ظاهر می شود. برای بیمار 3واحد خون با کراس مچ وآزمایشات انعقادی درخواست می شود. درساعت 3:00 بامداد ایناکشن قطع می شود.درساعت 3:30 بامداد 500 سی سی سرم رینگر بصورت سریع انفوزیون

می شود. بتد ریج مقدار خونریزی زیاد شده ودرساعت 4:45 خونریزی بقدری زیاد می شود که زیر بیمار پراز لخته های خون بود . بیمار سوندازشده و500 سی سی دیگر سرم سریع تزریق می گردد. برای بیمار رگ دوم گرفته وبه رزیدنت سال 2 اطلاع داده می شود.درساعت 5:00 بامداد به اتند محترم اطلاع داده وبا دستور ایشان بیمار جهت سزارین به همراه یک واحد خون به اطاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی درحین انتقال : BP=80/60 PR=80 FHR=157

پس ازترانسفوزیون 3 واحد پکد سل و2 واحد FFP درساعت 5:30 با بی هوشی عمومی با برش مید لاین تحت عمل سزارین قرار می گیرد.برش رحم از ناحیه اسکارقبلی واز بالای جفت داده می شود.براساس گزارش اتند محترم نوزاد پسر زنده با آپگار 5-4 وسفالیک بدنیا می آید .جفت کاملاً به دیواره رحم چسبیده بوده وقابل جداکردن نبود (اینکرتا) و گسترش به سمت چپ که تا خلف واژن کشیده ودر جلوتانزدیکی مثانه کشیده شده بود،داشت .به علت عدم رضایت همسر بیمار به هیستریکتومی،بند ناف از محل ورود بسته شده و اقدام به بستن عروق یوترین وهیپوگاستر کرده ویک عدد لنگاز وسرجی سلsurgicel درمحل جفت گذاشته شده و جداررحم و شکم بسته می شود. (ساعت پایان عمل 7:30 بود) درضمن از استاد محترم پیشکسوت زنان درخواست کمک می شود وایشان بلافاصله دربیمارستان حضور می یابند. بعداز اتمام عمل قصد اعزام بیماررا داشتند که به علت شدت خونریزی واژینال بیمار ساعت 8:20 با بی هوشی مجدد تحت لاپاراتومی قرار می گیرد . قبل از بی هوشی دوم بیمار از دو پا کات دان شده که یکی fail شده وازدیگری 520 سی سی خون تازه که دربیمارستان از 3 نفر همکار ودونفر همراه مریض تهیه شده بودبصورت سریع تزریق می گردد (به منظور جلوگیری از DIC). با انسزیون Low Mid Line شکم باز شده وبیمار هیستریکتومی می شود.درحین عمل فشارخون پائین بود درحد BP=90/50-60 PR=140-160 وبا وجود دریافت 4واحد خون ، 2واحد FFP و3 لیتر سرم ودریافت20mg لازیکس برونده ادراری درحد 350 سی سی بود(درعرض 4.5 ساعت). تاحد امکان چسبندگی جفت برداشته می شود. پس از بررسی محل حالب ها ومثانه به علت oozing ازناحیه خلف پریتوان با6 عدد لنگاز کف لگن پک شده وجدار شکم بسته می شود (ساعت 9:45). بیمار پس از اتمام عمل با لوله تراشه

واکسیژن وآمبوبگ ودرحال دریافت خون ودوپامین به همراه رزیدنت زنان و استاد ، انترن و تکنسین بی هوشی با علایم حیاتی BP=80/50 PR=163 به بیمارستان ریفرال جهت ICU Care اعزام می شود. بنا برگزارش رزیدنت زنان در مسیر اعزام نبض کاروتید بصورت فیلی فورم لمس می شد وبا دستور شفاهی متخصص بی هوشی یک دوز آدرنالین وریدی تزریق می شود. درموقع پذیرش در اورژانس بیمارستان ریفرال بیمار فاقد علایم حیاتی ودوبل میدریاز بودواقدامات احیا سودی نداشت.

آزمایشات موقع پذیرش : Hb=10.2 Hct=32 PLT=156,000 BG=O-

CRP=neg

تشخیص : خونریزی بعد اززایمان

توضیحات :

1- باوجود سزارین قبلی ،ختم حاملگی به روش واژینال دراین بیمارعلمی نبوده ودراین موارد بایدمشاوره بیشتری بامادروخانواده انجام شود.

2- دردرخواست سونوگرافی درصورت وجود جفت سرراهی(مخصوصاً سابقه هیستروتومی) ، بررسی جفت ازنظرچسبندگی نیز درخواست گردد.

3- اعزام بیمار درشرایط UnStable اشتباه بود وبیمار باید درداخل اتاق عمل ویا ریکاوری به مانیتور وونتیلاتور وصل شده وتوسط متخصص بی هوشی ویا داخلی Manage می شد.

4- تجویز میزوپروستول دربیمار اشتباه بود.

خانم 54

بیمارخانمي است 28 ساله ، ساکن شهر ، Case شناخته شده PDA و آیزن منگر G3 P2 AL0 سابقه دو بار زایمان طبیعي پره ترم 26هفته دارد. سابقه ترمیم پارگي سرویکس بدنبال زایمان دوم داشته و دو بار بعلت ناراحتي قلبي بستري بوده است .وسیله پیشگیريLD بود .پدر بیمار در 56 سالگي بعلت MI فوت شده است . متاسفانه بستگان متوفی به هیچ وجه حاضر به همکاری نشدند .

بیمار 5 سال قبل بعد از ترمیم پارگي سرویکس بدنبال زایمان پره ترم دچار افت هموگلوبین و تنگي نفس ، طپش قلب میشود ، در بخش CCUبیمارستان قلب پذیرش میگردد . 11 روز تحت درمان مدیکال قرارگرفته و با وضعیت تقریباً Stable و تنگي نفس بادستورات دارویي دیلتیازیم ، کاپتوپریل ، دیگوکسین ، وارفارین و آسپرین مرخص شده و اکیداً توصیه میشود نباید حامله شود.

حاملگي اخیرخواسته بوده واز ماه چهارم حاملگي بنابه توصیه متخصص زنان روزانه یکعدد آمپول انوکساپارین 40 میلیگرم و یکعدد قرص آسپرین 80 میلیگرمي مصرف مي کرده است .

درهفته 35 حاملگی باشکایت آبریزش ودرد شکم به بیمارستان خصوصی مراجعه وبا هماهنگي به مرکز آموزشی اعزام میگردد(بدون قید سابقه بیمار دربرگ اعزام). درمرکز آموزشی موقع پذیرش (ساعت 21:20) خونریزي واژینال نداشت . دیلاتاسیون و افاسمان کامل بود ، ایستاسیون 1+ -- 0 ، ساك پاره و بدون مایع بود . بیمارسریعاً به اتاق زایمان منتقل میشود و تحت مانیتورینگ با اپي زیوتومي زایمان طبیعي میکند و یك نوزاد با وزن 1800 گرم ، زنده بدنیا مي آید . بیمار با حال عمومي نسبتاً خوب با دستورات آمپول جنتامایسین ، آمپي سیلین ، انوکساپارین ، 10 واحد سنتوسینون تا 3 دوز ، ABG ، کیسه یخ روي محل اپي به بخش منتقل میشود . در ساعت 23:30 (1/5 ساعت بعد از زایمان) دچار تاکي کاردي با H R=

140 و سيانوز محيطي و افت ساچوراسيون ميشود ، ميزان اكسيژن را افزايش ميدهند و 0.2 ميليگرم آمپول ايندرال ، 10 ميلي گرم لازيكس State تزريق ميگردد.HR به 127 كاهش مي يابد .

در ABG : PH= 7.44 ، PCO 2 = 20 ، PAO 2 = 48 ، O2 Sat= 83.3% ، HCO 3 = 13.9

بعلت تداوم تاكي كاردي ، مشاوره اورژانس قلب درخواست ميشود . يكساعت بعد مشاور قلب حاضر شده و بامشاهده جواب ABG , ECG دستور انتقال به بيمارستان قلب جهت CCU Care را ميدهد . بيمار ساعت 2:30 صبح منتقل ميشود. دستورات CCU : مانيتورينگ قلبي، پالس اكسي متر ي مداوم – قرص متورال 25 ميليگرم هر 12 ساعت ، قرص A.S.A 100ميليگرم - آمپول انوكساپارين 60 ميليگرم ، دو بار درروز زير جلدي ، CXR ، آزمايشات روتين ، اكسيژن 2-3 ليتر دردقيقه با كانول بيني وادامه دستورات متخصص زنان .

دريادداشت رزيدنت مشاور زنان كه دو ساعت بعد از انتقال به CCU ويزيت كرده بود . رحم جمع و خونريزي فعال واژينال ندارد .سمع ريه ها Clear است BP = 100/70 و PR= 96 و Order كنترل محل اپي از نظر هماتوم و تورم – آمپول سنتو هر 12 ساعت عضلاني ادامه يابد (تا 2 دوز) و كنترل V/B , V/S می دهد.

وضعيت بيمار در CCU . Stable است و عصر ساعت 16:30 به بخش منتقل ميشود، براي بيمار درخواست اكوكارديوگرافي دو بعدي و ترانس ايزوفاژيال ميكنند. در CXR تصوير قلب اندكي بزرگ بود و تنه و شاخه هاي اصلي شريان ريوي پرخون بود. در اكوكارديوگرافي Large PDA + سندرم آيزن منگر Right To Left Shunt (44 mm Hg) - Severe RVH در EF= 60 % Plat < 50,000 , Hb = 15.9 , WBC= 25,000 : CBC

<u>*روز سوم بستري*</u> خونريزي واژينال زياد شده و درناحيه پرينه بيمار احساس دردميكند درمشاهده اكميوز و تورم ناحيه پرينه وجود دارد . دستور ميدهند روي پرينه بمدت 2 ساعت كيسه آب گرم گذاشته شود و شياف ايندومتاسين 25 ميليگرم و25ميلی گرم پتيدين تزريق ميگردد ،مشاوره زنان درخواست ميشود و انوكساپارين و A.S.A . Hold شده بعلت احتباس ادراري با سوند نلاتون مثانه تخليه ميگردد.

طبق يادداشت مشاور زنان بيمار كاملاً هوشيار و اريانته است . علايم حياتي Stable ميباشد . تستهاي انعقادي نرمال است ، در معاينه واژينال هماتوم ناحيه پرينه با بالجينگ كف واژن وجود دارد و دستور ميدهند جهت تخليه هماتوم سريعاً به مركززنان اعزام شود. ساعت 4:20 عصر بيمار باعلايم Stable و (BP = 120/70 ، HR=90 ، RR=12 و BT= 37 درجه سانتيگراد ودستورات دارويي سرم 1/3 و 2/3 ، قرص متورال ، كپسول هماتينيك ، شياف ايندومتاسين TDS/ 100 ميليگرم ، آمپول انوكساپارين 60 ميليگرم هر 12 ساعت ، قرص آسپرين بچه و توصيه تخليه هماتوم حتماً با بي حسي موضعي و مراجعه سرپايي بعد از 10 روز به درمانگاه قلب از بيمارستان قلب ترخيص و با تخت و همراه انترن به بيمارستان زنان اعزام ميشود .

در ساعت 4:45 عصر بيمار با علايم حياتيBP = 120/70 , BT= 37.3 , PR= 74 , RR=16 پذيرش شده و ساعت 18:20 دراتاق عمل تحت بي حسي موضعي بخيه هاي ناحيه باز و حدود 300 سي سي لخته از محل اپي خارج ميشود و بعد از دبريدمان بافتهاي نكروتيك و شستشوي محل، ترميم ميشود و بعد بيمار با نظر آنكال محترم

به بخش ICU منتقل میگردد با دستورات : کنترل علایم حیاتي ، آمپول سفازولین ، آمپول مترونیدازول ، قرص متورال 25 میلیگرمي هر 8 ساعت با کنترل HR ، آمپول انوکساپارین 20 میلیگرم ، عدم استفاده از شیاف - مشاوره داخلي ورزرو 10 واحدپلاکت.

یادداشت ویزیت رزیدنت بي هوشي در ساعت 20:45 دقیقه : بیمار آرام است . = BP , HR = 140 , O2 sat = %55 , (?) RR=12 , 130/105 ، سمع ریه ها نرمال است ، دستورات:کنترل درد و اضطراب بیمار و ادامه دستورات .

ساعت 21: 00 BP = 83/55 , RR = 28 , HR= 110 , O2 sat= %55

بیمار کاملاً هوشیار است و شکایت خاصي ندارد و آرام خوابیده است . بعلت افت فشارخون 500 سي سي سرم رینگر با کنترل همودینامیك تزریق میگردد.

ساعت 22:30 BP = 86/50 , RR=28 بیمار آرام و تاکي کارد است 500 سي سي دیگر سرم تزریق میگردد.

درساعت 23:00 9 واحد پلاکت انفوزیون میشود (بادستور متخصص داخلي) بارزیدنت قلب مشاوره میکنند و ایشان توصیه میکنند 1گرم آمپول وانکومایسین درمدت 2 ساعت انفوزیون کنند.

ساعت 5:30 صبح بطور ناگهاني دچار دیسترس تنفسي شده و به رزیدنت بیهوشي اطلاع میدهد و ایشان بربالین بیمار حاضر میشود و پس از سمع قلب و صحبت با بیمار درخواست ABG میکند که : PH = 7.36 , O2 Sat = %70

دستورات : 10 میلیگرم لازیکس وریدي Stat - آمپول مورفین 3 میلیگرم وریدي – 50 میلیگرم متورال خوراکي ، ایندومتاسین 50 میلیگرمي خوراکي .

درساعت 6:30 صبح روزبعد بیمار دچار کاهش هوشیاري ناگهاني میشود سریعاً انتوبه شده و بعلت برادیکاردي عملیات احیاء شروع میشود . باکمك اتند بیهوشي CPR تا ساعت 7:20 ادامه مي یابد ولی متاسفانه به احیاء پاسخ نداده و فوت میکند.

علت مرگ : سندرم آیزن منگر

توضیحات :

1- بیمار نباید حامله می شد 2- توجیه مادروخانواده درمورد قبول بیماری واستفاده از روش کنتراسپشن مطمئن (استفاده از افراد ذی نفوذ جامعه برای قانع کردن بیمارمانند روحانیون ومبلغین دینی وروانشناسان خبره) 3- مدیریت ناصحیح مادردردوران بارداری 4- درهنگام هماهنگی بیمار جهت اعزام سابقه بیماری باید ذکر می شد.5- بیمارباید از اول درمرکز قلب پذیرش شده وتازمان ترخیص درآن مرکز بستری می شد. 6- عدم اطلاع به اتند آنکال درزمان زایمان 7- درمان تیمی مادران پرخطر

خانم 55

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن روستای اصلی ، BMI =29.7، G_2P_1 سابقه یکبار زایمان طبیعی 5 سال قبل. حاملگی ناخواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری از هفته 5 درخانه بهداشت بصورت مرتب انجام گرفته است . همزمان تحت نظر متخصص زنان بوده ومرتب مراقبت شده بود. مادر سه بار توسط ماما به علت هموگلوبین بالاوعدم وزن گیری مناسب به متخصص داخلی ارجاع شده ولی طبق اظهار خودمادر،پزشک زنان گفته بودمشکلی نداری وفقط قرص آهن مصرف نکن وخودش قرص آسپرین تجویز کرده بود.

آزمایشات اوایل حاملگی (هفته 5 بارداری): Hb=18.8 Hct=53.6 PLT=178,000 Cr=0.7

:/1/19 Hb=17.2 Hct=52 PLT=265,000 U/A=Normal

:/5/12 Hb=15 Hct=47.3 PLT=129,000

درسونوگرافي اوايل بارداری، حاملگی دوقلویی باجفت وساک جداگانه DCDA گزارش شده بود.وزن گیری مادردراوایل حاملگی متناسب بود ولی از هفته 26میزان افزایش وزن زیاد شده بود.(5 کیلوگرم به ازای 5 هفته).فشارخون درمحدوده نرمال بود.

مادر باشروع دردهای زایمانی ساعت18 به بیمارستان سطح1 مراجعه کرده وبا تشخیص پره ترم لیبر به بیمارستان سطح 3 ارجاع می شود. ساعت 22:25به اورژانس مرکز ریفرال مراجعه کرده ودربخش زایمان بستری می گردد.مادرموقع پذیرش هوشیار واریانته بود.سمع قلب وریه نرمال بود.خونریزی واژینال ،آبریزش وانقباض رحمی نداشت.درمعاینه واژینال: TV:3-4cm/30-40%/C.C/I/-3علایم حیاتی:BP=110/70 GA=33w,5dوحاملگی دوقلویی. FHR=140,130 BT=36.8 PR=80

دستورات بخش :RBR –مونیتورینگ قلب جنین ها وتعبیه نوار NST –رزرو2واحدپکدسل ایزوگروپ-کنترل علایم زایمانی-کنترل علایم حیاتی-سرم رینگر1000سی سیK.V.O –آمپول بتامتازون12mg/q12h دودوز-آمپول آمپی سیلین-درخواست آزمایشات: CBC ,BUN,Cr,ESR,PT,PTT,INR,U/A,U/C,Fibrinogen,Uric Acid

بعداز 20دقیقه رزیدنت سال بالا آمپول سولفات منیزیوم ،کنترل I/O وتعبیه ست احیا بربالین مادر رابه دستورات قبلی اضافه می کند.

<u>*روزدوم بستری*</u>:علایم حیاتی مادر Stable است.تب دارنیست.لیک مایع روشن داردولی علایم زایمانی پیشرفت نداشته است.به علت گزارش پروتئینوری1+ ،کنترل فشارخون هردوساعت وکپسول آزیترومایسین 1g به دستورات قبلی اضافه می شود.

جواب آزمایشات: WBC=10,900 Hb=14.1 Hct=43 PLT=140,000 PT=12.6

BUN=23 Cr=0.7 BS=99 Fibrinogen=346 ESR=39 CRP=Neg PTT=33 INR=1.1

U/A:Pro=+1 <u>*روزسوم بستری*</u>:مادرهوشیارواریانته است.علایم حیاتی نرمال است .علایم زایمانی پیشرفت ندارد.دراندامهای تحتانی ادم وجوددارد.برای مادرسونوگرافی کالرداپلراز اندامهای تحتانی درخواست می شودکه مشکلی نداشت. ساعت 10:45 به علت عدم پیشرفت زایمان وکنتراندیکاسیون نسبی اینداکشن وحاملگی بالای 34 هفته بادستوراتندبخش جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.عمل ساعت 11:10با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان یک نوزادپسربا آپگار7/9 ویک نوزاد دختربا آپگار4/8 بود.عمل ساعت 12:25 به پایان می رسد.درطول عمل : BP=124/83 PR=117 بود ومادر مشکل خاصی نداشت و با علایم حیاتی نرمال تحویل ریکاوری میشودوساعت 13:30به بخش سزارین تحویل داده می شود.پرستاربخش هنگام اجرای دستورات، متوجه آتونی رحم وخونریزی شده ضمن ماساژرحمی به رزیدنت اطلاع می دهند (خونریزی درحددفع لخته بود).بعداز چند دقیقه مادردچار حرکات تشنجی شده و ضمن انجام اقدامات درمانی (تعبیه Air Way واکسیژن نازال وپالس اکسی متری–تعبیه رگ دوم) کداحیا زده می شود.یک عدد دیازپام آهسته وریدی تزریق می شود.علایم حیاتی مادر: BP=125/75

HR=105 RR=26بود. درزمان تشنج O2Sat=35-40% وبعداز قطع حرکات ساچوراسیون با اکسیژن 97% وبدون اکسیژن88% بود.علایم Severityنداشت. محل عمل فاقد هماتوم بود. 5 عدد میزوپروستول رکتال گذاشته شده وآمپول سنتوسینون 10میلی گرم عضلانی تزریق می شود.برای مادر سولفات منیزیوم شروع شده وسوند فولی تعبیه می شود.مادر توسط رزیدنت بی هوشی نیزویزیت می شود.طبق یادداشت ایشان : مادرکمی سیانوزه بود.تنفس سطحی وسریع واسپاسم عضلات صورت را داشت .سمع قلب تاکیکارد بود.بعداز تثبیت علایم حیاتی مادرساعت14:40 به ICU منتقل می شود. در ICU مادرهوشیاربود.خونریزی همچنان ادامه داشت.برای مادر 5 واحد FFP،3واحد پکدسل ایزوگروپ و5 واحد پلاکت رزروشده وتستهای انعقادی وپره اکلامپسی درخواست می شود.یک نفر رزیدنت زنان سال 2 بربالین مادربصورت ثابت مستقر می شود.همچنین مشاوره قلب ونرولوژی وCT Scan مغزدرخواست می شود.

جواب آزمایشات : PT=13.1 PTT=28 INR=1.2 WBC=22,000 Neut=90% Hb=12.4 Hct=38 PLT=210,000 Fibrinogen=372 Cr=0.7 Urea=28 Uric Acid=6.2 ALT=29 AST=30 K=4.3 Na=134.5 LDH=427 Alb=2.3 Ca=7.9 Mg=3.5

برای مادر دو واحد پکدسل کراس مچ شده ،یک عدد ویال آلبومین 20% ،آمپول مترژین عضلانی ویک عدد میزوپروستول زیرزبانی تجویزمیشود. بعداز ترانسفوزیون یک واحد پکد سل تزریق واحد دوم متوقف می شود.رزیدنت زنان بارزیدنت نرولوژی مشاوره تلفنی کرده وایشان توصیه می کند بعداز تثبیت علایم حیاتی مادرجهت مشاوره حضوری وسی تی اسکن فرستاده شود.ودرصورت تشنج مجدد جهت فنی تونیزه کردن اطلاع داده شود.

مادرساعت22:50 توسط رزیدنت قلب ویزیت می شود.طبق یادداشت ایشان :ریه ها Clear وJVP کمی برجسته است.درقلب سوفل سیستولی II/VI درکانون میترال ودیاستولی II/VI درکانون پولمونرسمع می شود.در EKG سینوس تاکیکادری وRAD وT invertدرلیدهای V1-V2 وجوددارد.علایم حیاتی: BP=105/75 PR=110 RR=23

وتوصیه می کندبرای انجام سی تی آنژیوگرافی عروق ریه وقت گرفته شودوقبل از انجام آن اکوکاردیوگرافی جهت بررسی اختلالات دریچه ای انجام شود.تازمان رد PTE هپارین بادوز درمانی شروع شود.PTTدرمحدوده 70-50 حفظ شود.بعداز رد PTE نیازی به ادامه هپارین نیست.

<u>*روز چهارم بستری و روز دوم بعداز عمل*</u>: مادر هوشیارواریانته است.خونریزی واژینال ندارد.درسمع قلب S1,S2 نرمال است. سوفل III/VI درکانون میترال سمع می شود.ریه ها Clear است.ادم اندام های تحتانی 1+ دارد.برونده ادراری خوب است.

علایم حیاتی : BP=101/70 PR=101 RR=21 BT=37 O2Sat=97%بااکسیژن

درآزمایشات:AST=73 ALT=56 LDH=740 PLT=210,000 BS=112 Mg=7.2به علت بالابودن سطح منیزیوم انفوزیون سولفات متوقف می شود. D.Dimer=7%

مادر ساعت 11 با همراهی انترن وپرستار جهت مشاوره نرولوژی ،سی تی اسکن مغز واکوی اساتید به بیمارستان جنرال وسپس بیمارستان قلب فرستاده می شود.در CT Scan مشکلی از نظر ادامه هپارین درمانی نداشت.درمعاینه علایم فوکال عصبی نداشت.

گزارش ویزیت اساتید قلب: S2 افزایش یافته با سوفل سیستولیک III/VI ودراکوRA وRVبشدت دیلاته وTR شدید(Free TR)و RVSP=125mmHg وLV EF=50%می باشد وبیمارمشکوک به PTE می باشدو توصیه می شود درصورت نداشتن خونریزی

فعال آنتی کوآگولانت با هپارین یا انوکساپارین بادوز 60mg/BID/S.C شروع شود ودرصورت صلاح دید سرویس زنان CT آنژیوی عروق ریه انجام گیرد.

***روز سوم بعداز عمل*:مادرهوشیار و کمی ill است.مختصری سرگیجه وطپش قلب وادم دورچشم دارد.علایم حیاتی :BP=120/80 PR=97 RR=24**

BT=37 O2Sat=92% باماسک PT=12 PTT=94 INR=1

مادرساعت 10صبح دچار تنگی نفس ودیسترس تنفسی شده وتوسط اتند بی هوشی ویزیت می شود.طبق یادداشت ایشان مادر تنگی نفس وارتوپنه دارد. O2Sat=91-92% با وجود دریافت 10L/m اکسیژن .آنمیک می باشد ودرسمع ریه کاهش صدای واضح درریه چپ دارد.برای مادر CXR,ABG اورژانس ومشاوره داخلی وریه درخواست شده وبعداز رویت جواب ها 20 میلیگرم لازیکس وریدی،100میلی گرم هیدروکورتیزون وریدی ودوویال بی کربنات تجویز می شود.

جواب CXR :زوایای جنبی باز وکدورت مختصردر قاعده ریه راست مشاهده می شود.

درABG: PH=7.36 PCO2=33 HCO3=18.6

مشاورریه (رزیدنت داخلی)بعداز ویزیت مادر جهت انتقال مادر به ICU ریه با بخش فوق هماهنگ شده وپیشنهاد می کند:هپارین درمانی ادامه یابد،درصورت انتقال به سی تی آنژیو،باست احیا وتیم احیا برود.ودرصورت قطع انفوزیون هپارین ،5000 واحد Stat وریدی تزریق شودوبعداز بازگشت انفوزیون شروع شود.

به علت عدم کارکرد شکمی بارزیدنت جراحی تلفنی صحبت می کنندوایشان تنظیم الکترولیتهارا توصیه می کند .مادرساعت 16:30 با همراهی رزیدنت بی هوشی رزیدنت زنان وتکنسین بی هوشی با ماسک اکسیژن وست احیا به سی تی آنژیو می رود.بعداز انجام سی تی آنژیو،مادرساعت 18:40 به اورژانس بیمارستان رسیده وبلافاصله به ICU ریه منتقل می شود.مادر درمسیر انتقال O2Sat=65-85% داشت.

علایم حیاتی اورژانس: BP=110/70 RR=24 O2Sat=75%بااکسیژن

درموقع پذیرش در بخش ICU ریه(19:10) مادر هوشیاروتاکی کارد بود.به علت ساچوراسیون پایین به ماسک رزروار وصل می شود.

علایم حیاتی: BP=110/70 RR=35 PR=120-130 O2Sat=45-55%

ABG : PH=7.28 HCO3=17 PCO2=37

درساعت 19:30به تیم احیا جهت انتوباسیون اطلاع می دهند.مادر بعداز انتوباسیون O2Sat=30-50% داشت. چند دقیقه بعدازانتوباسیون دچار برادیکاردی شده وعملیات احیا شروع می شود. رزیدنت داخلی ضمن احیا با شک به پنوموتوراکس باروپوش سربی درحال آمبوزدن از مادر CXR می گیرد.درگرافی سینه پنوموتوراکس واضح نبود.اتند محترم ریه وفلوی مقیم ورزیدنت قلب بربالین مادر حاضر می شوند.فشارخون پایین وقلب برادیکارد بود. اتندریه برای مادر C.T تعبیه می کنند.حدود 20-10 سی سی مایع خارج می شود. درTap پریکارد نیز مایع وجود نداشت(EF=40%بود). با وجود ادامه عملیات تا2.5 ساعت متاسفانه پاسخ نداده وفوت می کند.

تشخیص علت مرگ: هیپرتانسیون مزمن شریانهای ریوی احتمالاً IPH

توضیحات اعضای کمیته:

1. **به هموگلوبین بالا درآزمایشات دوران بارداری اهمیت داده نشده است ومادر باید از نظر بیماریهای زمینه ای بررسی می شد.**

2. اگرمادر قبل از سزارین شناسایی می شد بی هوشی عمومی برای سزارین روش انتخابی بود.
3. افت فشارخون در بیماران دچار هیپرتانسیون ریوی سبب تشدید هیپوکسی وخونریزی رحمی شده ویک سیکل معیوب ایجاد می شود.
4. درافراد سالم حداکثر قطر شریان پولمونری29 mm> می باشد ودرمورداین بیمار 51 میلی متر بود.
5. متخصص قلب می بایست با مشاهده یافته های اکوکاردیوگرافی بلافاصله مادررا در بیمارستان قلب بستری می کرد.

خانم 56

متوفی خانمی است 32 ساله ، ساکن روستای اصلی ، سابقه دیابت درخانواده،BMI=22 ، G_2P_1 ، سابقه یکبارزایمان طبیعی7سال پیش . حاملگی خواسته بوده با LMP=/6/9 و EDC =/3/16.

براي پيشگيري از بارداري از IUD استفاده میکرده و مراقبت قبل از بارداری داشته است.

مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری شروع شده و 5 بار توسط بهورز ،2 بارتوسط ماما و یکبار توسط پزشك تيم سلامت مراقبت شده و یکبار به علت هماچوری ودوبار به علتTSHپایین به متخصص زنان ارجاع شده بود. متخصص زنان درپس خوراند یاد داشت کرده بود:هماچوری به علت مصرف آهن می باشد وبا توجه به FT4 نرمال ،تیروییید مشکلی ندارد.

جواب آزمایشات اوایل حاملگی:Hb=11.5 Cr =0.5 درآنالیز ادرار Blood3+وRBC=5-6 TSH=0.1—0.93 FT4=1.5—1.8 FT3=2.68 قندخون ناشتا وتست تحمل گلوکز نرمال بود.در تمام مراقبتها فشارخون ووزن گیری درمحدوده نرمال بود.

مادردرهفته 31حاملگی باشکایت دردشکم به اورژانس مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند.درزمان مراجعه (ساعت 22:35): مادرهوشیاربود.علایم زایمانی ،خونریزی وآبریزش نداشت .علایم حیاتی : BP=110/70 FHR=140 بود.برای مادر سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکال وNST درخواست می شود.NST راکتیوبود.درسونوگرافی یک جنین زنده باریت قلبی 145 ومیزان مایع آمینوتیک نرمال ودرPP 8از8 گزارش شده بود.برای مادرسرم وصل کرده ودراورژانس تحت نظر گرفته می شود. درکنترل مجدد BP=110/70 بود. درکنترل 10دقیقه انقباض رحمی نداشت.یک عدد آمپول بتا متازون تزریق می گردد. مادر ساعت 4 بامداد با توضیح علایم هشدار مرخص می گردد.طبق اظهار همسر متوفی، مادر بعداز ترخیص به خانه رفته وبه علت ادامه ناراحتی عصر به مطب مامایی مراجعه می کند. طبق گفته ماما ،مادر بیقرار بود واز درد تمام عضلات بدن شاکی بود.درلثه ها آثار خونریزی وجود داشت ومادر اظهار می کرد دربیمارستان گفتند که به متخصص داخلی مراجعه کنم. (SBP=130-140بود) .ماما به علت وضعیت مادر،ایشان را به بیمارستان ارجاع می دهد. درموقع مراجعه به اورژانس بیمارستان (ساعت 18:50):هوشیار بود .از سرگیجه ،درد اپی گاستروسرفه خونی شاکی بود.درمعاینه قلب تاکی کارد بود.دراندامها ادم 2+ داشت وخونریزی واژینال وآبریزش نداشت.علایم حیاتی : BP=175/125 PR=107 O2Sat=85% FHR سمع نمی شد.برای مادر یک عدد آمپول هیدرالازین وریدی تزریق می شود.دوز اولیه سولفات منیزیوم شروع شده ومادر دربخش زایمان بستری می گردد. دربخش آثارخونریزی درلبها ومخاطات دهان مشهود بود.درسمع ریه ها کراکل فاین درقاعده هردوریه سمع می شد.روی اندامهاومحل کاف فشارسنج پتشی وجود داشت.درمعاینه واژینال OS داخلی وخارجی سرویکس باز بود.علایم حیاتی : BP=180/120 PR=120 RR=20 برای مادر دستورات :چک علایم حیاتی هر2ساعت-رزرو3 واحد پکدسل ایزوگروپ و10واحد کراس مچ شده-تعبیه سوندفولی وکنترل I/O –کنترل علایم زایمانی –رزرو10واحد پلاکت

و10واحدFFP –سرم رینگر 100cc/h –آمپول سولفات منیزیوم 2g/h- آمپول بتامتازون 12 میلی گرم هر12 ساعت دودوز-چک آزمایشاتAlb, LFT,CBC,BUN,Cr, PT,PTT,INR-اندازه گیری پروتئین ادرار 24 ساعته- NST گذاشته می شود.

به علت افت های مکرر در NSTوفشارخون بالا ، با دستوراتند مقیم مادرساعت 20 جهت سزارین اورژانس به اتاق عمل منتقل می شود.دراتاق عمل BP=200/120باوجودتزریق چند دوز هیدرالازین PR=110 O2Sat=85%بااکسیژن RR=26 بود.متخصص بی هوشی درحین تعبیه رگ دوم متوجه اختلال انعقادی می شود.ادرار کاملاًهماچوریک بود.مادربه علت دیس پنه ماسک اکسیژن راتحمل نمی کرد. برای مادر درمان ادم ریه شروع شده وبا اساتید پریناتولوژی مشاوره می شودوایشان توصیه می کنند به علت احتمال خونریزی ریوی وعلایم حیاتی Unstable ونیاز مادر به مراقبت ویژه بهتر است به بیمارستان جنرال منتقل شود.مادربعدازهماهنگی با بیمارستان جنرال و شروع تزریق FFP با همراهی اتند زنان وبی هوشی ورزیدنت ارشد زنان وتکنسین بی هوشی به بیمارستان جنرال منتقل می گردد.

جواب آزمایشات : Hb=12.8 WBC=22,700 PT=14.2 PTT=37 INR=1.1 PLT=42,000

ALP=399 Direct=0.5 Total BIL=3.5 SGPT=255 SGOT=38 Urea=96 Cr=3

Pr=3+ Blood=3+ : U/A Fibrinogen=242 LDH=3898

مادرساعت 21:50 دراورژانس بیمارستان دوم پذیرش می شود.موقع پذیرش هوشیاربود ولی ill وتوکسیک بود .دیسترس تنفسی شدید داشت وکلمه به کلمه حرف می زد.در ریه ها کراکل فاین سمع می شد.درسونوگرافی بدساید جنین فاقد قلب بود.

علایم حیاتی :BP=145/80 PR=130 RR=32 O2Sat=75%

ABG : PH=7.01 PCO2=32.4 HCO3=8

مادر به اتاق CPR منتقل شده و سرم TNG ،مورفین ،لازیکس شروع می شود با توجه به دیسترس تنفسی وعدم افزایش ساچوراسیون مادر انتوبه شده وبه ونتیلاتور با Setting ARDS وصل می شود.با توجه به LDH بالا، لام خون محیطی جهت بررسی از نظر TTP تهیه می شود ولی شیستوسیت رویت نمی شود.برای مادر مشاوره قلب درخواست می شود.دراکوی بد ساید EF=55% بود ویافته پاتولوژیک توجیه کننده وضعیت مادر وجود نداشت .برای مادر NGT تعبیه می شودکه محتوی مواد غذایی بود.برای مسجل کردن IUFD درخواست سونوگرافی می شود.رزیدنت رادیولوژی درضمن سونوگرافی رحم متوجه مایع آزاد فراوان شکمی درفضای موریسون واسپلنورنال وپلورال افیوژن دوطرفه وهمچنین افزایش اکوژنیسته کلیه که مطرح کننده ATN وRF می باشد ،می شودومرگ جنین تایید می گردد. برای مادر 10 واحد پلاکت تزریق کرده وCVP تعبیه می کنند.متخصص زنان برای مادر اکسی توسین جهت اینداکشن شروع می کند. فشار خون بتدریج کاهش یافته ودرمحدود نرمال قرار می گیردبا ادامه سیر نزولی فشارخون ،سرم TNG قطع شده ودوپامین با دوز 10µg/kg/min شروع می گردد. مجدداً لام خون محیطی توسط رزیدنت ارشد تهیه وبررسی می شود ودر هرفیلد 2-1 عددشیستوسیت گزارش می شود. باتوجه به ترشحات خونی از لوله تراشه برای مادر کاتتراز محل ورید جوگولار برای انجام پلاسمافرزودیالیز تعبیه وتستهای انعقادی چک می شود.درحوالی ساعت 4 بامداد جنین بااپی زیاتومی خارج می شود. بعداز خروج جفت رحم سفت شده وخونریزی درحد P.P بود. درکیسه ادرار 200 سی سی ادرار کاملاً خونی وجود داشت(از ابتدای تعبیه سوند فولی).مادر ساعت 6 بامداد به ICU ریه منتقل می شود.درزمان پذیرش درICU ریه : BP=150/100درحال دریافت دوپامین PR=137 O2Sat=40% هوشیاری به علت سداسیون درحد Light Coma ارزیابی می شود.مردمکها سایز نرمال داشت ولی پاسخ به نور ضعیف بود.درریه ها کراکل فاین سمع می

شد.در CXR پترن ARDS وجود داشت.باتوجه به نارسایی ریوی وکلیوی ، سدیمان ادراری برای R/O پولمونری رنال سندروم درخواست می شود ولی با توجه به آنوری مادر امکان تهیه سدیمان وجود نداشت .باتوجه به رویت شیستوسیت درلام خون محیطی توسط رزیدنت ارشد ، یک نوبت پلاسمافرز درساعت 11:45ویک نوبت دیالیز ساعت 14:45 انجام می گیرد.بعداز دیالیز ساچوراسیون اکسیژن بهبود می یابد.

دستورات بخش ICUاریه: CXR روزانه-آمپول متیل پردنیزولون 50mg بصورت Stat وسپس 30mg/Bid –آمپول هپارین 5000u/TDS/SC آمپول ایمی پنم-دیالیز وپلاسمافرزیس روزانه .

***روز دوم بستری*:هوشیاری تغییر نکرده وبا وجود دریافت دوز بالای فنتانیل آژیته است.همچنان آنوری دارد.خونریزی در حد P.P می باشد.تب دار نمی باشد. علایم حیاتی Stable بوده و O2Sat=94% می باشد.یک نوبت دیگردیالیز وپلاسما فرزمی شود.طبق مشاوره نفرولوزی آزمایشات لوپوس درخواست می گردد.برای مادر مشاوره هماتولوژی جهت تصمیم گیری درمورد ادامه ویا قطع پلاسمافرزیس انجام می گیرد.**

***روز سوم بستری*: ترشحات لوله تراشه خونی است 0قلب تاکیکارد می باشد.باکاهش سداسیون بشدت آژیته می شود .درمان ARDS وDIC میشود.همچنان آنوریک است.کشت خون دردونوبت درخواست میگردد. به علت عدم تایید TTP توسط هماتولوژیست پلاسمافرزیس D.C میشود.**

***روز چهارم بستری*: هوشیاری مادربهتر شده است.تستهای انعقادی نرمال است.شب فشارخون افزایش می یابد SBP= 190-200 (CVP=13)وبرای مادر کاپتوپریل وسرم TNG تجویز می گردد. تب دار نیست .در کشت خون E.Coli گزارش شده است به همین علت، ایمی پنم قطع وسفتازیدیم وسیپروفلوکساسین ومترونیدازول شروع می شود.**

***روز پنجم بستری*: فشارخون همچنان بالاست وقلب تاکیکارداست.ترشحات تراشه چرکی وخونی است.اندامها ادماتوونشت سروزی دارد.**

علایم حیاتی : BP=178/112 PR=137 O2Sat=99%

به علت گزارش Wright=1/20 Coombs Wright=1/20 2ME=1/20 داکسی سیکلین وریفامپین به دستورات دارویی اضافه می شود.

***روز هفتم بستری* :مادرهوشیار واریانته است. فشارخون بالاوقلب تاکیکارد است.درCXR بهبودی قابل توجهی وجود دارد.تحت حمایت ونتیلاتور با مدSIMV قرار دارد.سمع ریه ها Clear می باشد. کلیه هااولیگوریک است.عصر دچار برادیکاردی وکاهش ساچوراسیون اکسیژن شده وCPR می شود.(درزمینه هیپوکسی ناشی ازکروت داخل لوله تراشه)بعد از احیا دچار افت هوشیاری درحد Light Coma شده ومردمکها دوبل میدریازونان راکتیو می شودورفلکس اکولوسفال منفی می شود.درآزمایشات هیپوناترمی (Na=125)داشت. علایم حیاتی بعداز احیا:**

BP=92/40 PR=100 PH=7.23 PCO2=31.4 HCO3=14.3

***روز نهم بستری* :مادر تب داراست(BT=37.6).برای مادر وانکومایسین یک گرم هر72ساعت تجویز می گردد.مقدار ادرار بیشتر شده ولی به علت Cr وBUN بالاواسیدوز متابولیک یک نوبت دیالیز می شود.**

Cr=7.2 BUN=221 PH=7.18 HCO3=9.8 Na=118 درآنالیز ادرار SG=1.005

***روز یازدهم بستری* : مادر درفاز Deep Coma می باشد.ill است وفشارخون افزایش یافته است.درسمع ریه ها کراکل درنیمه تحتانی هردوریه سمع می شود.**

BP=180/120 HR=122 RR=34 BT=37.5 O2Sat=90%

<u>روزدوازدهم بستری</u>: مادر ساعت 6:45 بامداد دچار برادیکاردی شده واحیا می شود یک ساعت بعد مجدداً ارست می کند ونهایتاً ساعت 8:25 فوت می کند.

جواب آزمایشات: ANA=Neg Anti DNA=Neg lupus Anticoagulant=Neg

D.Dimer>15,000 Fibrinogen=323 Anti Thrombin III=75 FDP=15 ANCA-C=Neg

ANCA-P=Neg ß2. Glycoprotein IgG=Neg GBM=Neg Anti cardiolipin IgG,IgM=Neg

Retic Count=1.6 Corrected Retic Count=1 RPI=0.7 C_3=0.96 C_4=0.14

CH_{50}=66.2 HCV=Neg HBS Ag=Neg B/C=E.Coli

علت مرگ بااحتمال بالاسندروم هلپ می باشد

توضیحات اعضای کمیته:

1. **هماچوری به مصرف آهن ربط داده شده بود درحالیکه مصرف آهن تغییری درنتیجه آنالیز ادرار نداشته وباید بررسی کامل می شد.**
2. **کراتینین بالا(Cr=3)دربدوپذیرش دربیمارستان نشانگر درگیری کلیه از چند روز قبل می باشد.**
3. **دربیمارستان اول مادر معاینه فیزیکی کامل نشده وحتی شرح حال کامل ودرست اخذ نشده است.**
4. **درد شکم ولوکوسیتوز دراکثر آزمایشات به نفع تشخیص کبدچرب حاد حاملگی وSGOT نرمال برعلیه این تشخیص می باشد.**
5. **همولیز(LDHبالا)،کاهش پلاکت ،کراتینین بالا وSGPT بالاهمه به نفع تشخیص سندروم هلپ می باشد.**
6. **اختلال انعقادی به علت ترومبوسیتوپنی و احتمالاً اختلال فانکشن پلاکتی بوده است.**
7. **درمان بروسلا با اعیار پائین رایت وکومبس رایت وحتی درخواست 2ME اشتباه است.**
8. **کروت داخل لوله تراشه به علت خونریزی وترشحات غلیظ سبب وخامت بیمار در ICU شده است.اینگونه بیماران توجهات پرستاری دقیقی نیاز دارند.(تعداد ونحوه ساکشن ،رطوبت هوای تنفسی درایجاد کروت دخیل می باشد)**
9. **در1/3 موارد پره اکلامپسی ،ممکن است فشارخون مادر نرمال باشد.**

خانم 58

متوفی خانمی است 38 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، BMI=31 ،سابقه بیماری قلبی در مادرمتوفی. حاملگی خواسته بود.

مراقبتهای دوران بارداری از هفته 12 بارداری درمرکز بهداشت شروع شده و به بخش خصوصی (متخصص زنان) هم مراجعه میکرد.درآزمایشات اوایل حاملگی وهفته 28 هموگلوبین پائین بود Hb=10.8 .

مادر چندین نوبت (هفته 35-33حاملگی) به علت درد شدید دستها وادم 2+ گوده گذار به پزشک ارجاع داده می شود .دربررسی BP=130/90 وپروتئین اوری trace داشت ولی پروتئین ادرار 24 ساعته در محدوده نرمال بودومادر بصورت سرپایی manage می شود.

آزمایشات مورخ 00/10/30 : WBC =12,800 RBC=$9.8*10^6$ Hb=11.4 Hct=33.4

PLT=358,000 Cr=0.5 Urea=48 Urine protein$_{(24h)}$ =70mg

U/A Pr=Neg Keton=Neg

مادر مجدداًهفته 36 به دلیل فشارخون بالا ودرد اندامهای فوقانی وقفسه سینه به بیمارستان ارجاع داده می شود.درمعاینه علایم Severity وزایمانی نداشت. آلبومین ادرار منفی بود . BP=140/90 وNST=Reactive بود.درحین بررسی مادر دراورژانس دچار کریز هیپرتانسیون می شود(BP=160/100) وجهت بررسی از نظر پره اکلامپسی بستری می گردد.برای مادر IV Line تعبیه کرده وآزمایشات CBC,LFT ، تستهای کلیوی وپروتئین ادراری ومشاوره قلب به علت Chest Painدرخواست می شود.متخصص قلب یادداشت کرده بود EKG نرمال ومادر از نظر قلبی Stable می باشد. فشار استرسی مادر 160/100 وفشار آرامشی 120/80 می باشد. مادر با قرص ایندرال 10 میلی گرم هر 8 ساعت وقرص استامینوفن مرخص است .جواب آزمایشات : WBC=11,500 Hb=11.6 Hct=36.3

PLT=400,000 SGOT=11 SGPT=10 ALP=279 Fibrinogen=180

BT=2.3 CT=4.3 PTT=42 INR=1

مادر روز بعد با نسخه دارویی وتوصیه ی مراجعه هفته ای دوبار به درمانگاه جهت کنترل مرخص می شود.در طول یک روز بستری فشارخون در محدوده BP=120-140/80-90 بود.

مادر روز بعد ترخیص ساعت 12 شب به علت احساس کرختی در دستها به اورژانس بیمارستان الف مراجعه می کند.پس از بررسی وتماس تلفنی با آنکال روانپزشکی، تصمیم به بستری مادر گرفته می شود ولی مادر با رضایت شخصی مرخص وتوصیه به مراجعه به درمانگاه جهت ویزیت روانپزشکی می گردد(همسر نامبرده معلول حرکتی CPبوده و16 سال از خودش کوچکتر است). مادر 3 روز بعد به علت فشارخون بالا به متخصص زنان ارجاع وجهت بستری به بیمارستان ب معرفی می گردد. موقع پذیرش در بیمارستان مادر از سردرد ودرد دستها شاکی بود.علایم زایمانی نداشت .

BP=130/90 وسن حاملگی براساس سونوگرافی هفته 16 حاملگی ، 36 هفته و4 روز بود.مادر با دستورات: NST- مونیتورینگ قلب جنین ، تستهای پره اکلامپسی ، شروع سولفات منیزیوم درصورت مثبت شدن آلبومین ادرار وتزریق هیدرالازین درصورت BP>160/110در بخش بستری می گردد.

فشارخون مادر اغلب درمحدوده BP=140-150/90-100 بود.مادرروز بعد ساعت 11:30با بی حسی اسپینال سزارین شده وحاصل عمل نوزاد پسر با آپگار 5-6 ووزن 2750گرم با مکونیوم رقیق وآنومالی (سندروم داون) بود.در طول عمل فشارخون در محدوده ی نرمال بوده ومشکل خاصی نداشت. برای مادر دراتاق عمل مترژین هم تزریق شده بود.مادر بلافاصله بعداز اتمام عمل با فشارخون BP=100/60 به بخش تحویل داده می شود.بعداز تحویل مادر به بخش سولفات منیزیوم شروع می شود. عصر ساعت 18 حدود 5 ساعت بعداز عمل مادر دچار افزایش فشارخون شده وهیدرالازین تزریق می شود.24 ساعت بعداز عمل سولفات منیزیوم قطع می شود.فشارخون سیستولی ثبت شده اغلب بالابوده ودر محدوده BP=140-150/80بود.مادر عصرروز بعد (48 ساعت بعداز سزارین و24 ساعت بعداز قطع سولفات منیزیوم) با فشارخون BP=130/80 بادستورات دارویی متیل دوپا مرخص می شود.طبق اظهار خانواده ، 2روز بعداز ترخیص در منزل حالت تهوع ،تعریق وبیحالی وورم اندامهای تحتانی داشت و2 روزهم بعنوان همراه نوزاد در بیمارستان حضور داشت. مادربرای برداشتن بخیه ها به مطب متخصص زنان مراجعه کرده وایشان به علت بالابودن فشارخون با یادداشت به مطب متخصص قلب ارجاع می دهند ومتخصص قلب با اخذ EKG وبررسی نوارقلب قبلی مادررا مرخص می کند.عصر (ساعت 19:30) (9 روز بعداز زایمان) بصورت ناگهانی دچار تعریق وتنگی نفس شده ومادررا با وسیله شخصی به بیمارستان الف می برند. موقع رسیدن به بیمارستان طبق اظهارهمراهان ، حین انتقال به اورژانس توسط همراهان بی هوش می شود.مادررا با برانکارد به اورژانس می

برند.موقع پذیرش دراورژانس فاقد نبض بوده ،قلب آسیستول ومردمکها دوبل میدریاز بود.بلافا صله عملیات احیا شروع شده و انتوبه می شود .ترشحات ریه خونی بود.مادر به عملیات احیا پاسخ داده وریتم قلب سینوسی می شود.مادر جهت ونتیلاسیون مکانیکی به ICU منتقل می شود.در بدو ورود به اورژانس (ساعت 21): SBP=70 HR=110 O2Sat=60%بود. 15 دقیقه بعد مجدداً ارست کرده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

در اسکن مغز (12 ساعت بعداز فوت) کانونهای هیپردنس در سولکوسهای ناحیه اکسیپیتال راست دیده می شد(احتمال SAH) سایز قلب وعروق بزرگ مدیاستن در حد طبیعی بود.در اسکن اسپیرال شکم کبد ،پانکراس نرمال بود.

تشخیص علت مرگ: تشخیص احتمالی دایسکشن مزمن آئورت ودر اولویت بعدی PTEمی باشد.

اشکالات وارد برپرونده :

- عوامل خطر ابتلابه ترومبوآمبولی دردوره ی بعداز زایمان براساس منابع علمی شامل سن بالای 35 سال ،BMI>30 ،سزارین وپره اکلامپسی درمادروجود داشته وباید برای ایشان ارزیابی خطر وپیشگیری درنظر گرفته می شد.
- متخصص قلب باید به اتفاق متخصص زنان، مادر را بصورت تیمی بررسی می کردند.
- درد قفسه سینه وجابجایی محل آن وکرختی دستها با دیسکشن مزمن آئورت سازگار بوده وباید اکوکاردیوگرافی وCXR انجام می شد.
- به سابقه بیماری قلبی در مادر بیمار توجه نشده است.
- اخذ شرح حال دقیق از خود بیمار توسط پزشک وصرف وقت کافی دربیمارانیکه همکاری چندانی ندارند ویا اطرافیان اجازه صحبت به بیمار نمی دهند بسیار کمک کننده می باشد.

خانم 59

متوفي خانمي است 26 ساله ، ساكن روستاي قمر(عشاير) ، با سواد پنجم ابتدائي ، $G_2P_1Al_1$ ، فرزند اول 22 ماه پيش به روش NVD متولد شده است . برای پیشگیری از آمپول استفاده می کرده است .حاملگی خواسته بود . درطول بارداری 2 بار(هفته 14 و18) توسط بهورز ویک بار توسط پزشک ومامای تیم سلامت مراقبت شده بودومشکل خاصی نداشت .آزمایشات وسونوگرافی بدوحاملگی را انجام نداده بود.

درهفته 35حاملگی بعلت علایم سرماخوردگی شدید(تنگي نفس ، سستي وكرختي اندامهاي تحتاني ، تب و لرز و درد ژنرالیزه و تهوع واستفراغ)که از 3روز قبل شروع شده بود، به متخصص زنان مراجعه و سرپائي درمان ميگيرد ولي بهبودی حاصل نمیشود. یک روز بعد (ساعت 20:45) باشکایت درد اپي گاستر ، استفراغ، تعریق وسیانوز اندامهای فوقانی به بیمارستان شهرستان مراجعه وبااحتمال کاردیومیوپاتی دربخش داخلی بستری می شود.موقع پذیرش علایم حیاتی :BP=100/60 PR=79 BT=37˚c O_2Sat=89 برای بیمار دستورات استراحت نسبی دربستر ، اکسیژن مرطوب 2-10 لیتر دردقیقه ، مشاوره اورژانس قلب ،سفتریاکسون 2گرم هر12 ساعت،انفوزیون پنتوپرازول وآمپول رانیتیدین داده می شودویک عدد آمپول دیکلوفناک سدیم داخل سرم با سرعت 20 قطره دردقیقه انفوزیون می شود.15 دقیقه بعد بیماردچار تنگی نفس ناگهانی می شود وبا اخذ نوار قلبی به مشاور قلب اطلاع می دهند .ایشان اکو کاردیوگرافی اورژانس انجام میدهد ودراکوکاردیوگرافی LVEF=35-40% TR=2+ باگرادیان 30 وبزرگی خفیف قلب راست گزارش شده بود. لخته مشاهده نشده بود. باشک به آمبولی ریه باتزریق 5000 واحد هپارین

،شروع انفوزیون 3-5µg/kg دوپامین و40 میلی گرم لازیکس، بعلت عدم وجودامکانات (؟)بدون هماهنگی به بیمارستان آموزشی درمانی جنرال اعزام میشود. علایم حیاتی موقع اعزام :BP=80/50 PR=79 RR=20 BT=37.

دراورژانس موقع پذیرش (3:26 بامداد) علایم حیاتی :BP=110/70 PR=120 BT=36˚c RR=40 O_2Sat=84% بود.بیمارهوشیار واریانته ولی توکسیک بود وتعریق شدید داشت . از اسهال آبکی شاکی بود.سمع قلب و ریه ها نرمال وتاکیکارد بود . دراندامها موتیلینگ داشت ودرسونوگرافی bedside قلب جنین سمع نمی شد.

دستورات رزیدنت اورژانس : درخواست آزمایشات CBC,PT,PTT,INR,LFT, Cr,BUNوتعبیه سوند فولی وکنترل I/O، انفوزیون دوپامین 10µg/min ،انفوزیون دوبوتامین 10µg/min،انفوزیون 8 واحد پلاکت ،انفوزیون 2 واحد FFP ، سرم نرمال سالین یک لیتر درعرض یک ساعت.

بعلت حاملگي با رزیدنت ارشد زنان مشاوره شده وایشان ذکر می کنند با توجه به پائین بودن پلاکت بیمار وعدم مقدور بودن سزارین ونبود متخصص داخلی درآن وقت روز (ساعت 5:00 بامداد)درمرکز زنان، تیم درمانی از مرکز زنان جهت ختم حاملگی با ایناداکشن ، به بیمارستان جنرال اعزام شود. رزیدنت زنان پس از ویزیت و سونوگرافي مجدد ، درساعت 7:45 شروع به ا یناداکشن بیمارمی کند. درساعت 8:40 بامداد برای بیمار سرم رینگر یک لیتر درساعت orderمی شود.

ساعت 9:00 بیمار دچار کریز هیپر تانسیون می شود وفشار خون به BP=180/100 می رسد . با نظر اتند آنکال زنان سولفات منیزیوم(4 گرم عضلانی State وادامه با1گرم درساعت از طریق میکروست)برای بیمار شروع وانفوزیون دوبوتامین موقتاً قطع می شود.

ساعت 9:30 : بیمار هوشیار واریانته ولی بی قرار است. فاقد علایم severity می باشد. درسمع ریه ها کراکل در2/3 تحتانی هردوریه سمع می شود. درحال ایناداکشن می باشد ورحم انقباضات موثر ندارد.(20*2).خونریزی واژینال ندارد.برای بیماراز بدو ورود به اورژانس 8 واحد واحد پلاکت و2واحد FFPتزریق شده است.

آزمایشات : باردوم ,20 Hb=15 WBC= 20,600 Hct=46 PT=16 PTT=50

INR=1.5 PLT=22,000 BS=90 BUN=84 Cr=2.3

Na=144 K=4 SGOT=265 SGPT=65 ALP=430

CPK=810

ABG PH=7.06 PCO2=58.1 PAO2=24.5 HCO3=16.2 O2Sat=22%

درساعت 9:45 توسط اتند کاردیولوژی معاینه می شود (با سونوگرافی پرتابل) که مشکل حاد قلبی نداشت.

مادرساعت 10:30 به بیمارستان زنان اعزام میشود. هنگام پذیرش (11:20) : بیمار هوشیار و اوریانته بود ، سمع قلب و ریه نرمال بود و علایم پتشی و پورپورا و موتیلینگ درهردو ران بیمار مشهود بود . مخاطات خشك بودند ، کیسه ادرار خالي بود. ملتحمه Pale نبودولي اسکلرا ایکتریك بود . علایم زایماني کامل وپرزنتاسیون بریچ بود . بعد از شروع سولفات منیزیوم با احتمال پره اکلامپسي بیمار تحت مانیتورینگ(دربخشICU)زایمان طبیعي میکند و حاصل زایمان نوزاد پسر مرده پره ترم حدوداً 34-32 هفته وبظاهر سالم (ماسره نبود) بود. مایع آمنیوتیك روشن بود. علایم دکولمان نداشت . عروق بند ناف طبیعي بود . گوشها کمي پائین تراز حد نرمال قرارداشتند . خطوط کف دست نرمال بود.

علايم حياتی : BP= 97/60 , PR=86 , HR= 114 , RR= 22 , BT= 36.5 ˚ c

براي بيمار بنابه صلاحديد مشاور داخلي 2 واحد FFP و 5 واحد پلاكت انفوزيون وCVP Line (فمورال) تعبيه ميشود.به دستور متخصص داخلی برای بیمار گرافی سینه درخواست وآمپول سیپروفلوکساسین 200میلی گرم دوباردرروز ،آمپول وانکومایسین 1g/statوتازوسین 4.5g/TDS شروع می شود.در سونوگرافی شکم(جهت R/O کبد چرب وبقایای حاملگی) کبد نرمال وافزایش شدید ضخامت کیسه صفرا دیده می شد ومایع آزاد شکمی ولگن وجودداشت. ولی در tapشکم مایع خارج نشد. در رحم حدود 10سی سی مایع هتروژن (بقایای حاملگی)وجودداشت. درگرافی سینه پرتابل کدورت آلوئولار هردوطرف همراه با بسته شدن زوایای جنبی بویژه درطرف راست دیده می شد.

بیمار علیرغم دریافت 3 liter مایع ، 160 میلیگرم لازیکس و 5µg/kg دوپامین تا 26 ساعت بعد از بستري برونده ادراری نداشت و بعلت افزایش کراتینین و علایم ادم ریوي مشاوره نفرولوژي شده و بعلت مقاوم بودن به درمان مدیکال توصیه به دیالیز میشود . شب جهت دیالیز به اورژانس مرکز جنرال اعزام وبعداز تعبیه کاتتر فمورال موقت طرف راست دیالیز می شود. درحین دیالیز 2 واحد پلاکت و 4 واحد FFP تزریق شده بود. بعد از دیالیزدوباره صبح به مرکز زنان برگردانده می شود.

ظهربه علت ادماتوبودن وادامه آنوری مشاوره نفرولوژی شده و باتوجه به پائین بودن پلاکت بیمار و افزایش آنزیمهاي کبدي به بخش نفرولوژي منتقل میگردد.

SGPT=73→ 1200 SGOT=334▶ 1600 LDH=3000 Bil total = 8.8

Bil Direct = 4.4 BS= 110 Mg=2.8 Ca= 9.5 Cr=2.9—3

Urea=113 WBC=14,500 Plat= 22,300 Fib= 213 HCV Ab=Neg

10HBS Ag = Neg HIV= Neg PTT=64 Uric Acid=

درهنگام پذیرش در بخش بي قرار بود . سطح هوشياري حالت نوساني داشت ، ملتحمه Pale و اسكلرااپكتريك بود . ادم پري اوربيت داشت . از محل كاتتر CVP خونريزي دارد. BT = 37.6 ˚ c .

براي بيمار پوزيشن نيمه نشسته داده و پالس اكسي متري مداوم ميشود . جهت انتقال به ICU مشاوره درخواست ميشود. كشت خون ، چك الكترولیت ها و هاپتوگلوبولين ، رتيك كانت و CPK ، آمپول سفترياكسون ، وانكومايسين يك گرم هرسه روز ، آمپول تازوسين 2.25g هر6 ساعت ، كنترل I/O ، سونوگرافي كبد و مجاري صفراوي جهت R/O كبد چرب حاملگي ، مشاوره هماتولوژي ، اسمير خون محيطي ، تستهاي روماتولوژي ، C3 , C4 , CH 50 , D.Dimer ، فيبرينوژن ، سديمان ادراري از ديگر دستورات بود.

<u>روز سوم بستری</u> : بيمار بسيار بيقرار است ، هوشياري نوسان دارد ،خونريزي محل CVP دارد . با بيمارستان خصوصي جهت انتقال به ICU تماس گرفته می شودولي بعلت شرايط بيمار پذيرش نمی دهند. براي بيمار دستور پلاسمافرز ، دوپامين و ديالیز به مدت 2 ساعت داده ميشود (با دور 200 K=2 و صافي R_5 ufs =1Lit بدون هپارين.

O2 sat= 96% BP = 100/60 BT= 37.5˚ c PR = 90 RR= 40

درحين ديالیز يك واحد پكدسل ايزوگروپ ، 2 واحد FFP و 6واحد پلاكت ترانسفوزيون ميشود.

در ساعت 8:30 صبح ، ساچوراسيون دچار افت ميشود O2 sat = 79% مشاوره اورژانسي بيهوشي درخواست ميشود.

Hb= 6.6 RR=35 PR= 116 BP=115/70

براي بيمار 5 ميليگرم ميدازولام (Stat) ، 50 ميكروگرم فنتانيل (stat) وسپس 50µg/h انفوزيون می شود .

بيمار توسط رزيدنت بي هوشي در اتاق عمل انتوبه و به همراه انترن و رزيدنت به دياليز منتقل ميشودوبعد از دياليز به MV با مد SIMV PEE=5 وصل می شود.

دستورات بيمار: CXR پرتابل ، پلاسما فرزيس اورژانس - مشاوره اورژانسي جهت انتقال به ICUريه و سونوگرافي اورژانسي از نظر هماتوم كبدي و مشاوره روزانه زنان ، آمپول متيل پردنيزولون 40mg ، TDS كه روز بعد به آمپول هيدروكورتيزون 100 ميليگرم هر6 ساعت Change ميشود. درلام خون محيطي شيستوسيت ديده شده بود. درسونوگرافي كبد هماتوم نداشت .

بيمارساعت 15:20 به ICU ريه منتقل ميشود . بيمار هوشياراست از محل كاتتر CVP خونريزي دارد كه با پانسمان فشاري نيز كنترل نميشود . توسط رزيدنت بخيه زده می شود.

<u>روز هفتم بستری :</u> بيمار تا حال 5 بار پلاسمافرز و 5 نوبت دياليز شده است . برونده ادراري ندارد و بي قرار است . تب دار ميباشد . ساچوراسيون متغيراست بيمار بعد از دياليز دچار افت شديد ساچوراسيون O2 sat = 7% ميشود ولي باساكشن ترشحات و تغيير Setting ونتيلاتور اصلاح ميشود.

BT= 39.8 c BP=110/60

Hb= 8.8 Plat= 41,000 Cr=8.3 Urea= 318

SGOT=39 SGPT=13 Bil= Total = 1.8 , Direct = 1.6 Mg = 2.6 K=4. 8

Na=143 Ca=9.2 LDH= 3824

درمشاوره نفرولوژي دستور دياليز يك روز درميان و ادامه پلاسمافرزيس توصيه ميشود . تازوسين D.C وايميپنم 500mg دوباردرروز شروع ميشود. براي بيمار اكو كارديوگرافي انجام ميدهند كه مشكل خاصي نداشته است EF=62% . بعلت ترشحات فراوان و خوني درخواست برونكوسكوپي ميشود . در برونكوسكوپي ضايعه آندوبرونكيال نداشت و ترشحات فراوان در شاخه چپ داشت كه ساكشن می شود .

<u>نهمین روز بستری</u> : بيمار بي قرار است . روزانه پلاسمافرزيس و يك روز درميان دياليز ميشود – علايم حياتي Stable است .

ALb= 2.8 Hb = 8.3 PR= 85 BP=120/70

بيمار دچار خونريزي دستگاه گوارش شده است (بصورت ملنا و هماتز) . در آندوسكوپي ازوفاژيت شديد همراه با oozing ، در فوندوس ترشحات صفراوي فراوان و در رينگ پيلور اريتم شديد همراه با اروزيون وجود داشت . تب بيمار قطع شده است . عليرغم سديشن با ميدازولام 4mg/h و فنتانيل 100µg/h بي قرار است . دوز فنتانيل رابه 150µg/h ميرسانند. و ديازپام PRN استفاده ميشود. انفوزيون پنتاپرازول 8mg/h ادامه دارد.

<u>روز یازدهم بستری:</u> *به* علت بيقراري و افت فشار و ساچوراسيون آمپول Levophed (لوفد) 5µg/h شروع می شود.

روز دوازدهم بستري **(بعد اززايمان) : بيمار دوباره تب دارشده است ، تاكي كارد است . 2.5 mg آمپول وراپاميل تزريق ميگردد. مردمكها دوبل ميدر باز و رفلكس ضعيف به نور دارند. فشارخون عليرغم دريافت نورآدرنالين 70/40 =BPميباشد. درزمان تعويض شيفت دچار براديكاردي و سپس آستيول شده و به عمليات احيا پاسخ نمی دهد.**

درطول بستري مجموعاً 16 واحد پلاكت ، 48 واحد FFP ، 8 واحد پكدسل و 10 واحد كرايو دريافت كرده بود .

آزمايشات : روز اول بستری

SGPT=73 SGOT=334 Bil=8.8 Bil Direct= 4.4 LDH=3989

CT=6.10 BT=4.15 PT=49 Fibrinogen=213 Hb= 6.3

آزمايشات : روز چهارم بستری

Mg= 3 LDH= 43/4 P= 4.2 Alb=2.6 SGPT=24 SGOT=95

Bil Direct = 1.4 Bil = 2.5 (total) Urea = 207 Cr= 7.5 يون Ca=1.13

آزمايشات : روز هفتم بستری

Bil Direct=1.6 Bil = 3.4 LDH= 3824 SGPT= 13 SGOT = 39

پاراكلينيك : اكوژنيسته پارانشيم كليه ها افزايش يافته و مايع آزاد شكمي در گرافي شكم گزارش شده بود .

سی تی اسکن اسپیرال مغز (روزنهم بستری): ضایعه پارانشیمال مغزی دیده نشدوسیستم بطنی طبیعی است.

درسی تی اسکن اسپیرال ریه ومدیاستن بدون تزریق ،کدورتهای آلوئولار درهر دوریه با برونکوگرام هوایی درمتن آنها رویت شدوشدت گرفتاری درریه راست بیشتراست مقداری مایع درفضای جنبی دوطرف با کاهش حجم ریه درچپ با جابجایی قلب به سمت چپ رویت می شود. انتهای لوله تراشه وارد ریه راست شده است. (روز ششم بستری)

تشخيص علت مرگ : DIC درزمينه ؟؟

توضیحات :

- **مراقبت نامرتب**
- **Missedشدن بیمار توسط متخصص زنان درمراجعه اولیه(بیمار از همان روز اول باید بستری می شد)**
- **عدم مشاوره زنان درزمان بستری دربیمارستان شهرستان (تمام مادران باردار به هر دلیل بستری شوند باید مشاوره زنان داشته باشند)**
- **بیمار موقع پذیرش دراورژانس مرکز آموزشی درمانی جنرال درگیری مولتی ارگان داشته ونبایستی به مرکز دیگر ریفر می شد .**
- **دادن لازیکس بادوز بالا وسولفات منیزیوم وسرم رینگردربیماری که تقریباً GFR =0 دارد کار اشتباه می باشد .**

خانم 60

متوفی خانمی است 42 ساله ، ساکن روستای اصلی ، $G_5P_3Ab_1$ ، سابقه ترومبوسیتوزاز حدود 5 سال قبل و تحت نظر فوق تخصص خون ، سابقه یکبار سقط و سه بار زایمان طبیعي كه يكي از نوزادان بعلت ناهنجاري بعدازتولد فوت شده است. حاملگی ناخواسته بود.

براي پيشگيري از بارداري از IUD استفاده ميكرده وسه سال قبل در بخش خصوصي در آورده بود وچون گفته بودند كه شما باردار نخواهيد شد به همين علت از روش منقطع استفاده مي نمود. مادر بعلت مصرف دارو براي بيماري زمينه اي وسابقه ناهنجاری درفرزند قبلی ، اقدام به سقط قانوني كرده ولی پزشكي قانوني تائيد نكرده بود.

زمان شروع مراقبتها هفته 9 بارداری ميباشد و به علت بيماري زمينه اي در كلينيك حاملگيهاي پرخطر وفوق تخصص خون نيز مراقبت می شده است.آخرين مراقبت انجام شده يكماه قبل بوده و مشكل خاصي نداشت(BP=120/80 بود).

آزمايشات اوايل حاملگی :Hb=13.9 Hct=38.2 PLT=765,000 Cr=0.6

وسونوگرافي ا وايل حاملگی مشكلی نداشت.درطول مراقبت فشارخون درمحدوده BP=100/70 بود.مادربرای ترومبوسيتوزيس هيدروكسی اوره مصرف می كرده وتاماه سوم حاملگی نيز ادامه داشت. جهت تصميم گيری درمورد ادامه درمان به متخصص خون ارجاع می شود وايشان پاسخ می دهند بيمارفعلاً نياز به دارو نداردوتنها پيگيری ماهانه نياز دارد. درمراجعات بعدی آمپول اينترفرون تجويز شده بود (روزهاي زوج هفته تزريق ميشد). مادر درهفته 28به علت پلاكت بالا توسط كلينيک حاملگی پرخطر به متخصص خون (پزشک معالج)جهت تصميم گيری برای شروع آنتی كواگولانت ارجاع می شودوايشان پاسخ می دهند با توجه به پلاكت زير 500,000 فعلاً نياز به آنتی كواگولانت ندارد.

آزمايشات نوبت دوم حاملگی Hb=11.3 Hct=35.8 PLT=466,000 U/A: Pro=Trace Glu=Trace

مادردر هفته 33 حاملگی حوالی ساعت 13 خانه را ترك می كند. درساعت 14:30 خانواده متوجه غيبت ايشان شده وشروع به جستجو می كند وحدود ساعت 15 ايشان را در مسير منزل درحاليكه بيهوش افتاده ولي بدنش گرم بود پيدا می كند.بلافاصله با اورژانس 115 تماس می گيرند ولی منتظررسيدن آمبولانس نشده وبلافاصله با وسيله شخصي به طرف بيمارستان حركت می كنندو در بين راه مادر را به آمبولانس منتقل می كنند. تكنسين اورژانس می گويد مادرفوت كرده و بدون اقدامي به اورژانس بيمارستان می رساند و درآنجانيز می گويند مادر حدود يكساعت قبل فوت شده است.

فاصله روستا تا بيمارستان حدود 40 دقيقه می باشد.

تشخيص علت مرگ : نامعلوم

خانم 61

متوفی خانمی است 29 ساله ، ساكن شهر ،ديپلم ، G_1P_0 ,BMI =24، سابقه تشنج از كودكی و تحت درمان با فنوباربيتال وكاربامازپين . حاملگی خواسته بود.

مراقبت پيش از بارداری انجام شده ومادرجهت تغيير داروها به متخصص مغز واعصاب(پزشک معالج) ارجاع شده بود . بعداز بارداری در هفته 12 يكبار توسط ماماويكبارتوسط پزشک درمركز بهداشت مراقبت شده است. دربخش خصوصی نيز تحت مراقبت متخصص زنان ومتخصص مغز واعصاب بود. در آزمايشات وسونوگرافي ا وايل حاملگی مشكلی نداشت. . بعدازحاملگی متخصص مغز واعصاب داروهای ماددرا به فنوباربيتال ،لاموترژين تغيير داده بود. دراوايل بارداری ماددچار حمله شده و2 روز دربيمارستان بستری وبارضايت شخصی مرخص می شود . بعداز ترخيص از بيمارستان به متخصص مغز واعصاب در شهرستان مراجعه می كند وايشان سرترالين واينددرال را به داروهای ضد تنشج اضافه می

کند. 4روز بعداز اتمام داروهای سرترالین وایندرال مادربه پزشک معالج مراجعه می کند . پزشک معالج باوجود اصرار مادر، به دلیل اینکه سرترالین وایندرال برای مادربباردار مضر است ،این داروها را نسخه نمی کند. چهارروز بعد (هفته 14-13 حاملگی)مادر ساعت 6:45 بامداد بصورت بی هوش توسط همراهان به اورژانس بیمارستان شهرستان آورده می شود(طبق اظهارهمسرمتوفی، مادرساعت 6:25میگفت بیحالم وبرایش آب قنددادم بعداز خوردن نصف لیوان بی هوش شد.دندانهایش قفل شده بودولی دست وپا نمی زد واین حالت حدود 5 دقیقه طول کشید.بی اختیاری ادرارنیز داشت). موقع ورودبه اورژانس بیمارستان فاقد علایم حیاتی بود. اندامها سرد وسیانوزه بود.مادربلافاصله به اتاق CPR منتقل وکد احیا زده می شود.بیمار انتوبه شده وعملیات احیا شروع می گردد.درساعت 7:30 قلب وعلایم حیاتی برمی گردد.

علایم حیاتی : BP=110/80 PR=90 GCS=4-5

مادر جهت مراقبت بیشتر با همراهی متخصص قلب وبا آمبوبگ ساعت 8:10 به ICU منتقل می شود.درزمان پذیرش درICU ،فشارخون غیر قابل اندازگیری بود. مادر به ونتیلاتور با مد SIMV وصل شده روی درمان دوپامین با دوز 10µg/kg/min وپروتکل آمیودارون گذاشته میشود.فشارخون افزایش یافته ودر حد SBP=120-140 نگه داشته می شود.برای مادر مشاوره زنان درخواست می شود.متخصص زنان مادر را ویزیت کرده وسونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت جنین درخواست می کند. درسونوگرافی پرتابل جنین زنده با ضربانات قلبی نامنظم FHR=90 وبرادیکاردومایع آمینوتیک نرمال گزارش شده بود.دراکوی قلبی (Post CPR): EF=45% سایز حفرات قلبی نرمال بود.

درABG : PH=7.15 PCO2=63 HCO3=21.7 (ساعت انجام آزمایش10:40بودو قبل از آن ساعت دستگاه ABG خراب بود).باتوجه به اسیدوز تنفسی با متخصص داخلی مشاوره می شود وایشان تلفنی دستور می دهد ریت تنفسی درونتیلاتوراز 12به14 افزایش یابد.

مادر ساعت 12:10 به علت نبود نرولوژیست درشهرستان با هماهنگی ستاد هدایت به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شودوداوژانس بیمارستان مقصد فوت می کند. در ICU فشار خون درمحدوده BP=120-140/100 و PR= 110-140 برون ده ادراری درحدود 500cc بود.

جواب آزمایشات : U/A=Normal BS=214 BUN=22 Cr=1.2 CPK=3850 CK-MB=863

SGOT=1065 SGPT=35 Troponin=pos WBC=33,000 Hb=16.5

Hct=48 PT=13 INR=1.1 PTT=26.3 Ca=8.5

جسدمادر جهت اتوپسی تحویل پزشکی قانونی می شود.تشخیص علت مرگ : تشنج تونیک سبب نارسایی تنفسی درمادر شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

- درحاملگی باید دوز داروهای ضدتشنج افزایش یابد(به علت کاهش سطح سرمی داروها) وکاربامازپین را می توان ادامه داد.

خانم 62

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن شهر ،BMI=38 ، G_2P_1 .سابقه یکبار سزارین 9سال پیش و سابقه فشارخون حاملگی درباردار اول ،حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری ازهفته 5دربخش خصوصی شروع شده وتوسط متخصص زنان مراقبت شده بود .غیر از کم خونی خفیف مشکلی نداشت.طبق اظهار اطرافیان نامبرده در هفته 28 حاملگی با شکایت تنگی نفس ،خلط خونی ،میالژی وضعف وبی حالی به بیمارستان الف مراجعه کرده واز آنجا با احتمال آمبولی ریه به بیمارستان ب ارجاع می شود.موقع مراجعه به اورژانس بیمارستان ب (ساعت 22:56): مادر از تنگی نفس ،سرفه ،طپش قلب وسردرد شاکی بود.سابقه تماس با مسافری از عراق وعلایم سرماخوردگی ،میالژی، سرفه وتب ولرز را از حدود یک هفته قبل را می داد که درمراجعه به پزشک آزیترومایسین دریافت کرده بود ولی بهبودی نداشت وهمچنین سابقه 3 بار اپیستاکسی در 2 روز اخیروکاهش وزن 5 کیلو رامی داد.علایم حیاتی : BP=140/90 PR=135 RR=28 BT=38.2آگزیلاری O2Sat=90%

درمعاینه هوشیار واریانته بود .ill بود ولی توکسیک نبود.درسمع ریه ها کراکل فاین در قاعده هردوریه داشت.لنفادنوپاتی وارگانومگالی نداشت.برای مادر CXR با شیلد شکمی درخواست می شود. درگرافی کانسالیدیشن در لوپ تحتانی هردوریه داشت .مادر با تشخیص پنومونی در بخش عفونی بستری می شود.دستورات بخش :آمپول سفتریاکسون-کپسول آزیترومایسین250mg/d -آمپول هپارین 5000IU/TDS/S.C –درخواست آزمایشات CBC with diff,Cr,Urea,Na.K,BS,U/A,U/C,ESR,CRP,LFT,B/C –ارسال سه نمونه خلط برای T.B –شربت دیفن هیدرامین وقرص استامینوفن.

دربخش BT=39.2 آگزیلاری اندازه گیری شده بود.

جواب آزمایشات : Cr= 0.6 Urea=20 BS=143 Hb=11.3 Hct=34 WBC=7300

PH=6 WBC=3-4 Protein= 1+ : U/A PLT=226,000 Neut=89%

مادر حدود ساعت30: 23روز بعدبصورت ناگهانی دچار درد شکم (ناحیه LUQ)،درد سینه وافزایش تنگی نفس می شود. تاری دید وسردرد نداشت.

علایم حیاتی : BP=110/70 PR=110 RR=35 BT=37.5

برای مادر نوار قلبی ،پالس اکسی متری مداوم واکسیژن با کانول بینی Order می شود. درپالس اکسی متری O2Sat=94 %بااکسیژن و O2Sat=85% بدون اکسیژن بود.درنوارقلبی تاکی کاردی سینوسی داشت. برای مادر آنالیز ادرار ومشاوره داخلی درخواست می شود.

مشاور داخلی با احتمال بالاتشخیص PTE وشروع ARDS رامطرح می کند ودستورات :آمپول انوکساپارین 80mg/S.C/Bid –چک تستهای PT,PTT,INR و تستهای واسکولیتی –CT آنژیوگرافی عروق پولمونری با شیلد شکمی - ABG اورژانس وانتقال به ICUرا پیشنهاد می دهد.

مادر ساعت 1:20بامداد به ICU منتقل می شود. درICU برای مادر$O_2$5L/minباماسک ، آمپول هیدروکورتیزون-اسپری سالبوتامول-اسپری آترونت-شربت برم هگزین ودکسترومتورفان واستامینوفن کدئین هر8 ساعت وآمپول مروپنم تجویز می گردد.

در اکوکاردیوگرافی بدساید EF=60% بود.درABG: PH=7.31 PCO2=41.2 HCO3=21

به علت بالا بودن ریت تنفسی RR=60درساعت 2 بامداد میزان اکسیژن به 10لیتر (با ماسک Reservoir Bag)افزایش داده می شودوبااین اقدام ریت تنفسی تا حدRR=25 کاهش می یابد.

برای مادر مشاوره زنان درخواست می شود و ایشان با توجه به NSTوFHR نرمال واسکار سزارین توصیه می کند برای مادر سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکال انجام داده وآمپول بتامتازون 12میلی گرم دردودوز تزریق شود واگر ختم حاملگی به نفع مادر باشد اعلام گردد تا تصمیم گیری گردد.

به علت افت ساچوراسیون O2Sat=84% بااکسیژن و O2Sat=74% بدون اکسیژن در ساعت11:50 انتوبه شده وبه ونتیلاتوربا مد SIMV وصل می گردد.درساعت 15 به علت افت فشارخون تاحد BP=85/40 نیم لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون می گردد. برای مادر مشاوره ریه درخواست می شودومشاور پیشنهاد می کند باتوجه به عدم امکان انجام برونکوسکوپی درآن بیمارستان وCare بهتر ،مادر به بخش ICU ریه منتقل شود.

جواب آزمایشات (WBC=9300 Neut=81.8% Hb=11.1 PLT=281,000 PT=13 INR=1.2 PTT=55

SGOT=82—185 SGPT=53—110 ALP=410 LDH=1077 BIL=0.8

مادرانتوبه با آمبوبگ وهمراهی انترن ساعت 19 به بیمارستان ج منتقل می شود.طبق اظهار همراهان مادر درمسیر سیانوزه شده بود.بیمار ساعت 19:15 مستقیماً به ICU ریه انتقال داده می شود.موقع پذیرش در ICU ریه ساچوراسیون اکسیژن بسیار پایین داشت(O2Sat=15-20%).بلافاصله به رزیدنت اطلاع می دهند وایشان لوله تراشه را که درمسیر اعزام جابجا شده بود تعویض میکند.ساچوراسیون تاحد 50% افزایش می یابد. بعد از وصل به ونتیلاتور وسداسیون کافی ساچوراسیون افزایش یافته وبا اکسیژن صد درصد به O2Sat=83-90%می رسد.مردمک ها ایزوکوریک (3میلیمتر)وراکتیوبود .دستورات ICU ریه : آمپول مروپنم –آمپول انوکساپارین (هپارین)-رزرو4 واحد پکد سل کراس مچ شده به علت افت هموگلوبین (Hb=9.5)-شستشوی معده به علت ترشحات Coffee ground -آمپول لازیکس 40mg Stat-آندوسکوپی+دستورات بیمارستان ب

<u>*روز دوم بستری درICU ریه)*</u>:بیمارسدیت است.علایم حیاتی Stable می باشد.بااکسیژن صددرصد O2Sat=85-88%وتبدار است BT=38.3.درCXRنمای برونکوپنومونی دارد(کانسالیدیشن های متعدد درقاعده هردوریه وجوددارد).کارکرد کلیه نرمال است وترشحات NGT Clear می باشد.درسونوگرافی جنین زنده وFHR =185 ، پرزنتاسیون بریچ ،میزان مایع نرمال ودر پروفیل بیوفیزیکال 4 از 8 می باشد.سن جنین 27 هفته وشش روز می باشد.

<u>*روز سوم بستری درICU ریه)*</u>:فشارخون پایین وقلب تاکیکارد است (BP=90/47 PR=135 آگزیلاری BT=39.5

O2Sat=79%) .نیم لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون می گردد.به علت تب بالا مشاوره عفونی درخواست شده و مروپنم قطع وسفپیم و وانکومایسین به دستورات دارویی اضافه می شود. برونکوسکوپی انجام شده ونمونه برای T.B ، سیتولوژی ، قارچ وکرونا ویروس ارسال می گردد. برای ختم حاملگی رزیدنت زنان با اتند بخش ICU ریه تماس می گیرند وایشان توصیه می کنند برای انجام سزارین نیاز به Stable شدن علایم حیاتی مادر می باشد (انجام زایمان واژینال باتوجه به سابقه سزارین وپرزنتاسیون بریچ جنین خطر ناک می باشد). مشاور عفونی توصیه می کند بعداز ختم حاملگی سیپروفلوکساسین وکوتریموکسازول تجویز گردد.عصر مادردچاراولیگوری می شود. برای مادر مشاوره روماتولوژی درخواست کرده ومشاورپیشنهاد می کندپردنیزولون 1.5-3mg/kg/d ودرصورت تائید خونریزی ریوی وادامه مشکل ریوی بیمار پلاسمافرز شروع گرددو درصورت پیشرفت علایم وR/O عفونت ،پالس تراپی کورتون در 3 نوبت انجام گیرد.

<u>*روز چهارم بستری درICU ریه:*</u> بیمارهمچنان تبدار است.کلیه ها آنوریک می باشد.فشارخون نرمال وقلب تاکیکارد است.PR=120.ساچوراسیون با کاهش Fio2 کاهش می یابد . باتوجه به افزایش کراتینین Cr=1.6 کاتتر وریدی برای انجام احتمالی دیالیز تعبیه می شود.دردستورات دارویی سفپیم قطع شده ومروپنم ومتیل پردنیزولون 60mg/TDS اضافه می شود.

روز پنجم بستری در ICU ریه):هوشیاری در حد Deep Coma است. تب دار نیست. رزیدنت متوجه گانگرن انتهای انگشت دوم دست راست شده ومشاوره کاردیولوژی جهت R/O اندوکاردیت درخواست می شود. در اکوکاردیوگرافی TEE وژتاسیون مشاهده نمی شود. سایریافته ها: سایزRVکمی افزایش یافته و RAنرمال بدون TRو MR ، LVH ودیلاتاسیون IVC (IVC=2) و%EF=55-60.

با توجه به ادامه آنوری وروند افزایشی کراتینین یک نوبت دیالیز می شود.بعداز دیالیز ادم بیمار کاهش یافته وساچوراسیون بهتر میشود O2Sat=94%.درسونوگرافی، سایز کلیه ها بزرگ همراه با هیدرونفروز خفیف گزارش شده بود.

روزهشتم بستری در ICU ریه):هوشیاری تغییری نکرده است.تبدار نیست ترشحات لوله تراشه چرکی وخونی است وساچوراسیون اکسیژن کاهش دارد.O2Sat=88% ترشحات NGTقهوه ای می باشد. به علت عدم افزایش ساچوراسیون با PEEP=25 جهت تعبیه C.T به منظورپروفیلاکسی پنوموتوراکس مشاوره جراحی انجام گرفته و C.T دوطرفه تعبیه می شود.درطرف راست پنوموتوراکس خفیف وجود داشت.ظهر تصمیم به ختم حاملگی گرفته می شود وباتوجه به وابستگی شدید مادر به ونتیلاتور، باونتیلاتور پرتابل به اتاق عمل منتقل می شود. مشاور نفرولوژی اسپری دسموپرسین 4پاف Stat و4 پاف قبل از عمل توصیه می کند.مادر با GCS=6 BP=110/80 PR=130 BT=38وارد اتاق عمل می شود.عمل راس ساعت 13:30با بیهوشی عمومی وبرش LMLشروع شده وحاصل، نوزاد پره ترم با آپگار7/8 ومایع اغشته به مکونیوم غلیظ وپرزنتاسیون فرانک بریچ بود .مادرساعت 15:40تحویل بخش داده می شود. بعد از ختم حاملگی ، علایم حیاتی وساچوراسیون بهتر می شود. باتوجه به Cr =8.4 Urea=175یک نوبت دیالیز می شود .

روز نهم بستری در ICU ریه): علایم حیاتی Stable است (BP=120/87 PR=104 BT=37.2 O2Sat=90%

کلیه ها آنوریک است.مادر درساعت 21:35 بطور ناگهانی دچار برادیکاردی شده(PR=10-15) با عملیات احیا برمی گردد و10دقیقه بعد تاکی کارد شده (PR=185-190) وایندرال تزریق می گردد .ساعت 22مجدداً برادیکارد شده ونهایتاً ساعت 22:50 فوت می کند.

PTT=37 PT=12.0 PLT=285,000 WBC=24,100 Hb=9.3 Seg=82%

SGOT=71 CRP=2+ ESR(1h)=43--114 Urea=28 Cr=1.6 INR=1.0

Alb=3.9 Direct Bil=0.8 Bil=1.4 LDH=1461 ALP=386 SGPT=63

Anti Phospholipid(IgG,IgM)=Neg Anti Cardiolipin(IgG,IgM)=Neg*

Anti ds DNA= Neg HBS Anti GBM=0.6) ANA=0.32(Neg

Ag=Neg

B/C=Neg CH50=199 C4=17 C3=122 P-ANCA=0 C-ANCA=0

AFB=Neg Bronchial Washing=Neg

درسدیمان ادراری: RBC=many RBC=2-3دیسمورفیک Granular Cast=1-2

آزمایش کروناویروس وآنفلوانزای H1N1 منفی بود.

تشخیص علت مرگ : ARDS ونارسایی چند ارگان درزمینه پنومونی شدید- تشخیص افتراقی:خونریزی برونکوآلوئولر

توضیحات اعضای کمیته:

1. برای انتوباسیون دیر اقدام شده است. در ICU درزمان افزایش ریت تنفسی تاحد PCO2=40, RR=60 برای جلوگیری از خستگی تنفسی باید انتوبه می شد.
2. نحوه انتقال مادر از بیمارستان اول به بیمارستان دوم صحیح نبوده ومادر درمسیر به علت جابجایی لوله تراشه دچار افت ساچوراسیون شده است.دراین موارد باید رزیدنت ویاپزشک مسئول بیمار ویک پرسترارمراقبت ویژه ویا تنکسین بی هوشی با تجربه همراه مادر باشد وهمچنین اعزام مادر درساعات خلوت مسیر انتقال صورت گیرد.

خانم 63

متوفی خانمی است 36 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، سابقه 9 سال نازایی اولیه ودوبارلاپارسکوپی ومیومکتومی ،سابقه مصرف ایندرال به علت طپش قلب ،سابقه کمبود فاکتور 7و تحت نظر فوق تخصص خون.مادر تحت نظر فوق تخصص نازایی حامله شده ودرطول بارداری نیز تحت مراقبت ایشان قرار داشته است.

مادر یکبار به علت ویار حاملگی دربیمارستان آموزشی ویکبار در هفته 35 به علت درد زیر شکم ودرد کمر با تشخیص زایمان زودرس دربیمارستان خصوصی بستری وتحت نظر بوده است. نامبرده درهفته 37 حاملگی به علت شروع درد های زایمانی به پزشک معالج مراجعه وجهت سزارین دربیمارستان بستری می شود.هنگام پذیرش علایم حیاتی درمحدوده نرمال بود.عمل راس ساعت 16:40 با بی هوشی عمومی شروع وحاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار 8/10 ووزن 3380گرم بود.درطول عمل BP=150-140/90و PR=100 بود.طبق دستور متخصص خون،FFP قبل از عمل 4 واحد وبعداز عمل 3 واحد هر 12 ساعت تزریق می شود. مادر درطول عمل مشکل خاصی نداشت وخونریزی درحد طبیعی بود. دستورات بعد از عمل : کنترل علایم حیاتی – سرم سنتو-آمپول سفازولین –آمپول مسکن درصورت نیاز –تزریق فاکتور 7 طبق دستور.ولی نیازی به تزریق فاکتور پیدانمی کند.*طبق اظهار خانواده*، مادرروز دوم بستری حوالی ساعت 4 بامداد(10ساعت بعداز عمل) دچار طپش قلب وتنگی نفس شده واز بیمار نوار قلبی گرفته می شود وگفته می شود مشکلی وجود ندارد. بادادن اکسیژن حال مادر تاحدودی بهتر می شودولی ناراحتی مادر بصورت سرفه واحساس خفگی در حالت دراز کش ادامه داشته است(درپرونده شکایت مادر ویا دستور اخذ نوار قلبی وجود نداشت).مادر 36ساعت بعدازعمل بارضایت شخصی مرخص می شود .درپرونده علایم حیاتی مادر در طول بستری وهنگام ترخیص درمحدوده طبیعی ثبت شده است.BP=110/70 PR=78 RR=17

آزمایشات: Hb=12.6 Hct=37.4 PLT=290,000 FBS=68 Cr=0.6 BUN=19 BG=B+

2روز بعداز ترخیص ساعت 5:35 بامداد مادربا شکایت طپش قلب وتنگی نفس به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند.درهنگام پذیرش مادرهوشیاروواریانته وبی قراربود.از درد سینه وتنگی نفس شاکی بود.ادم اندامهای تحتانی راداشت. علایم حیاتی :BP=140/80 PR=90 RR=18 O2Sat=86%بدون اکسیژن وبا اکسیژن O2Sat=94%بود.مادرساعت 5:50 با ویلچیرجهت معاینه وبررسی مامایی به اتاق زایمان فرستاده می شود.بعداز ویزیت مادر توسط ماما واطلاع به متخصص زنان(پزشک معالج)ایشان تلفنی دستور می دهند بیمار جهت ویزیت متخصص داخلی بستری شود. مادر به اورژانس برگردانده شده ودستورات سرم EKG– 2/1،3/3 واکسیژن 3L/m تجویز می شود. پزشک اورژانس

بافوق تخصص ریه مشاوره تلفنی کرده ومادر با احتمال PTE ، ساعت 6:50 با برانکارد به ICU فرستاده می شود.بعداز ورود به ICU مادر تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار گرفته وپس از تهیه نمونه برای آزمایش، انفوزیون هپارین شروع می شود. درشرح حال اخذ شده توسط پزشک ICU یافته های بالینی :فریکشن راب درقاعده ریه راست ،ارتوپنه ،تاکیکاردی وادم 3-2+ دراندامهای تحتانی وعلایم حیاتی : BP=162/110 PR=95 RR=19 BT=36.5 قید شده بود.

دستورات ICU: CBR - رژیم کرونری-سرم 2/1،3/3-اکسیژن 3L/m باماسک رزروار- ABG اورژانس -درخواست آزمایشات -تعبیه سوند فولی - CXR پرتابل –قرص متورال 25mg/bid –آمپول هپارین 1000IU/h با کنترل PT,PTT ,INR-آمپول لازیکس20mg/q12h – آمپول هیدروکورتیزون100mg/TDSواطلاع به فوق تخصص ریه.طبق یادداشت پرستاری مادر بی قرار بود.وضعیت خوابیده راتحمل نمی کرد واجازه تعبیه سوند فولی رانداد (دیورز داشت).

در CXR پرتابل بزرگی قلب درناحیه بطن چپ وپهن شدگی مدیاستن گزارش شده بود ودر ABG ساعت 7بامداد: PH=7.48 PCO2=24 HCO3=17.9 O2Sat=94% باFIO2=33% بود.

لازم به ذکر است بخش ICU داخلی بیمارستان، پزشک مقیم نداشته ودستورات اولیه بیمار توسط پزشک عمومی کشیک شب CCU با هماهنگی فوق تخصص ریه (مسئول بخش) نوشته شده وایشان بعداز پذیرش مادر، بخش را ترک کرده بودند.

فوق تخصص ریه ساعت 11:30مادر راویزیت کرده وبا تشخیص های (کاردیومیوپاتی post partum ویا PTE)دستورات : انوکساپارین 60میلی گرم هر12ساعت –انفوزیون آمپول لازیکس باپمپ 2mg/h –مشاوره قلب –سی تی آنژیوگرافی عروق ریه-ویزیت فوق تخصص خون-متورال 25mg/TDS –هیدروکورتیزون50mg/q6h -اسپری سروتاید هر12ساعت 2 پاف-اکوکاردیوگرافی را Order می کند. دوز اول انوکساپارین ساعت 12تزریق می شود.ایشان مجدداً حوالی ساعت 12:30 مادرراویزیت می کند.طبق یادداشت ایشان بیماربدحال بود.تاکی کاردی وتاکی پنه داشت.ترشحات کف آلود از دهان خارج می شدواقدام به انتوباسیون مادر می کند.

مادرساعت 13:15دچار ارست قلبی تنفسی شده وعملیات احیاباحضور فوق تخصص ریه وبی هوشی شروع می شود.برای مادر سوند فولی تعبیه شده وآمپول دیگوکسین-لازیکس 40mg/Stat–آدرنالین-آتروپین-لئوفد تزریق می شود.متاسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده وساعت 14:15 فوت می کند. هنگام مراجعه مشاور قلب ، مادر درحال احیابود. جسدمادرجهت اتوپسی به پزشکی قانونی تحویل داه می شود.دراتوپسی آمبولی ریه ردشده وعلایم ARDS گزارش شده است. درگزارش تکمیلی نارسایی قلبی ریوی علت مرگ نوشته است.

جواب آزمایشات : WBC=10,700 Hb=11.5 PLT=311,000 PT=16.2 PTT=34 INR=1.6 D.Dimer=0.7 ESR=49 FBS=100 Cr=0.8 Chol=295 HDL=63 TG=158

ABG (ساعت13:30) : PH=7.23 PCO2=32 HCO3=14.7 O2Sat=65%

تشخیص علت مرگ : کاردیومیوپاتی پری پارتوم

توضیحات اعضای کمیته:

1. به علایم بیمار در روز دوم بستری (طپش قلب وارتوپنه) توجه نشده ومرخص شده است.
2. افزایش فشارخون ممکن است Reactive بوده وردکننده کاردیومیوپاتی نمی باشد.

3. درادم ریه کاردیوژنیک حداقل دوز لازیکس 80میلی گرم می باشد ودادن β .blocker (متورال) ممکن است سیر ادم کاردیوژنیک را تسریع کند.
4. وجود فریکشن راب وESR بالا احتمال وجود بیماری زمینه ای را مطرح می کند.
5. نوار قلبی نرمال در ابتدای پذیرش ونبود سینوس تاکیکاردی گمراه کننده بود بااین وجودادم ریه در CXR مشهود بوده ولی متاسفانه مورد توجه واقع نشده است.
6. اکوکاردیو گرافی در مورد بیمار کمک کننده بوده است وبه نظر می رسد اگر زود تشخیص داده می شد،احتمالاً مادر زنده می ماند(میزان مورتالیته کاردیومیوپاتی پری پارتوم در بهترین شرایط مراقبت 30-20% می باشد.)

خانم 64

متوفی خانمی است 19ساله ، ساکن شهر ، $G_2P_0Al_0$، سابقه سقط دوماه قبل ازبارداری اخیر.سابقه بیماری مادرزادی قلبی (آنورت هیپو پلاستیک)وکوارکتوپلاستی وتعبیه استنت آنورت یکسال قبل را دارد(خانواده به علت ضعف وبی حالی از حدود سه سال پیش بیماررا به پزشک می برند ومتوجه بیماری قلبی ایشان می شوند) .تا6 ماه بعدازتعبیه استنت آسپرین بچه مصرف می کرده است. به علت تمایل به بارداری از هیچ روش کنتراسپشن استفاده نمی کرد. حاملگی اخیرخواسته بود.مراقبت دوران بارداری درمرکز بهداشت بصورت نامرتب (بعنوان مادرپرخطر مراقبت ویژه نشده بود) ودرمطب خصوصی متخصص زنان بوده ویکبار هم دردرمانگاه پرخطرمرکز دانشگاهی توسط یکی از اساتید پریناتولوژیست مراقبت شده بود(بیست روز قبل از زایمان).آزمایشات وعلایم حیاتی موقع پذیرش دردرمانگاه : BP=100/70 PR=126 BW=80Kg

Hb=12.7 Hct=39 BUN=Normal Cr=0.6

دراکوکاردیوگرافی همراه بیمار Mild to Moderate AS و EF=60% گزارش شده بود.

با توصیه پزشک معالج باشروع دردهای زایمانی وآبریزش ساعت 7:30 صبح به مرکز آموزشی درمانی مراجعه وبستری میشود. موقع پذیرش :BP= 110/80 ودرمعاینه واژینال : دیلاتاسیون 4-5 سانتیمتر ، افاسمان 70-60% ،ساک پاره ومایع روشن وسن حاملگی با سونوگرافی اوایل حاملگی 38 هفته و2 روز بود.بیمار دراتاق لیبر تحت نظر گرفته می شود وساعت 9:40صبح با 5 واحد سنتوسینون ایندااکشن شروع می شود.ساعت 10:15 علایم زایمانی کامل می شود با ایستاسیون 1+.علیرغم داشتن انقباضات موثر تاساعت 11:30زایمان پیشرفت نمی کند وبا نظر اتند محترم با تشخیص ارست نزول بیمار جهت سزارین به اتاق عمل برده می شود. عمل بلافاصله با بی هوشی عمومی (طبق توصیه متخصص قلب)وپروفیلاکسی اندوکاردیت باکتریال شروع وساعت 12:40 خاتمه می یابد.حاصل زایمان پسرزنده ترم با آپگار 7/9 وبا وزن2650 گرم بود.بیمار ساعت 13:10 با هوشیاری ووضعیت Stable به ICUمنتقل میشود.بعدازاتمام عمل بیماردچارآتونی رحمی شده وخونریزی می کند با مصرف 5 عدد شیاف میزوپروستول رکتال وتزریق 10واحدسنتوسینون عضلانی Stateو30واحد در500سی سی سرم رینگروماساژرحمی رحم جمع شده وخونریزی کنترل می شودولی برونده ادرای کم شده وکلیه اولیگوریک می شوند. برای بیمار300cc سرم رینگر بصورت Stat می دهند.

دستورات بعداز عمل : CBRتا8 ساعت پاها دربستر تکان داده شوند.-رزرو 3 واحد خون کراس مچ شده –کنترل V.B ، V.S و I/O –آمپول آمپی سیلین 2g شش ساعت بعدازعمل،آمپول سفازولین 1g/q6h ، جنتا مایسین 80mg/TDS ، سرم رینگر 2 لیتر هر12 ساعت+ 30

واحدسنتوسینون درهرلیتر، چک هموگلوبین 6 ساعت بعد از عمل ودرصورت افت Hb<10 2 واحد پکد سل تزریق شود-آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت زیرجلدی 4 ساعت بعداز اتمام عمل .

آزمایشات بعد از عمل (ساعت 16) Hb=14.8 Cr=1.7 BUN=57 Na=140 K=6.3

درسونوگرافی بعداز عمل مایع آزاد شکمی وجود نداشت .سایز کلیه ها نرمال وهیدرونفروز نداشت .به علت خالی بودن مثانه مایع لگنی قابل ارزیابی نبود. برای بیمارمشاوره داخلی درخواست می کنند وایشان توصیه میکند : سرم رینگر 2 لیتر بصورت Stat درعرض 6 ساعت باکنترل فشارخون وریه ها انفوزیون گردد وسرم 1/3 ،2/3 روزانه 3 لیتر دریافت کند – Cr وBUN هر12 ساعت چک گردد- EKG روزانه وقرص متورال 25 mg هر12 ساعت. ساعت 17:30 به علت عدم اصلاح وضعیت اولیگوری مشاوره قلب درخواست می کنند ورزیدنت مشاور ضمن انجام اکوکاردیوگرافی ودرخواست ABG با نظر اتند مشاور توصیه می کند :برای افزایش برونده ادراری سرم ولازیکس تزریق گردد و برای اصلاح وضعیت همو دینامیک CVP Line تعبیه شده ودرحد 12 نگهداشته شود. دراکو LV EF=30% بود.

ولی گروه بی هوشی از تعبیه CVP Line خوداری کرده سعی می کنند بامایع درمانی وضعیت بیماررابهبود دهند. 500cc سرم نرمال سالین و 20mg (10+10) لازیکس تزریق می شود. به علت هیپرکالمی گلوکز هیپرتونیک و15 واحد انسولین رگیولار تزریق می گردد.

ساعت 24 : BP=141/70 PR=116 Cr=1.6 BUN=44 Na=134 K=4.3

ساعت 1:30 : Out Put=60-70cc است .300 سی سی دیگر مایع و10میلیگرم لازیکس تزریق می گردد ولی تاساعت 5 بامداد برونده ادراری درحد(30-35cc/h)باقی می ماند .

روز دوم بستری : بیمارهوشیاراست .ادرار برقرارشده وآخرین تیتراژپتاسیم K=5.3 است. Cr کاهش یافته است .

ساعت 12 بیمار جهت اکوی اساتید به مرکز آموزشی درمانی قلب با همراهی انترن فرستاده می شود.

جواب اکو: واستنت آئورتی با جریان خون قابل قبول Critical AS & Hypo plastic Aorta With Pervious Coarectoplasty

- More than Modrate MR - LAE- Mild TR - Concentric LVH - LV EF<25%

فشارسیستولی بطن راست =60mmHg MPP =40mmHg(فشار متوسط ریوی)

طبق یادداشت اتند محترم قلب به علت کریتیکال بودن وضعیت بیمار،با همسرایشان درمورد ضرورت بستری بیماردر دربخش CCU صحبت می شود ولی ایشان حاضربه بستری نشده و باتعهد کتبی بیماررا به بیمارستان زنان بر می گرداند.بعداز مراجعت به بیمارستان طبق توصیه متخصص قلب ، بیمار ساعت 17:30 به بیمارستان قلب اعزام می شود . بیمار دراورژانس بیمارستان قلب حاضر به بستری نشده وبا رضایت شخصی مرخص می شود.

بعداز 7 روز اقامت درمنزل ساعت 11 صبح با شکایت گاستروانتریت وضعف وبی حالی به بیمارستان قلب مراجعه کرده وبعدازاخذنوارقلبی وتعبیه IV Line باتشخیص نارسایی گلوبال قلب و Critical AS بلافاصله دربخش CCU بستری می شود.

موقع بستری هوشیار بود.

علایم حیاتی : BP=110/80 PR=97 RR=14 BT=36.5 O2Sat=97%

ادم اندامها راداشت .دستورات حین بستری : CBR- چک BUN,Cr ,Na,K,PTT,PT,INR الحاق پرونده قبلی-اکو –آمپول انوکساپارین60 میلی گرم روزانه –سرم نرمال سالین 200cc Stat-قرص دیگوکسین نصف قرص روزانه .

بیمار درساعت 22 دچار افت ساچوراسیون اکسیژن شده وآژیته می شود.HR =140 .برای بیمار هالوپریدول ، 50mgمتورال و12.5mg کاپتوپریل می دهند(بیماردرپذیرش درمان همکاری نمی کرد) . ساعت 1:00 بامداد دچار برادی کاردی شده وسپس آسیستول می شود.عملیات احیا بلافاصله شروع شده ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد.

تشخیص : تشدید تنگی دریچه آئورت وکاردیومیوپاتی Post Partum

توضیحات : 1- بیمار باید بعنوان مادر باردارپرخطر تحت مراقبت ویژه قرار می گرفت .

2-بیمار باید قبل از زایمان توسط یکی از اساتید قلب عضو کمیته مادران ویزیت شده وتوصیه های لازم درزمان زایمان ومحل زایمان داده می شد.

3-باید برای اصلاح وضعیت همو دینامیک کاتتر سوان گنز ویا حداقل CVP Line تعبیه می شد .

4- بهتر بود بیماربلافاصله بعد زایمان به بیمارستان قلب منتقل شود.

5- همراهان بیمار نباید بیماررا مرخص می کردند.

6- علت افت EF کاردیومیوپاتی بود.

خانم 65

متوفی خانمی است 22 ساله ، ساکن شهر ،خانه دار ،BMI=24 ، G_1P_0 . حاملگی خواسته بود.

مراقبت قبل از بارداری نداشته است(4 سال نازایی ظاهراً به علت واریکوسل همسر،داشته است).نامبرده به علت اینکه خانواده شوهر از عشایر می باشد اغلب دررفت وآمد بوده وبعداز حاملگی درشهرساکن شده است.مراقبت دوران بارداری از هفته11 درمرکز بهداشت شروع شده است .مادر در هفته 12 به علت دیزوری ودرد پهلوهاوترشحات بدبوی واژینال به متخصص زنان ارجاع شده وبا تشخیص UTI کپسول سفالکسین تجویز شده بود.(جواب آزمایشات : Hb=12.4 PLT=289,000 Cr=0.6 Urea=19 FBS=81 U/A=Normal U/C=Neg).مادریک ماه بعد(هفته 16) مجدداً به علت درد شکم ،دیسچارج واژینال ،دیزوری وفشارخون BP=140/80 به متخصص زنان ارجاع می شود(دراولین مراجعه درهفته11 BP=130/80بود).برای مادر سونوگرافی وآلبومین ادرار درخواست می شود.(جواب آزمایشات : U/A Alb=Neg Blood=Trace WBC=25-30 Bactri=Mod)برای مادر متیل دوپا وآنتی بیوتیک تجویز می گردد(درمان UTI) درهفته 17 بارداری به علت درد شکم،سردرد وسرگیجه ودرد اپی گاستر،تنگی نفس وافزایش نامناسب وزن (BP=105/70با مصرف متیل دوپا) به متخصص زنان ارجاع شده ولی مادر مراجعه نکرده بود. افزایش وزن دردوران بارداری نوسان داربود(0 ، 1+،4/5+،2-،2/5+).درهفته 21 به علت تنگی نفس وسرفه به متخصص عفونی مراجعه کرده و سیترزین،قطره کلوبوتینول واسپری سالمترول ،اکسپکتورانت وسفکسیم تجویز می کند.

سه روز بعد به علت دیزوری ودرد پهلو باتشخیص پیلونفریت دربیمارستان بستری شده وتحت درمان دارویی(هیدروکورتیزون Stat وسفازولین وریدی) قرار گرفته بود.درهمان زمان متخصص رادیولوژی در ضمن سونوگرافی شکم وکلیه ها متوجه پلورال افیوژن پلور چپ شده ومادربصورت

سرپایی به متخصص داخلی معرفی می شود. متخصص داخلی برای مادر اسپیرومتری انجام داده واسمیر خلط از نظر T.B درخواست میکندکه منفی بوده است واسپری وسفتریاکسون تجویز می کند (مادر برای بررسی بیشتر مراجعه نمی کند). مادردرهفته 26 حاملگی به علت کاهش وزن ،کاهش هموگلوبین وگلوکزوری به متخصص زنان ارجاع می شود وایشان دوز قرص آهن را دوبرابر می کند (دو قرص هر 12 ساعت).آزمایشات: Hb=10.5 U/A GLU=2+ : با وجود قند خون نرمال.

2 ماه بعد به علت درد وتورم گردن درسمت چپ که از اوایل فروردین ماه شروع شده بود به متخصص عفونی مراجعه کرده وایشان باتشخیص توده قفسه سینه به جراح توراکس ارجاع می دهند . به علت مسافرت پزشک مذکور، مادر به فوق تخصص ریه مراجعه کرده وایشان CXR اورژانس درخواست می کندولی مادر انجام نمی دهد. مادر5روزبعد به علت درد زایمانی به بیمارستان مراجعه کرده وبه علت پره ترم لیبر به بیمارستان آموزشی ارجاع می دهند.موقع مراجعه به اورژانس (ساعت 1:15 بامداد) BP=120/80 بود.علایم زایمانی ،خونریزی واژینال نداشت.به علت سابقه فشار خون برای مادر آنالیز ادرارو NST درخواست می شود.NST راکتیو بود.درساعت 2 مجدداً معاینه میشود.BP=130/80 PR=80 BT=36.8 RR=20 FHR=132 . علایم Severity نداشت.مادرسابقه تنگی نفس از حدود 3 ماه قبل را می داد .درمعاینه ، سمع قلب نرمال ودرسمع ریه ها کاهش صدا درنیم سینه چپ را داشت.درمعاینه واژینال TV:2cm/Ripe/C/I/-3 بود.آنالیز ادرار انجام نداده بود.توصیه می شود 2 ساعت بعد مراجعه کند.مادر ساعت 12:35 توسط رزیدنت دیگر معاینه می شود.ایشان درسونوگرافی همراه مادر متوجه گزارش پلورال افیوژن وپریکاردیال افیوژن ماسیو شده با اتند بخش تماس می گیرد وایشان دستور می دهند با متخصص داخلی مشورت کنند(درسونوگرافی که از طرف مرکز بهداشت جهت بررسی IUGR جنین درخواست شده بود،پلورال افیوژن وپریکاردیال افیوژن ماسیو گزارش شده بود.IUGR وجود نداشت ومیزان مایع درحداقل نرمال بود). مشاور داخلی دستور بستری مادر دربخش زایمان ومشاوره قلب را می دهند.مادرساعت 13:40 دربخش زایمان بستری می گردد.دستورات بخش :کنترل علایم حیاتی –رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ-سرم رینگر 500cc –چک آزمایشات PT,PTT,INR,CBC,PLT,LFT,Cr,BUN,U/A –مشاوره قلب.

درساعت 15:35 باتوجه به جواب آزمایشات: Pro=3+ درآنالیز ادرار وPLT=90,000 رزرو 3 واحدپکدسل و2 واحد کراس مچ شده –رزرو 5واحد پلاکت-رزرو5 واحدFFP –آمپول سولفات منیزیوم Stat 4g/IV وسپس2g/h/IV –تعبیه سوند فولی وکنترلI/O –چک پلاکت هر 12 ساعت ومانیتورینگ مداوم به دستورات اضافه می شود.

چارت علایم حیاتی: ساعت 14: RR=18 PR=90 BP=130/80

ساعت 16: RR=17 PR=100 BP=137/101

ساعت 18: PR=98 BP=155/102 O2Sat=98%

مشاور قلب اکوی بدساید انجام می دهد.دراکو پریکاردیال افیوژن ماسیو داشت-IVC دیلاته و%EF=25 بود.با مشورت اتند زنان واتند قلب باتوجه به نرمال بودن آزمایشات کبدی علیرغم پلاکت پایین ونداشتن اندیکاسیون ختم حاملگی اورژانس وعدم پیشرفت زایمان ونیاز مادر به CCU Care مادر ساعت 18:05 باهمراهی رزیدنت زنان به بیمارستان قلب منتقل می شود.

جواب آزمایشات زنان: Cr=1.5 PLT=90,000 INR=1.1 PTT=42 PT=12.6

U/A : Fibrinogen=242 LDH=735 SGPT=10 SGOT=22 Urea=144

Blood=3+ Pr=3+ granular Cast=1-2 WBC=12-15

مادر درساعت 18:45 دراورژانس قلب پذیرش می شود.موقع پذیرش :مادر هوشیار بود. PR=75 BP=130/70 بود. باتوجه به وجود مایع فراوان درفضای پریکارد با صلاحدید اساتید محترم قلب وزنان، مادر با رزرو 6 واحد پکدسل کراس مچ شده ورزرو 10واحد پلاکت جهت سزارین وپریکاردیوسنتز به اتاق عمل منتقل می شود.علایم حیاتی مادر دراتاق عمل :BP=130/80 P R=103بود. عمل راس ساعت 20 با بی هوشی عمومی شروع شده وحاصل ، نوزاد پسر زنده با آپگار 9/10 وپره ترم 35 هفته بود که تحویل رزیدنت نوزادان می شود.درهنگام عمل جفت درحال دکولمان (حدود 10%) بود ولی درطول سزارین مادرمشکل همودینامیکی نداشت.بعداز اتمام عمل مادردچار آتونی رحمی شده وخونریزی می کند .با ماساژدوستی ،5 عدد شیاف میزوپروستول ودوعدد آمپول $F_2\alpha$ خونریزی کنترل می شود.بعداز اتمام سزارین توسط متخصص قلب پریکاردیوسنتز شده وحدود 650 سی سی مایع خونی خارج می شود.دراتاق عمل برای مادر CVP Line تعبیه شده و2/5 لیتر رینگر ویک واحد پکدسل ودو واحد FFP تزریق می گردد. در گردن مادر درطرف چپ یک توده اکیموتیک درحال گسترش مشاهده میشد.درسونوگرافی ادم نسوج کناره چپ گردن وفضای سوپرا کلاویکول چپ نمایان بود .Collection ویا توده فضا گیر وجود نداشت .در ریه چپ مقداری مایع درفضای جنبی وکلاپس ریه لوپ تحتانی ریه چپ مشاهده می شد. مادر ساعت 23انتوبه به ICU منتقل وبه ونتیلاتور وصل می شود.دراکوی مجدد که درساعت 23:30 انجام می گیرد EF=10% ارزیابی می گردد. در ICU یک واحد پکدسل ودوواحد FFP تزریق می شود.به علت نبود پلاکت ایزوگروپ،3واحد A- درخواست می گردد ولی مشاور داخلی اجازه تزریق نمی دهد.برای مادر CXR درخواست شده وبه علت رویت مایع فراوان در پلور چپ C.T تعبیه می شود.ترشحات پلور خونی بود.به علت فشارخون پایین BP=85/49 PR=82 برای مادر دوبوتامین ودوپامین شروع می شودولی به علت نارسایی شدید قلب، فشارخون افزایش نمی یابد.متخصص زنان برای مادر سرم رینگر 100cc/h –آمپول سولفات منیزیوم 1g/h تا 24 ساعت بعداز عمل - جوراب ترومبوز وشکم بند-آمپول کلیندامایسین وسفازولین وکنترل I/O وکنترل علایم Severity وقطع آمپول سنتوسینون را Order می کند.

ساعت 1 بامداد (دوساعت بعداز انتقال به ICU) : مادر Sedate می باشد.علایم حیاتی Unstable است(BP=60/40 HR=120) مردمکها دوبل میوز می باشد.درریه ها کراکل کورس وویزینگ منتشر سمع می شود.کاهش صدا درقاعده ریه چپ وجود دارد. کلیه ها آنوریک است.درABG : PH=7.34 PCO2=28 HCO3=15.1برای مادر مشاوره داخلی درخواست می گردد. مشاور داخلی با توجه به افزایش کراتینین واوره وتستهای انعقادی نرمال وترومبوسیتوپنی برای مادر شوک سپتیک رامطرح می کندوتوصیه می کندتهیه اسمیر خون محیطی – قطع سولفات منیزیوم به علت بالابودن منیزیوم سرم (Mg=4.4)-تزریق FFP هر8 ساعت –آمپول هیدروکورتیزون100mg/q8h-آمپول مروپنم-آمپول وانکومایسین- آمپول مترونیدازول–چک روزانه منیزیوم سرم-CXR روزانه-مشاوره ریه ونفرولوژی انجام گیرد. مشاور ریه ضمن ویزیت مادر به علت جابجایی قابل توجه قلب به سمت چپ برای مادر اسپری آترونت ،سروتایدوسالبوتامول تجویز می کند.

دراکوی مجدد Biventricular Failure شدید ،دیلاتاسیون IVC وباریک شدن ریشه آئورت به علت فشارتوده گردنی مشاهده شده ودوبوتامین قطع وآدرنالین ولئوفد شروع می شود. متخصص قلب برای مادر مسائلی غیر ازمشکل قلبی نظیر SLE مطرح می کند.

<u>روز دوم بستری</u> : هوشیار ی مادر بیشتر شده ولی تنفس Gasping دارد ودر ABG اسیدوز تنفسی دارد.تب داراست BT=39 .برای مادرپاشویه وشیاف تجویز می گردد.فشارخون با وجود دریافت لئوفد وآدرنالین درحد BP=90/60 می باشد

از ساعت 16:45 دچار افت شدید فشارخون شده وبا افزایش دوز لئوفد وآدرنالین افزایش می یابد ولی مادر ساعت 17:30 دچار ارست قلبی تنفسی شده وفوت می کند.

جواب آزمایشات بیمارستان قلب: WBC=11,500 PLT=54,000 PT=13.6 PTT=41.4 INR=1.06

Cr=2.04 BUN=50 SGOT=120 SGPT=41 CPK=79 CK-MB=22 ALP=319

BIL=1.4 Direct BIL=1.2

تشخیص علت مرگ : نارسایی قلبی +بیماری کلاژن واسکولار (CVD)

توضیحات اعضای کمیته:

1. **علت پلورال افیوژن مخصوصاً یکطرفه وطرف چپ باید بصورت جدی بررسی می شد.**
2. **گزارش پلورال افیوژن یک طرفه در زمان بستری مادر دربیمارستان به علت UTI، باید جدی گرفته شده وقبل از ترخیص مادر بررسی کامل می شد.هم متخصص زنان وهم متخصص داخلی باید درخصوص مادر احساس مسئولیت می کردند.**
3. **نارسایی قلبی احتمالاً از ماهها قبل از فوت شروع شده وبایستی بررسی می شد وعلت عدم بروز علایم نارسایی ،سن کم مادر وجبران علایم بوده است.**
4. **سدیمان فعال ادرار وخونی بودن مایع پریکارد وپلور به نفع بیماریهای کلاژن واسکولار دیزز می باشد.**
5. **به نظر می رسد تشخیص UTI های مکرر اشتباه بوده وناراحتی مادر به علت بیماری زمینه ای بوده است**
6. **دراورژانس الزهرا شرح حال کامل اخذ نشده و به عنوان زایمان زودرس Manage شده است.**
7. **نمونه های مایع پریکارد وپلور می بایست از نظر بدخیمی ،بیماریهای سیستیمیک وجرمهای میکروبی بررسی می شد.**
8. **درموارد نارسایی شدید قلبی استفاده از پمپ کاردیو پولمونری نجات دهنده بوده ومی توانست جان بیمار رانجات دهد.**

خانم 66

متوفی خانمی است 40 ساله ، ساکن شهر ، G_4P_2 ,BMI =33.5 ، سابقه 12 سال نازایی اولیه ودرمان دارویی ،سابقه دوبار سزارین(دودختر 12ساله و8 ساله دارد)و یکبار سقط.وسیله کنتراسپشن OCP بوده و حاملگی ناخواسته می باشد.

مراقبت پیش از بارداری نداشته ومراقبت بارداری از اوایل حاملگی در مطب متخصص زنان شروع شده ومرتب مراقبت شده بود. یکبار نیز در مرکز بهداشتی مراقبت شده بود. براساس پرسشگری ازپزشک مراقب، مادرمشکل خاصی نداشت .مادردرهفته 23 حاملگی حوالی ساعت 7:25بامداد به علت درد سینه وتنگی نفس با دودختر وهمسر خود به درمانگاه مراجعه می کند .طبق گزارش مسئول پذیرش مادر بلافاصله بعداز ورود درحالیکه آژیته بود وازدرد ناله می کردنقش زمین شدوقادر به ایستادن نشد. مادر توسط مسئول پذیرش ،خدمه درمانگاه وچند نفر از مراجعین زن به اتاق تحت نظر

برده شده وروی تخت می خوابد.بلافاصله به پزشک شیفت شب اورژانس وپرستار اطلاع می دهندوایشان بربالین مادر حاضر می شوند. مادرهوشیار ولی بی حال بود.برای مادراکسیژن نازال وصل ولاین وریدی با سرم 2/3,1/3 تعبیه می شود ویک عدد آمپول اسکازیناعضلانی تزریق می کنند. حدود 10 دقیقه بعد مادر دچار افت فشارخون شده ونبضها غیرقابل لمس می شود.به اورژانس 115 اطلاع داده شده ومادرانتوبه می شود .ماساژقلبی شروع و2 عددآمپول اپی نفرین از طریق ست سرم تزریق می شود . 15 دقیقه بعد از شروع عملیات احیا ،مادر فوت شده اعلام می شود. برگ فوت توسط پزشک شیفت صبح نوشته می شود.لازم به ذکر است تنها سند موجود ،قبض پذیرش مادر بوده وهیچ پرونده ای وجود نداشت.گزارش ماوقعه چند ساعت بعد به دستور رئیس مرکز نوشته شده بود.

طبق اظهارات خانواده مادر دوسال پیش دچار حمله مشابه شده ودربیمارستان قلب بررسی شده بودودرشب حادثه نیزمادر از اول شب بی قراربود وقبل مراجعه به مرکز از تعریق سرد ووزوزگوش شاکی بود.خاله متوفی یک سال قبل مرگ ناگهانی داشته است.متاسفانه خانواده از ارائه مدارک بیماری ودفترچه بیمه خودداری کردند.

جواب آزمایشات :پرونده بهداشتی 7/23 : Hb=12.9 Hct=40.5 PLT=245,000 FBS=68 BUN=19 Cr=0.6

تاریخ :9/15/ Hb=10.8 Hct=31.9 PLT=256,000 WBC=10,900

FBS=75 BS=91 Urine Protein=Neg

باتوجه به سابقه وسیر بالینی حوادث قلبی عروقی برای مادر مطرح است.تشخیص های افتراقی علت مرگ:

- Massive PTE
- MI
- دیسکشن آنوریسم آئورت

توضیحات اعضای کمیته:

7. برای مادر پرونده بالینی تشکیل نشده وهیچ گونه علایم حیاتی ثبت نشده است .
8. مادربا تابلوی آژیتاسیون ودرد سینه مراجعه کرده بود .علت آژیتاسیون به احتمال قوی هیپوکسی بوده ومی بایست مادرمستقیماً به اتاق احیا منتقل واقدامات موثربلافاصله شروع می شد.
9. تزریق اسکازینا برای کنترل آژیتاسیون مخصوصاً درمادربااردار اشتباه می باشد ومی تواند منجر به افت فشارخون شود.
10. حساسیت مجموعه کادردرمانی وپزشک مرکز نسبت به بیمار کم بوده است و اقدامات اولیه که درمواجهه با مادر می بایست انجام می شد،نشده است.
11. صدورگواهی فوت برای مرگهای کمتر از 24 ساعت ممنوع می باشد وجسد مادر می بایست به پزشکی قانونی ارجاع می شد.

خانم 67

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن شهر ،لیسانس ، G_2P_0, BMI =27.5، سابقه CVA ترومبوتیک بصورت مشکل تکلم وفلج همی فاسیال دوسال قبل ،سابقه ضایعه وژتاتیو ونارسایی شدید دریچه میترال(طبق اکوی دوسال قبل)،Case شناخته شده APS (سندرم آنتی فسفولیپیدمثبت)،سابقه یکبار سقط در12هفتگی وکورتاژ،سابقه آپاندکتومی سه سال پیش . حاملگی خواسته بود.

مادر تحت نظر متخصص روماتولوژی ومتخصص زنان حامله شده واز اوایل حاملگی روزانه انوکساپارین 80mg/bid/s.cتزریق می کرده است وهمچنین به علت سندروم APS تحت نظر روماتولوژیست هیدروکسی کلروکین مصرف می کرد.نامبرده درهفته 31 حاملگی به علت احساس خفگی به تزریقات محلی مراجعه کرده وبا مطلع شدن از افزایش فشارخون به پزشک زنان معالج مراجعه وتوسط ایشان به بیمارستان آموزشی جهت بستری معرفی می گردد.موقع مراجعه به اورژانس ساعت 20:50): مادرهوشیار واریانته بود علایم Severity نداشت.درسمع قلب سوفل مید سیستولیک وجود داشت. سمع ریه ها نرمال بود.اندامهای تحتانی ادم وجود داشت ولی اختلاف سایز نداشت.علایم زایمانی نداشت PR=80 BP=150/110 FHR=140 .مادر با دستورات :کنترل علایم حیاتی هرچهار ساعت-مشاوره قلب جهت پروفیلاکسی اندوکاردیت–مشاوره داخلی –جوراب ترومبوز-سونوگرافی رحم واندازه گیری پروفیل بیوفیزیکال-شروع هپارین پروفیلاکسی درصورت PLT>90,000(مادر ترومبوسیتوپنی حاملگی در حد PLT=130,000 داشت)- درخواست آزمایشات CBC with diff,Cr,Urea,Na.K,BS,U/A,Uric Acid, LDH ,LFT, PT,PTT,INR, وپروتئین ادرار 24 ساعته ،دربخش زایمان بستری می گردد.

جواب آزمایشات :PT=12 PTT=62--42 PLT=130,000—108,000 Cr=1.3--1 Urea=44

درآنالیز ادرار Protein=3+ Urine Pro(24h)=2332mg/dl WBC=many RBC= many

Fibrinogen=403 LDH=586 SGPT=11 SGOT=17 Uric Acid=6.3 Hb=10.1

با گزارش پروتئینوری ،سولفات منیزیوم بادوز 4g/Stat وسپس2g/h شروع می شود وبه علت Cr=1.3 سونوگرافی کلیه درخواست می گردد.درسونوگرافی ایستاز مختصردر کلیه راست وجود داشت ولی هیدرونفروز وجود نداشت.مادر ظهر روز دوم بستری با نظر اساتید پریناتولوژی به بخش حاملگی پرخطر منتقل می شود.برای مادر قرص متیل دوپا ،انوکساپارین 80mg/bid،کپسول سفالکسین ،رزرو 10واحد پلاکت و5 واحد FFP و3 واحد پکدسل و2 واحد کراس مچ شده Order می شود. مشاور قلب گفته بود نیازی به پروفیلاکسی اندوکاردیت در سزارین ویا زایمان طبیعی نیست وبعداز ترخیص اکوکاردیوگرافی بصورت سرپایی نزدیک زمان زایمان انجام گیرد.

<u>*روز سوم بستری:*</u> مادرهوشیار واریانته است.علایم حیاتی : BP=140/90 PR=80 .انوکساپارین به هپارین فول دوز 5000/qid/s.c تبدیل می شود.به علت کراتینین Cr=1.3 دوز سولفات منیزیوم به 1g/h کاهش داده می شود.عصر مادر دچار درد اپی گاستر می شود.تاری دید وسردرد نداشت. تستهای پره اکلامپسی درخواست می گرددوشربتMOM تجویز می شود. با تجویز شربت MOMدرداپی گاستر مختصری کاهش یافته ولی ادامه می یابد.مادر توسط رزیدنت سال بالا ویزیت شده وبا اتند معالج مشورت می کند.ایشان توصیه می کند سطح منیزیوم سرم تیتراژ شودوبه علت بالا بودن سطح آن(Mg=4.26) سولفات منیزیوم قطع می شود.

روز پنجم بستری:درد اپی گاسترادامه دارد. BP=140/110 . آنزیمهای کبدی نرمال است.درسونوداپلر عروق جفت مختصری افزایش مقاومت گزارش می شود. در سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکال PBP= 6/8بود.شب به علت افت گهگاهی در نوار NST به اتند مشاور(پزشک مراقب مادر) اطلاع می دهند . ایشان باتوجه به افت قلب جنین ودرد اپی گاستر وتنگی نفس وسرگیجه وفشارخون BP=150/110 دستور می دهند مادر جهت

سزارین به اتاق عمل منتقل شود.مادر ساعت 1:20 بامداد با علایم حیاتی : BP=161/120 PR=132 وارد اتاق عمل شده وعمل ساعت 1:35 با بی حسی اسپینال وبرش عرضی شروع می شود.حاصل سزارین نوزاد دختر پره ترم با آپگار 7/8 بود. درطول عمل مشکل خاصی نداشت مادر ساعت 3:30 با علایم حیاتی BP=167/110 RR=28 HR=95 O2Sat=96%به بخش ICU منتقل می شود. برای مادر 5 میلی گرم هیدرالازین در دونوبت تزریق می شود.به علت تنگی نفس 2 پاف سالبوتامول داده شده وسولفات منیزیوم شروع می شود.به علت تنگی نفس گهگاهی وفشارخون بالا مشاوره داخلی درخواست میگرددومشاورداخلی توصیه می کندقرص متورال 25mg/BID وانفوزیون آلبومین 20% روزانه یک ویال به دستورات دارویی اضافه شده ودرمان با هپارین (طبق توصیه مشاور روماتولوژی)5000/qid ادمه یابد.

ساعت 14 به علت خونریزی واژینال درحد دفع لخته های خون 5 عددشیاف میزوپروستول رکتال استعمال شده وآمپول سنتوسینون تزریق می گردد.

آزمایشات :PT=12 PTT=73 INR=1 PLT=125,000 Hb=10.8 ALT=12 AST=17

Fibrinogen=484 LDH=333

ساعت 20 سولفا ت منیزیوم D.C می شود.

<u>روزدوم بعداز عمل</u> :درسمع ریه ها مختصر کاهش صدا درطرف راست وجوددارد .در سونوگرافی وCXR ادم آلوئولردورنافی دوطرفه وپلورال افیوژن دوطرفه درحدمتوسط گزارش می شود. آزمایشات اتوایمیون ومارکرهای هپاتیت ویروسی درخواست می شود. به علت ادامه هیپرتانسیون مجدداً مشاوره داخلی درخواست شده ومشاور با توجه به علایم حیاتی BP=152/109 PR=100وآزمایشات K=6 Cr=1.4 PTT=65توصیه می کند هپارین قطع وانوکساپارین80mg /daily زیر جلدی ، قرص وارفارین روزانه 5 میلی گرم،قرص دیلتیازیم60mg/bid ، قرص لازیکس 20mg/bid ،قرص پردنیزولون 25mg/bid ،تهیه سدیمان ادراری ،شروع سرم دکستروز وانسولین درصورت K>6.5 به دستورات دارویی اضافه شودودرصورت افزایش PT>18 انوکساپارین قطع شودوموقع ترخیص آنتی هیپرتانسیو+وارفارین+پردنیزیولون نسخه شود.

<u>روز سوم بعد از سزارین):</u>به علت Pale بودن مادر ،سونوگرافی لگنی وشکم درخواست می شود ولی هماتوم یا تجمع مایع نداشت.مشاوره داخلی جهت انتقال مادر به بخش انجام می گیرد.مشاور توصیه می کند سرم وآلبومین قطع شود ودرصورت پایین بودن هموگلوبین Hb<8 یک واحد پکدسل تزریق شود.مادر با مشاوره روزانه داخلی و قرص لازیکس 20mg/TDS قابل انتقال به بخش می باشد.مادر بعداز تزریق یک واحد پکد سل(به علت Hb=7.4) ساعت16:50(مورخ 6/18/ به بخش منتقل می شود.

علایم حیاتی قبل از انتقال: BP=137/92 PR=114 RR=34

مادر طبق یادداشت رزیدنت دربخش مشکل خاصی نداشت ولی طبق اظهار همراهان تنگی نفس داشت وقادر به تحمل وضعیت خوابیده نبود..مادر ظهر علی رغم اصرار پزشک معالج وکادر بخش با رضایت شخصی مرخص می شود(به علت اینکه زمان تزریق انوکسپارین ساعت 14 بوده ومادرقبل از ساعت 14 مرخص شده بود انوکساپارین تزریق نشده بود).نسخه دارویی موقع ترخیص :انوکساپارین –وارفارین-پردنیزولون-لازیکس -متورال ودیلتازیم . مادربعداز مراجعت به منزل ،قرص وارفارین رامصرف می کند ولی از تزریق انوکساپارین خودداری می کند.ساعت 2نصف شب (حدود 12 ساعت بعداز ترخیص)تنگی نفس بیشتر شده ومادر رابه اورژانس بیمارستان درمانی می برند.ساعت 2:36دراورژانس پذیرش شده وتوسط پزشک اورژانس ویزیت می شود.مادر هوشیار بود .از تپش قلب وتنگی نفس شاکی بودوحالت ادماتوداشت .علایم حیاتی :BP=162/112 PR=125 RR=28 O2Sat=71-77%بدون اکسیژن وبا اکسیژن O2Sat=89% . برای مادر اکسیژن با کانول

بینی وسپس ماسک صورت گذاشته می شود.نوار قلبی تهیه شده،10میلی گرم لازیکس و100 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق ونیم لیتر سرم نرمال سالین بصورت K.V.O وصل می شود.به علت تاکیکاردی 20میلی گرم قرص پروپرانول داده می شود. درساعت 3:45 به علت بی قراری به پزشک اطلاع می دهند وایشان مادررا ویزیت کرده ودستور اعزام به ریفرال را می دهد.بعداز هماهنگی با بیمارستان مقصد مادرساعت 4:10 بدون همراه درمانی مجرب به آن مرکز اعزام می شود.مادرساعت 5 بامداددروضعیت دوبل میدریاز وکومای عمیق با ساچوراسیون 30% به اورژانس مقصد رسیده وکد احیا اعلام می شود.مادر علیرغم اقدامات احیا دچار ارست قلبی تنفسی شده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات روز آخر: Hb=9.8 Hct=30 PLT=174,000 PT=15 PTT=93

INR=1.5 Fibrinogen=374 Urea=46 Cr=1.3 Na=135 K=4.6 Alb=3.3 HIVAb=Neg

HCV Ab=Neg ANA=0.58 Anti Ds DNA=2.3 Protein S=61.37 ProteinC=132.13 Anti

Trombin III=100 Factor V Lainden=2.6

تشخیص علت مرگ : تشخیص بالینی ادم ریوی درزمینه نارسایی قلبی میباشد

گزارش اتوپسی : ادم ریه کاردیوژنیک وMultiple organs Failure درزمینه سندروم آنتی فسفولیپید

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادرباوجود مشکلات متعدد حامله شده است.
2. از اول پذیرش به مشکل قلبی مادرتوجه نشده وبعداز زایمان نیز تنگی نفس وضعیتی وعدم کاهش فشارخون نادیده گرفته شده وفقط درمان علامتی شده است.
3. دادن متورال ودیلتیازیم به مادر اشتباه بوده وبایستی یک داروی اینوتروپ مثبت داده می شد.
4. دادن حجم(پکد سل ،آلبومین و...)به همراه افزایش حجم فیزیولوژیک بعداز زایمان سبب وخامت حال مادر شده است.
5. دادن دوز اندک لازیکس (20میلی گرم)فایده ای به حال مادر نداشته است.
6. ممکن است ادم ریه بصورت Interstitial بوده ودر سمع کراکل شنیده نشود .دراین موارد گرافی سینه وحدث بالینی کمک کننده خواهد بود.
7. دربیمارستان آموزشی ترخیص مادر با آن وضعیت ولو رضایت شخصی کاردرستی نبوده است و حداقل باید معاونت درمان وشبکه را درجریان قرار می دادند.
8. Manage مادردراورژانس بیمارستان درمانی اشتباه بوده ودادن ایندرال سبب وخامت حال بیمار شده است.
9. اعزام مادر نیز غیر علمی بوده میبایستی مادررا انتوبه کرده وبه همراه یک همراه درمانی مجرب اعزام می کردند.

خانم 68

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_1P_0 ,BMI =19.5، سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی کرد. حاملگی خواسته بود. مراقبت پیش از بارداری 3 ماه قبل از بارداری توسط ماما وپزشک تیم سلامت انجام گرفته مشکل خاصی نداشت.مراقبت دوران بارداری از هفته 9

درخانه بهداشت شروع شده ومرتب مراقبت شده است. و چندین بار توسط ماما به متخصص زنان ارجاع شده بود(هفته 11 جهت بررسی آنومالی جنین -هفته 16 و18 جهت سیرکولاژسرویکس به علت گزارش سرویکس کوتاه در سونوگرافی وهفته 19 به علت تاکیکاردی جنین) مادر درهفته 23 به علت عدم افزایش وزن تحت مشاوره تغذیه قرار می گیرد (تا آن زمان افزایش وزن متناسب داشته است).مادر در همان زمان با شکایت گلودرد وسرفه به متخصص عفونی مراجعه کرده وبا تشخیص فارنژیت آزیترومایسین ،استامینوفن وشربت دیفن هیدرامین تجویز می شود.طبق پرونده سرپایی متخصص عفونی علایم حیاتی مادر(BP=120/70 PR=82 BT=37 RR=19) بود.

آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بود(Hb=13.5 PLT=156,000).درآزمایشات باردوم :Hb=10.4 PLT=309,000 بود.مادر به علت سرفه به متخصص ENT ارجاع میشود.یک هفته بعدساعت 1:40 بامداد با شکایت دردکمر به درمانگاه زایشگاه مراجعه وبا تشخیص پیلونفریت دربخش زایمان بستری می گردد ولی روزبعد با رضایت شخصی مرخص می شود. فردای آنروزکه برای مراقبت بارداری به خانه بهداشت مراجعه کرده بود به علت سرفه های زیاد وخشک ،کاهش وزن ،تعریق وبی اشتهایی ،بثورات پوستی خارش دار وعدم تطبیق ارتفاع رحم با سن حاملگی به متخصص زنان وداخلی ارجاع می شود.مادربه متخصص زنان وداخلی مراجعه می کند ولی پس خوراند نداشت.12 روز بعددوباره از طرف مرکز بهداشت به علت ادامه کاهش وزن به متخصص زنان ارجاع شده وبا دستور متخصص زنان دربخش زایمان بستری می گردد .پس از ویزیت متخصص زنان مشاوره داخلی درخواست شده وبا نظر ایشان مادر به بخش زنان منتقل شده واقدامات تشخیصی انجام می گیرد.به علت گزارش تصاویر Patchy آلوئولار منتشر در ریه ها جهت R/O متاستاز ریوی مادر با آمبولانس 115 وبا هماهنگی قبلی به بیمارستان آموزشی جنرال اعزام می شود.

مادر ساعت 14:40 در اورژانس پذیرش شده وپس از بررسیهای اولیه ساعت 17:40در ICU ریه بستری می شود.موقع پذیرش در ICU ریه :مادر ill بود ولی توکسیک نبود.از تنگی نفس ،سرفه خشک مخصوصاً شبها ودرد شکم شاکی بود.سابقه سرفه از چندماه قبل ،خستگی مزمن ،کاهش وزن ،قرمزی چشمها وخارش کف دست وپاهارا ذکر می کرد.علایم حیاتی :BP=125/80 HR=120 RR=25 BT=38آگزیلاری O2Sat=90% بدون اکسیژن O2Sat=96%با اکسیژن GA=32-33W

ABG: PH=7.40 HCO3=19.5 PCO2=31

درسمع ریه هاکراکل فاین درقاعده هردوریه سمع می شد.فاقد لنفادنوپاتی بود. کلابینگ نداشت.

آزمایشات شهرستان :WBC=19,100 Hb=8.9 Hct=27.3 PLT=625,000 INR=1

PTT=35 ESR=69 CRP=2+ Cr=1.1 Urea=18 Na=135 K=4.3

AST=34 ALT=32 ALP=394 Amylase=0.21 TIBC=300

Iron=10 Wright=Neg 2ME=Neg ß.HCG=478,000iu درآنالیز ادرار RBC=0-1 WBC=5-6 Keton=2+ سونوگرافی کبد،طحال،کلیه ها ومجاری ادراری نرمال بود.

برای مادر باتشخیص کوریوکارسینوم وتشخیص افتراقی پنومونی آتیپیک وکانسر متاستاتیک ریه دستورات : CBR-مونیتورینگ قلبی وپالس اکسی متری مداوم-کشت خون دردونوبت –اسپری سالبوتامول ،سروتاید وآتروونت-آمپول هپارین 5000IU/S.C/TDS -مشاوره قلب جهت بررسی علت تاکیکاردی وr/o وژتاسیون دریچه ای-کشت وآنالیز ادرار-تهیه سدیمان ادراری ولام خون محیطی-مشاوره زنان- آزمایشات

CBC,LFT,LDH,Cr.Urea,ESR,CRP,BS,TSH,ANA,Anti ds DNA,HBS Ag,HCV Ab,HIV Ab,C-ANCA,P-ANCA,PT,PTT,INR, ß.HCG, Anti Phospholipid, Anti Cardiolipin,LAC:

انجام برونکوسکوپی ولاواژ وارسال نمونه جهت TB –انجام TBLB –انجام تست مانتو—تعبیه سوندفولی وکنترلI/O گذاشته می شود. بعداز تهیه کشت خون، سفتریاکسون وآزیترومایسین به دستورات اضافه می گردد.بعد از مطرح کردن پرونده در مورنینگ ریپورت ، درخواست CT Scan ریوی باشیلد شکمی-ارسال خلط صبحگاهی جهت بررسیT.B نیز Orderمی شود.

مشاورزنان بعداز ویزیت مادریادداشت کرده بود:فعلاً نیازی به اقدام اورژانسی نیست ومادرهیدراته شده ودرصورت امکان به پهلوی چپ بخوابد سونوگرافی رحم وپروفیل بیوفیزیکال درخواست گردد.درمان پروفیلاکسی با هپارین ادامه یابد ودرصورت عدم کنتراندیکاسیون از نظر داخلی دودوز بتامتازون تزریق شود.

در اسکن اسپیرال ریه، لنفادنوپاتی دوطرفه هیلار وندولهای متعدد پراکنده درپارانشیم هردوریه که بزرگترین آنها در سگمان فوقانی لوب فوقانی راست با قطر 17mmقراردارد وافزایش ضخامت سپتومهای اینترلوبروپلورال افیوژن دوطرفه با ارجعیت سمت راست با تشخیص ندولهای متاستاتیک وشواهد لنفانژیت کارسینوماتوز گزارش می شود.بعداز رویت جواب اسکن توسط اساتیدریه آنتی بیوتیکها به مروپنم change می شود.

روز پنجم بستری به دلیل آبریزش وگزارش کاهش میزان مایع آمینوتیک (AFI=3mm)مشاوره زنان درخواست شده ورزیدنت زنان با دستوراتندمشاوردرساعت 14 دربخش ICU ریه اینداکشن بادوز کم (10واحد و3قطره)شروع می کند.بعدازیکساعت به علت شروع انقباضات موثر انفوزیون سنتوسینون قطع شده ومادر ساعت 15:30 زایمان واژینال می کند. حاصل زایمان نوزاد دختر پره ترم با آپگار 9/10 و وزن 1300گرم بود که توسط رزیدنت نوزادان به بخش NICU الزهرا منتقل می شود.بعداز خروج جفت، خونریزی درحد P.P وعلایم حیاتی بعداز زایمان : PR=136 BP=137/95 RR=44 BT=37.2 O2Sat=92% بود.بعداززایمان ß.HCGکاهش یافته و4 روز بعداز زایمان به 1300 واحد می رسد. به علت درد شکم وتندرنس ژنرالیزه CT Scan شکم درخواست می شود. دراسکن نواحی هیپودنس وسیع درپارانشیم کلیه ها به صورت Wedge Shape وهمچنین نواحی هیپودنس درپارانشیم طحال وهتروژنیسته کبد وهپاتومگالی ومایع آزاددرفضای شکم ولگن گزارش می شود.به علت تب دارشدن مادر(BT=39آگزیلاری) کشت خون وادرار درخواست می شود که منفی گزارش می شود.به علت کاهش قابل توجه عیار ß.HCG کوریوکارسینوم رد شده نمونه برداری از طریق برونکوسکوپی (TBLB)انجام می گیرد (مورخ 5/20/درهنگام نمونه برداری خونریزی شدیدی درمحل رخ می دهد که با اقدامات درمانی سریعاً کنترل می شود.

گزارش شفاهی نمونه TBLB ،SCC متاستاتیک بود ومشاور انکولوژی پیشنهاد می کند برای پیداکردن منشا کانسر سونوگرافی تیروئید ،برست ،آندوسکوپی ومشاوره ENT درخواست شود(دربررسی تیروئید، برست وآندوسکوپی مشکلی گزارش نشده بود) . به علت افت هموگلوبین (Hb=7.6)یک واحد پکدسل تزریق می شود. چند روز بعدمرکز پاتولوژی در گزارش کتبی نمونه TBLB راپنومونی ارگانیزه گزارش می کند. بااین گزارش درمان با انتی بیوتیک وسیع الطیف وپردنیزولون خوراکی(50mgStatسپس 40mg روزانه) شروع می شود.

از روز دهم بستری هپارین پروفیلاکتیک به انوکساپارین 40mg/d تبدیل می شودو6 روز بعد با RBR شدن مادر قطع می شود.سه روز بعد روز نوزدهم بستری مادرعصر دچار درد ناگهانی سینه می شود.علایم حیاتی : BP=120/80 PR=125 RR=30

O2Sat=91%بدون اکسیژن بود.در نوار قلبی پترن $S_1Q_3T_3$وجود داشت.برای مادر اکسیژن تراپی با 4 لیتر اکسیژن شروع شده ویک

عدد پرل TNG زیر زبانی گذاشته می شود (قبلاً اکسیژن دریافت نمی کرد).مادر CBR شده وبعداز دریافت دوز اولیه انفوزیون هپارین 1000IU/h شروع می شود.درآزمایشات درخواستی پلاکت خیلی بالابود(تا یک میلیون) وهیدروکسی اوره شروع می شود.درCT آنژیوگرافی ریه نقص پرشدگی مطرح کننده آمبولی وجودنداشت.بعداز گزارش CTآنژیوگرافی، مقدارهپارین به دوز پروفیلاکتیک کاهش داده می شود.به علت عدم همخوانی تشخیص پنومونی ارگانیزه با علایم بالینی بیمار ،مشاوره جراحی توراکس جهت بیوپسی باز ریه درخواست می شود.در تاریخ 6/6/ بیوپسی باز ریه انجام گرفته ونمونه بافتی ومایع پلور جهت بررسی پاتولوژی وسیتولوژی ارسال می شود. بعداز انجام بیوپسی باز مادر حالت خواب آلود داشت وباوجود دریافت اکسیژن 5L/mتاکی پنه داشت45=RR.دربررسی نمونه بیوپسی دوباره پنومونی ارگانیزه مطرح می شود.مادر بتدریج دچار ادم گوده گذاردراندام های تحتانی وکاهش صدا دریه ها وافزایش قند خون می شود برای مادر پروتکل انسولین ولازیکس شروع می شود.Crمادر درطی مدت بستری از Cr=1.2—1.8 افزایش داشته است.ولی برونده اداری خوب بود.آنتی بیوتیکهای مادر چندین بار به علت تب دار شدن تعویض شده بود .مادرگاهی تا حد PR=160 تاکیکارد می شد.

جواب اکوکاردیوگرافی مورخ5/13/: Mild LV Dysfunction with Smokey Pattern LVEF=45-50%

به علت افزایش پتاسیم خون واسیدوز متابولیک پیشرونده ، کی اگزالات شروع شده بود. دربررسی نمونه توسط یکی دیگر از اساتیدپاتولوژی، فیبروز قدیمی وپترن برونکوآلوئولرمطرح شده بود.مایع برونشیال از نظر مالیگننسی منفی بود.بااین گزارش برای مادر پالس متیل پردنیزولون 250mg/q12h/IV تجویز می گردد.

روز 39 بستری : پرستار شیفت عصر درموقع تحویل شیفت به علت تاکیکاردی وتاکی پنه ودرد ناحیه اپی گاسترمادر، به رزیدنت اطلاع می دهدوایشان می گوید درد معده به علت کی اگزالات می باشد ودستوری نمی دهد. مجدداً ساعت 14:35با رزیدنت دیگر صحبت می کنندوایشان آمپول پتیدین،هیوسین ورانیتیدین تجویز می کند(مادر ازدرد شکم شاکی بودوعلایم حیاتی : BP=115/70 PR=120 BT=36.5 O2Sat=89% RR=40 داشت. درساعت 17 دچارافت هوشیاری درحد GCS=4-5 و دوبل میدیاز بدون واکنش به نور می شود.به رزیدنت اطلاع می دهند وایشان مادررا انتوبه کرده وبه نتیلاتور با مد SIMV وصل میشود. ضمن تعبیه NGT متوجه ترشحات خونی معده شده شستشوی معده با نرمال سالین انجام می گیردو پنتاپرازول واکتروتاید تجویز می شود. فشارخون غیر قابل اندازه گیری بود. اندامها شدیداً ادماتو وسرد بودند.دیورز نداشت.در ABG : PH=6.74 HCO3=6.5 BE=-28 بود.رزیدنت با فلوی محترم گوارش تماس می گیرد وایشان ذکر می کند نیازی به آندوسکوپی اورژانس ندارد .برای مادر انفوزیون نوراپی نفرین وسرم نرمال سالین وبی کربنات سدیم شروع می شود. بااقدامات انجام شده فشار خون مادرموقتاً اصلاح شده ودیورز پیدا می کند.ولی هوشیاری تغییری نمی کند.ساعت00:50بامداد به علت بی ثباتی همودینامیک ودیستانسیون وTense بودن شکم مشاوره جراحی اورژانس درخواست میشود. مشاورتوصیه می کند CBC و ABG وگرافی خوابیده شکم ولاترال چپ انجام گیرد. به علت وضعیت مادر،گرافی لاترال چپ انجام نمی گیرد.سونوگرافی شکم ولگن به علت نیاز به آمادگی وبی ثباتی همودینامیک انجام نمی گیرد. مادر نصف شب مجدداً دچار خونریزی معده شده وشستشوداده می شود ونهایتاً ساعت 10:30صبح ارست قلبی تنفسی کرده ومتاسفانه به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات:BMAطبیعی وفاقد انفیلتراسیون بود. درPBS WBC=15,000-20,000 با ارجعیت PMN بود.

Tap مایع پلور در دونوبت ترانسودا واز نظر بدخیمی منفی بود.

PLT=418,000 Hb=8 ALP=508 CRP=2+ ESR(1h)=46

Bil=0.8 SGPT=58 SGOT=48 PTT=31 PT=13.9

Anti Phospholipid(IgG,IgM)=Neg Anti Cardiolipin(IgG,IgM)=Neg*

Anti ds DNA= 1.1 HCV Ab=Neg Anti GBM=Neg) ANA=0.47(Neg

HBS Ag=Neg

B/C=Neg CH50=117 C4=32 C3=128 P-ANCA=3.19(POS) C-ANCA=0.25

Cryoglobulin=Neg CA_{15-3}=223 CA_{19-9}=50 AFB=Neg

تشخیص علت مرگ: Secondary BOOP درزمینه نامعلوم می باشد.تشخیصهای افتراقی :واسکولیت-مالیگننسی

توضیحات اعضای کمیته:

1. باوجود گزارش پنومونی ارگانیزه دربیوپسی باز وبیوپسی از طریق برونکوسکوپی درگیری کلیه ، کبد وطحال وترومبوسیتوز با پنومونی اولیه سازگار نبوده وBOOP ثانویه به بیماری زمینه ای می باشد.
2. عدم رویت وژتاسیون دراکوکاردیوگرافی ،آندوکاردیت را رد می کند وSmokey Pattern ممکن است در زمینه اسیدوز متابولیک ویا دریافت خون باشد.

خانم 69

متوفی خانمی است 17ساله ، ساکن روستای اصلی، G_1P_0, BMI =27 ، سابقه بیماری خاصی نداشته است. حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته وبه علت کلسترول وتری گلسیرید بالا(Chol=212 TG=277) به پزشک ارجاع شده بود ولی پس خوراند نداشت.مراقبت دوران بارداری از هفته 9درخانه بهداشت شروع شده وبصورت مرتب مراقبت شده بودو3بارنیز به متخصص زنان ارجاع شده بود .درپرونده بهداشتی فشارخون مادر درتمام مراقبتها نرمال قید شده بودولی وزن گیری نوسان داربود.درهفته 27حاملگی توسط پزشک به علت ادم وافزایش وزن ناگهانی به بیمارستان ارجاع فوری شده بود ولی پس خوراند نداشت وپیگیری هم نشده بود(مادر مراجعه نکرده بود).

در آزمایشات اوایل حاملگی وهفته 27 غیر از پیوری مشکل دیگری نداشت وپزشک مرکز کپسول سفالکسین تجویز کرده بود. آخرین مراقبت 7روز قبل از فوت توسط ماما درخانه بهداشت انجام شده بود BP=100/70 بود. برای مادر U/Aدرخواست می شودوتوصیه می شود با جواب آزمایش به پزشک مراجعه کند.طبق اظهار اطرافیان ، متوفی درچندماه اخیر از خستگی زودرس شاکی بودوازحدودیک هفته قبل سوزش سردل ودرد سینه با انتشار به بازوی چپ راذکر می کرد.مادر درهفته 32 حاملگی شب ساعت 23:15هنگام صرف شام بدنبال بلند شدن بصورت ناگهانی دچارارست شده وبی هوش می شود. مادررا با وسیله شخصی به بیمارستان می برندودراورژانس پزشک اعلام می کند مادر خیلی وقت است که تمام کرده است.

دراتوپسی 500 سی سی مایع شفاف درپریکارد وهیپرتروفی بطن چپ وجود داشت .علت مرگ کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک وآریتمی قلبی گزارش شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر به علت ادم وافزایش وزن ناگهانی ارجاع فوری شده ولی مورد توجه واقع نشده وپیگیری هم نشده است. با توجه به نتیجه اتوپسی مادر شواهد نارسایی قلبی داشته است وعلت افزایش وزن تجمع مایع در ارگانهای مختلف بوده است .

خانم70

متوفی خانمی است 30ساله ، ساکن شهر، G_2P_1, BMI =23.6، سابقه یکبارسزارین 5 سال پیش به علت فشارخون بالا،سابقه مصرف نامرتب لوزارتان به علت فشارخون بالاقبل از بارداری دوم(فشارخون درچندبارمراجعه درحد 90-140/80-130 بود. دوسال پیش توسط فوق تخصص کاردیولوژی اکوکاردیوگرافی وتست ورزش شده ومشکل خاصی نداشته است.وسیله پیشگیری کاندوم بوده وحاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته ومراقبت دوران بارداری از هفته 6 درخانه بهداشت شروع شده ومرتب مراقبت شده بود. دراولین مراقبت به علت سابقه مصرف لوزارتان وBP=130/80 به متخصص داخلی ارجاع شده ولی پس خوراندنداشت.مادراظهار می کردمتخصص داخلی گفته نیازی به مصرف دارونیست.آزمایشات اوایل حاملگی وهفته 28 نرمال بود.مادر به علت سابقه سزارین درهفته 38 حاملگی جهت تعیین وقت عمل به مطب متخصص زنان مراجعه می کندوایشان به علت بالابودن فشار خون مادر (BP=140/90)برگ بستری فوری صادرمی کند.مادر بلافاصله بستری شده وآماده عمل سزارین می شود.دستور حین بستری :سرم رینگر-کنترل فشارخون هر 4 ساعت-آزمایشات Hb-CBC-BG –آمپول سفازولین-آمپول هپارین 5000 واحد زیرجلدی.دربرگ پذیرش علت بستری فشارخون بالا ذکر شده ولی آزمایشات پره اکلامپسی درخواست نشده بود.(ساعت بستری 12:05)مادربعداز اقدامات اولیه ساعت 14 به اتاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی دراتاق عمل : BP=145/90 PR=80 RR=18 BT=37 عمل راس ساعت 14:30 با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان پسرنوزاد ترم با وزن 2850 گرم وآپگار9/10 بود .مادرساعت 15:30 به ریکاوری منتقل شده وساعت 17 به بخش تحویل داده می شود.علایم حیاتی موقع تحویل : BP=136/82 HR=64 O2Sat=96% وخونریزی درحد P.P بود.درطول عمل فشارخون درمحدوده نرمال بود . دستورات بعداز عمل : NPO تا8 ساعت-CBR تا8 ساعت-کنترل علایم حیاتی هریک ساعت تا 2 ساعت سپس هر4 ساعت-سرم رینگر +30 واحدسنتوسینون-آمپول سفازولین 1g/q8hتا3دوز سپس کپسول سفالکسین-آمپول هپارین 5000U/TDS/S.C چهارساعت بعداز عمل-مسکن PRN-چکHb فردا صبح.طبق اظهار خانواده مادر از روز دوم دچار درد ناحیه گردن (طرف چپ)شده که با مصرف مسکن وژل موضعی بهبود نداشته است ولی درپرونده اشاره ای به شکایت بیمارنشده و 6 مرتبه شیاف دیکلوفناک استفاده شده بود.مادر 42 ساعت بعداز عمل با دستور تلفنی متخصص زنان مرخص می شود(متخصص زنان مادررا قبل از ترک بیمارستان ویزیت کرده بود).درطول بستری علایم حیاتی درمحدوده نرمال BP=110/70 PR=63-76 ثبت شده بود.مادر بعداز ترخیص همچنان از درد گردن شاکی بود.طبق اظهار خانواده، مادرعصربعداز استحمام ساعت 17 دچاردرد ناگهانی درناحیه اپی گاستر شده وبدنبال آن سردرد ،سرگیجه وتاری دید را ذکر می کرد.مادر را به مطب پزشک عمومی درسیس می برند.براساس اظهارات پزشک ،مادر درمنزل دوپارچ دوغ مصرف کرده بود(طبق توصیه کادربیمارستان)و باشکایت احساس خفگی وفشاردرناحیه گلومراجعه کرده بود.فشارخون BP=110/80 بودواریتم حلق داشت وچون مادر احساس خفگی راازروز قبل ذکر می کرد باتشخیص فارنژیت ، آمپول هیدروکورتیزون100 میلی گرم وریدی - آمپول کلرفنیرامین عضلانی ، قرص لوراتادین وشربت دیفن هیدرامین جهت غرغره تجویز می کند.مادر بعداز اتمام درمان به منزل برمی گردد.بعداز بازگشت به منزل مادر بیحال بود وحالت درازکش راتحمل نمی کرد. حوالی ساعت 3 نصف شب مادربدحال شده به اورژانس 115 اطلاع می

دهند.هنگام رسیدن اوراژنس مادر علایم حیاتی نداشت ضمن شروع عملیات احیا مادربه بیمارستان منتقل می شودولی متاسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و5 صبح فوت مادر اعلام می شود.دراتوپسی تامپوناد قلبی به علت پارگی آنوریسم شریان آئورت علت مرگ گزارش شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. تغییرات هورمونی درحاملگی می تواند زمینه را برای ایجاد آنوریسم آئورت فراهم کند.
2. فشارخون مزمن هم زمینه ساز ایجاد آنوریسم آئورت می باشدودر بیمار هیپر تانسیو دیسکشن آنوریسم آئورت بعداز هفته 36 کاتاستروفیک است وزنده ماندن بیمار نادر ودرحد Case Report می باشدودرمورد این مادر به شکایت بیمار توجه کافی نشده ومشکل بیمار به موقع تشخیص داده نشده است.
3. احساس خفگی وبرونکواسپاسم به علت تحریک عصب واگ درجدار ادوانتیس آئورت یکی از علایم دیسکشن آئورت می باشد ومادر بارداری که احساس خفگی ودرد واضح گردن مخصوصاً یک طرفه داشته باشد می بایست مشاوره قلبی ویا داخلی شود.
4. بعداز بی حسی اسپینال بیمار تا3 هفته ممکن است افت فشارخون داشته باشدوپایین بودن فشار نمی تواند مسایل قلبی عروقی را رد کند.

خانم 71

متوفي خانمي است 35 ساله ، ليسانس ، ساكن شهر ، G_2 P_1 زايمان اول چهارسال قبل و به روش C/S بود . براي كنتراسپشن از LD استفاده مي كرده است . سابقه بيماري خاصي ندارد. حاملگي خواسته بود. درمطب متخصص زنان كنترل مي شده است ، بصورت نامرتب . بيمار در هفته 34 حاملگي ساعت 18:30بعلت درد شكم و پهلوها كه ازسه روزقبل شروع شده بود، به بيمارستان خصوصی مراجعه و بعلت فشارخون بالا و پروتيئن اوري + 4 پذيرش نشده و به دستور پزشك معالج به آموزشی درمانی ارجاع ميدهند (بدون آمبولانس و IV Line) . درضمن تعداد لوكوسيت درادرار30-25 عدد بود. (البته بيمار وهمسرايشان قبول نكرده بودند با آمبولانس بروند.)

موقع پذيرش (ساعت20) : FHR= 140 BP= 200/120

علايم Severity نداشت ،ادم اندام تحتاني + 2 داشت ، سمع قلب و ريه نرمال بود. براي بيمار سولفات منيزيم 4 g State و سپس 2 g وريدي آهسته تزريق ميگردد ، يك دوز بتامتازون 12 mg تزريق ميشود ، 5 mg هيدرالازين ، يك عدد قرص متيل دوپا داده شده و بيمار با تشخيص پره اكلامپسي شديد و سابقه C/S به اتاق عمل منتقل ميشود. دراتاق عمل TNG جهت كنترل فشارخون شروع ميشود و بعد از كاهش فشار به 130/90 در ساعت 22:40 با راشي عمل C/S شروع ميگردد. در طول عمل بعلت عدم كنترل فشار، انفوزيون TNG ادامه مي يابد . دراواخر عمل بدليل عدم كنترل خونريزي و oozing منتشر و طولاني شدن زمان عمل و برگشت بي حسي ، بي هوشي عمومي داده ميشود و ساعت 23:40 عمل خاتمه مي يابد . يك نوزاد پسر با آپگار 5/8 بدنيا مي آيد . مايع آمنيوتيك شفاف بود . در طول عمل عليرغم دريافت 4 ليتر سرم ، برونده اداري بسيار ناچيز بود . در دو مرحله 20 mg لازيكس تزريق ميگردد. پس از عمل جهت كنترل و مونيتورينگ همودينامیك به ICU منتقل ميگردد. (ساعت 00:30)

دستورات ICU : کنترل V/S (مونیتورینگ) و ثبت علایم – CBR باحرکت پاها در بستر ، کنترل V/B ، کنترل I/O و علایمSeverity .

آمپول سنتوسینون 10 واحد هر 12 ساعت عضلاني تا دو روز – اکسیژنLit 2-3 ،آمپول سولفات منیزیم 2g / h وریدی از طریق میکروست -

آمپول سفازولین 1g /6h و جنتامایسین 80 mg / IM/TDS (باکنترل RR,U/O , DTR).

آمپول هپارین 5000 واحد هر4 ساعت – بعلت داشتن درد یك عدد شیاف دیکلوفناك سدیم ، ویزیت قطع سولفات ، چك سطح سرمی Ca و P و Mg ، تستهاي کبدي ، K, Na و بیلي روبین .در سه بار متوالي نمونه ارسالی لیز گزارش شده بود و امکان بررسي وجود نداشت .

ساعت 1:30صبح : بیمار اولیگوریك و هماچوریك است ، فشارخون BP= 175/132 میباشد . میزان TNG رابه 80 cc /h افزایش میدهند .

ساعت 2:45 صبح : بیمار همچنان اولیگوریك است . رزیدنت زنان با مشاور داخلي تماس میگیرند و ایشان توصیه میکنند سرم TNG تا زمان خارج شدن بیمار از NPO ادامه یابد و State 20 میلیگرم لازیکس وریدي تزریق گردد.

در ساعت 6:30 صبح بعلت ادامه اولیگوري ، 500 سي سي سرم نرمال سالین سریع انفوزه میشود ولي تغییري در برونده ادراري ایجاد نمیشود.

یك عدد شیاف دیکلوفناك مجدداً داده میشود : بعلت اولیگوري جنتامایسین قطع میشود.

درساعت 8:00 مجدداً 500 سي سي سرم رینگر بصورت سریع انفوزه میگردد.

درساعت 10:00 بعلت اولیگوري سولفات منیزیم به دستور متخصص داخلي Hold میشود . قرص اتنولول 50 میلیگرمي و یکعدد قرص آمیلودیپن باکمي آب بصورت اورال داده میشود و یکعدد آمپول ترامادول تزریق میگردد.

جواب آزمایشات به اطلاع اتندیگ رسانده میشود بشرح ذیل :

Bile (Direct) = 6.15 Bile (Total) = 14.81 Na=126 Alb=2.1 K= 5.45

SGOT = 1319 SGPT =285 ALP= 126 LDH= 5103

لیز بود : CBC D.Dimer> 2000 PTT = 43 PT=16.9

توصیه میشود مسکن و لازیکس تزریق نشود . سولفات منیزیم به 0.5g/h کاهش یابد ، شربت لاکتولوز 2 قاشق هرساعت تا شروع کارکرد شکمی و سپس به 2 قاشق هر12 ساعت کاهش یابد. 5 میلیگرم هیدرالازین وریدي تزریق میگردد. 50 میلیگرم راني تیدین تزریق میشود.

درساعت 12 ظهر PLT = 104,000 Hct=30 Hb = 9/8 بود.

از ساعت 11:10 صبح شروع به انفوزیون FFP میکنند و تا ساعت 12:40 هشت واحد ترانسفوزیون میشود.

ساعت 12:30 ظهر برونده ادراري زیادشده ولي همچنان خوني بود . بیمار هوشیار میباشد . بعلت افت ساچوراسیون بیماربه 74% به بیمار پوزیشن نیم نشسته داده و به دستور اتند محترم زنان 80 میلیگرم لازیکس وریدي تزریق میگردد. 500 سي سي سرم نرمال سالین + 20سي سي سرم دکستروز 50% باسرعت 50 سي سي درساعت انفوزه میشود .

بصورت اورژانس مشاوره نفرولوژي درخواست میشود و ایشان درجواب مشاوره یادداشت کرده بود: بیمار آنوریك ، لتارژیك و اسیدوتیك و ایکتریك است . ازمخاط بینی خونریزی دارد.BP=139/92 .بااحتمال قوی سندرم hellp و HUS همزمان مطرح است.

Urea = 57 Mg= 3.9 Ca= 8.3 K= 7.3 Cr= 1.2

توصيه ميكنند تستهاي كلاژن و اسكولر ، C4 , C3 , CH50 , Cl وآنتی ژن هپاتيت هارا چك كنندو بررسي لام خون محيطي – كنترل K و در صورت بالا بودن آن (6/1>) گلوكزهيپرتونيك 50% + انسولين رگولار 10 واحد و در صورت عدم برقراري ادرار ، ديااليز انديكاسيون دارد . مواد غذايي حاوي پتاسيم داده نشود. احتمالاً بيمار نياز به پلاسمافرز نياز خواهد داشت كه بعد از گزارش لام خون محيطي تصميم گرفته ميشود ، بيمار با هماهنگي به ICU ريه منتقل شود و توصيه ميكنند در صورت افزايش كراتين جهت تنظيم دوزاژ داروها تماس گرفته شود. بعلت پائين بودن پلاكت Plate = 58,000 5 واحد پلاكت ترانسفوزيون ميشود . بعلت ديسترس تنفسي و ادم ريه وافت ساچوراسيون (O2 sat = 78%) بيمار انتوبه شده و به ونتيلاتور با سيستم SIMV وصل ميشود.

<u>درساعت 14:30</u> متخصص ريه بيمار راويزيت كرده و توصيه ميكند آمپول دگزامتازون هر6 ساعت 8 ميليگرم وريدي ومانيتول 20% + 400mg 300 cc لازيكس در عرض 2 ساعت انفوزيون گردد. پنتو پرازول 2 ويال داخل 500 سي سي سرم در عرض 8 ساعت انفوزيون گردد. آمپول سيپروفلوكساسين 400 ميليگرمي هر 12 ساعت تزريق گردد.

ساعت 17:00: بيمار آنوريك است ، اپيستـاكسي خفيف دارد ، Pale است ، خونريزي واژينال ندارد ، پانسمان خشك است ، رال منتشر در هر دوريه دارد - تنفس اسيدوتيك دارد BP=150/98 O2 Sat = 98% .

متخصص كليه توصيه ميكند بعلت آنوريك بودن بيمار دادن مانيتول با دوز توصيه شده به نفع بيمار نيست و در صورت لزوم دوز آن تعديل شود و بعلت شك باليني قوي به HUS دادن پلاكت ميتواند براي بيمار تهديد كننده باشد.

لازم است لام خوني محيطي تهيه شود. كه در لام خون محيطي شيستوسيت اندك ديده شده بود. و باتوجه به آنوريك بودن لازيكس هرساعت 20 سي سي انفوزيون شود . باتوجه به اسيدوز شديد 2 عددويال بيكربنات نيز تزريق گردد.

در ساعت 19 بيمار دچار تاكي كاردي ميشود و دومرتبه 5ميليگرم وراپاميل رقيق شده آهسته تزريق می گردد.

در ساعت 21:20 ترشحات ريه و معده خوني بوده و شستشوي معده انجام می گيرد .با دستور متخصص بی هوشی مدونتيلاتور بهCMV تغيير می يابد.در ساعت 22:20 بعلت عدم پاسخ به اقدامات درماني و افت هموگلوبين4.9 =HB وادامه آنوري و ضرورت انجام ديااليز و تعبيه CVP Line تصميم گرفته شد به بيمارستان جنرال منتقل گردد.

طبق مشاوره با استاد مشاور نفرولوژي 1 واحد كرايو تزريق و مشاوره اورژانسي داخلي انجام می شود كه ايشان توصيه ميكند 5 واحد ديگر كرايوو4واحد FFP انفوزيون شود. بانظر آنكال محترم زنان 3 واحد خون تازه نيز براي تزريق آماده می كنند.

ساعت 23:20 مشاور ICU ريه بيمار راويزيت و لزوم انتقال بيمار راتائيد ميكند.

ساعت 1:00 صبح : بيمار به همراه رزيدنت زنان و تكنيسين بي هوشي ، با آمبوبگ و O2 به بيمارستان جنرال منتقل ميشود متاسفانه هنگام تحويل به ICU ريه بيمار فاقد نبض بوده و در مانيتورينگ خط ايزو ثبت ميشود و به عمليات احياء پاسخ نميدهد

آزمايشات : سونوگرافي كبد ساعت 12/45 : كبد در حداكثر اندازه طبيعي با اكوژنيسيته نرمال ميباشد ، ضخامت جداري كيسه صفرا شديداً افزايش يافته كه ميتواند درزمينه وجود مايع آزاد باشد.

مايع آزاد فراوان در فضاي شكمي رويت ميشود ، اكوژنيسته پارانشيم كليه ها افزايش يافته و سايز كليه چپ بزرگتر از نرمال است (قطر 142 ميلي متر) .

در CXR ساعت 9/58 : کدورتهاي آلونولر ريوي درنواحي پري هيلار مشاهده ميشود که احتمال خونريزي ريوي يا ادم را مطرح ميکند . اندازه تصوير قلب نرمال است .

تشخيص : HELLP +HUS

توضيحات :

قبل ازبستری : 1- مراقبت نامرتب 2- تاخير درمراجعه به پزشک

بعداز مراجعه به بيمارستان : 1- ارجاع به مرکز دانشگاهی با ماشين شخصی (بايد بيماروهمراهش توجيه شده وبراعزام بيمار با آمبولانس ولاين وريدی وهمراه درمانی اصرار می شد.) 2- انتقال بيمار از مرکز زنان به بيمارستان جنرال با آمبوبگ غير علمی می باشد واصولاً چنين بيماران پرخطر بايستی در مرکز جنرال بستری شودوبصورت تيمی Manage شود.

خانم 72

متوفی خانمی است 18 ساله ،ساکن روستای سياری ،خانه دار،G_1P_0 ، معاينات پيش از بارداری توسط مامای تيم سلامت انجام شده بود ومشکل خاصی قيد نشده بود.مراقبت دوران بارداری يکبار توسط ماما انجام شده بود .ازمايشات اوايل بارداری نرمال بود.

نامبرده درهفته 15 حاملگی دچارتب ولرز وتهوع واستفراغ شده روز بعد وبه دنبال رفتارهای نامعمول(پرخاشگری ،فحاشی وکشف حجاب)و حرکات غير ارادی (لرزش دستها)دچارکاهش هوشياری وبی اختياری ادراری می شود. ماددرا با اين تابلو به بيمارستان شهرستان می برند.دربيمارستان ، هوشياری درحد Light Coma بوده ومردمکها دوبل ميدياز وراکتيو به نوربود.ردورگردنی نداشت.ريتم تنفسی نرمال وريه هاclear بودند.قلب ريتم منظم داشت .شکم نرم وبدون تندرنس بود.درروی لب فوقانی ضايعات هرپسی وجودداشت.

علايم حياتی : BP=120/70 PR=100 BT=35˚c

برای مادر آزمايشات CBC,Cr, BS والکتروليتها درخواست می گردد. WBC=11,700 PMN=84% PLT=178,000

Cr=0.7 Na=133 K=4.1 Ca=8.5 P=4 BS=125

برای مادراکسيژن نازال وسرم 2/1،3/3 وصل و2گرم سفتریاکسون انفوزيون وبا تشخيص احتمالی آنسفالوپاتی کبدی به مرکز آموزشی درمانی اعزام می گردد. هنگام پذيرش (ساعت22:20)علايم حياتی نرمال و O_2Sat=98% بود

هوشياری درحد Light Coma بوده ودر معاينه عصبی بيمار با تحريک دردناک صدای نامفهوم ايجاد می کرد.مردمکها ايزوکوريک وبا کوچکترين تحريک ابتدا ميدرياز وسپس بسرعت ميوز می شد.قدرت عضلانی هرچهاراندام 3/5 ،کف پايی راست اکستانسور وچپ آبوله بود.رفلکس اکولوسفال منفی بود. علايم تحريک مننژنداشت. اريتم پالمار وSpider آنژيوما وجود نداشت.

برای مادر مجدداً آزمايش درخواست می گردد.

WBC=11,900 PLT=320,000 Hb=14.5 Cr=0.6 BUN=15

Na=137 K=3 BS=139 PH=7.43 HCO3=18.4 PCO2=48

بيمارباتشخيص احتمالی آنسفاليت ويرال وتشخيص افتراقی حوادث حاد عروقی ،اپی لپسی،هرنی مخچه دربخش اعصاب بستری می گردد.دربخش اعصاب ،علايم عصبی متغيربود.حرکات ناگهانی داشت.تب دار نبود.برای مادر تستهای انعقادی ،اسکن اسپيرال مغزوEEG درخواست می گردد.به علت

مختل بودن تستهای انعقادی LP انجام نمی شود. در اسکن اسپیرال مغز ضایعه حاد توجیه کننده علایم عصبی بیمار وجودنداشت.درEEG موج های Slow آبنرمال نشاندهنده آنسفالوپاتی وجودداشت. INR=5 PT=38 PTT=53 BS=130

روز دوم بستری به علت تشنجهای مکرر بیمار به بخش ICU اعصاب منتقل می گردد.درمعاینه مردمکها دوبل میدریاز وراکتیوبه نور بود.کف پای چپ اکستانسور وراست فلکسوراست. تشنجهای مکرر با Post ictal طولانی داشته است. BP=80/50 PR=68

مادررا فنی توئنیزه کرده ودوز نگهدارنده فنی توئین وآسیکلووير وریدی شروع می کنند.همچنین تستهای تیروئیدی،پروتئین ادرار 24 ساعته وآنزیمهای کبدی درخواست می گردد.

جواب آزمایشات:T4=11.1 T3=0.9 TSH=0.75 Urine Protein(24)=50

Direct Bilirubin Total Bilirubin =1.9 Alb=2.4 ALK=182 SGPT=246 SGOT=124

روزسوم بستری:مادربیداروهوشیاراست.ازدستورات اطاعت می کند. شکایت خاصی ندارد.کف پایی دوبل آبوله =0.7

است.BP=110/70وBT=36.8

به علت بالابودن آنزیمهای کبدی با احتمال آنسفالوپاتی کبدی درخواست مشاوره گوارش وآندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش (جهت بررسی واریس مری) وسونوگرافی شکم می شود.درآندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش یافته خاصی وجود نداشت .درسونوگرافی شکم هپاتومگالی خفیف با اکوژنسیته نرمال واندک مایع داخل شکم وجودداشت.عروق کبدی باز ونرمال بود.کیسه صفرا ،مجاری صفراوی و طحال نرمال بود.طبق توصیه متخصص گوارش برای ایجاد مدفوع شل لاکتولوز شروع می شود.برای TTP R/O اسمیر خون محیطی و LDH درخواست می گردد.

روز چهارم بستری: بیمارمجدداً افت هوشیاری پیداکرده وبه علت رد شدن انسفالیت هرپسی آسیکلووير قطع می شود.مولتی ویتامین ،آمپول ویتامین k وریدی وکاربامازپین وتزریق دوواحد FFP به دستورات دارویی اضافه می شود. درلام خون محیطی شیستوسیت رویت نشدو نوتروفیلی وجودداشت. LDH=724

روزپنجم بستری:مادربیداراست ازدستورات اطاعت می کند.شکایت خاصی ندارد.کف پایی دوبل فلکسور است.ادم دوطرفه اندامهای تحتانی دارد.ایکترواضح ندارد.علایم حیاتی نرمال است .

روزششم بستری: کمی Confused وill است .مردمکهاو حرکات چشمی نرمال است. ادم اندامها نسبت به روزقبل کمترشده است. دوواحدFFP تزریق می گردد. روز هفتم بستری: لتارژیک است واز دستورات اطاعت نمی کند.کف پایی دوبل فلکسور ضعیف است.برای مادر مشاوره زنان ازنظر سندروم هلپ وکبد چرب حادحاملگی ومشاوره گوارش جهت انتقال به بخش گوارش درخواست می گردد. علایم حیاتی نرمال است

درجواب مشاوره زنان ذکرشده بودباتوجه به فشارخون نرمال مادر وسن حاملگی وهمچنین عدم پروتئین اوری سندروم هلپ وکبد چرب حاملگی بسیار بعید بود ومادر وهپاتیت اتوایمیون درزمینه هپاتیت ویرال واز نظر لوپوس بررسی گردد. در آزمایشات درخواستی :

ANA,Anti ds DNA,ALKMA,HCV Ab,HBC Ab,HBS Ag,HEV Ab,HAV Ab,HIV Ab منفی بود.سندروم ویلسون نیزرد شده بود.

روزهشتم بستری: مادرخواب آلود وکمی بی قرار است.یک نوبت استفراغ داشته است. علایم حیاتی نرمال است. INR=3.5

روزدهم بستری: هوشیاری کاهش پیداکرده وباتحریکات درد ناک اندامها را حرکت می دهد.مردمک ایزوکوریک وراکتیو به نوراست. کف پایی دوطرفه اکستانسوراست. علایم حیاتی نرمال است.

روزیازدهم بستری: بیمار دروضعیت Light Comaمی باشد.در سمع، ریه ها پاک وتنفس به دلیل ترشحات صدا داراست(تنفس کوسمال دارد).تبدار نیست.درABG آلکالوزتنفسی واسیدوز متابولیک دارد.مشاوره داخلی درخواست ویک دوز آمپول ویتامین kوریدی تزریق می شود.

روز سیزدهم بستری: هوشیاری درحد Obtun dation ،مردمکها ایزوکوریک وراکتیو به نور می باشد.حرکات چشمی محدود شده است.کف پایی دوبل اکستانسوراست وادم اندمهای تحتانی زیادشده است. علایم حیاتی نرمال است $O_2Sat=100\%$ مادربهICU ریه منتقل می گردد. باتوجه به R/O بیماریهای مطرح شده(هپاتیت ویرال ،سندروم ویلسون،هپاتیت اتوایمیون وسندروم هلپ)کبد چرب حاد حاملگی مجدداً مطرح شده وبرای ختم حاملگی مشاوره زنان درخواست می شود.بعداز اصلاح تستهای انعقادی باFFP وویتامین K درتاریخ 00/5/4 دربخش ICU ریه با ایناکشن ختم حاملگی داده می شود.بعداز ختم حاملگی تغییر چندانی دروضعیت هوشیاری ایجاد نشده ودرتاریخ 00/5/6 دچار دیسترس تنفسی می شود.مادرانتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می گردد. سولفات منیزیوم 2.5 سی سی هر12ساعت (برای رفع هیپو منیزیومی) ، آلبومین 20% ، فروس سولفات ، مولتی ویتامین تجویز می گردد.روزبعد دچار تشنج پارشیل شده وبا دیازپام ، فنتانیل ومیدازولام کنترل می گردد. در لوله تراشه ترشحات چرکی وجود داشت که ساکشن شده وSeptic Work up می شود. BT=38

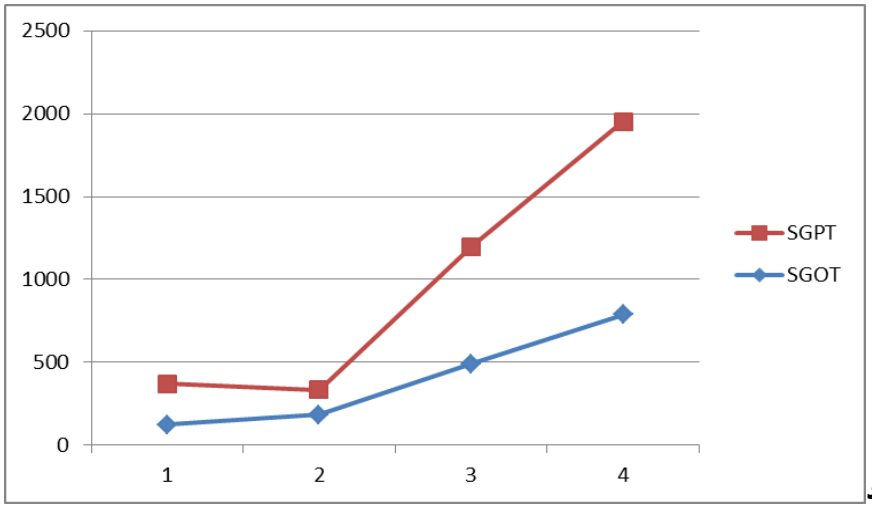
مادر دچار تشنج های مکرر شده وبا تجویز دارو کنترل نمی شود. برای ایجاد بی هوشی عمومی با متخصص بی هوشی مشاوره میشود. بدنبال تشنج افت فشارخون ،برادی کاردی وافت ساچوراسیون ایجادمی شودوبه اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات : $ESR_{(1,2)}=5,13$ CRP=1+ Ammonia=247.4 C-ANCA=0 P-ANCA=0

Mg=1.6 Urine Copper(24h) =10.9 Direct Coombs=Neg Indirect Coombs=Neg

Hb	SGPT	SGOT	Bilirubin(total)
14.5	246	124	1.9
12.3	149	184	2.3
11.2	707	490	3.2
9.9	1164	787	2.5

درمجموع 36 واحدFFP درطول بستری برای مادر تزریق شده



بود

تشخیص احتمالی : کبدچرب حاد حاملگی و تشخیص افتراقی : عفونت های ویرال

خانم 73

متوفی خانمی است 17 ساله ، ساکن روستای اصلی ،G_2P_0 ، Caseشناخته شده نارسایی مزمن کلیه ازدوسال قبل و تحت نظر متخصص نفرولوژی بود (درVCUG حدود مثانه ناصاف بوده ودردیواره چپ مثانه برجستگی با احتمال دیورتیکول گزارش شده بود ودرگرافی رنگی ریفلاکس ماده کنتراست بداخل حالب راست رویت می شد).متخصص نفرولوژی تاکیدکرده بود که نباید حامله شود.علیرغم تجویز کنتراسپشن(کاندوم) به علت سابقه حاملگی خارج رحمی ونارسایی کلیه از طرف مرکز بهداشت ، به علت تمایل متوفی به حاملگی ،از وسیله پیشگیری استفاده نمی کرد.

مادراز همان اوایل حاملگی تحت نظر خانه بهداشت ،تیم سلامت ،متخصص زنان ومتخصص نفرولوژی بوده و علیرغم اصرار پزشک معالج همسر متوفی اجازه ختم حاملگی نمی دهد .درطول بارداری بصورت مرتب مراقبت شده وچهاربارها علتهای کاهش وزن ،تهوع واستفراغ وافزایش فشارخون به متخصص زنان ارجاع شده بود.درآخرین ویزیت تیم سلامت BP=130/90 بود.

آزمایشات قبل از حاملگی:

Pr=1579mg ادرار 24 ساعته Cr=850 ادرار 24 ساعته Urea=55 Cr=2.1 ,2.6 Na=130

K=4.2 Uric Acid =9.1 Ca=9.9 Alp=179 Hb=11.6 FBS,TG,Chol=Normal

C3,C4,CH50,Anti DNA=Neg PTH=48 PH=5ادرار Epitelial Cell

35-40=ادرار.

آزمایشات هفته سوم حاملگی: FBS=84 RPR=Neg Cr=2.3 Urea=62 GLU= Trace

U/A: Pr=Trace

آزمایشات هفته سیزدهم حاملگی :

Urea=72 Cr=2.5 Na=130 K=4.4 P=5 Ca=8.5 FBS=75

U/A : Pr=Trace U/C=Neg Hb=8.9 $ESR_{(1)}$=62

آزمایشات هفته سی ویکم حاملگی : U/A: Pr=3+ Epitelial Cell=35-40 Blood=Trace

بیماربه علت اوره وکراتین بالا به اورژانس مرکز آموزشی درمانی ارجاع ودرآن مرکز با آزمایشات آنالیز وکشت ادرار وچک کراتین بدون اندازه گیری فشار خون به علت اینکه فعلاً مشکل اورژانس عفونی ندارد با دستورات دارویی مرخص کرده ومراجعه به درمانگاه راتوصیه کرده بودند.

درهفته 32 حاملگی به علت افزایش فشارخون BP=160/100وپروتئین اوری 4+ به بیمارستان شهرستان ارجاع و تحت نظر قرار می گیرد. متخصص زنان بدون ویزیت بیمار وبصورت تلفنی درخواست آزمایشات روتین،تزریق اولین دوز بتامتازون ،تزریق 14 گرم سولفات منیزیوم(4 گرم وریدی و10 گرم عضلانی) وهماهنگی جهت اعزام بیماررا Order می کند .

درساعت 22:45 پس از تزریق 5 میلیگرم هیدرالازین همراه با دوهمراه درمانی به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود.

موقع پذیرش درمرکز (ساعت 1:07 صبح) بیمارهوشیاروخواب آلود بود.سردرد داشت ،کل بسته وعلایم زایمانی نداشت ،سمع قلب وریه نرمال بود.

FHR=130 BP=140/90 PR=88 RR=20

به علت خالی نبودن تخت ICU با دستور رزیدنت ارشد بابیمارستان خصوصی جهت انتقال بیماربه آن بیمارستان صبحت کرده و بیماربه آنجا ارجاع می شود ولی پزشک اورژانس به علت نیاز بیمار به دیالیز ونبود بخش دیالیز در آن بیمارستان ازپذیرش بیمار امتناع کرده بود وبیمار مجدداً به مرکز آموزشی ریفر شده بود.

بیمارساعت 4:30 بامداد بادستورات کنترل علایم حیاتی هر4 ساعت ، رزرو2واحد خون ایزوگروپ ،کنترل قلب جنین ،کنترل علایم زایمانی ،کنترل I/O، تزریق دوز دوم بتامتازون ،انفوزیون سرم رینگر 100cc/h ، تزریق سولفات منیزیوم 2g/h ازطریق میکروست ، چک آزمایشات انعقادی وCrوUrea دربخش زایمان بستری می گردد . با مرکز آموزشی درمانی جنرال جهت انتقال بیمار به آن مرکز تماس میگیرند ومشاورداخلی پاسخ می دهد باتوجه به اینکه بیمار برونده ادراری دارد فعلاً نیاز به دیالیز ندارد. برای بیمار ABGانجام شود ودرصورت اسیدوز شدید ویا بیکربنات زیر 15 تماس گرفته شود.

جواب آزمایشات : Hb=12.1 K=6.3 Na=130 Urea=90 Cr=3.8

Uric LDH=683 ALP=246 SGPT=28 SGOT=48 PLT=174,000

Acid=10.2

درساعت 6:10 مجدداً با مشاورداخلی مرکز جنرال تماس می گیرند وبیمارجهت تصمیم گیری به همراه برگ مشاوره اعزام می شود .دراورژانس بیمارمعاینه شده و درخواست آزمایشات کبدی می شود. ساعت 8:10 بدون انجام اقدام خاص درمانی بیمارمجدداً به مرکززنان برگردانده می شود.

درساعت 9:30 بامتخصص نفرولوژی (پزشک معالج)مشاوره می شود وایشان قید کرده بود : به هر حال افزایش کراتینین اجتناب ناپذیر بوده ودرصورت عدم کنترل فشارخون وعدم اصلاح اسیدوز بیماروهرگونه علایم مسمومیت ختم حاملگی داده شودودرصورت نبودعلایم تهدید جان بیمار درصورت امکان 2 هفته دیگر جهت ماچوریشن ریه جنین بیماردربخش تحت نظر باشد.فشارخون با متیل دوپا وسپس نیفیدیپین (SR) کنترل ودرصورت عدم کنترل، هیدرالازین داده شود(فشارخون سیستولی درحد15-13نگه داشته شود).ترجیحاًازسولفات منیزیوم استفاده نشود.

درساعت 10:35 با نظراساتید محترم پریناتولوژی ، بیمار به دلیل پره اکلامپسی شدید جهت C/S آماده وبا تزریق 30 میلی گرم لازیکس به اتاق عمل منتقل می گردد . ساعت 11:10 عمل با بی هوشی عمومی شروع شده وحاصل زایمان نوزاد پره ترم با آپگار7/8 بود.بیمارساعت 13:15 با دستورات :کنترل وچارت علایم حیاتی ، آمپول سفازولین 1گرم هر6 ساعت، سرم رینگر100سی سی هرساعت ،آمپول سولفات منیزیوم 1 گرم هرساعت ازطریق میکروست با کنترل DTR, RR ،آمپول هپارین 5000 واحدهر 8 ساعت (4 ساعت بعدازعمل) ، انجامABG واطلاع سریع جواب ، چک منیزیوم هر4 ساعت وآمپول دگزامتازون 10میلیگرم عضلانی هر12 ساعت تا4 دوز به بخش ICUمنتقل می شود.باتوجه به PH=7.1 وHCO3=11.3 بامشاورداخلی تماس می گیرند وایشان انفوزیون 100 میلی اکی والان بیکربنات سدیم داخل یک لیتر سرم (نصف درعرض دوساعت ونصف دیگر درعرض 8 ساعت) ،تعدیل دوز سولفات منیزیو م ،تعدیل دوز آنتی بیوتیکها وتجویز قرص آتنولول 50 میلیگرم هر12 ساعت ومحدودیت پروتئین دریافتی وABG مجدد را Orderمی کند.ساعت 15:00 نفرولوژیست باتوجه به علایم وجواب ABG ، اعلام می کند بیمار نیاز به دیالیز اورژانس دارد وبا هماهنگی رزیدنت داخلی به مرکز آموزشی درمانی جنرال منتقل گردد. بیمار ساعت 18:20 با علایم حیاتی ووضعیت :

BP=120/65 PR=96 RR=20 O2Sat=74.9% Pco2=29.8 HCO3=14.2

PO2=48.8 PH=7.28 Mg^{++}=1.14 Ca^{++}=2.96

Na=141 و K=5.1 Cr=3.8 BUN=90به همراه انترن وماسک اکسیژن وست احیا منتقل می شود.

بیمارساعت 19:25 به اورژانس تحویل ومستقیماً دربخش نفرولوژی پذیرش داده می شود.علایم حیاتی وآزمایشات دربخش (ساعت 21:08)

BP=110/70 HR=90 RR=28

O2Sat=51.8% PH=6.93 PCO2=96.4 HCO3=19.8 Fio2=28

K=5.1 Mg=1.14 Na=141 Hb=11.6

بیمارساعت 20:30 در بخش نفرولوژی بستری شده ونیم ساعت بعد دچار ارست قلبی تنفسی می شودومتاسفانه به اقدامات احیا پاسخ نمیدهد.

تشخیص علت مرگ : ارست تنفسی به علت عدم تعدیل دوز سولفات منیزیوم (عوارض نارسایی مزمن کلیه)

توضیحات :

1- بیمار نباید حامله می شد وحداقل ختم حامگی داده می شد (درموارد مشابه باید از یک روانشناس ،از نفوذ افراد مورد قبول جامعه نظیر روحانیون محل ویا خانواده برای توجیه خطرات حاملگی ویا ادامه آن استفاده شود.) 2- ارجاع بیماربه بیمارستانهای دیگر به بهانه های مختلف به ضرر بیمار بوده وبیماراز اول باید دریک سانتر مجهز بستری شود وسایر مشاورات درهمان مرکز صورت گیرد. 3- دادن سرم رینگر برای بیمار با نارسایی کلیوی به علت مشکل دفع پتاسیم اشتباه می باشد. 4- دوز بالای سولفات منیزیوم 1g/h برای بیمار خطرناک بوده وباید قطع می شد. 5- بیمار درزمان حضور دراورژانس مرکز جنرال Pco_2 بالا داشته وباید قبل از انتقال به بخش نفرولوژی انتوبه می شد.

خانم 74

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن روستای سیاری ، G_1P_0، سابقه اپی لپسی ؟ ومصرف دارو(حرکات ورفتارهای عجیب وغریب که هربار حدود یک ساعت طول می کشیده وبعداز هوشیاری هیچیک از وقایع را بخاطر نمی آورده است وتقریباً هرماه 2-1 بار تکرار می شده است.)که مادر از ابتدای حاملگی خودسرانه داروهارا قطع کرده بود.

نامبرده که برای مراسم ترحیم خواهرش به شهرستان دیگر بود باشکایت کاهش محتوی هوشیاری به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان آورده می شود.درمعاینه، مادرهوشیار ولی دیس اوریانته بود.علایم زایمانی نداشت . ادم 2+ گوده گذار در اندامهای تحتانی داشت.FHRسمع نمی شدو همسربیمار کاهش حرکات جنین را از حدود 12-10 روز قبل ذکر می کرد.علایم حیاتی:BP=90/60 PR=62 RR=14 BT=36.5 .درآنالیز ادرار آلبومینوری نداشت.برای مادرسرم 2/1،3/3 بصورت K.V.Oوصل وتوسط همراه درمانی به بیمارستان زنان اعزام می شود.درهنگام پذیرش در مرکز زنان (ساعت 19:45): هوشیار ولی دیس اوریانته بود.مردمکها میدریاتیک وراکتیو به نور بود.سمع قلب وریه نرمال بود.علایم زایمانی نداشت.FHR سمع نمی شدوارتفاع رحم درحد30-29 هفته بود.ادم 3+دراندامهای تحتانی وجود داشت.درسونوگرافی ،جنین ماسره حدوداً 28 هفته وفاقدقلب بود.برای مادرآزمایش وCT اسکن مغزی درخواست میشود. CT اسکن مغزی توجیه کننده مشکلات بیمار نبود.

درآزمایشات درخواستی :Cr=0.6 Hb=13.4 PT=31 PTT=48 BUN=11

LDH=1312 SGPT=952 SGOT=502 INR=4.6 PLT=197,000

K=3.8 Na=144 Alb=2.8 Bili(Direct)=2.8 Bili(Total)=2.9

BS=88

مادر جهت مشاوره داخلی ونرولوژی با همراهی رزیدنت سال 1 به بیمارستان جنرال فرستاده می شود. دربیمارستان جنرال باتوجه به اینکه خواهر بیمار 4 روز پیش با تابلوی مشابه (با تشخیص احتمالی کبد چرب حادحاملگی)درهفته 16حاملگی فوت شده بودپیشنهاد می شود اول ختم حاملگی داده شود.به علت اختلال تستهای انعقادی 10 واحد FFP تزریق و با اینداکشن وبدون اپی زیوتومی ختم حاملگی داده می شود .برای مادر آمپول سنتوسینون ،مترژین وشیاف میزوپروستول (5عدد رکتال) تجویز می گردد. حاصل زایمان دختر مرده وماسره حدوداً 28 هفته بود.مایع آمینوتیک مکونیومی وجفت وپرده های جنینی رنگی بود ولی بد بو نبود.خونریزی بعداز زایمان با اقدامات پروفیلاکتیک درحد Post Partum بود.بعداز زایمان تغییری دروضعیت بیمار حاصل نشد وهوشیاری بیمار نوسان داربود (از هوشیاری کامل تا Light Coma). به علت آژیته بودن مادر، پتیدین ،میدازولام وهالوپریدول تجویز می گردد ولی همچنان بی قرار بود.درطی مشاوره داخلی برای مادرمترونیدازول ،لاکتولوز،زینگ سولفات ،آمپول ویتامین K(10میلی گرم روزانه) آلبومین 20% وآمپول دگزامتازون تجویز وآزمایشات هپاتیت HIV-CMV-EBV -A,B,C,E -الکترولیتها ،مس ادرار 24 ساعته ،سرولوپلاسمین،فیبرینوژن ، LFTدرخواست می شود. درسونوگرافی شکم طحال ومجاری صفراوی نرمال بودوفقط هپاتو مگالی خفیف با اکوژنیسته نرمال داشت.مادر روز بعد جهت ادامه درمان به ICU ریه منتقل می گردد.

موقع پذیرش :BP=120/60 HR=100 BT=38 O_2Sat=95%

برای مادر آزمایشات ALKMA,ASMA,ANA,Anti ds DNA ،تستهای انعقادی،الکترولیتها،آنزیمهای کبدی، کشت خون-کشت ادرار درخواست و آمپول ویتامین K(10میلی گرم روزانه)- تزریق دو واحد FFP هر8ساعت –شربت لاکتولوز-ویال دکستروز 50% داخل یک لیتر سرم 2/1،3/3

هر8 ساعت-کنترلI/O –مشاوره گوارش برای بیوپسی کبد-آمپول مترونیدازول-آمپول سفتریاکسون - ویال آلبومین 20% هر12ساعت- آمپول پنتو پرازول تجویز می گردد.

عصر ساعت20:10 بعداز نمونه گیری جهت کشت خون وانکومایسین به رژیم دارویی اضافه می شود. به علت تاکی پنه بودن برای حمایت راههای هوایی انتوبه شده به T.Tubeوصل می گردد. به علت بی قراری شدیدآمپول میدازولام وفنتانیل تزریق می گردد.KCL داخل هر لیتر سرم اضافه می شود.

<u>روز دوم بستری</u> **در ICU ریه: هوشیاری در حد stupor می باشد.تب دار است وخونریزی واژینال دارد .سونوگرافی رحم جهت بررسی بقایای حاملگی درخواست می کنندومشاوره زنان درخواست می گردد.4واحد FFP ویک واحد پکدسل شسته شده تزریق می گردد.(Hb=8.7)درسونوگرافی رحم 110 سی سی تجمع هتروژن در انتهای تنه رحم گزارش شده بود. مشاور زنان باتوجه به اینکه بعداز زایمان ،رحم کوراژکامل شده بااحتمال اینکه تجمع گزارش شده لخته خون می باشد پیشنهاد می کند تستهای انعقادی اصلاح شده وروز بعد مجدداً سونوگرافی درخواست گرددوآمپول مترژین 0.2mg وانفوزیون سریع (درعرض 3 ساعت)آمپول اکسی توسین 30 واحد داخل یک لیتر را order می کند.**

<u>روز سوم بستری</u> **: بیماردرفاز light comaاست.به ونتیلاتوروصل است . سفتریاکسون قطع ومروپنم شروع می شود.با نظر مشاور متخصص گوارش آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم روزانه وآمپول آسیکلوویر 900mg/TDS تجویز وبرای اصلاح الکترولیتها ،سولفات منیزیوم ،قرص کربنات کلسیم شروع می شود. آمپول مترونیدازول D.C وگاواژ کپسول تتراسیکلین 500mg/q6h تجویز می شود.عصرمادر دچار حرکات فوکال تشنجی شده ومشاوره نرولوژی درخواست می شود ولی به علت بالابودن آنزیمهای کبدی (بالای 1000) دارو تجویز نمی شود وتوصیه می شود در صورت تکرار وعدم کنترانديکاسیون داخلی انفوزیون میدازولام 2mg/h شروع شود ..**

<u>روز چهارم بستری</u>**: مادر تب داراست(BT=39).ترشحات لوله تراشه چرکی است.برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شودوایشان بررسی مادر از نظر هپاتیت ویرال(مخصوصاً هپاتیت E) ،تبهای هموراژیک و به احتمال خیلی کم لپتو اسپیروزیس راتوصیه می کند . به علت ادامه حرکات تشنجی مشاوره نرولوژی شده وقرص پیراستام (800mg/q8h)تجویز می گردد.حرکات تشنجی بصورت حرکات کلونیک نیمه چپ صورت ودست چپ ادامه می یابد وعلی رغم کنترانديکاسیون میدازولام شروع می شود.ولی جواب نمی دهد وپروپوفول با دوز 50mg stat وسپس انفوزیون (100mg/h) تجویز می شود.حرکات تشنجی موقتاً قطع شده ودوباره شروع می شود. سرویس نرولوژی انفوزیون تیوپنتال را شروع می کنندومادر سدیت می شود.شب تب بیمار به 41-40 می رسد.پاشویه وشیاف دیکلوفناک تجویز می شود .درساعت 4:10بامداد مورخ 00/5/16 مادردچار ارست قلبی تنفسی شده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد.**

CMV(IgM)=Neg ALKMA=14 Anti DNA=Neg HBS Ag=Neg B/C=Neg

Uric Acid=2 TSH=2.9 $HIV_{(1,2)}$=Neg Mono Test=Neg EBV Ab=Neg

Ca=1.05 Mg=1.4

PLT	LDH	ALP	SGPT	SGOT	Bilirubin(total)
214,000	1312	1252	952	502	2.9
201,000	1824	657	1028	1157	5.88

	1181	1332	483	1544	200,000
	717	1151	499	1808	

*پدرومادر دو متوفی با هم نسبت فامیلی دور دارند ودو خواهر ایشان سابقه چند زایمان بدون مشکل دارند.

وهمچنین دوخواهر از حدود 6 ماه قبل از فوت باهم ملاقات نداشته وخواهر دوم روز چهارم فوت به مسجد رفته بود.

خواهر سوم ایشان همزمان حامله 5 ماهه وسابقه یک زایمان بدون مشکل دارد ودر بررسی ایشان آنزیمهای کبدی وانعقادی نرمال بود.

علت مرگ : نامعلوم

خانم 75

متوفی خانمی است 19 ساله، ساکن واهل شهر ، خانه دار ، دیپلم ، G1P0 ، بدون سابقه بیماری خاص درپرونده بهداشت ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری درپایگاه ومرکز بهداشت بوده وتاهفته 35 حاملگی 5 بارتوسط بهورز و 5 بار توسط ماما و2 بار توسط پزشک مرکز ویزیت شده ودراین مدت 14 کیلوگرم افزایش وزن داشته است. فشار خون ثبت شده در محدوده نرمال بود.مراقبت اواخر بارداری نامرتب بود.مادر درهفته 40 بارداری به مرکز بهداشت مراجعه وبه علت نولی پار بودن جهت ختم حاملگی به بیمارستان ارجاع می شود. متوفی فردای آن روز به بیمارستان مراجعه وبه علت عدم شروع علایم زایمانی بستری نمی شود. عصر همان روز ساعت 20:30 مجدداً مراجعه وبا اصرار بستری می گردد.درهنگام بستری : BP=100/60 FHR=140 FM=Good

جنین درشت به نظر می رسید.رحم فاقد انقباضات موثر بود وخونریزی وآبریزش نداشت .کیسه آب سالم وجنین موبیل بود.بیمار دربخش تحت نظر گرفته می شود .فردای آنروز ساعت 10 صبح (روز جمعه) توسط متخصص زنان ویزیت ،وبا دستور ایشان با توجه به سن حاملگی (40 هفته)ایناکش شروع می شود . درساعت 13:40 با پاره شدن ناگهانی ساک متوجه دفع مکونیوم غلیظ شده وبا دستور متخصص زنان ایناکشن را قطع وبیمار را آماده سزارین اورژانس می کنند. بیمار ساعت 15:40 با بی هوشی عمومی سزارین شده وحاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 8/10 بظاهر طبیعی وآغشته به مکونیوم بود. بیمار نیم ساعت بعد به بخش تحویل داده می شود. (پایان عمل 16:15وتحویل به بخش16:45).دربخش مادراز درد اندام تحتانی شاکی بود وبدین منظور دوعدد شیاف دیکلوفناک سدیم تجویز می شود.درساعت 18:35 مادر بطور ناگهانی دچار ارست قلبی تنفسی شده وعملیات احیاء شروع می گردد وتاساعت 20:30 با حضور متخصصین داخلی ، بی هوشی ، قلب وزنان ادامه می یابد ولی جواب نمی دهد.

دراتوپسی علت فوت ترومبوآمبولی شریان ریوی گزارش شده بود.

توضیحات :

-انجام ایناکشن درسن 40 هفته حاملگی باتوجه به درشتی جثه جنین درمعاینات اولیه غیر علمی می باشد.(راهنمای ارایه خدمت دربیمارستانهای دوستدار مادر ص 67 ومجموعه راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی وروشهای کاهش درد زایمان ش 4)

خانم 76

متوفی خانمی است 21 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_1P_0،BMI=18.5 ،سابقه جراحی 3 ماه قبل ، سابقه بستری قبلی به علت خونریزی واژینال . حاملگی خواسته بود.

همسرنامبرده +HBS Ag بوده وخودش -HBS Ag می باشدوبرای پیشگیری از حاملگی از کاندوم استفاده می کردند.مراقبت پیش از بارداری نیز داشته ومشکل خاصی ذکر نشده است.

مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری شروع شده و توسط ماما وپزشک مرکز مراقبت شده است.درطول مراقبتها فشارخون همواره پائین ودرحد BP=80/60 بود.آزمایشات اوایل حاملگی نرمال می باشد :

درهفته 6 حاملگی به علت آبسه بارتولن دو روز دربیمارستان بستری وبا بی هوشی عمومی تخلیه شده بود.پس از عمل مادر از سوزش ادرار شاکی بود. یکماه بعداز عمل دچار خونریزی واژینال شده ، به متخصص زنان ارجاع و در بیمارستان بستری ودوروز بعدبا دستورات دارویی مرخص می شود. بعداز ترخیص لک بینی ادامه داشته است .در سونوگرافی 14 هفته، هماتوم ساب کوریونیک بزرگ به حجم 85 سی سی در بخش قدامی تحتانی ساک گزارش شده بودو در سونوگرافی کنترل ،هماتوم ساب کوریونیک به حجم 60 سی سی گزارش شده بود.طبق اظهار همسر، بیمار از زمان شروع خونریزی ، بی اشتهایی، بی حالی وخستگی زودرس نیز داشت وبا کمک اطرافیان به دستشویی می رفت ومتخصص زنان ظهار می کرد که علایم سرماخوردگی بوده ومشکل خاصی نیست.

مادر با درد زیر شکم وخونریزی به بیمارستان مراجعه می کند .در معاینه توسط ماما خونریزی در حد لخته های کوچک بوده وکول بسته وتحت فشار بود.BP=80/60 PR=80 با دستورتلفنی متخصص زنان، مادر در بخش تحت نظر گرفته می شود و آزمایشات تعیین گروه خونی ، CBC ، سونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت حاملگی ورزرو دو واحد خون وسرم رینگر Order 1lit/q12h می شود. جواب آزمایشات: Hct=36.9 PLT=148,000 WBC=16,700 Hb=11.6

درساعت 3:30 بامداد مادر اظهارمی کند چیزی شبیه نسج دفع کرده است. در بررسی توسط ماما، نسج دفع شده جنین مرده همراه با ساک وجفت بود که جهت بررسی تحویل همراهان داده می شود.مادر خونریزی غیر طبیعی نداشت . 30 واحد سنتو سینون داخل سرم تجویز میگردد.درسونوگرافی رحم بعداز دفع جنین حجم بقایا 18سی سی بود .در ضمن سونوگرافی متخصص رادیولوژی متوجه مقدار قابل توجهی مایع آزاد در ناحیه لگن ونواحی پارا کولیک واطراف کبد می شود. کبد وطحال نرمال وصفرا کنتراکته بود.سایز کلیه نرمال واکوی حداکثر داشت.مقدار کمی مایع در پلور ریه راست وجود داشت.مادر در ساعت 8:30 توسط متخصص زنان وجراح عمومی ویزیت شده وبه علت وجود مایع آسیت درخواست مشاوره داخلی وقلب می شود. مشاور قلب بعداز ویزیت مادر در ساعت 10:30 یادداشت کرده بود.مادر تورم شدید صورت وپشت چشمها،مالار راش ، لنفادنوپاتی گردنی وادم 1+ اندامهای تحتانی دارد . مایع شکمی در tap که توسط متخصص جراحی عمومی انجام شده است زرد رنگ بوده وچرکی وخونی نمی باشد .توصیه می شود مادر از نظر لوسمی ولوپوس بررسی گردد وآزمایشات : ANA,Anti ds DNA,ESR,CRP,CBC(H1), Cr,BUN,SGOT,SGPT,ALP,Alb وسونوگرافی شکم جهت کنترل میزان مایع وبررسی لنفادنوپاتی شکمی درخواست وI/O کنترل وچارت گرددوبیمار به بخش داخلی منتقل گرددو برگ اعزام به مرکز استان نوشته می شود. متخصص داخلی روز دوم بستری مادررا ویزیت کرده وپیگری آزمایشات درخواستی وآنالیز ادرار را توصیه کرده بود.

همراهان حاضر به اعزام بیمار به نمی شوندواصرار می کنند بیمارخود رامرخص کرده و به بیمارستان میلاد تهران ببرند وسوندادراری به اصرار مادر درآورده می شود. ساعت 18 دچار تاکیکاردی می شود(HR=157 BP=100/70 O2Sat=97%). به متخصص قلب اطلاع می دهند وایشان ، تلفنی دستور دادن 20میلی گرم ایندرال رامی دهد وساعت 20 مادررا ویزیت کرده وسرم نرمال سالین در عرض 4 ساعت وقرص

ایندرال 20 میلی گرم State را Order می کندولی تاکیکاردی ادامه می یابدوساعت 22:30 بیماردچار دیسترس تنفسی شده وبا دستور تلفنی متخصص قلب پوزیشن نیمه نشسته داده می شود. انفوزیون نرمال سالین قطع و60میلی گرم لازیکس درسه دوزتزریق میگردد وموقتاً دیسترس کاهش می یابد .درساعت 23 دچارارست قلبی تنفسی شده وتوسط سوپروایزرانتوبه می شود. عملیات احیا با حضور پزشک اورژانس ادامه می یابد.حین CPR به ICU منتقل می گردد.متخصص داخلی وقلب بعداً به تیم احیا اضافه می شود. بیمارمتاسفانه به احیا پاسخ نداده وساعت 23:40 فوت می کند.برگ فوت توسط متخصص قلب نوشته شده است.

جواب آزمایشات: FBS=93 Hb=10.9 Hct=32. WBC=19,000 NRBC=7%

Neut=66% Band Cell=1% PT=23 PTT=39 ESR=3 CRP=21.7(2+)

TG=44 Chol=55 SGOT=304,390 SGPT=236,276 LDH=872 ALP=227,251

Amylase=28

Alb=3.3 UricAcid=6.5 Urea=62,69 Cr=0.7 ANA=Neg Anti ds DNA=Neg

سقط احتمالاً درزمینه بیماری زمینه ای(داخلی) بوده است. ومرگ احتمالاً ناشی از آریتمی بوده است

اشکالات وارد برپرونده :

1. ادم ژنرالیزه وآسیت می تواند درزمینه Congestion بوده باشد ومی بایست اکوکاردیوگرافی می شد .
2. علت تاکیکاردی احتمالاً آریتمی سوپرا ونتریکولار بوده است.
3. باتوجه به بالابودن آنزیم های کبدی وکاهش پروفیل های لیپیدی مشکل کبدی محرز بوده ومی تواند در زمینه هپاتیت ویروسی باشد.(دوره ویندو پریود)
4. برای مادر نوارقلب درخواست نشده است.
5. جواب آزمایشات بعداز مرگ مادر آماده شده است(اورژانسی درخواست نشده است)
6. درخواست اعزام بی مورد بوده وسبب mismanage بیمارشده است.
7. با وجود اینکه مادر تحت مراقبت متخصص زنان بوده ولی به علایم بیمار قبل از بستری توجه نشده وسرماخوردگی تلقی شده است .
8. برای مادر درخواست اتوپسی نشده است.

خانم 77

متوفي خانمي است 32 ساله ، ساكن شهر ، AL_3 Ab_0 P_3 G_4 ، BMD= 40 بدون سابقه بيماري خاص ، آخرين زايمان 5 سال قبل به روش سزارين ميباشد . روش پيشگيري مصرف نامنظم LD بوده و حاملگي ناخواسته ميباشد با LMP نامشخص .

از طريق سونوگرافي متوجه حاملگي شده بود.

اولين مراقبت در هفته 20 حاملگي صورت گرفته و چهاربار توسط ماما و يكبار توسط پزشك خانواده مراقبت شده است . فشارخون هاي ثبت شده در محدوده نرمال بودند ولي در فاصله هفته 33 تا 37 حدود يك كيلوگرم كاهش وزن داشته است.

آزمايشات هفته 20 و 28 شامل Hb و پلاكت ، گلوكز و Cr , BUN , U/A نرمال ميباشد .

مادر از هفته 38 حاملگي دچار سرفه و تنگي نفس و تب شده و به مطب پزشك مراجعه و دارو دريافت ميكند. سه روز بعد بعلت سابقه سزارين بصورت الكتيو شب بادستور NPO ، آمپول سفازولين ، مشاور عفوني ، مشاور داخلي ، مشاوره قلب و كنترل علايم حياتي در بيمارستان شهرستان بستري ميشود . موقع بستري : BP= 140/70 FHR=145 BT , PR قيد نشده بود.

بعلت BP بالا آناليز ادراري درخواست ميكنند كه U/A نرمال بود . بيمار ساعت 10:35 صبح باراشي تحت عمل سزارين قرارميگيرد و حاصل زايمان يك دختر زنده با آپگار بالا و ترم بود. دراتاق ريكاوري بيمار احساس تنگي نفس داشت و در سمع ريه ها ويز داشت و بمدت يك ساعت درريكاوری نگهداري ميشود.BP= 110/80 , PR=90 , RR=20 براي بيمار مشاوره داخلي درخواست ميشود.

جواب مشاوره داخلي (13:10) بيمار ديسترس تنفسي شديد دارد . با ماسك اكسيژن O2 sat = 89% درسمع ريه ها ويز دارند – كراكل كورس در هر دو ريه سمع ميشود در ECG ، PVC مكرر با elevation p در ليدII ديده ميشود . احتمال ARDS مطرح است و توصيه ميشود به مركز استان اعزام شود.

دستورات : آمپول سفتریاکسون 1g / BID ، آمپول هيدروكورتيزون 100 mg stat ، وپس 100mg/TDS . اسپري سالبوتامول 2puff / qid ، اسپري بكلومتازون 2puff/qid ، آمپول برم هگزين TDS ، شربت تئوفيلين G ، كپسول آزيترومايسين ، آمپول دگزامتازون 8 mg stat ، تعبيه سوند فولي و كنترل I/O ، كنترل V/S هر6 ساعت ، CXR ، مشاوره قلب در صورت عدم بهبودي ، فيزيوتراپي سينه و درخواست CBC ، BUN , Na, K, Cr . مشاور عفوني بيماررا ويزيت ميكند ، طبق يادداشت ايشان : بيمار از تنگي نفس شاكي است . تب دارنيست ، در CXR كارديومگالي دارد ، شواهدي از Consolidation نيست . در سمع ريه كراكل نرم سمع ميشود و دستورات متخصص داخلي كفايت ميكند.

درويزيت مشاور قلب آمده است ، بيمار كيس شناخته شده قلبي نيست . علايم بيمار با ARDS سازگار است و در پرونده سينوس تاكي كاردي دارد و كارديومگالي بعلت CXR پرتابل است و توصيه می شود بيمار به ICU مركز استان اعزام شود.

ويزيت متخصص داخلي (12 شب) : بيمار هوشيار است ، ديسترس تنفسي دارد. O_2Sat= % 85 در سمع ريه ها كاهش صدا در ريه راست وجود دارد .دستورات :آمپول دگزامتازون 8mg stat و سپس 4mg / TDS ، بيمار به سمت چپ بخوابد ، فيزيوتراپي سينه – اكسيژن با ماسك بگيرد و آمپول مترونيدازول 250mg /TDS .

<u>*روز سوم بستري*</u> بيمار از نظر زنان ، ترخيص و با دستورات متخصص داخلي دراتاق ايزوله ميشود. عليرغم پيگيري هاي دفتر پرستاري و پرستار بخش متخصص داخلي براي ويزيت مجدد به بخش تشريف نمي آورند و بيمار با دستور متخصص زنان ساعت 13 جهت CT آنژيو و اكو به بيمارستان قلب اعزام ميشود .

آزمايشات : U/A= Normal PlT=206,000 Hb = 10.9 , PMN= 84% WBC = 7200 FBS = 110

در بيمارستان قلب بصورت سرپايي اسكن آنژيو واكو شده و به بيمارستان جنرال ارجاع ميشود.

مادر پس از انجام آزمايشات روتين PT, PTT, ،كشت خون وABG در بخش عفوني بستري ميشود. موقع پذيرش : تب دار نبود ، سردرد و ميالژي و علايم گوارشي نداشت .ارگانو مگالي نداشت . در سمع ريه ها ويزينگ و كراكل كورس دو طرفه وجود داشت . سمع قلب نرمال بود. با اكسيژن 92% = بدون اكسيژن O2 Sat = 88 %

BP = 120/70 PR = 88 RR = 36

و براي بيمار تشخيص احتمالي پنوموني آتيپيک و DD : PTE ، آسم ، برونشيت ، COPD , عفونتهاي ويرال و ميکروبيال ، CHF و MI گذاشته ميشود.

دستورات : چك علايم حياتي ، CBC , LFT , CPK , LDH , Na, K , ESR , CRP, اخذ نمونه براي H1N1 آمپول سفتریاکسون 1g/12h ، آزيترومايسين ، کپسول اوسلتاميوير ، کپسول آمانتادين هر 12 ساعت قرص رانيتيدين ، آمپول هپارين 5000 واحد هر8 ساعت ، اسپري سالبوتامول 2 پاف PRN . اسپري سالمترول 2 پاف هر 12 ساعت ، اسپري فلوکتايد.

در ABG : PH= 7.38 PAO_2= 34.6 PCO_2 = 41 HCO_3 = 23 O_2Sat=% 65.4

CBC: WBC= 11,900 PLT= 280,000 PT= 12.5 PTT=35

Na, K =Normal Urea= 26 Cr = 0.7 , BS=167

SGPT=35 , SGOT = 97 LDH= 1156 CPK(Mb)=33 CPK= 393

دستورات روز دوم بستری : آمپول وانکومايسين هر 12 ساعت ، آمپول هيدروکورتيزون 100g هر8 ساعت ، ارسال نمونه خلط جهت بررسيTB ، تهيه اسمير و رنگ آميزي خلط و کشت خلط ، شربت برم هگزين و RPO

روز سوم بستری : تب بيمار بصورت low grade و متناوب و اغلب بعد از ظهر ها تا 38 درجه سانتيگراد ثبت شده است . بيمار هوشيار ولی ill و آژيته است و همکاري جهت استفاده از اکسيژن ندارد.PR=75 BP= 148/84 RR=44 , O2sat=85%

.درخواست CXR , اسپري آترونت و تهيه آسميار ، بخور نرمال سالين + تکرار بقيه دستورات بعلت نبود هپارين در بخش و داروخانه هاي بيرون

دربعد از ظهر هپارين D.C و انوکساپارين 40 ميليگرم هر 12 ساعت زير جلدي شروع ميشود.

ساعت 6:45 عصر: بعلت ديسترس شديد تنفسي و افت ساچوراسيون ABG اورژانسي ، پالس اکسي متری مداوم ، مانيتورينگ قلبي ، وويزيت هرنيم ساعت توصيه شده و ست احياء بالاي سربيمار قرارميدهند.

BP=177/94 PR= 115 BT= 39° C

درساعت 2 بامداد 200mg هيدروکورتيزون stat تزريق ميگردد .

درساعت 9:20 دقيقه صبح بعلت افت ساچوراسيون و تاکي پنه شديد (RR=60) بيمار انتوبه شده و به ونتيلاتور باسيستم SIMV TV=500وصل می شود . دستورات بعدی : CXR اورژانسي ، تعبيه NG tube ، کاتتر فولي ، انفوزيون ميدازولام PEE=10 3mg/h، انفوزيون فنتانيل 1cc/h ، کنترل I/O و بعد از 2 ساعت فنتانيل D.C و پروپوفول 30mg/h انفوزيون ميشود و مشاوره ريه درخواست ميشود.

درساعت 12:45 صبح طبق مشاوره ريه: آزيترومايسين D.C و سيپروفلوکساسين 400mg/bid شروع ميشود .دوز پروپوفول به 5cc/h افزايش مي يابد . آمپول ميدازولام و 5mg stat تزريق ميگردد. هيدروکورتيزون D.C و متيل پردنيزولون 40mg/q8h شروع ميشود و مشخصات ونتيلاتور به :TV=450 PEEP=20 I: E=1/1 FIO2 = 100 RR=30

تغيير مي يابد و بتدريج پروپرونول را به 15cc/h افزايش ميدهند.

درساعت 15:20 ، بيمار آژيته وتب دار است BT= 39.3 يكعدد شياف استامينوفن ميدهند . پروپوفول رابه 20cc/h افزايش ميدهند.***روز چهارم بستري:*** بعلت بي قراري بيمار مشاوره اورژانسي بي هوش ميكنند و ايشان درجواب مشاوره انفوزيون ميدازولام يك ميليگرم درساعت و افزايش تا 5mg/h ، انفوزيون فنتانيل 6µg/min و افزايش دوز داروها در صورت عدم سداسيون و بعداً طي تماس تلفني پروپوفول راقطع ميكنند. O2Sat =%92 PR = 102 BP= 160/90 BT=40.5

روز پنجم بستري : Hb = 10.5 , Cr=0.9 , Urea=-36 , BP = 140/80 , BT=38.5˚ c , PR=120

Na = 146 , K = 4.3 , PlT = 406000 , WBC= 16000

بيمار دچار اپيستاكي شديد ميشود و ضمن كنترل خونريزي درخواست سريع PT, PTT , INR ميكنندومشاوره اورژانسي ENT و داخلي جهت بررسي از نظر DIC و درخواست رزرو 3 واحد پكدسل باكراس مچ ميكنند. PT , PTT نرمال بود.

بعلت استفراغ خوني NGT تعبيه و معده با Lit 12سرم شستشو داده ميشود ولي ترشحات Clear نميشود.

مشاوره اورژانسي گوارش ميشود. باتوجه به افت فشارخون SBP = 60 ، 2 واحد پكدسل ترانسفوزيون و 4 واحد رزرو ميكنند . 2 واحد FFP ترانسفوزيون و 4 واحد رزرو ميكنند . Hb=7.7

مشاور گوارش آندوسكوپي Bed Side براي بيمار انجام ميدهد كه در گزارش در ناحيه كاردیا به سمت انحناي كوچك دو اولسرخطي كه برروي يكي از آنها لخته ديده ميشد نوشته بود.

بعلت تغييرات ECG (↓ST درليد V4 و V3) انجام CTNI و مشاوره اورژانسي قلب درخواست ميشود . درجواب مشاوره نوشته بودند: باتوجه به علايم حياتي BP = 80/50 , HR = 145 , BT=39 و HB = 7.4

1- درحد امكان كنترل تب

2- اصلاح وضعيت هموديناميک +تزريق فر آورده خوني 3- پيگيري اقدامات جهت كنترل GIB

جهت تعبيه لاين بهتر براي بيمار از وريد صافن كات داون ميشود

ساعت 23 بعلت افت ساچوراسيون توسط اتندينگ ريه ويزيت ميشود. بعلت خونريزي از اطراف لوله تراشه ، لوله تراشه تعويض و ABG سريال درخواست می گردد.

ساعت 20:30 بعلت خونريزي مجدد از GIT مشاوره جهت اسكلرو تراپي انجام ميشود و بعد از اصلاح وضعيت هموديناميك بصورت Bed Slid آندوسكوپي ميكنند . درگزارش مري نرمال بود. فوندوس معده پراز ترشحات خوني بود . درناحيه كاردیا درامتداد انحناي كوچك سه زخم رويت ميشد . يكي از زخمها داراي رگ خونريزي دهنده بود كه با تزريق اپي نفرين اسكلروزه شد و زخم ديگر با ابعاد 0.5 در 0.5 Clean بود و زخم سوم oozing داشته كه اقدام به تزريق اپي نفرين رقيق ميكنند.بولب و D2 مملو از ترشحات خوني و صفراوي بود.

بعد از آندوسكوپي بيمار مجدداًاستفراغ خوني داشت و شكم ديستانته بود NGT تعبيه ميشود و از NGT ترشحات خوني و مقادير فراوان هوا خارج ميگردد.

درساعت 2:30 صبح تعويض setting ونتيلاتور شدو برونكوسكوپي Bed Side تحت بي حسي موضعي و زير مونيتورينگ قلبي انجام وبيوپسي ريه برداشته شد.

انتهاي لوله تراشه كروت فراوان داشت ، ساكشن و شستشوی كامل شده و كليه كروتها تخليه می شود . در شاخه اصلي راست ترشحات غليظ و چسبنده و كروت وجود داشت . در شاخه اصلي چپ مخاط شكننده بود ولي ترشحات نسبت به طرف راست كم بود . ضايعه اندوشيمال ديده نشد.در ساعت 4 بامداد fio2 راكاهش ميدهند و بعلت افت ساچوراسيون دو باره افزايش ميدهند.

شب ، آمپول 50mg Octrotide (آنالوگ سوماتواستاتين براي مهار گاسترين) بصورت state وسپس 50ميلی گرم هريك ساعت انفوزيون وريدي (در نت پرستاري 150 ميليگرم انوكساپارين يادداشت شده است) .آمپول لازيكس 40 ميليگرم ، State وريدي تزريق ميگردد.

<u>*روز هفتم بستری*</u> : بيمار ادم ژنرالیزه دارد GCS = 4-5 در سمع ريه كراكلهاي كورس سمع ميشود. BT= 40 .ساعت 6:30 بعد از ظهر بيمار دچار GIB ميشود و با شستشو ، Clear ميشود . مشاوره جراحي عمومي ميكنند. و ايشان درجواب توصيه ميكند باتوجه به اختلال PT , PTT بيمار 6 واحد FFP انفوزيون شود . شستشوي معده با سالين نرمال سرد ، رزرو4 واحد خون ايزوگروپ در صورت عدم قطع خونريزي اخذ رضايت عمل و آمادگي براي عمل جراحي .

درساعت 23:30: عليرغم تزريق 8 واحد FFP و شستشوي معده خونريزي ادامه مي يابد.

ساعت 10 دقيقه بامداد روز بعد بعلت GIB وسيع با دستور جراح انتوبه شده با ميكرونت به اتاق عمل منتقل ميشود و به هنگام انتقال درروي تخت جراحي دچار آسيتول قلبي شده و به اقدامات احياء پاسخ نميدهد.

جواب آزمايشات و پاراكلينيك :

كشت خلط : فلورنرمال – آنفلوانزاري H1N1 منفي - كشت ادرار منفي –اسمير خلط از نظر باسيل سل منفي

در CXR كدروتهاي آلوئولر پراكنده و منتشر در هردوريه مشهود بود . محو شدگي حاشيه قلب و ديافراگم وجود دارد.

WBC=25000 , RBC= 3 * 10^6 , HB = 7.3

, PlT = 205000 PT= 15.8 , PTT= 27 , Cr=1.6 , Urea =60

روز بعد:

Hb= 11.9 HCT= 37 PT = 18.5 , PTT=36 , INR = 2

, Cr=2.7 , Urea=122 , K=4.1 , Na =151

pH=6.97 , PCo2=77.9 Hco3=40

تشخيص : خونريزي ثانويه به ARDS درزمينه پنوموني .

ريسک فاكتور : 1- چاقی شديد 2-حاملگی ناخواسته

توضيحات :

1- روش نامطمئن كنتراسپشن 2- مراقبت نامرتب 3- عدم Manage تيمی بيمار درشهرستان ومركز استان وارجاعات متعدد بيمار(چنين بيماری بايد دريک مركز مجهز ICUوبصورت تيمی درمان ومديريت شود.)

متوفی خانمی است 41 ساله ، ساکن روستای اصلی ، شاغل، G_2P_1 ، سابقه یکبار سزارین در 8 سال قبل ، سابقه پارزی اندامهای تحتانی از حدود دوماه قبل که در Brain MRI تصاویرکانونهای درخشان غیر اختصاصی در عمق ماده سفید در ناحیه پارا ونتریکولار ومرکز سمی اوال گزارش شده بود وهمچنین در MRI لگن وفقرات ،افیوژن ودفورمیتی مفصل هیپ چپ ودیسکوپاتی مهره های کمری (left paracentral L4-L5) گزارش شده بود و سابقه مبهمی ازدریافت هپارین به علت محدودیت حرکتی از حدود 1.5 ماه قبل رامی دادندولی در اتوپسی آثار تزریقهای قبلی وجود نداشت . درسونوگرافی دفورمیته در هردو فمور جنین نیز گزارش شده بود.کاریوتایپ جنین نرمال بود.حاملگی خواسته بود.مراقبتهای دوران بارداری از هفته 6 بارداری شروع شده وهمچنین تحت مراقبت متخصص زنان نیز قرار داشت و توسط ارتوپد جوراب واریس تجویز شده بود.معاینات پیش از بارداری وآزمایشات اوایل حاملگی نرمال می باشد. نامبرده یکبار با شکایت درد کمر به درمانگاه بیمارستان الف مراجعه وبه علت نداشتن علایم زایمانی ومشکل حاد مرخص می گردد(سن حاملگی براساس سونوگرافی اوایل حاملگی 35هفته و3 روزبود). 9 روز بعد مجدداً اواخر شب(حدود ساعت 23) دچار درد شکم شده و به زایشگاه بیمارستان آورده می شود(فاصله روستا تا بیمارستان حدود 7 دقیقه می باشد). زمان ورود به زایشگاه حدود 2:50 بامداد بوده است. مادر ازدرد شکم شاکی بوده وبی قراری می کرد .به علت مشکل حرکتی با ویلچیر به زایشگاه آورده شده وتوسط همراهان برروی تخت معاینه گذاشته می شود. دربدو ورود: BP=100/60 بودو درمعاینه واژینال خونریزی و علایم زایمانی نداشت وقلب جنین با سونیکیت توسط ماما شنیده شده است.براساس LMP سن حاملگی 39 هفته محاسبه میشود. ولی سونوگرافی همراه بیمار نبود.وضعیت مادر توسط مامای زایشگاه به اطلاع پزشک رسانده می شودوایشان اظهار می کند که مریض را می شناسد ،" حاملگی پره ترم بوده وسونوگرافی اوایل حاملگی آورده شود وNST درخواست گردد" . با زیاد شدن فریاد مادر ، متخصص زنان ساعت 3:35 بربالین مادر آمده وبه علت سابقه ناراحتی قبلی (احتمالاً MS) وگزارش توده بزرگ رحم (در MRI لگن محصولات حاملگی توده بزرگ رحمی گزارش شده بود) اقدام به اعزام مادر می کند ولی همسر بیمار راضی به اعزام نمی شود. به علت آژیتاسیون وبی قراری وPale شدن مادر وشنیده نشدن قلب جنین وBP=70/40 PR=140 وفیلی فورم ،مادر ساعت 3:50 با شک به راپچر رحمی به دستور متخصص زنان مادرپذیرش شده وبادرخواست خون ، به اتاق عمل منتقل می گردد. به متخصص بی هوشی اطلاع می دهند وایشان سریعاً در اتاق عمل حاضر می شود . براساس یادداشت متخصص بی هوشی ،دربدو ورودبه اتاق عمل GCS=5-6 فشارخون غیر قابل اندازه گیری بود ونبضهای محیطی (حتی در کاروتید) لمس نمی شد.رنگ پوست کاملاًpale وانتها ها سرد وسیانوتیک بود. تنفس ها سطحی بوده واندامها حالت اکستانسیون داشت(دسربه). HR=45 با QRS پهن SPO2=40-50%.برای مادر دو رگ گرفته شده وسرم تزریق می گردد. عمل راس ساعت 4:05 با انتوباسیون وبدون تجویز داروی هوشبری ، شل کننده واپیوئید شروع می شود. وجنین ساعت 4:20 بدون علایم حیاتی خارج می گردد. چند دقیقه بعداز شروع عمل قلب مادردچار VT شده وبا دادن شوک به آسیستول تبدیل می شود. ، سزارین با برش طولی زیر ناف شروع شده وبعداز باز کردن لایه های پریتوئن داخل شکم حاوی لخته های کهنه وخون روشن فراوان بوده وجنین داخل شکم بود. انسزیون قبلی رحم کاملاً بازشده وبه طرفین مخصوصاً سمت چپ رحم کشیده شده بود واز گوشه چپ خونریزی فعال وجود داشت . هماتوم بزرگ در لیگامان پهن چپ به ابعاد 10*15 سانتیمتر وجود داشت. اقدام به بستن شریان یوترین چپ می کنند ولی هموستازبرقرار نمی شودوتصمیم به هیستریکتومی گرفته می شود . متخصص زنان از همکار آنکال خودومتخصص جراح عمومی درخواست کمک می کند (ساعت 4:55 بامداد) وایشان بلافاصله در اتاق عمل حاضر می شوندو هیستریکتومی انجام می گیرد.همزمان با عمل جراحی، احیای

مادر توسط تیم بی هوشی وجراح عمومی انجام می گیرد . (کات دان ، تعبیه CVP Line ، تزریق پکدسل از محل کاتتر مرکزی واقدامات پیشرفته احیا) ولی متاسفانه مادر به عملیات احیاء پاسخ نداده ودر ساعت 5:50 فوت میکند .

تشخیص علت مرگ :شوک هیپوولمیک به علت خونریزی نا شی از پارگی رحم

اشکالات وارد برپرونده:

1. اطرافیان بیمار درپیگیری تشخیص ودرمان بیماری عصبی تعجیل کافی انجام نداده وروز آخر نیزبا تاخیر مادر را به بیمارستان رسانده اند.
2. در طول مراقبت ماههای آخر، با وجود تجویز احتمالی هپارین ؟ (نسخه دارویی دردسترس نبود) به علت محدودیت حرکتی ووارپس اندامهای تحتانی ، آزمایشات انعقادی درخواست نشده است.
3. درزمان ورود مادر به زایشگاه ،ساعت ورود،علایم حیاتی ، شرح حال وسوابق پزشکی ودارویی ، معاینات مامایی ازجمله انقباضات رحمی وFHR ثبت نشده است .
4. اولین قدم در تشخیص بیماری، گرفتن شرح حال کامل ومعاینه کامل وصحیح می باشد .مادردربدو ورود به زایشگاه توسط ماما خوب معاینه نشده ویا به پزشک خوب پرزنته نشده است .
5. ثبت علایم حیاتی چهارگانه شامل : BP,PR,RR,BT درهربیمار و درزنان حامله علاوه برعلایم حیاتی ثبتFHR وانقباضات رحمی ضروری می باشد.
6. دردرخواست آزمایشات پاراکلینیکی ازجمله MRI برای مادران باردار حتماً به حامله بودن بیمار اشاره گردد (دراین مادر به جنین به عنوان توده شکمی اشاره شده وموجب تردید پزشک از پذیرش مادر شده بود(از دست دادن وقت طلایی).
7. درمادر باردار با شکایت درد وبی قراری وسابقه سزارین ، پارگی رحمی یکی ازاولویتهای اول تشخیص افتراقی می باشد.(در بدو ورود به شکایت مادر توجه جدی نشده است)
8. اقدامات انجام شده بعداز تشخیص وکارتیمی کادراتاق عمل با درنظر گرفتن شرایط موجود در مرکز استاندارد بوده است.
9. سزارین های بی مورد سبب افزایش عوارض در حاملگی های بعدی می شود.

خانم 79

متوفي خانم 29 ساله $G_2P_1Ab_0Al_1$ ،ساكن شهر، اولين زايمان 4سال بود. ازهفته 13 تحت مراقبت مركز بهداشت قرار گرفته ، افزايش وزن در طول بارداري رضايت بخش بوده و فشارخون اندازه گيري شده در طول مراقبت نرمال بود . مشكل خاصي را ذكر نمي كرده است .طبق اظهار مادر متوفي از 5 سالگي بيماري قلبي داشته و در 15 سالگي به دليل تنگي ميترال تحت عمل والو پلاستي با بالن قرار گرفته بود. در حاملگي اول چندين بار خون دماغ شده ودر ماه نهم به دليل فشارخون بالا سزارين شده بود . سابقه مصرف دارو نداشت. مادر درهفته 33 حاملگي با شكايت تنگي نفس ،ارتوپنه ، تهوع، استفراغ شديد و آنوري به بيمارستان شهرستان مراجعه كرده وتحت درمان بالازيكس 500ميلي گرم ،مورفين ،ديگوكسين،هيدروكورتيزون،سرم مانيتول قرار گرفته وبا وضعيت تقريباًStable جهت ادامه درمان به مركز آموزشي و درماني زنان وسپس به مركز قلب ارجاع و در بخش داخلي قلب بستري مي شود. در موقع بستري دربيمارستان قلب PR=90 ، BP=120/60 بود .بيمار با تشخيص ادم ريه در زمينه MS تحت درمان قرار مي گيرد. در اكوكارديوگرافي سطح دريچه 2.6سانتی متر مربع و mild MS,

MR با آريتمي (pvc) EF=60% نرمال داشته است . بعد از يك هفته با دستورات دارويي Lasix ، پرو پرانولول ، نيترو فورانتوئين به علت UTI و حال عمومي خوب و توصيه به مراجعه به درمانگاه قلب مرخص مي شود .متوفي يكماه بعد ساعت 1: 30am دچار تنگي نفس شديد و حالت سيانوز مي شود و در مسير مراجعه به بيمارستان فوت مي شود طبق يادداشت پزشك كشيك اورژانس بيمار موقع مراجعه فاقد علائم حياتي بود و كف صورتي از دهان بيمار خارج مي شد. پزشك متخصص زنان به بالين متوفي حاضر مي شود و قلب جنين را باگوشي مامايي و سونوكيت نمي شنود.

خانم 80

متوفی خانمی است 20 ساله ، ساکن روستای اصلی ، کشاورز، سابقه آپاندکتومی در3 سال قبل ،BMI=20, G_1P_0 ، حاملگی خواسته بود.ازمایشات یکسال قبل ازبارداری: Hb=12.6 Hct=38بود.مراقبت دوران بارداری ازهفته 17 بارداری شروع شده و یکبار توسط بهورز ودوبارتوسط تیم سلامت انجام شده بود .ازمایشات اوایل بارداری انجام نشده بود.نامبرده درهفته 23 بارداری دچارتب ودرد پهلوها شده وبه علت عدم رضایت به بستری سرپایی درمان می گیرد.(داروها را مرتب مصرف نمی کند وبه جای آن جوشانده (احتمالاً پونه) مصرف می کند. به علت ادامه ناراحتی11 روز بعد مجدداً به پزشک مراجعه وجهت R/O پیلونفریت دربیمارستان بستری می گردد.درطی بررسی ها متوجه اسپلنومگالی وپان سیتوپنی شده , به مرکزآموزشی درمانی اعزام ودر بخش ICU ریه بستری می شود.موقع بستری : BP =100/60 PR=110 BT=38.2مادرهوشیار واریانته بود.اریتم ودرد گلونداشت. سمع قلب وریه نرمال بود. پتشی وپور پورا نداشت.تندرنس لژ کلیه ها راداشت.لنفادنوپاتی نداشت علایم زایمانی نداشت . آزمایشات :

PBS: WBC=1500 N=80% PLT=20,000 Anisocytosis=1+
Poekylocytosis=1+ Macrocytosis=2+

CBC: WBC=2,540 RBC=2.98*10^6 Hb=8.4 PLT=58,000

Wright=positive(1/40) Coombs Wright=positive(1/40) Anti Brucella= Neg

Bil(total)=1.8 Bil(Direct)=1.4 Alb=2.8 Fibrinogen<124

B/C=Neg

$HIV_{(1,2)}$=Neg HBS Ag=Neg HCV=Neg HAV=Neg HEV=Neg

برای مادر B.M.A انجام می گیرد ولی قبل ازآماده شدن جواب بیوپسی مادربارضایت شخصی مرخص می شود. یکماه بعد هفته 30 بارداری مادر به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان زنان مراجعه وبستری می گردد.درموقع بستری : از تاری دید از حدود دوهفته قبل درچشم چپ شاکی بود ودر معاینه در ناحیه نازال محدودیت دید داشت .سمع ریه clear بود.لژکلیه ها تندرنس داشت. طبق اظهار بیمار از زمان ترخیص بطور مستمر سفیکسیم مصرف می کرده است.کبد 2 سانتیمتروطحال 10 سانیمتر زیر لبه ی دنده ای لمس می شد.در شکم shifting dullness مثبت بود.انقباضات رحمی داشت (3 انقباض 25 ثانیه ای در عرض 10 دقیقه داشت).درمعاینه واژینال TV:2-3cm/Ripe/Cephalic /I/-3

BT=38.9 RR=18 PR=126 BP=110/70 FHR=140 FM=good

درسونوگرافی شکم : آسیت فراوان +هپاتو اسپلنومگالی گزارش شده بود. درسونوگرافی رحمی مایع آمینوتیک وجنین نرمال بود.درآزمایش B.M.A آنیزوسیتوز وماکروسیتوز گزارش شده بود.برای مادر کنترل علایم حیاتی ،خونریزی واژینال هر 4 ساعت –رزرو 4 واحدخون ایزوگروپ +3واحد کراس مچ –کنترل علایم حیاتی –چارت تب- رزرو 10واحد پلاکت و5 واحد FFP -کنترل I/O –آمپول سولفات منیزیوم 4گرم وریدی –آمپول بتامتازون 12 میلیگرم هر24 ساعت تا 2دوز- چک آزمایشات انعقادی ، FLT,CBC,U/A,U/C - کشت خون در 2 نوبت- مشاوره عفونی – مشاوره داخلی –مانیتورینگ NST – FHR روزانه Order می شود.

باتوجه به نتایج آزمایشات 3 واحد پلاکت و3واحد FFP تزریق و5 واحد پلاکت و5 واحد FFP رزرو می شود. به علت تب دار بودن سفتریاکسون شروع می شود .جواب آزمایشات :PT=15.2 PTT=52 SGOT=740 SGPT=490 ALP=3450

LDH=1760 WBC=3,700 Hb=11.1 PLT=145,000 (بعداز تزریق پلاکت)

CRP=3+ ESR=5 Cr=0.8 U/A: Protein=1+

مشاورداخلی تزریق روزانه 10mg آمپول ویتامین K – سونوگرافی داپلر عروق کبدی وIVC برای بررسی سندروم بودکیاری – بررسی از نظر بروسلوز- مشاوره هماتولوژی برای بررسی علت پان سیتوپنی –بررسی از نظر هپاتیت های ویرال وچک روزانه تستهای انعقادی وCBC راتوصیه می کند. Wright=Neg Coombs Wright=Neg

به علت افت ساچوراسیون تا حد88% (بدون اکسیژن)وزیاد شدن کاهش بینایی وعدم پیشرفت علایم زایمانی با پزشک ICU ریه مشاوره شده ومادر ساعت 12:30 دومین روز بستری به همراه رزیدنت سال 1 زنان به ICU ریه منتقل می گردد.

موقع پذیرش د رICU ریه مادر تب دار نبود .یک لنف نود 2*2 در اینگوینال وجود داشت.در اندامهای تحتانی ادم 2+ وجود داشت .در آندوسکوپی ،واریس مری نداشت واروزیون سطحی بصورت Patchy در فوندوس وآنتر معده وجود داشت. در سونوگرافی کبد اکوژنیسیته غیر یکنواخت باSpan=176 cm وطحال با پارانشیم غیر یکنواخت باSpan=181 cmگزارش شده بود.وریدهای کبدی وIVC باز بودند.

در مشاوره چشم پزشکی Serous Retinal Detachmentدرپل خلفی ، با درگیری ماکولا که مطرح کننده بدخیمی سیستمیک متاستاتیک ،بدخیمی ویا ضایعات التهابی اکولار می باشد گزارش شده بود.در آنالیز مایع صفاقی High SAAG با WBC=500وارجحیت لنفوسیت و A.D.A=17 بود.

آنالیز مایع صفاقی: همزمان سرم

Protein=1 Protein=3.5

Alb=.2 Alb=1.6

LDH=90 LDH=90

WBC=500

RBC=2100 اسمیروکشت مایع صفاقی منفی بود

مادر چندروز بعد ساعت 00:30بامداد دچار دردهای زایمانی می شود وساعت 6:00درحالیکه برای انتقال به بیمارستان زنان بروی برانکارد قرار گرفته بود در حضور رزیدنت زنان زایمان واژینال بدون اپی زیوتومی انجام می دهد .حاصل زایمان دختر زنده پره ترم (حدوداً 32 هفته) بود .برای

مادر سرم سنتو شروع و5 عدد شیاف میزوپروستول رکتال گذاشته می شود.BP=100/70 2. PR=88واحدپکدسل و5واحدپلاکت درخواست می گردد. باشروع تزریق پکدسل ،دچارلرز شده وقطع می شود .رزیدنت زنان تا stable شدن مادر (3 ساعت)بربالین بیمار می ماند. به علت تب دار شدن مادر Sepsis Workup شده وآنتی بیوتیک های قبلی (سفتریاکسون وسیپرو فلوکساسین) به آمپول مترونیدازول وسفتازیدیم تبدیل می شود. دوروز بعداز زایمان) مادر بصورت ناگهانی دچار خونریزی شدید واژینال شده ومشاوره زنان درخواست می شود. درمعاینه رحم جمع بودودر سونوگرافی رحم 32 سی سی تجمع داشت .آمپول مترژین تزریق شده وبه علت پائین بودن شمارش پلاکت PLT=46,000 ، 8 واحد پلاکت درخواست وتزریق می گردد.BP=110/70 PR=120. بعداز دریافت پلاکت خونریزی قطع می شود.در ادامه بستری مادر دچار پلورال افیوژن وپریکاردیال افیوژن خفیف می شود.برای تشخیص علت بالا بودن آنزیمهای کبدی مادر جهت انجام بیوپسی کبد به بخش گوارش منتقل می گرددولی مادر دچار کاهش هوشیاری نوسان دار ،تشنج ،تب وآنسفالوپاتی کبدی شده ومادر به ICU ریه بازگردانده می شود.با شروع درمان آنسفالوپاتی کبدی هوشیاری مادر برمی گردد وتب وادم تاحدودی کاهش می یابد.

<u>روز بیستم بستری</u>: مادر لتارژیک است و اولیگوری وکاهش فشار خون دارد . BP=85/40 PR=112 O2Sat=99%

سمع قلب وریه نرمال وادم اندامهای تحتانی 2+ می باشد. ادم ناحیه ژنیتالیا رادارد.سرم نرمال سالین تزریق می شود.

<u>روز بیست ویکم بستری</u> : شب مادر دچار دسترس تنفسی وتاکی کاردی شده وانتوبه می شود. هوشیاری در حد light coma می باشد.فشار خون پائین وتب دار است.BP=87/67 HR=128 O2Sat=97% BT=39.9

<u>روز بیست وسوم بستری</u> :مادر تشنج های مکرر دارد برای مادر والپرات سدیم تجویز می شود ولی تشنجها تکرار می شود.آمپول میدازولام وپروپو فول بصورت Stat تجویز می گردد.

<u>روز بیست وچهارم بستری</u> :: هوشیاری در حد Deep Coma است.تنفس خودبخودی ندارد.تشنجهای استاتوس دارد .برای بیمار آمپول تیوپنتال بصورت tapering شروع می شود.علیرغم تزریق حجم ودوپامین فشارخون پائین است.سمع ریه ها clear است.

BP=78/48 HR=102 O2Sat=96%

<u>روز بیست وپنجم بستری</u>: ساعت 1:45 بامداد مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات: CU=1.7 ادرار 24 ساعته Ferretin=648 TIBC=198 Folate>20 Vit B_{12}=1652 Irone=56

الکتروفورز پروتئین های سرم : Alb=45.6 α_1=6.6 α_2=9.4 ß=10.1 γ=28.3 A/G=0.84

ALKMA=Neg ASMA=Neg ANA=0.7 P-ANCA=Neg C-ANCA=Neg Retic Count=4.5

Anti ds DNA=0.5 BMB=Normocelular marrow(مورخ 91/3/18)

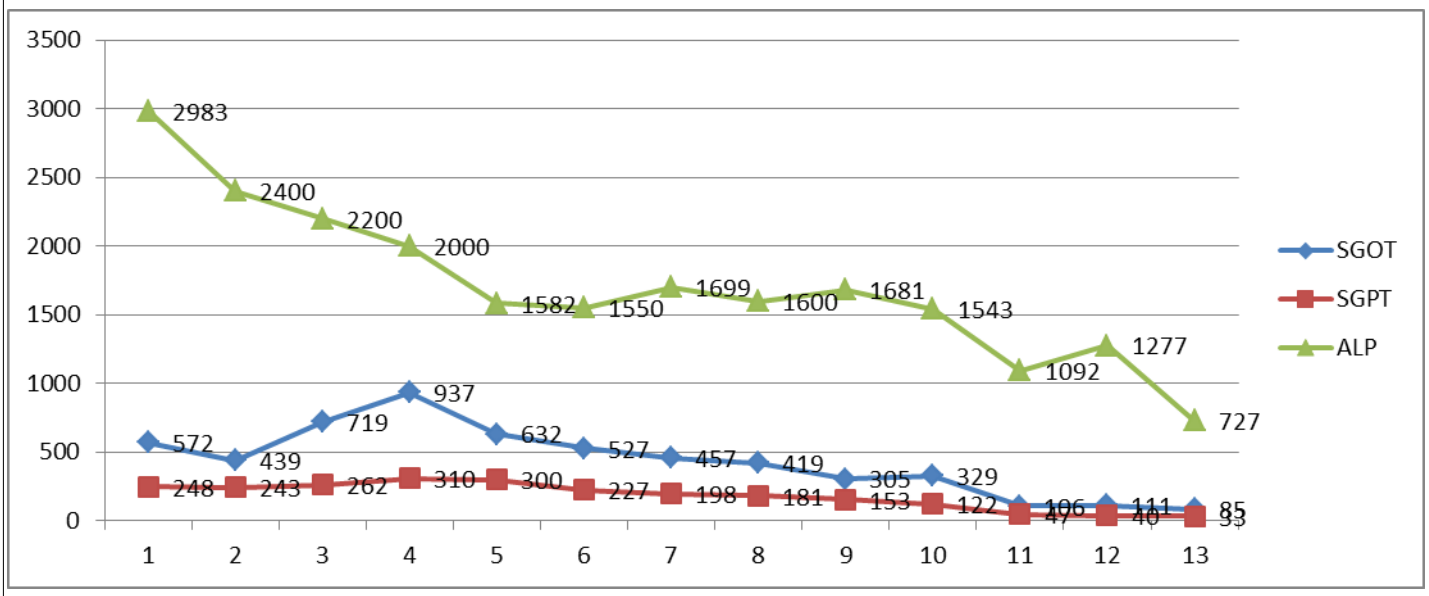
U/C=Neg Ceruloplasmin=60.3 B/C=NegAMA=Neg Toxoplasmaو CMV (IgM) Ab=Neg

Ca=6.5

در بستری دوم اجازهBMA نداده بود.

Uric Acid	SGOT	SGPT	ALP	LDH

1230	2983	248	572	
		243	439	8.2
		262	719	8.1
		310	937	9.1
1042	1582	300	632	8.5
		227	527	7.7
	1699	198	457	7.5
		181	419	9.2
	1681	153	305	9.3
	1543	122	329	8.1
	1092	47	106	
	1277	40	111	3.4
	727	33	85	



تشخیص علت مرگ : هپاتیت اتوایمیون که دربیمارستان هپاتیت حاد به آن اضافه شده است.

Comment

باتوجه به نمودارآنزیمهای کبدی ، درمراحل بهبودی بیمار از هپاتیت اتو ایمیون ،هپاتیت حاد احتمالاویرال به آن اضافه شده ومادر را به کام مرگ کشانده است.

خانم81

متوفي خانمي است 32 ساله، ساكن شهرستان ، G_1 P_0 ، Case شناخته شده بيماري قلبي ريوي (VSD بزرگ + سندم آيزن منجر از سال 79)عليرغم توصيه پزشک معالج حامله شده است . از اوايل ماه چهارم مراقبت هاي بهداشتي شروع شده بود.به علت داشتن سابقه بيماري قلبي و عدم وزن گيري به متخصص زنان ارجاع داده شده ولي عليرغم توصيه متخصص به سقط تراپوتيک اقدام ننموده وبه توصيه ايشان مبنی بر بستري در طول دوران بارداري در بيمارستان نيز اعتنا نكرده بود.

متوفي در هفته 32 حاملگی به علت افزايش فشار خون و علايم پره اكلاپسي در بيمارستان زنان بستري و به علت تاكي كاردي ، تنگي تنفس شديد به بيمارستان قلب منتقل مي گردد. 4روز بعد در بيمارستان قلب بصورت الكتيو سزارين مي شود (در هفته 33) و حاصل آن يک نوزاد پسر با آپكار $^{9}/_{10}$ بود. بدنبال اكستيوبا سيون بعد از عمل دچار تنگي نفس و كاهش O_2sat مي شود و دوباره انتوبه مي شود روز دوم بعد از عمل بيمار تبدار شده و علت تب عليرغم بررسي(كشت خون ، CXR ، اكوكارديوگرافي معمولي و ترانس توراسيک) مشخص نمي شود. تب بصورت singl spik بوده وبه تجويزآمپی سيلين 2گرم هر 6ساعت وكليندامايسين وجنتامايسين پاسخ نمی دهد .

در مطالعات پاراكلينيک بيمار PAHشديد ، MR^{3+} ، ادم ريه و نارسايي قلبي با EF=%30 و ARDS ، داشته و 4روزبعد سزارين به علت نارسايي قلبي تنفسي فوت مي شود.

خانم82

متوفي خانمي است 32 ساله، ساكن شهرستان ، G_1 P_0 ، Case شناخته شده بيماري قلبي ريوي (VSD بزرگ + سندم آيزن منجر از سال 79)عليرغم توصيه پزشک معالج حامله شده است . از اوايل ماه چهارم مراقبت هاي بهداشتي شروع شده بود.به علت داشتن سابقه بيماري قلبي و عدم وزن گيري به متخصص زنان ارجاع داده شده ولي عليرغم توصيه متخصص به سقط تراپوتيک اقدام ننموده وبه توصيه ايشان مبنی بر بستري در طول دوران بارداري در بيمارستان نيز اعتنا نكرده بود.

متوفي در هفته 32 حاملگی به علت افزايش فشار خون و علايم پره اكلاپسي در بيمارستان زنان بستري و به علت تاكي كاردي ، تنگي تنفس شديد به بيمارستان قلب منتقل مي گردد. 4روز بعد در بيمارستان قلب بصورت الكتيو سزارين مي شود (در هفته 33) و حاصل آن يک نوزاد پسر با آپكار $^{9}/_{10}$ بود. بدنبال اكستيوبا سيون بعد از عمل دچار تنگي نفس و كاهش O_2sat مي شود و دوباره انتوبه مي شود روز دوم بعد از عمل بيمار تبدار شده و علت تب عليرغم بررسي(كشت خون ، CXR ، اكوكارديوگرافي معمولي و ترانس توراسيک) مشخص نمي شود. تب بصورت singl spik بوده وبه تجويزآمپی سيلين 2گرم هر 6ساعت وكليندامايسين وجنتامايسين پاسخ نمی دهد .

در مطالعات پاراكلينيک بيمار PAHشديد ، MR^{3+} ، ادم ريه و نارسايي قلبي با EF=%30 و ARDS ، داشته و 4روزبعد سزارين به علت نارسايي قلبي تنفسي فوت مي شود.

خانم 83

متوفی خانمی است 34 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، بدون سابقه بیماری خاص، باقد 175 سانتیمترودرشت هیکل .حاملگی خواسته بود . مراقبت دوران بارداری نامرتب بوده است.آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود .

مادربا شکایت آبریزش به بیمارستان الف مراجعه می کند.موقع پذیرش (ساعت 5:07 صبح) انقباضات رحمی نداشته ودرمعاینه واژینال ، کول خلفی وبدون دیلاتاسیون وافاسمان بود و ساک لیک داشت. FHR=132 وعلایم حیاتی نرمالمی باشد. سن حاملگی براساس سونوگرافی اوایل حاملگی 41هفته و3 روز بود.مادر در بلوک زایمانی بستری وسرم رینگر بصورت K.V.O وصل وNST درخواست می گردد. درساعت 7:00 صبح به دلیل پائین بودن Base FHR درNST ونداشتن Beat to Beat مناسب به متخصص زنان تلفنی اطلاع می دهند(نوارNST Base FHR=120 بود) .متخصص زنان درمانگاه درساعت 10:10 صبح مادررا ویزیت کرده ودستور ایندااکشن با 10 واحدسنتوسینون تحت مانیتورینگ قلب جنین را می دهد. درساعت 13:40 آمینوتومی انجام می گیرد (مایع شفاف بود).درساعت 16 دیلاتاسیون وافاسمان کامل می شودولی ایستاسیون سر جنین1+ بود(سر Boss داشت)درساعت 17 به علت افت ضربان قلب (تا حد90= FHR) به دستور متخصص زنان که دراتاق عمل حضورداشت ،ایندااکشن قطع واکسیژن وپوزیسیون LPداده می شود .FHR تاحدودی اصلاح می شود(گهگاهی افت داشته).درساعت 17:30 مادرتوسط متخصص زنان ویزیت وبه علت برادیکاردی دوبار واکیوم گذاشته می شود وهردوبار Off می شود.مادرساعت 17:40 با برانکارد به همراه ماما جهت سزارین به اتاق عمل فرستاده می شود.عمل بلافاصله با بی هوشی عمومی شروع می گردد(17:50)در اتاق عمل FHR=60 بود.حاصل سزارین نوزاد دختر با وزن 4030 گرم وبند ناف 3 دور دور گردن وکوتاه باآپگار 4/10 بود که بعداز خروج احیاء شده وبهNICU منتقل می شود. بعداز اتمام سزارین (موقع نوشتن شرح عمل) به متخصص زنان اطلاع می دهند که مادر خونریزی شدید واژینال دارد. بلافاصله ماساژدودستی رحم شروع شده و آمپول مترژین وآمپول سنتوسینون تزریق و5 عددشیاف میزوپروستول بصورت رکتال گذاشته می شود.واژن بررسی شده ولاسراسیون هاتاحدممکن سوچور زده می شود ولی خونریزی همچنان ادامه می یابد. در سونداژ مثانه برای کنترل I/O ، 300 سی سی ادرار کاملاً خونی خارج می شود(مثانه قبل از سزارین توسط سوند نلاتون خالی شده بود وادراراروشن بود) . با متخصص ارولوژی ومتخصص زنان مشاور تماس گرفته شده وعمل هیستریکتومی ابدومینال شروع می شود .متخصص ارولوژی مثانه ومسیر حالبها را بررسی می کند ، مشکل خاصی وجود نداشت. جدار وبستر واژن راکه دچار کنتوزیون شده بود مجدداً سوچور زده وپک می کند. با شروع خونریزی تستهای انعقادی وکراس مچ خون درخواست می گردد.وبلافاصله ترانسفوزیون شروع می شود.(PT=240 PTT=240 PLT=90,000 بود.)در سوچور پدیکول آخر هیستریکتومی متخصص زنان مشاور در اتاق عمل حاضر می شود. مجدداً محل سوچورها وشکم توسط ایشان بازبینی می شود.به علت عدم قطع خونریزی ،واژن بایک لنگاز پک می شود.درضمن هیستریکتومی ، توسط متخصص بی هوشی CVP Line ازورید جوگولارتعبیه می شود که بار اول Fail می گرددومجدداً از ورید ساب کلاوین گذاشته می شودو دو لاین وریدی با کات دان تعبیه وپلاکت ، FFP وپکدسل بصورت سریع ترانسفوزیون می شود.به علت عدم قطع خونریزی با وجود اقدامات انجام شده اینترنال ایلیاک هردوطرف درمحل دوشاخه شدن توسط متخصص جراحی عمومی بسته می شود, ولی خونریزی قطع نمی شود. از متخصص زنان پیشکسوت نیز درخواست کمک می کنندوایشان دستور می دهد Uterin bag درواژن قرار داده شودوبا کاهش مقدار خونریزی ساعت 22:40 شکم با تعبیه پن روز بسته می شود.به علت عدم افزایش فشارخون ، علیرغم ترانسفوزیون ماسیو خون وفرآورده های دیگر از متخصص داخلی نیز درخواست کمک می شود.ایشان در ساعت 22:20 بیماررادراتاق عمل ویزیت می کند. در یادداشت ایشان آمده است: BP=75/? HR=132(درحال دریافت دوپامین است)

PT=240 PT=240 PLT=22,000 Hb=10 (بعداز دریافت 10 واحد پکدسل)

O2Sat=100%(با FIO2=60-100%)

(طبق توضیح متخصص بی هوشی دربرخی موارد ساچوراسیون تاحد 80% افت داشت).

برای بیمار تشخیص احتمالی DIC وتشخیص افتراقی ازوتمی پره رنال مطرح است و پیشنهاد می شود:

CVP درحد 10-12 نگه داشته شود-درخواست وترانسفوزیون حداقل 5 واحد FFP و10 واحد پلاکت –کنترل I/O وبرونده ادراری درحد 0.5cc/kg/h نگه داشته شود–چک هموگلوبین هردوساعت- ادامه دوپامین با دوز 7µg/min .

به علت اسیدوز متابولیک وهیپر کالمی (K=7.7) بیکربنات سدیم، کلیسم ،انسولین وگلوکز 10% تجویز می گردد.بیمار ساعت 23:15 دچار ادم ریه شده واز لوله تراشه کف فراوان خارج می شود.برای مادریک عدد آمپول مورفین،200 میلی گرم هیدروکورتیزون، نیم لیتر سرم مانیتول10%، mg 40لازیکس (در 4 دوز منقسم) تزریق می گردد.مادرساعت 23:30 ارست قلبی می کند.با ماساژقلبی و D.C شوک ریتم قلب سینوسی می شود.به علت افت ناگهانی فشارخون وعدم پاسخ به اقدامات درمانی با احتمال پنوموتوراکس یک عددchest tube تعبیه می شود ولی کمی خون تیره خارج می گردد. همزمان از محل پن روز نیز خون تیره خارج می گردد. درساعت 1:00 بامداد به علت برادیکاردی مقاوم به درمان (HR=20)وبا احتمال خونریزی داخلی شکم مجدداً باز می شود.Oozing منتشر درجدار شکم وجود داشت و علیرغم اقدامات انجام شده مادر فوت می کند.

درکل: 11 واحد کرایو- 14 واحدپلاکت – 16 واحد FFP -16 واحد پکدسل و2 واحد خون کامل و6.5 لیتر رینگرتزریق شده بودولی برونده ادراری 300 سی سی و کاملاً خونی در ابتدای شروع خونریزی بود.

آزمایشات:

موقع بستری : WBC=8,200 $RBC=4.38*10^6$ Hb=12.4 Hct=37.4 PLT=208,000

ساعت 19:12 (بعداز شروع خونریزی) : BUN=11 Cr=0.9 Hb=5 PLT=96,000

تشخیص علت مرگ :براساس سیر بالینی طبق نظر متخصصین محترم زنان با احتمال زیاد DIC ناشی از آمبولی مایع آمینوتیک علت مرگ می باشد .

اشکالات وارد برپرونده:

1. دراولین تظاهر برادی کاردی باید برای تخمین وزن نوزاد ووضعیت بند ناف سونوگرافی می شد.
2. اصرار غیر منطقی به زایمان طبیعی موجب بروز عوارض ناخواسته در نوزاد ومادر می شود ودر اینمورد آمبولی مایع آمینوتیک در طول پروسه زایمان رخ داده است.
3. گذاشتن واکیوم درآن شرایط اشتباه بوده است.

خانم 84

متوفی خانمی است 21ساله ، ساکن شهر ،G_1P_0، سابقه بیماری روماتیسم قلبی که تحت درمان نامرتب با پنی سیلیسن ماهانه قرار داشت،ورزشکار وسیگاری (روزانه یک پاکت) ،مراقبت دوران بارداری نداشته وفقط یکی دو بار جهت درخواست سونوگرافی به مطب مامایی مراجعه کرده بود .مادر با

شکایت آبریزش ،تپش قلب ودفع خلط خونی از سه روز قبل به بیمارستان مراجعه وبعداز انجام سونو گرافی با گزارش جنین فاقد قلب ،38 هفته وکاهش مایع آمنیوتیک ،بند ناف دور گردن در بیمارستان در ساعت22:7 با علایم :

HR =120 BP=100/60 RR=40 BT=36.7

ساک پاره/TV: 6-7cm/80%/Cephal FHR=0

کراکل منتشر در قاعده هردو ریه وسیانوز مرکزی پذیرش می شود.بیمار پس از بستری در بخش زایمان با واکیوم زایمان طبیعی می کند. پس از زایمان به علت O2 Satپائین وسابقه بیماری قلبی ،ادم ریه ونبودتخت خالی درICUناچاراًبه بخش CCUمنتقل می شود .رزیدنت داخلی علی رغم درخواست کمک هنگام زایمان بر بالین بیمار حاضر نمی شود. در بخش CCUبرای بیمار اکسیژن 10-8لیتر دردقیقه لازیکس120 mg، اسپری سالبوتامول ،اسپری آتروونت ،آمپول هیدروکورتیزون تجویز می شود وعلیرغم این اقدامات ،O2Sat افزایش نمی یابد (67%) وبیمار انتوبه شده به ونتیلاتور با سیستمSIMV وصل می شود.وچندین دوز میدازولام ،نسدونال ،مورفین تزریق میگردد.برای بیمار به علت پایین بودن هموگلوبین (Hb=7.9)2واحد پکد سل تزریق شده تحت درمان با ایندرال 40 میلیگرم هر 6ساعت قرار می گیرد. به علت پایین نیامدن ریت قلب ایندرال وریدی وآمیودارون شروع می شود. علی رغم این اقدامات O2 Sat از89% بالا نمیرود.درCXR سایز قلب نرمال وادم منتشر ریوی ودراکو MS,MR متوسط گزارش شده بود.بیمار صبح روزبعدبا هماهنگی رزیدنت داخلی به ICU بیمارستان دیگر منتقل میشود.درساعت12:15 نیز با تشخیص ادم ریه مقاوم به درمان جهت بررسی بیشتر به بیمارستان قلب اعزام می شود.هنگام پذیرش در اورژانس قلب دروضعیت Light Coma قرارداشت .درسمع ریه کراکل در نیمه تحتانی ریه وجودداشت. BP=70/30 بود. با تزریق

5 mgوراپامیل و80 mgلازیکس در بخش CCUبستری می شود.(ساعت13:20) درطی بستری درCCU :هوشیاری درحد Light Comaمردمک هاایزوکوریک و2میلیمتر وراکتیو به نور ،DTR ها 2+ ،فاقد علایم فوکال عصبی ،ترشحات NGTوریوی خونی بود،BP=90/70 ،HR=120 وسینوسی برونده ادراری خوب بود وتبدار نبود.با FIO2=100% O2Sat=84-86% بیمار تحت درمان با هپارین ولازیکس ،TNGوASA قرار می گیرد.ولی به علت بالا بودن تستهای انعقادی وافت فشار خون دادن دارو ها با احتیاط صورت می گرفت .آزمایشات :

INR=3.49 PTT=107 PT=23.3 Plat=107,000 Hb=13 WBC=20,000

درCXRنارسایی قلبی ودر اکوMSمتوسط وکلسیفیه ، M VA=1.35,TR2+,PAH, وسپتومDشکل و%EF=45-50 گزارش شده بود.

بیمار درساعت 1:30 روز سوم بستری دچار برادی کاردی وافت فشار خون شده وبه اقدامات درمانی پاسخ نمی دهد وساعت 2:15 فوت می کند.

خانم 85

متوفی خانمی است 23 ساله ، ساکن حاشیه ی شهر ، G_2P_1 ،سابقه یکبارNVD در6 سال قبل ، سابقه ترومای کمر از یک هفته قبل از بستری(همسر آزاری)، حاملگی خواسته بوده با LMP نامعلوم .

مراقبتهای دوران بارداری از هفته 12 بارداری درمرکز بهداشت شروع شده، 3بار توسط ماماویکبارتوسط پزشک مرکز مراقبت شده بود.

نامبرده در هفته 36 بارداری به علت تب وسردرد که از یک روز قبل شروع شده بود به کلینیک خصوصی مراجعه می کند. مادر توسط پزشک عمومی ویزیت شده وجهت بررسی مامایی به بیمارستان الف راهنمایی می شود. شب ساعت 23 به بیمارستان الف مراجعه کرده وبه علت پره ترم لیبر به

بیمارستان ب ارجاع داده میشود. موقع مراجعه به بلوک زایمانی بیمارستان الف ، مادر انقباضات رحمی داشت وکول Ripe بود. FHR=140 وعلایم حیاتی نرمال بود.

مادرساعت 23:40 با شکایت درد زایمانی به بیمارستان ب مراجعه میکند.موقع مراجعه: BP=110/60 FHR=0 با سونیکیت و TV: 3cm/Ripe/ C/I/-3 بود. به علت نبود سونوگرافی درمرکز ب، مادرجهت بررسی وضعیت جنین به مرکز آموزشی درمانی ج ارجاع داده می شود . بعداز انجام سونوگرافی (ساعت 40 دقیقه بامداد) به علت نبود تخت خالی ، مادربه بیمارستان ب بازگردانده می شود.درسونوگرافی ، جنین بدون ضربان قلب با سن 36 هفته ومایع آمینوتیک نرمال گزارش شده بود. بعداز بازگشت از بیمارستان ج ، در بیمارستان ب بصورت سرپایی آزمایش درخواست می شود. بعداز آماده شدن جواب آزمایش ، (ساعت 4:10)مجدداً معاینه می شود. درمعاینه مادر هوشیار و اریانته بودو از تنگی نفس از یک روز قبل شاکی بود. تب دار نبود.سمع قلب وریه نرمال بود.درمعاینه رحم تندرنس وحساس نبود . در معاینه واژینال لیک مایع داشت(بوی بد نداشت) و TV: 3cm/40-50%/ C/R/-2.

مادر ساعت 5:00 با ویلچیربه بخش زایمان منتقل وساعت 5:10 زایمان واژینال انجام می دهد . حاصل زایمان نوزاد پسربا آپگار صفر بود. (ماسره نبود) مادر ساعت 6:10 با وضعیت Stable به بخش منتقل می شود. BP=110/70 PR=85

جواب آزمایشات ساعت 3:30 بامداد: WBC=5,000 Neut=82 Hb=13.1 Hct=39.5

PLT=153,000 Cr=1.4 Urea=26 Uric Acid=5.2 BS=101 SGPT=36 SGOT=32

LDH=454 Fibrinogen=301 PT=14 PTT=39 INR=1.1

ساعت 8:15(حدود 3 ساعت بعداز زایمان) مادر دچار سیانوز ،تنگی نفس ،تاکی کاری وتاکی پنه شده وتب دار می شود.

علایم حیاتی : BT=39.5 HR=164 RR=75 O_2Sat=70% BP=122/39

درمعاینه سوفل دیاستولیک در LSB سمع می شد.رحم جمع بود وخونریزی در حد Post Partum بود.برای مادراکسیژن نازال وصل وآنالیز ادراروتستهای کبدی وکلیوی درخواست ودورگ بزرگ تعبیه کرده وسرم رینگر با سرعت 100 سی سی در ساعت شروع می شود.به علت پروتئین اوری 2+ ، 4 گرم سولفات منیزیوم وریدی تزریق کرده وجهت کنترل برونده ادراری سونداژ می شودولی ادراری خارج نمی شود.با مشاور داخلی تماس می گیرندو ایشان به علت حضور در بیمارستان دیگر، توصیه می کندمادر به بیمارستان جنرال اعزام شود.

بعداز شروع اکسیژن نازال ساچوراسیون اکسیژن به 95% می رسد.برای مادربه علت شک به آمبولی ریه هپارین فول دوز شروع می شود (اختلاف سایز اندامها وجود نداشت). با اساتید بیمارستان ج مشورت کرده ومادر به همراه رزیدنت سال 1 وماما به بیمارستان ج اعزام می شود.جواب آزمایشات ساعت 7:06 : Cr=1.6 Urea=38 SGOT=80 SGPT=70 LDH=1000

PLT=145,000 Hct=40.1 Hb=13.1 ALP=300 UricAcid=5.7

Blood=3+ Pro=2+ درآنالیز ادرار BS=99 INR=1.3 PT=15 PTT=42

WBC=10-12

جواب آزمایشات ساعت 9:20 :

ALP=278 UricAcid=6.5 LDH=872 SGPT=87 SGOT=92 Urea=45 Cr=2.3

INR=1.1 PT=14 PTT=42 PLT=101,000 Hct=40.1 Hb=13.2

Fibrinogen=200

موقع پذیرش دراورژانس بیمارستان ج(ساعت 10:23): مادر هوشیارولی ill و Toxic بود.ازدرد گردن شاکی بود ولی ردورگردن نداشت. صورت فلاشینگ داشته ومخاطات خشک بود.در سمع ریه ها کراکل در قاعده هردو ریه سمع می شد. درقلب سوفل دیاستولیک در LSB سمع می شد.شکم نرم وتنفس شکمی بود.در اندامها، اختلاف سایز وجود نداشت و سرد ومرطوب بودند ونبضها فیلی فورم بودند.کیسه ادرار خالی بود. رحم جمع بود وخونریزی در حد Post Partum بود.مادر بلافاصله به ICUمنتقل شده ومتخصص بی هوشی ،متخصص پریناتولوژی وپزشک معالج بربالین مادر حاضر می شود.برای مادر مشاوره ی قلب ،داخلی وعفونی درخواست می شود. طبق یادداشت رزیدنت قلب : بیمارتاکیکارد بوده ونبضهای محیطی فیلی فورم هستند.ملتحمه پرخون وصورت فلاشینگ دارد.jvp برجسته نیست .اکوی قلب نرمال می باشد .شواهد به نفع کاهش حجم داخل عروقی ووازودیلاتاسیون جلدی می باشدوشوک سپتیک،واکنش آلرژیک وهیپوولمی برای بیمار مطرح است .در بررسی B-Mode و پالسد کالر داپلر، وریدهای سطحی وعمقی اندامهای تحتانی علائمی به نفع ترومبوز وجود نداشت .درلگن وشکم مایع آزاد قابل توجه وهماتوم واضح لگنی وشکم وجود نداشت.در ریه پلورال افیوژن دوطرفه با کلاپس ریه زیرین در دوطرف مشهود بود.طول کلیه راست 110 سانتی متر وکلیه چپ 100 سانتی متربا افزایش اکوژنیسته هردوکلیه همراه بود ومثانه خالی بود.به علت افزایش زمان انعقاد PT=21 PTT=63 INR=3.8 ونبود شواهد آمبولی، هپارین Hold می شود.

20 میلی گرم لازیکس و500 سی سی سرم نرمال سالین و200میلی گرم هیدرو کورتیزون شروع می شود.5 واحد FFP ،5 واحد پلاکت و3 واحد پکدسل کراس مچ شده رزرو می گردد.آزمایشات ANA,Anti ds DNA, LE Cell آنتی فسفولیپید آنتی بادی ،آنتی کاردیولیپین، کشت خون در دونوبت وکشت ادرار وABGدرخواست و5 واحد FFP تزریق می گردد. پس از تزریق سرم ولازیکس ، ادرار برقرارمی شود(100 سی سی در عرض نیم ساعت).علایم حیاتی : HR=120 RR=50 O_2Sat=96% BP=120/70

ABG: PH=7.33 PCO2=21.2 HCO3=11 PO2=92.8 BE=-11.9 FIO2=0.21

برای تنظیم حجم داخل عروقی از مشاور جراح عمومی جهت تعبیه CVP Line وکات دان درخواست کمک می شود. . بعداز نمونه گیری جهت کشت خون وادرار آمپول آمپی سیلین وجنتامایسین شروع می گردد.

از اساتید محترم گروه عفونی مشاوره درخواست شده وایشان ضمن ویزیت مادر یادداشت کرده بودند(ساعت 14:50): مادر لتارژیک بوده ولی اریانتاسیون طبیعی دارد.تب دار نبوده ولی تاکیکارد است HR=120 BP=100/60 که درضمن معاینه فشارخون سیستولی به 75mmHg کاهش می یابد.در ABG : PH=7.16 PCO2=28 HCO3=10

Na=131

در آزمایش ادرار پیوری دارد(WBC=10-12) در CXR انفیلتراسیون دوطرفه دارد ومجموعه علایم به نفع سپتی سمی می باشد. وپیشنهاد می شودبرای جلوگیری از خستگی تنفسی ،انتوبه شده وآمپول کلیندامایسین ،آمپول جنتامایسین ،آمپول آمپی سیلین وسیپروفلوکساسین شروع وکشت

خون وادرار پیگیری شود –هپارین با دوز پروفیلاکتیک وآمپول هیدروکورتیزون با دوز 50mg/q8h شروع وحجم داخل عروقی با انفوزیون سرم نرمال سالین اصلاح گردد(با مانیتورینگCVP Line) ودر صورت عدم اصلاح فشارخون ،اینوتروپ شروع شود.

درحین انتوباسیون دچار V Tac های مقاوم به درمان شده وبعداز چند مرحله CPRبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد .ساعت فوت: 17:50

جواب آزمایشات بیمارستان ب ساعت 11:00:

ANA=Neg Anti dsDNA=Neg Anti Cardiolipin(IgG,IgM)=Neg LEcell=Neg

Anti phosphlipide(IgG,IgM)=Neg

Hb=9.4 Hct=27 WBC=3500 Neut=92% PLT=133,000

PT=21.9 PTT=63 INR=3.8 Fibrinogen=127 Urea=21 Cr=1.2 Uric

Acid=3.7 Ca=8.3 P=3 Na=139 K=3.5 SGOT=43 SGPT=10

ALP=105 LDH=451 Alb=2.2 T4=39 T3=0.73 TSH=0.8 Free T4=9

B/C=Beta Hemolytic group A Streptococci (حساس به وانکومایسین وآمپی سیلین ومقاوم به کلینداماسین وجنتامایسین)

U/C=Neg

ساعت 15:45 : PT=14.3 PTT=79 INR=1.5 Fibrinogen=269

تشخیص علت مرگ : DIC ناشی ازسپسیس می باشد.

اشکالات وارد برپرونده:

1. مادردرطی بستری چندین بار جابجاشده است
2. دربیمارستان الف به بهانه پره ترم لیبر متخصص زنان آنکال مادرراویزیت نکرده بود وارجاع مادر باردار با سن حاملگی 36 هفته از آن بیمارستان به بیمارستان دیگربراساس سطح بندی پری ناتال توجیه پذیر نیست.
3. ارجاع مادربه مرکز دیگر برای بررسی زنده بودن جنین اشتباه بوده ومتخصص آنکال زنان می توانست خودش سونوگرافی انجام دهد.
4. وضعیتی که جنین با FHR نرمال رادرعرض 40 دقیقه کشته حتماً باید جدی تلقی شده ومادرباید سریع بستری می شد(حدود 5 ساعت مادر بلاتکیف بوده است.)
5. درما دران باردار پرخطر وکمپلیکه باید با سایر متخصصین وحتی المقدور گروههای آموزشی (اساتید)مشاوره انجام گیرد .
6. تب هایی که بصورت ناگهانی بعداز زایمان شروع می شود باید به سپسیس شک شود.
7. افزایش ساچوراسیون با اکسیژن نازال وتب بالا آمبولی ریه را رد می کند.
8. با توجه به اینکه مادر درسونداژ مثانه ادرار نداشته است شروع سولفات منیزیوم اشتباه بود.(پروتئین اوری می تواند درزمینه ی تب باشد)
9. با توجه به INRبالا بیمار دچار DIC شده بود.

10. شنیده شدن همزمان سوفل دیاستولیک درقلب وکراکل در ریه ها می تواند ناشی از آندوکاردیت باکتریال درزمینه استرپتوکوک باشد.

خانم 86

متوفی خانمی است 34 ساله ، ساکن شهرستان ، G_3p_2 حاملگی خواسته بوده و آخرین زایمان 12 سال قبل بود.وسیله پیشگیری LD و IUD بود. سابقه بیماری خاص نداشته است .از اوایل حاملگی تحت کنترل متخصص زنان بودواز ماه هشتم به مرکز بهداشت نیزمراجعه کرده بود مادردرهفته 41 به متخصص زنان در شهرستان مراجعه می کند و طبق سفارش ایشان به علت گذشتن EDC در بیمارستان بستری می شود و تحت ایندااکشن قرار می گیرند موقع پذیرش : BP = 120/70، FHR نرمال و بدون دیلاتاسیون وافاسمان بود .17ساعت بعداز شروع ایندااکشن زایمان واژینال انجام می دهد و حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 9/10 بود و ساعت 1pm ، 10 دقیقه بعد از زایمان ، فشارخون بیمار کنترل و بلافاصله به بخش منتقل می گردد و در دستورات پزشک که ساعت 12:50 ظهر نوشته شده است کنترل V/S و V/ B بدون ذکر مدت و زمان، واکسی توسین7 واحد قید شده است .

در ساعت 14 همراه بیمار اطلاع می دهد که مریض خونریزی دارد فشارمریض کنترل شده (مقدار فشار نوشته نشده است) و کوراژ می گردد. برای بیمار سرم رینگر یک لیتر بصورت free و 15 واحد اکسی توسین IM و یک عدد مترژین عضلانی تزریق می گردد بیمار از سرگیجه و تهوع نیز شکایت داشته است . ضمناً با پزشک متخصص تماس گرفته می شود ایشان دستور شروع سولفات فروس را می دهد در ساعت 15:30 همچنان خونریزی مریض ادامه داشته وBP=60/40 میشود .یک لیتر دیگر سرم وصل می شود بصورتKVO و2 واحد خون رزرو می شود ودوباره به پزشک متخصص اطلاع داده می شود .پزشک ساعت15:40 بربالین بیمار حاضر می شوددر ساعت 16:20 خون آماده تزریق می گردد و همزمان کد احیاء نیز اعلام میشود . بیمار در ساعت 17 دچار شوک شده وارست تنفسی و بعداً ایست قلبی می کند و علی رغم تلاش متخصص داخلی و بیهوشی به احیاءجواب نداده در ساعت 18:45 فوت می کند %

خانم 87

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن شهر ، خانه دار، G_1P_0 ، بدون سابقه بیماری خاص .حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مطب مامایی (بخش خصوصی)شروع شده ومرتب کنترل شده بود(7 بار).در کارت مراقبت فشارخون همواره در محدوده نرمال بود.

نامبرده در هفته 40-39 حاملگی)ساعت 22:50 باشکایت درد زایمانی وآبریزش از حدود 5 ساعت قبل، به درمانگاه بیمارستان الف مراجعه کرده وبستری می گردد.در موقع بستری TV:2Fing/40%/R/C/-3 و FHR=130 انقباضات خفیف رحمی داشت. علایم حیاتی: BP=100/60 PR=100 . مادر در زایشگاه تحت نظر گرفته می شود.در ساعت 2:30 بامداد جنین برادیکارد شده بادادن اکسیژن وپوزسیون ومایعات بطور موقت برطرف شده ودوباره تکرار می شود. یک عدد آتروپین به دستورپزشک تزریق می گردد ولی برادیکاردی ادامه می یابد.ساعت2:50 دستور آمادگی برای سزارین داده می شود. عمل راس ساعت 3:15 با بی حسی اسپینال شروع شده وساعت 3:50 تمام می شود.حاصل زایمان نوزاد دخترترم با آپگار9/10بود.درطول عمل مشکل خاصی نداشت (فشارخون موقع ورود به اتاق عمل BP=115/69 وموقع خروج BP=127/50 بود).مادر ساعت 4:15 باوضعیت stable به بخش تحویل داده می شود.

دستورات بعدازعمل : NPO ، سرم رینگر یک لیتر +10واحد اکسی توسین درعرض8 ساعت –سرم 3/3،2/1 یک لیتر ، سرم D/W یک لیتر ،آمپول سفازولین ،آمپول مترونیدازول ، کنترل علایم حیاتی ، کنترل V/B ،کنترل I/O .

علایم حیاتی : ساعت4:30	PR=86	BP=120/65	
4:45	PR=87	BP=120/70	
5:00	PR=86	BP=110/70	
6:00	PR=84	BP=110/70	BT=37.3

مادر بطور ناگهانی درساعت10:35 (6.5 ساعت بعداززایمان)دچارکاهش بینایی وحرکات غیرارادی چشم ها وحرکات مشکوک به تونیک کلونیک می شود.درکنترل علایم حیاتی PR=90 BP=160/100 بود.به علت دردسترس نبودن پزشک معالج، بامتخصص زنان آنکال دراتاق عمل تماس می گیرند وایشان دستور شروع سولفات منیزیوم وبررسی پروتنین ادرار ومشاوره چشم پزشکی می دهد.

بعداز شروع سولفات منیزیوم وگزارش پروتنین اوری 4+ ، باپزشک معالج تماس می گیرندایشان تلفنی دستورمیدهد ست احیا بالای سر بیمار باشد،سوندفولی تعبیه گردد وسرم نرمال سالین 100cc/h وصل گردد.سولفات منیزیوم با کنترل I/O ,DTR,RR تزریق شود ومشاوره نرولوژی درخواست گردد. جواب مشاوره چشم پزشکی که درساعت 11:30انجام شده بود:دید هردوچشم درحد Hand Motion ومردمکها گرد وراکتیو می باشد . Red Reflex هردو چشم نرمال است.درفوندوسکوپی دیسک ،ماکولا ،عروق رتین وفشارهردوچشم نرمال می باشد.برای بیمار باتوجه به تابلو واحتمال پره اکلامپسی ، ایسکمی مغزی وعصب اپتیک رترو بولبار محتمل است .

جواب مشاوره نرولوژی(که دربیمارستان ب انجام شده بود) : رفلکس کف پایی چپ آبوله وراست فلکسوراست .باتوجه به اسکن مغز نرمال،احتمال CVT برای مادر مطرح می باشد.توصیه میشود:

1- انوکساپارین 60mg/BID –آسپرین 80mg روزانه –والپرات سدیم یک قرص هر8 ساعت – بعداز مرخص شدن از نظر مامایی به بیمارستان ب منتقل شود.در کنترل علایم حیاتی : HR=100-110 و BP=130-140/90-100 بود. برونده ادرار از ساعت 19 (15 ساعت بعداز سزارین)به بعد کاهش می یابد (100سی سی درعرض 4ساعت) ولی به پزشک اطلاع نمی دهند.

آزمایشات موقع بستری : WBC=8,500 Hb=10.7 Hct=33.1 PLT=158,000

مادرساعت15 روزبعدجهت بررسی مسایل نرولوژیک با هماهنگی به بیمارستان ب اعزام می گردد.موقع اعزام BP=120/70 وخونریزی در حد پریود بود. مادر بعداز اعزام توسط پزشک اورژانس بیمارستان ب ویزیت شده ولی حاضر به بستری نمیشود و با رضایت شخصی مرخص می گردد. بنا به اظهار خواهر بیمار خونریزی مادردرمنزل در حد پریود بود. 4 روز بعداز زایمان صبح به علت تنگی نفس به مطب پزشک عمومی مراجعه وآزمایش درخواست میشود.بعداز آماده شدن جواب آزمایش به علت هموگلوبین پائین ساعت 15:30 به مطب فوق تخصص توراکس مراجعه وتوسط ایشان به بیمارستان ارجاع می شودودرساعت 16:30 به اورژانس بیمارستان الف مراجعه می کند. مادر به دستور متخصص زنان آنکال بلافاصله با اکسیژن نازال به بخش جراحی منتقل می گردد. دربدو پذیرش لتارژیک بود. ill وشدیداً pale بود. تنگی نفس وسرفه داشت. نبضهای محیطی قابل لمس نبود BP=80/30 .درسمع ریه ها پر بودند.خونریزی فعال واژینال نداشت.شکم دیستانته بود .

دستورات : تعبیه 2 لاین محیطی - آمپول لازیکس 40mg/state- درخواست ABG- تعبیه سوند فولی – درخواست آزمایشات : PT,PTT,BUN,Cr,CBC,BG –سونوگرافی شکم، مشاوره جراحی وداخلی .با توجه به Hb=2.9 و Hct=10 ترانسفوزیون سریع خون بدون کراس مچ شروع می شود.مادر ساعت 16:57ارست قلبی می کند .سریعاً انتوبه شده وماشاژقلبی و3 بار D.C شوک داده میشودمادر به عملیات احیا پاسخ داده وریتم قلبی سینوسی می شود.درسونوگرافی داخل شکم ،خون فراوان وجود داشت. مادر بعداز Reanimation با همراهی جراح عمومی ،مشاور داخلی ،متخصص بی هوشی ومتخصص زنان مشاور جهت لاپاراتومی تجسسی ،به اتاق عمل منتقل می گردد.درضمن انتقال رگ سوم تعبیه شده وپکدسل وFFP ترانسفوزیون می شد.

طبق نظر متخصص داخلی مادر درفاز ARDS قرار دارد(O2Sat=54-60% وترشحات فروان ریوی داشت). 300mg لازیکس در چنددوزو200میلی گرم هیدروکورتیزون تجویز می گردد.برای کاهش متابولیسم پایه ،پکهای یخ رو پاها وشکم بیمارگذاشته می شود(تنظیم دما درحد 32-35 درجه سانتیگراد).دراتاق عمل باتزریق موادمخدر وشل کننده ، انسزیون میدلاین شکم داده می شود. خون کهنه حدوداً 1.5-1 لیتر داخل شکم وجود داشت .خونریزی روشن وفعال وجود نداشت وهماتوم کوچک انترامورال وجود داشت (احتمالاً درزمینه DIC). خون تخلیه وبعداز شستشو با نرمال سالین شکم بسته می شودو به ونتیلاتور وصل می گردد. بیمار بعداز اتمام عمل به ریکاوری منتقل می گردد.

دستورات بعداز عمل : ساکشن مرتب ترشحات ریه –دادن اکسیژن- تزریق 5واحد پکدسل ،7واحد FFP ،5واحد پلاکت –آمپول سفازولین-آمپول مترونیدازول-گذاشتن کیسه یخ روی رحم-آمپول هیدروکورتیزون100mg/q8h –آمپول لازیکس 20میلی گرم بعداز تزریق هرواحدخون.

بیمار در ساعت6:20 عصر درحضور متخصص داخلی مجدداً ارست قلبی می کندوبا عملیات احیا برمی گردد.برای انتقال مادربه ICU با چند بیمارستان تماس می گیرند.بیمار در ساعت 19:30 برای بار سوم ارست می کند.پس از احیا ساعت 19:50 به ICU بیمارستان ب اعزام میشود. موقع خروج از بیمارستان الف (ساعت 20) : HR=117 وریتم سینوسی O2Sat=70% وفشار خون غیر قابل اندازه گیری بود.بیمار ساعت 20:36 با GCS=3 ومردمکهای دویل میدریاز وبدون واکشن به نوروخونریزی شدید واژینال پالس/BP=65 HR=133 O_2Sat=70% باFio2=100% ونتیلاسیون با آمبوبگ توسط تکنسین بی هوشی درمسیر اعزام در اورژانس بیمارستان ب پذیرش وبه ICU منتقل می شود.مادر در ساعت 21 و21:20 دوبار دچارارست قلبی شده وساعت 21:50 فوت می کند.

تشخیص علت مرگ :اکلامپسی +خونریزی وشوک هیپوولمیک

اشکالات وارد برپرونده:

1. دادن آتروپین درجنین برادیکارد به علت ماسکه شدن پاراسمپاتیک ومخفی شدن علت برادیکادی اشتباه بوده است.
2. دادن سرم 2/1،3/3 ودکستروز 5% بعداز عمل سزارین به ادم ریه کمک کرده وجایگاهی ندارد.
3. تابلوی بیمار(فشارخون بالا وپروتئین اوری +4 وتشنج وتاری دید) مشخصاً اکلامپسی بوده وباید management اکلامپسی می شد (درخواست آزمایشات کبدی ،کلیوی ،اسید اوریک ،آزمایشات انعقادی وCBC و...).
4. شروع انوکساپارین بادوز فول بعداز سزارین اشتباه می باشد.
5. مادران عارضه دار باید بصورت تیمی manage ودرمان شوند وانتقال مادربه بیمارستان دیگر اشتباه بوده است.
6. پرستاربخش باید پزشک معالج را در جریان کاهش برونده ادراری قرار می داد.

7. سوپروایزرویا رابط سلامت مادران باید پیگیر مادر می شد وعدم بستری شدن را به پزشک معالج ویامعاونت درمان یابهداشت اطلاع می دادند.

8. پزشک اورژانس بیمارستان ب باید مادر وهمراهان را نسبت به خطرات احتمالی ترخیص زود هنگام آگاه می کرد.

9. رقیق شدن خون درپره اکلامپسی واکلامپسی توجیه کننده هموگلوبین 2.9 نمی باشد.

10. هموگلوبین 2.9 (کاهش حاد)با زندگی منافات دارد واحتمالاً تنگی نفس به علت عطش هوا بوده است.

11. در بستری دوم می بایست تا Stable شدن علایم حیاتی مادردراتاق عمل نگهداری می شد(تا6-5 ساعت)

خانم 88

متوفی خانمی است 25 ساله، ساکن شهر ، G_3 p_1 ab_1، زایمان قبلی6 سال قبل بصورت NVD می باشد.وسیله پیشگیری IUD و حاملگی خواسته می باشد . سابقه بیماری خاصی را ذکرنکرده است . ، اولین مراقبت از هفته 13 حاملگی در مرکز بهداشت شروع شده و 10 بار مراقبت شده است . مشکل خاصی ثبت نشده است متوفی در هفته 40 بارداری با شکایت آبریزش و دردهای زایمانی به مرکز آموزشی درمانی مراجعه و ساعت 12 ظهر با علایم BP = 110/70 ، FHR=130

TV معاینه : 7 cm / 60%/ سفال / 1+/ ساک پاره و مایع روشن

پذیرش می شود بلافاصله به بخش زایمان منتقل و زایمان طبیعی بدون هیچ مشکلی با نوزاد ترم و آپگار 9/10 می کند. در علایم حیاتی ، معاینات و آزمایشات مشکل خاصی نداشته و روز بعد با دستورات بهداشتی و مراجعه روز دهم و علایم عمومی خوب مرخص می شود . مادر8روز بعد به مرکز بهداشت مراجعه و مراقبت شده است (BP=100/60 ومشکلی ثبت نشده است) طبق اظهار اطرافیان، بعد از زایمان مادر از سردرد و ضایعات قرمز رنگ در اندامها شاکی بود و چندین بار به پزشک مراجعه کرده و فقط استامینوفن و ایبوپروفن تجویز شده بود. روز 11 زایمان صبح سردرد بیمارزیاد شده و استفراغ می کند و با این تابلو به بیمارستان خصوصی مراجعه و ویزیت سرپائی می شود .بعد از ظهر در منزل تشنج کرده (؟) و به مطب خصوصی برده می شود و ایشان توصیه به بستری می کنند بیماربا اختلال هوشیاری ناگهانی در بیمارستان خصوصی پذیرش می شود .معاینات هنگام پذیرش: هوشیاری در حد استوپور ، بی قرار ی ، فوندوسکوپی نرمال ، رودورگردنی و برودزنکسی منفی ،کف پایی دوبل فلکسور ، شدیداً pale و BP =100/60 ،

HR =Normal با تشخیص احتمالی آنسفالوپاتی بیمار به بخش ICU منتقل و تحت مراقبت ویژه قرار می گیرد .

در ICU برای بیمار با احتمال آنسفالیت ویرال آسیکلوویر ، دگزامتازون ، بوسپیرون ، فنی توئین ،مروپنم و سفتریاکسون تجویز می شود در آزمایشات درخواستی درطول بستری نکات قابل توجه :

Neut = 76.4 % WBC =11600 و LDH = 5754 و 6255

Fibrinogen=300 RBC=2.46 Hb=7.2 , Hct==22 Platlet = 20000 ↑Bilirudin = 3.2 indirct)

CTS مغزی بدون کنتراست طبیعی ، سونوگرافی کبد و طحال بجز خشونت سطح کبد طبیعی بود.برای بیمار یک واحد پلاکت و4واحد پکدسل تزریق شده بود ولی در روزچهارم بستری با وجود دستور تجویز 12 واحد پلاکت ، به علت نبود در بانک خون بیمارستان تزریق نشده بود . مادر در روز پنجم بستری (17 روز بعداز زایمان) صبح ساعت 8 دچار دسترس تنفسی شده انتوبه و به ونتیلاتور وصل می شود. در ساعت 10 دچار ایست قلبی

تنفسی شده و با احیاء ضربات قلب برگشته و BP= 70/30 و HR =95 می شود در ساعت 10:45 دو باره برادیکارد شده به اقدامات احیاء پاسخ نمی دهد و در ساعت11:15قبل از ظهر فوت می شود.

خانم 89

متوفی خانمی است 41ساله ، ساکن شهر ، BMI= 26.5، G_3P_1 AL_1 ،سابقه یکبارزایمان واژینال 8سال پیش،سابقه یکبار سقط وکورتاژ دوسال قبل، سابقه سردرد میگرنی ومصرف نورتریپتیلین(مادر دراغلب موارد بی حال وبی حوصله بود)،سابقه مصرف سالبوتامول به علت آسم برونکیال ومصرف ایندرال به علت تپش قلب.برای پیشگیری ازکاندوم استفاده می کرد.حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری ازاوایل حاملگی درمطب متخصص زنان(بصورت نامرتب) و ازهفته 20 درمرکز بهداشت انجام شده بود.دوبار بستری به علت ویارشدید حاملگی درهفته های 6 و10 ویکبار به علت گاستریت واستفراغ مقاوم به درمان درهفته 17 داشته است. مقدار TSH دریکبار TSH=9.3 وبار دوم TSH=0.01 FT4=1.73 بود.برای مادر قرص PTU وایندرال بصورت سرپایی شروع شده بود. درهردوبستری بیلیروبین توتال وغیرمستقیم بالابود. درآزمایشات بستری اول Total Bile=3.9 Direct Bile=0.3 آنزیمهای کبدی وALP نرمال بودند. بستری دوم Direct Bile=0.4 Total Bile=2.5 SGOT=38 SGPT=70 ALP=171 بود.

نامبرده درهفته 34 حاملگی به علت تپش قلب و تنگی نفس به متخصص قلب مراجعه وجهت R/O ترومبوآمبولی ریه در بخش CCU بیمارستان الف بستری می شود.دربررسی های انجام شده اکوکاردیوگرافی قلب نرمال باEF=60% ،اسکن پرفیوژن/ونتیلاسیون ریه نرمال و D.Dimer=0.6 TSH=0.5,Hb=9.3 بود ومادربا نسخه دارویی قرص ایندرال وفروس سولفات مرخص می شود.درهفته 36 حاملگی به دنبال سونوگرافی و تشخیص اولیگو هیدرآمینوس (AFI=83mm) به بیمارستان ب جهت ختم حاملگی معرفی می شود.موقع پذیرش دربیمارستان ،علایم حیاتی نرمال بود.تب دارنبود.خونریزی واژینال وآبریزش وعلایم زایمانی نداشت.برای مادرNST ومشاوره بی هوشی درخواست می شود.

طبق نظر متخصص بی هوشی، مادر با دستورات آمپول هیدروکورتیزون واسپری سالبوتامول PRN وقرص متورال درصورت طپش قلب وآزمایشات روتین برای عمل آماده می شود.عمل سزارین ساعت 22:10 با بیحسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار8/9 ووزن 2900 گرم وپره ترم بود. نوزاد به علت مشکلات تنفسی به بخش نوزادان منتقل می گردد.درطی عمل مشکل خاصی قید نشده است. مادر با دستورات دارویی ،کنترل علایم حیاتی وخونریزی واژینال ،آمپول سفازولین وآمپول هپارین 5000واحد هر8 ساعت،اسپری سالبوتامول به بخش منتقل می شود.مادرعصر روز دوم بعداز عمل با وضعیت Stable مرخص می شود.علایم حیاتی موقع ترخیص :BP=100/60 T=37.5 PR=82

آزمایشات بدو پذیرش :Hb=10.2 Hct=31 MCV=78.9 MCH=26 WBC=7,500 PLT=220,000 مادر بعداز ترخیص مراقبت بهداشتی نداشته است. 12 روز بعداز زایمان مادربه علت سردرد یکطرفه وتب ، ساعت 23:23 به اورژانس بیمارستان الف مراجعه وتوسط پزشک اورژانس سرم 1/3و2/3 یک لیتر ، آمپول سفازولین یک گرم ، آمپول هیدروکورتیزون 100میلی گرم ،آمپول لازیکس 20 میلی گرم و30 عدد قرص سرماخوردگی Order شده وبعداز یک ساعت مرخص می شود. 8 ساعت بعد به علت عدم بهبودی دوباره به اورژانس مراجعه می کندوتوسط همان پزشک آمپول سفازولین ،آمپول بتامتازون ،قرص ایبوپروفن وقرص استامینوفن تجویز می گردد. درهیچکدام از مراجعات پرونده تشکیل نشده وعلایم حیاتی ویا علت مراجعه قید نشده بود.(لیست داروها از داروخانه استخراج شده است).

مادر ساعت 13:30 روز بعد (15 روز بعداز زایمان)به علت تب ولرز وفشارخون بالا به اورژانس بیمارستان الف مراجعه کرده ،تحت نظرگرفته می شود. علایم حیاتی موقع مراجعه :BP=150/90 BT=38.2 درمعاینه سمع قلب وریه نرمال بود. ته حلق ومعاینه گوش ها نرمال بود ومحل عمل مشکلی نداشت .تست کرنیک وبرودزنسکی منفی بود. برای مادر نیم لیتر سرم وصل ویک گرم سفتریاکسون ویک عدد آمپول اپوتل تجویز وآزمایشات ,U/A, CBC درخواست می شود.پس از مشاوره تلفنی با متخصص زنان مادر از اورژانس بیمارستان الف مرخص وبصورت سرپایی ساعت 18 جهت ویزیت متخصص زنان به بیمارستان ب ارجاع می شود. متخصص زنان پس از ویزیت توصیه می کند به مرکز آموزشی درمانی مراجعه کنند ومادر با آژانس کولر دار به بیمارستان آموزشی مرکز استان می رود .درموقع پذیرش دراورژانس بیمارستان آموزشی (ساعت 21:05) مادرآژیته بود،GCS=13 ، آنیزوکوریک (راست میوتیک وچپ میدیاز داشت).سمع قلب تاکیکاردی باریتم نرمال داشت ، ریه ها پاک بودند، تستهای مخچه ای نرمال بود .محل عمل سزارین بدون اریتم وتندرنس وبدون ترشح بود .

علایم حیاتی: BP=160/80 ,140/90 PR=151 BT=40.8 O2 Sat=78 (بدون اکسیژن)

مادر با دستورات : مانتیورینگ قلبی – پالس اکسی متری مداوم - اکسیژن تراپی – تعبیه لاین وریدی - درخواست آزمایشات CBC,Cr,BUN,K,Na,Ca,BS,PT,PTT,INR,LFT,D.Dimer,U/A,U/C,B/C,CXR وآمپول ایمی پنم وکلینداماسین بعداز تهیه نمونه کشت خون وادراورمشاوره عفونی به اتاق CPR منتقل می گردد.

درساعت 22:40 به علت افت ساچوراسیون اکسیژن وافت هوشیاری انتوبه وبه ونتیلاتور وصل می گردد. بیمارسوندژشده و500cc سرم نرمال سالین با کنترل ریه ها تجویز می گردد.مشاورعفونی ساعت23:30 مادر راویزیت کرده وتشخیص های احتمالی آبسه مغزی ،هماتوم انتراکرانیال وICH را مطرح وپیشنهاد می کند : برای بیمار اسکن اسپیرال اورژانس مغز انجام وآنتی بیوتیکهای سفتریاکسون 2g/BID،وانکومایسین 1g/TDS،مترونیدازول 500mg/qidوآمپول دگزامتازون بادوز8mg/TDS شروع شود.

دراسکن مغزی علائمی به نفع هماتوم ،ایسکمی ،توده وشیفت میدلاین وجود نداشت.درCXR یافته پاتولوژیک نداشت.

مادرساعت 3:15 بامداد جهت مشاوره جراحی مغز وسونوگرافی شکم به مرکز آموزشی ج اعزام می شود.مشاورجراحی مغز یاد داشت کرده بود:به علت فقدان mass وشیفت میدلاین درسی تی اسکن مغز علیرغم آنیزوکوریا نیاز به اقدام جراحی اورژانس ندارد.درسونوگرافی شکم مایع آزاد درشکم ولگن وجود نداشت.روده هاپرگاز بودندودررحم تجمع حدود 13cc وجود داشت .مادر باتشخیص احتمالی مننژیت ویا آبسه مغزی ساعت 4:50 جهت ادامه درمان به مرکز آموزشی اول باز گردانده می شود.علایم حیاتی موقع پذیرش : BP=135/90 PR=82 O2Sat=98% بود.برای مادرNGT تعبیه کرده وبه علت ترشحات قهوه ای شستشو داده می شود.بعداز ویزیت مشاور زنان ونرولوژی مادرساعت 8:00به ICU عفونی منتقل می گردد.با دستورات : آمپول دیازپام Stand by –هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت-آمپول سفیپیم-آمپول مروپنم-وآمپول آپوتل.

جواب مشاوره نرولوژی: مادر تنفس آپنوستیک داردوبه ونتیلاتور وصل است. سدیت می باشد ،اختلال gaze ندارد، مختصری پروپتوزیس دوطرفه دارد.آنیزوکوریادارد بارفلکس ضعیف به نور،ادم پاپی ندارد.رفلکس اکولوسفال منفی و DTR هاجواب نمی دهد.رفلکس کف پایی دوبل آبوله است.باتوجه به تب بالا پروسه عفونی مطرح است.وبرای رد CVT انجام MRV لازم است ودرصورت نبود کنتراندیکاسیون آمپول سیتی کولین وریدی شروع شود.

درساعت 12:20فشارخون بیماردچارافت ناگهانی شده ویک لیتر سرم نرمال سالین وسرم دوپامین شروع می شود.

درساعت 13:50 مجدداً فشارخون بیمار به BP=50 کاهش یافته ومشاوره جراحی اورژانس جهت تعبیه CVP Line درخواست وآمپول هیدروکورتیزون با احتمال نارسایی هیوفیز ویا شوک سپتیک تزریق می گردد.فشارخون به 105 افزایش یافته ولی 15 دقیقه بعد برادیکارد می شود. HR=25-40 .ماساژقلبی شروع شده و3 عددآتروپین تزریق می گردد.ریت قلبی بصورت موقت افزایش ولی دوباره کاهش یافته وآسیستول می شودودرنهایت ساعت 16 فوت می کند. درطی بستری دمای بدن به 42 درجه افزایش یافته بود.جسد جهت تشخیص علت فوت به پزشکی قانونی ارجاع شده ولی اطرافیان اجازه ی کالبد شکافی را نمی دهند.

آزمایشات مورخ 25/4/:11 Hb=11 WBC=10,800 Neu=85% PLT=384,000 K=4.2—2.9

BS=171 Na=127--130 Cr=1 Urea=39 SGOT=131 SGPT=67

Bil=3.1 ALP=114 Bil Direct=0.9 LDH=1096 CK=2178

CK(MB)=72 D.Dimer=4900

PT=14 PTT=31 INR=1.3 CRP=Neg ESR=28,50 Wright=Neg CTNI=0.3

Coombs Wright=Neg B/C=Neg U/C=Neg U/A:Keton=1+

Protein=1+

تشخیص علت مرگ : با توجه به سیر بیماری CVT ترومبوز سینوسهای مغزی (سپتیک ویا آسپتیک)دردرجه اول مطرح می باشد.

توضیحات اعضای جلسه:

- با توجه به تب بالا ، سابقه بی حسی اسپینال وعلایم فوکال (آنیزوکوریا)عفونتهای مغزی برای مادرمطرح بود.
- بیماریکه اخیراً راشی شده وبا تب وسردرد یکطرفه مراجعه کرده کیس بسیار مهم بوده ونباید درمان علامتی شود.مادردرمراجعه اول به اورژانس بیمارستان بناب باید بررسی کامل میشد.
- عدم حساسیت به علایم وسوابق بیمار ودرمان علامتی درمراجعات اولیه سبب ازدستن رفتن زمان طلایی و Mismanage شده است.
- دربیماران با سابقه میگرن گاهی شنتهای قلبی همراه بوده ومی تواند ترومبو آمبولی های کریپتوژنیک ایجاد کند .
- نبود علایم شیفت میدلاین درسی تی اسکن آبسه مغزی را رد می کند.
- درزمان عدم دسترسی به MRV می توان از MRI بایابدون کنتراست استفاده کرد.
- درمان آبسه مغزی ،CVT سپتیک ومننژیت همان داروهایی است که شروع شده است ولی مشکل مادراز تاخیر درشروع درمان می باشد.
- شایعترین CVT بدنبال زایمان، آسپتیک ودردرجه بعدی سپتیک می باشدوکشت خون گاهی این دورا از هم تفکیک می کند.
- دادن همزمان متورال واسپری سالبوتامول ویا سالبوتامول با ایند رال کارغیر علمی می باشد .
- دادن سرم 1/3,2/3 ولازیکس یک تناقض دردرمان می باشد
- مادر به جای اعزام با آمبولاس وهمراه درمانی ،ارجاع شده است.

متوفی خانمی است 19ساله ، G_1P_0،ساکن روستای اصلی با BMI=17.7.از هفته 18 حاملگی تحت مراقبت خانه بهداشت قرار گرفته و6بار مراقبت شده بودودر هیچکدام از مراقبتها مشکلی ذکر نشده بود .وزن گیری حین بارداری مطلوب نبود.مادر درهفته 22حاملگی با شکایت تنگی نفس ،کبود شدن لبها وسابقه مصرف متی مازول وایندرال به پزشک مراجعه وبه کلینیک غدد ارجاع داده می شود .درگزارش قید شده از کلینیک غدد سایز تیروئید 25-30 گرم و FT4=0.9و FT3=3.2 و TSH= 2.3 وتوصیه به قطع داروها می شود.

مادر در طول حاملگی چندین بار به متخصص زنان مراجعه داشته ولی به تنگی نفس وسیانوز ایشان توجه نشده بود. باشروع دردهای زایمانی برای ختم حاملگی به بیمارستان شهرستان مراجعه وبه علت سیانوز وتنگی نفس به مرکزآموزشی درمانی اعزام می شود .در موقع پذیرش : یافته های مثبت: BP = 140/85 ، سابقه بیماری قلبی ،سیانوز وتنگی نفس ،سوفلIII/VI ،ویزبازدمی وکلابینگ واضح . مادر درساعت 2:50amباکمک واکیوم زایمان طبیعی می کند ویک نوزادپسرباآپکار 9/10 آغشته به مکونیوم غلیظ بدنیا می آید. باکنترل خونریزی ووضعیت همودینامیک stable مادر بدون دستور خاص از نظر قلبی به بخش منتقل می شود. بعلت بالا بودن فشار سولفات منیزیم هم قبل از زایمان شروع شده بود . دوروز بعد ساعت 7 صبح جهت ترخیص از بیمارستان زنان مشاوره داخلی برای کسب تکلیف ازنظرمشکل قلبی بعمل می آیدو ساعت 10:30 بیمارجهت مشاوره به بیمارستان قلب منتقل می شود . مادر روز دوم بستری دربیمارستان قلب با تابلوی برادیکاردی وآسیستول دچار ارست قلبی شده وبه اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

در اکوگرافی انجام شده با VSD, TEEبزرگ باقطر 1.7 سانتی متر با گرادیان فشار Mild to Modrate PI- 20 mmHg-بزرگی خفیف R.V وTR^{2+}و% 45-50 = EFگزارش شده بود.در CXR بزرگی مختصر قلب با ادم جزئی ریه ها گزارش شده بود.

D_X : تترالوژی فالوت

خانم 91

متوفی خانمی است 17ساله، ساکن روستای اصلی ، Weight=45 kg، G_1P_0 ، قبل از بارداری رنگ پریده بود.

از هفته13 حاملگی تحت مراقبت بهورز قرار گرفته است.در آزمایشات روتین اویل حاملگی Hb=9/7، WBC=2300، Plat=16000 بود.برای بیمار قرص آهن Bid و اسید فولیک روزانه یک میلی گرم شروع می کنند و توصیه به مراجعه یکماه بعد میکند.

مادر درهفته 22 حاملگی بعلت ضعف و بی حالی، دیزوری، تنگی نفس و خون دماغهای مکرر به بیمارستان شهرستان برده می شودو بعد از یک روز بستری و تزریق یک واحد خون ایزوگروپ با تشخیص احتمالی آنمی آپلاستیک به بیمارستان جنرال ارجاع داده می شود. در بیمارستان جنرال موقع پذیرش :BP=120/65 ایستاده و 110/80خوابیده RR=14 PR=100 BT=36.5 Axilary

در معاینه ارگانومگالی نداشت سایز کبد و طحال در سونوگرافی نرمال بود.لنفادنوپاتی، پتشی و پورپورا نداشت.

در آزمایشات :

WBC=2300 Neut=1130 , MCHC=33 MCH=36.8 MCV=111.5 Hct=19.4 Hb=6.4

L=1170 RBC=$1,74*10^6$ Plat=27000 Ca , p = Normal Cr=0.5 Urea=15

Bs=117 ESR=35 LDH=267 PT=13 PTT=29 Bil = Normal Uric Acid=2.5

U/A: WBC=Many , RBC=8-10 , Blood=1+ , Protein=1+

مادرباتشخیص های افتراقی1- آنمی آپلاستیک 2- آنمی فانکونی 3- لوپوس 4- لوسمی های انفیلراتیو بستری می شود.

گزارش BMA :تشخیصMegaloblastic Anemia منتها سلولاریته کمتر از آن است که در آنمی مگالوبلاستیک دیده می شود.

برای بیمار 6 واحد پلاکت، سرم آمینوفیوژن 10% ، اسید فولیک 5mg روزانه و vit B12 روزانه تجویز می شود و برای بخش خون معرفی می شود منتها بیمار حاضر به انتقال نشده با رضایت شخصی مرخص می شود.

مادردر هفته 31 به علت فشار خون بالا 140/80 و افزایش وزن زیاد60Kg و ادم2+ به پزشک مرکز ارجاع شده بود.

ویکبار هم درهفته 33 به علت BP=150/85 ، و تهوع و استفراغ به پزشک مرکز ومتخصص داخلی ارجاع شده وقرص هیدرالازین تجویز شده بود.مادر درهفته 35 توسط متخصص زنان ویزیت شده وآزمایش درخواست می شود. در آزمایش U/A ، آلبومین ادرار4+ بود. بیمار را جهت بستری به بیمارستان شهرستان معرفی می کنند منتها ایشان مراجعه نمی کنند. 2روز بعد با شروع دردهای زایمانی ساعت8:30 am به بیمارستان شهرستان مراجعه و بعلت سابقه فشار بالا و آلبومین اوری و پره ترم لیبر(هفته36 حاملگی) و سابقه آنمی مگالوبلاستیک با تزریق سرم نرمال سالین و یک دوز آمپول دگزامتازون با فشار 130/80 با دیلاتاسیون4cm و افاسمان40%درساعت 9/25صبح به همراه یک مامابه مرکزاستان اعزام می کنند.درطی اعزام علایم حیاتی وانقباضات وقلب جنین کنترل می شد. بیمار درمسیراعزام در ورودی شهر داخل آمبولانس زایمان می کند (ساعتam 11/20)وحاصل زایمان پسر زنده با آپگار 8/10 بود .رحم کوراژ شده و خونریزی قطع می شود. مادر ساعت 11:45am در وضعیت شوکه با یک رگ در بیمارستان آموزشی تحویل گرفته می شود. در موقع پذیرش بیمار کاهش هوشیاری داشته، جفت و پرده ها خارج شده بود.RR=30 با رتراکشن ساب کوستال و تنفس های سطحی ، PR=100 ، رحم جمع و در حد ناف بدون خونریزی واژینال بود، BP قابل اندازه گیری نبود برای بیمار آزمایش درخواست می گردد.

جواب آزمایشات: Hb=3 , plat=32000 و گروه خونی B- ABG : PH=6.7 , Hco_3=2.6 Cr=1.2 +3=Albادرار .در سوندازمثانه 50سی سی ادرار روشن خارج می شود.نوزاد توسط همراه تحویل NICU داده می شود.

در مشاوره با متخصص داخلی برای بیمار4 واحد بیکربنات داخل یک لیتر سرم در عرض 3 ساعت تزریق می گردد. سایر دستورات:

P.C=8u-O2=10 lit/min انفوزیون (انفوزیون شد) - گرم کردن اندامها- در صورت عدم برقراری ادرار تا یک ساعت بعد لازیکس 40mg وریدی داده شود (80mg تزریق شد بعلت کراکل ریه ها) -ABG مجدد

حجم ادرار به 300 cc می رسد و BP=140/90 می شود.

دستورات 12:10 pm:چهار رگ از چهار اندام گرفته شود-مشاوره داخلی و بی هوشی-رزو 20 واحدخون ایزوگروپ و 10 واحد کراس مچ- هیدروکورتیزون 200mg/IV و سپس دگزامتازون 64mg/IV وریدی-رزو 10 واحد پلاکت و 10 واحدFFP-100mg لازیکس

بعد از بهتر شدن اسیدوز جهت ادامه درمان به ICU بیمارستان جنرال همراه با رزیدنت زنان و یک ماما اعزام می شود.

در ساعت 14:50 در بیمارستان جنرال پذیرش می شود. در هنگام پذیرش T=37 , PR=30 , HR=85 , BP=120/70، هوشیار + ادم قابل توجه ولو(ناحیه External genitalia)

دستورات دارویی اولیه:رژیم مایعات؛ کنترل علائم حیاتی، سرم یک لیتر 1/3 ,2/3 هر 12 ساعت ، اکسیژن 2-3 لیتردردقیقه، ABG, ECG , کنترل I/O

ساعت 11:30 pm ، BP=160/100 ادرارروشن و بیشتر از 30cc/h و cr=1.4 پروتئینوری +2 طبق تماس تلفنی با متخصص زنان شروع سولفات را لازم ندانستند و درخواست آنزیمهای کبدی می کنند. برای بیمار قرص آتنولول 100 mg روزانه ، لازیکس 20mg دو بار در روز، دیلتازم 60mg سه بار در روز ، قرص آهن سه بار در روز + اسید فولیک 5mg روزانه تجویز می شود.

روز بعدمادر تب دار شده ومشاوره عفونی درخواست می کنند .ومشاور عفونی درخواست سونوگرافی رحم، کشت خون و U/C و کشت مدفوع می کند.بعد از کشت برای بیمار سفتریاکسون 1gهر 8 ساعت و کپسول آزیترومانسین 250 mg روزانه داده می شود.برای بیمار دستور انتقال به بخش را می دهند.ساعت7pm مادردچار افت فشار می شود .درخواست رزو6واحد پلاکت، 2 واحد P.C چک Hb و سونوگرافی کبد و طحال و رحم بصورت اورژانس می کنند .

و جواب سونوگرافی: کبد و طحال نرمال با دیلاتاسیون مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی + مقداری مایع ازاد داخل حفره شکم. در Tap مایع روشن بود. کلیه ها نرمال و بقایای جنینی در رحم دیده نمی شد.

دستورتزریق Vit K و تزریق سرم 500 cc بصورت شوت در دو نوبت داده می شود.

مادر ساعت 00:30 am دچار افت فشار خون مقاوم به درمان شده و طبق توصیه متخصص داخلی جهت تیتراژ سطح کورتیزول نمونه گرفته می شود و هیدروکورتیزون شروع می شود. در ساعت 1am دچار برادی کاردی شده و ایست قلبی تنفسی می کند.بعد از احیا ریتم Fine VF می شود و سرانجام در 1:30am فوت می کند.

خانم 92

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن روستای اصلی $G_3P_2ab_0Al_2$ ،BMI=35.6 وسابقه HTN ازدوسال قبل که تحت درمان دارویی بوده است. وسیله پیشگیری تاسه سال قبل از حاملگی LD بوده و بعداً بعلت تاکید پزشکان بر عدم مصرف قطع کرده است و از روش منقطع استفاده می کرده است .حاملگی خواسته بود و آخرین زایمان 10 سال پیش بود. از هفته19 حاملگی تحت مراقبت خانه بهداشت و تیم سلامت قرار گرفته است . از ابتدای مراقبت، فشارخون 140/80 داشته و متیل دوپا مصرف میکرد (Bid250 mg) واز ماه هفتم دچار ادم اندامها شده بود .در آزمایش ادرار ، Alb منفی بودمتوفی در هفته 35 حاملگی توسط پزشک تیم سلامت ویزیت شده و بعلت فشارخون 140/80 و عفونت ادراری به مراجعه به پزشک متخصص توصیه می شود ولی ایشان مراجعه نمی کنند روز بعد، بعداز میهمانی ساعت 18:15 مادر احساس تنگی نفس ناگهانی کرده و دچار کاهش هوشیاری میشود. ایشان را به اورژانس بیمارستان شهرستان می برند در ساعت 18:45 با علایم کاهش هوشیاری در حد Light coma ، مردمک میوتیک ،BP=220/110 و مواد استفراغی در اطراف دهان و FHR خوب پذیرش شده و توسط پزشک عمومی وماما ویزیت میشود. بعداز ساکشن ترشحات برای بیمار سرم رینگر - O2و airway ، هیدرالازین هر پنج دقیقه 5mg -سولفات منیزیم دوز Loading ،سوند فولی تجویز شده و بعلت نبود متخصص زنان در شهرستان مادر باBP=170/100 وبا دستورات انتوباسیون در صورت ارست تنفسی و دادن تنفس با آمبوبگ ، اکسیژن 5lit/min ازطریق کانول بینی ، ساکشن ترشحات در صورت استفراغ ، هیدالازین '5mg/q20 تا کاهش فشار دیاستول به 90 و10 mgدیازپام در صورت بروز تشنج همراه با تکنسین بیهوشی به بیمارستان (رفرانس) اعزام میشود. حدود 20 دقیقه قبل از رسیدن به مرکز ریفرال در آمبولانس

دچار ارست قلبی شده و فوت می کند. هنگام پذیرش در بیمارستان مادر فاقد علایم حیاتی بود و صدای قلب جنین شنیده نمیشد ولی با احتمال زنده بودن جنین مادر را به اتاق عمل می برند و سزارین می کنندجنن زنده با آسفیکسی شدید خارج میشود و بعداز یک روز فوت می کند .

DX: CVA due to Eclampcia

خانم 93

متوفی خانمی است 27 ساله ،ساکن شهر ، G_1P_0 ، حاملگی خواسته بود ه با حاملگی دوقلویی و ازاوایل حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت و متخصص زنان بوده و مشکل خاصی نیز ذکرنشده است. مادر حوالی هفته 34حاملگی صبح دچار آبریزش میشود وبه متخصص مراجعه وبعلت زایمان زودرس به مرکز آموزشی درمانی معرفی میشود.هنگام پذیرش (ساعت 18:54) : BP= 140/90 ،پروتئین ادرارtrace و وضعیت جنین ها cephalic و cephalic و خوب=FHR هردوقل، سن حاملگی 33-34 هفته ، آبریزش واضح همراه با انقباضات فعال ، دیلاتاسیون 4cm ،افاسمان 60% و ساک پاره بدون علایم severity بود.بیمار تمایلی به زایمان طبیعی نداشت و تقاضای سزارین میکرد ولی بعلت پیشرفت خوب طبق صلاحدید اتند محترم مقیم برای زایمان واژینال گذاشته شده ،آمپی سیلین2gr/6h -جنتامایسین 80mg/8h و بتامتازون 12mg/24hشروع میشود درساعت 11:20بعلت کامل شدن دیلاتاسیون به تخت ژنیکولوژی منتقل میشود (بیمار خود روی تخت میرود) منتها در هنگام گرفتن وضعیت لیتوتومی احساس تنگی نفس می کندو اکسیژن میدهند.بعداز دادن برش اپی زیوتومی قل اول که دختر بودبلافاصله خارج می گردد(با آپگار9/10) بعدتنگی نفس شدیدتر شده ، آژیته و سیانوزه میشود و سریعاًبطرف ادم ریه میرود دراین موقع رزیدنت سال بالا نیز بربالین بیمار حاضر میشودبعداز مدت کم بیمار دچار ارست تنفسی میشودو به برانکارد منتقل شده ،برای بیمار لازیکس 1gr ، دیگوکسین ،دوپامین و مرفین تزریق میشودو رزیدنت بیهوشی و کودکان رابرای کمک دعوت میکنندبیمار به احیا پاسخ داده و علایم بعداز احیا BP=90/40 ، مجدداً ارست قلبی کرده ودوباره احیا میشودوطبق مندرجات پرونده درساعت 12 شب به اتند آنکال اطلاع داده میشودو 00:05 بامداد بربالین بیمار حاضر میشود قل دوم درساعت 1Am(85/7/10)باواکیوم خارج مي شودوحاصل آن پسرمرده بوده است.جفت خارج ورحم کوراژمی شودواپیزیوتومی ترمیم می شود.علایم حیاتی بیماردرزمان خروج جنین دوّم: BP=160/100 PR=148، RR=40، O2sat=98%،PCO2=54 ABG: PH=7/017

ریه ها clearوهوشیاری بیماردرحدdeepcomaبودولی سیانوزکاهش یافته بود.

درساعت $1:30_{am}$به علت حرکات غیرعادی صورت وچشمهابراساس مشاوره داخلی ونرولوژی برای بیمارسولفات1g/h/IVشروع، دیازپام5میلیگرم،وفني توئین نیز شروع میشود.بابیمارستان خصوصی هماهنگ شده بیماربه همراه رزیدنت زنان وانترن کشیک بهICUبخش خصوصی منتقل میشود.بیماردرساعت2:15باوضعیتdeepcoma،BP=90/60،RR=0،PR=100که باآمبوونتیله میشده باتشخیص انسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک دربیمارستان پذیرش وبه ونتیلاتوروصل میشودباتنظیمRR SIMVو60% fio2 ، ،وسایردستورات: آمپول میدازولام5mg/iv stat ، آمپول نسدونال ومیدازولام و دیازپام تکرار میشود بعلت تبدارشدن بیماردراوایل بستری در ICU برای بیمار سفتریاکسون 1g/q12h و کلیندامایسین 600mg/q8h و بعداً آمیکاسین 500mg/q12h شروع میشود. تب بیمار علی رغم شروع آنتی بیوتیک و مصرف شیاف دیکلوفناک ،استامینوفن و پاشویه موقتاً کاهش ولی دوباره افزایش می یابد (گاهی تا 41درجه) وبررسی محل عفونت شامل کشت خون ،کشت ادرار ،CXR و سونوگرافی رحم برای بررسی بقایای جفت نتیجه ای نمی دهد.

روزاول بستری درICU: GCS=3 ،حرکات تشنجی دارد .ریه ها clear، کلیه هاپلی اوریک (outPut=4900) و هماچوریک ولی cr نرمال، BT=39(BP= 110/70) و O2sat=99% ، برای بیمار مشاوره داخلی ، زنان و قلب توصیه میشوددر جواب مشاوره ها ازنظر زنان ومحل اپی مشکلی نداشته ، مشاوره قلب : با احتمال post partum cardiomyo pathy یا آمبولی مایع آمنیوتیک ، برای بیمار درخواست LDH و CPK وتره پونین میکنند که نتیجه آزمایش هر سه بالا بوده است LDH= 1111 و Treponin=29 و cpk = 787 (MB=52)

درروز دوم بستری وضعیت هوشیاری کمی بهتر میشود GCS=5 ، رفلکس مردمک به نور برمی گردد و گاهی تنفس خود بخود دارد ازبینی راست خونریزی داشته که برای بیمار آمپول vit k تزریق میشود out put=2204cc ،BP=110/70 ، BT= 38/6-39 ،Fio2 رابه 30% کاهش می دهند.

روز سوم : هوشیاری دوباره افت می کند حرکات تشنجی قطع شده است مردمک آنیزو کوریک است BP= 105/75 ، out 2300 put=،درویزیت عصر HR=157 وBP= 163/100 برای بیمار 5mg/q8h انالاپریل و هیدرالازین PRN و مدروکسی پروژسترون 20mg/8h و سرم مانیتول 20%شروع میشود و آنیزوکوریا اصلاح میشود.

روز پنجم : GCS=3 ،مردمک بدون رفلکس نوری ، فوندوسکوپی نرمال ، بیمار اکیموز دارد ،اکولو سفال منفی ، 4-5 عدد تنفس خودبخودی دارد% O2sat= 94 ، out put = 3500cc ، BT= 38-39° C

روز ششم : خشونت صداهای ریوی دارد و O2sat= 89% وبعداز تعویض لوله تراشه دچار برادی کاردی سپس آسیستول میشود و بااحیا ریتم برگشته دوباره دچار آریتمی و ارست قلبی میشود ودرساعت 15 فوت میکند.

D_X :

1- آمبولی مایع آمنیوتیک 2- کاردیو میوپاتی پریپارتوم

خانم 94

متوفی خانمی است 17 ساله ، ساکن واهل شهر ، خانه داربا سواد سوم راهنمایی، G_2P_0 Ab_1 ، BMI>37 ، سابقه درمان نازایی به مدت یکسال. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 حاملگی در مرکز بهداشتی ومطب متخصص زنان شروع شده ومرتب مراقبت شده بود.از هفته 32 حاملگی دچار افزایش فشارخون شده وسه بار به علت فشارخون بالا وافزایش غیر عادی وزن جهت بررسی آلبومین اوری ارجاع شده بودکه در دومورداول منفی وبار سوم مثبت بود.آزمایشات اوایل بارداری نرمال بودند.

نامبرده در هفته 35حاملگی به علت افزایش وزن ناگهانی وفشارخون بالابه بیمارستان ارجاع وبا تشخیص پره اکلامپسی به علت پره ترم بودن به مرکزآموزشی درمانی ارجاع می شود. در موقع پذیرش: BP=160/110 FHR=142 سردرد داشت .سوزش سردل وتاری دید نداشت .افزایش وزن به میزان 7 کیلوگرم درعرض یکماه داشت. معاینه قلب وریه نرمال بود.خونریزی ،آبریزش ،انقباضات رحمی وعلایم زایمانی نداشت.ادم 2+ دراندامهای تحتانی داشت ودر آنالیز ادراری پروتئین اوری 2+ داشت.برای مادر 10 میلی گرم هیدرالازین در دو دوز تزریق کرده ودوز Loading سولفات منیزیوم شروع ودر بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود.دربخش انفوزیون آمپول سولفات منیزیوم 2گرم هرساعت -آمپول

بتامتازون 12میلی گرم روزانه دردودوز –درخواست آزمایشات CBC,LFT,U/A، پروتئین ادرار 24 ساعته ، آزمایشات کلیوی، اسید اوریک ،تستهای انعقادی،NST ، سونوگرافی بیومتریک واکوداپلر جفت order می شود.

روز دوم بستری به علت نرمال بودن تستهای کبدی وانعقادی ،میزان مایع آمینوتیک وجریان خون شرائین جفتی مادربه بخش حاملگی پرخطر منتقل می گردد.برای مادر آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت بصورت زیر جلدی –قرص فرسولین (Hb=9.5) –قرص مولتی ویتامین –قرص متیل دوپا به رژیم دارویی اضافه می شود.روز سوم بستری دوز هپارین به 5000 واحد هر12 ساعت کاهش وسولفات منیزیوم قطع می شود.

فشارخون مادر اغلب در محدوده BP=140-150/85-90 بود.مادر باکنترل NST روزانه و سونوگرافی بیومتریک تحت نظر گرفته می شود.به علت فشارخون بالا دربرخی مواقع مشاوره داخلی درخواست می شود وایشان تلفنی دستور افزودن قرص متورال 25 میلی گرم هر12 ساعت وقرص نیفیدیپین 10 میلی گرم سه بار در روز به رژیم قبلی را می دهد. روز هشتم بستری برای مادر ایناکشن شروع می شودولی بعداز چند ساعت به علت تاکیکاردی جنین وخونریزی واژینال با شک به دکولمان سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود.عمل ساعت 18:05 با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان دخترزنده حدوداً 36-35 هفته ووزن 2850گرم با آپگار 9/10بودوجفت دکولمان 30-20% داشت.درطول عمل مشکل خاصی نداشت.مادر ساعت 19:25 به بخش تحویل داده می شود.6ساعت بعداز عمل آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت شروع می شود.به علت چاقی شدید شکم ،پوست محل عمل باز شده وروزی چندبار زیر چراغ گذاشته می شود.مادرروز سوم بعداز عمل با نسخه دارویی ؟ ازنظر زنان مرخص می شود ومشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی تلفنی دستور می دهد: بیمار با داروهای متورال ونیفیدیپین مرخص است ویکماه بعدبه درمانگاه داخلی مراجعه کند.فشارخون درموقع ترخیص BP=140/90(باوجود مصرف متورال ونیفیدیپین) بود.

آزمایشات :Hb=9.5---8.7 Hct=31.9 PLT=168,000

SGOT=21 SGPT=8 LDH=445 Uric Acid=6 Urea=21 Cr=0.8

PT=14.6 PTT=42 INR=1.2 Urine Protein(24)=1466

بعداز ترخیص، به علت بالا بودن فشارخون ،توسط کارکنان مرکز بهداشت توصیه به مراجعه به بیمارستان شده بود ودو روز بعدمادربه مرکز بهداشت مراجعه می کند با BP=180/110 وادم اندام تحتانی و اظهار می کندکه به بیمارستان مراجعه کرده وگفتندمشکلی نداری(ولی مراجعه نکرده بود). مادر را به پزشک مرکزبهداشت ارجاع می دهند و پزشک از روی شرح حال متوجه می شود که مادر داروهای ضد فشاررا مصرف نمی کند وضمن توجیه مادر وخانواده توصیه به مصرف مرتب دارومی کند. کارکنان بهداشتی دوروز پشت سرهم فشارخون مادررا درمنزل کنترل می کنند ودرهردو بار طبیعی بوده است .مادر روزسیزدهم بعداز زایمان ساعت 19 عصر با شکایت تنگی نفس ، تهوع وسرگیجه به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند .درمعاینه دیسترس تنفسی نداشت.تب دار نبود .Paleوتوکسیک نبود. ادم2+ اندامهای تحتانی را داشت ولی اختلاف سایز نداشت.BP=100/70 PR=95 RR=16 دو ساعت بعد از اکسیژن تراپی ، دریافت سرم ،تزریق آمپول پلازیل وکلرفینرامین مرخص می گردد. روز بعد مادر در پای چپ احساس ناراحتی می کند(تنگی لباس).ظهر کارکنان بهداشت مادررا پیگیری کرده وبعداز ویزیت پزشک به علت تورم یکطرفه پای چپ جهت R/O , DVT به اورژانس بیمارستان شهرستان ارجاع فوری می دهند(ساعت 13:10). مادرساعت 13:23(13 دقیقه بعد) به اورژانس مراجعه ومستقیماً(با پای خودش) به بلوک زایمانی برده می شود. مادر درد سینه وتنگی نفس

داشت.به محض رسیدن به اتاق معاینه دچارارست قلبی تنفسی شده و اقدامات احیا شروع می شود ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد.وساعت 14:20 فوت می کند. موقع احیا ،متخصص زنان ،متخصص بی هوشی ومتخصص داخلی وپزشک اورژانس حضور داشتند.

تشخیص علت مرگ : ترومبوآمبولی ریه می باشد.

اشکالات وارد برپرونده:

1. کاهش هپارین از روز سوم بستری به دوباردرروز با وجود ریسک فاکتورهایی مانند BMI بالاوپره اکلامپسی اشتباه بود.
2. بیمار بعداز ترخیص باید دوز پروفیلاکسی هپارین می گرفت .
3. عدم ویزیت متخصص داخلی ودستورات تلفنی
4. هیپوکسی درهنگام فعالیت از علایم آمبولی ریه بوده ودرزمان مراجعه به اورژانس بیمارستان (درتاریخ 00/10/11)به علت داشتن دیسپنه واحساس خفه شدن بستری وتحت بررسی قرار می گرفت(ترومبوآمبولی مقلد بزرگ بوده ومی تواند با حملات اضطرابی ظاهر شود).توضیح اینکه درمادر باردار O2Sat<94% به نفع آمبولی ریه می باشد.
5. درزمان مراجعه به مرکز بهداشت با وجود شک بالینی به DVT و احتمال PTE مادر باید با آمبولانس وبرانکارد به واورژانس (نه بلوک زایمانی) اعزام می شد.حتی برداشتن یک قدم می تواند سبب آمبولیزاسیون لخته شود.

خانم 95

متوفی خانمی است 17 ساله ، ساکن واهل شهر ، خانه داربا سواد سوم راهنمایی، G_2P_0 Ab_1 ، BMI>37 ، سابقه درمان نازایی به مدت یکسال. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 حاملگی در مرکز بهداشتی ومطب متخصص زنان شروع شده ومرتب مراقبت شده بود.از هفته 32 حاملگی دچار افزایش فشارخون شده وسه بار به علت فشارخون بالا وافزایش غیر عادی وزن جهت بررسی آلبومین اوری ارجاع شده بودکه در دوموردواول منفی وبار سوم مثبت بود.آزمایشات اوایل بارداری نرمال بودند.

نامبرده در هفته 35حاملگی به علت افزایش وزن ناگهانی وفشارخون بالابه بیمارستان ارجاع وبا تشخیص پره اکلامپسی به علت پره ترم بودن به مرکزآموزشی درمانی ارجاع می شود. در موقع پذیرش: FHR=142 BP=160/110 سردرد داشت .سوزش سردل وتاری دید نداشت .افزایش وزن به میزان 7 کیلوگرم درعرض یکماه داشت. معاینه قلب وریه نرمال بود.خونریزی ،آبریزش ،انقباضات رحمی وعلایم زایمانی نداشت.ادم 2+ دراندامهای تحتانی داشت ودر آنالیز ادراری پروتئین اوری 2+ داشت.برای مادر 10 میلی گرم هیدرالازین در دو دوز تزریق کرده ودوز Loading سولفات منیزیوم شروع ودر بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود.دربخش انفوزیون آمپول سولفات منیزیوم 2گرم هرساعت -آمپول بتامتازون 12میلی گرم روزانه دردودوز –درخواست آزمایشات CBC,LFT,U/A، پروتئین ادرار 24 ساعته ، آزمایشات کلیوی، اسید اوریک ،تستهای انعقادی،NST ، سونوگرافی بیومتریک واکوداپلر جفت order می شود.

روز دوم بستری به علت نرمال بودن تستهای کبدی وانعقادی ،میزان مایع آمینوتیک وجریان خون شرائین جفتی مادربه بخش حاملگی پرخطر منتقل می گردد.برای مادر آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت بصورت زیر جلدی –قرص فرسولین (Hb=9.5) –قرص مولتی ویتامین –قرص متیل دوپا به رژیم دارویی اضافه می شود.روز سوم بستری دوز هپارین به 5000 واحد هر12 ساعت کاهش وسولفات منیزیوم قطع می شود.

فشارخون مادر اغلب در محدوده BP=140-150/85-90 بود.مادر باکنترل NST روزانه و سونوگرافی بیومتریک تحت نظر گرفته می شود.به علت فشارخون بالا دربرخی مواقع مشاوره داخلی درخواست می شود وایشان تلفنی دستور افزودن قرص متورال 25 میلی گرم هر12 ساعت وقرص نیفیدیپین 10 میلی گرم سه بار در روز به رژیم قبلی را می دهد. روز هشتم بستری برای مادر ایناداکشن شروع می شودولی بعداز چند ساعت به علت تاکیکاردی جنین وخونریزی واژینال با شک به دکولمان سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود.عمل ساعت 18:05 با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان دخترزنده حدوداً 36-35 هفته ووزن 2850گرم با آپگار 9/10بودوجفت دکولمان 30-20% داشت.درطول عمل مشکل خاصی نداشت.مادر ساعت 19:25 به بخش تحویل داده می شود.6ساعت بعداز عمل آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت شروع می شود.به علت چاقی شدید شکم ،پوست محل عمل باز شده وروزی چندبار زیر چراغ گذاشته می شود.مادرروز سوم بعداز عمل با نسخه دارویی ؟ ازنظر زنان مرخص می شود ومشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی تلفنی دستور می دهد: بیمار با داروهای متورال ونیفیدیپین مرخص است ویکماه بعدبه درمانگاه داخلی مراجعه کند.فشارخون درموقع ترخیص BP=140/90(باوجود مصرف متورال ونیفیدیپین) بود.

آزمایشات :Hb=9.5---8.7 PLT=168,000 Hct=31.9

SGOT=21 SGPT=8 LDH=445 Uric Acid=6 Urea=21 Cr=0.8

PT=14.6 PTT=42 INR=1.2 Urine Protein(24)=1466

بعداز ترخیص، به علت بالا بودن فشارخون ،توسط کارکنان مرکز بهداشت توصیه به مراجعه به بیمارستان شده بود ودو روز بعدمادربه مرکز بهداشت مراجعه می کند با BP=180/110 وادم اندام تحتانی و اظهار می کندکه به بیمارستان مراجعه کرده وگفتندمشکلی نداری(ولی مراجعه نکرده بود). مادر را به پزشک مرکزبهداشت ارجاع می دهند و پزشک از روی شرح حال متوجه می شود که مادر داروهای ضد فشاررا مصرف نمی کند وضمن توجیه مادر وخانواده توصیه به مصرف مرتب دارومی کند. کارکنان بهداشتی دوروز پشت سرهم فشارخون مادررا درمنزل کنترل می کنند ودرهردو بار طبیعی بوده است .مادر روزسیزدهم بعداز زایمان ساعت 19 عصر با شکایت تنگی نفس ، تهوع وسرگیجه به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند .درمعاینه دیسترس تنفسی نداشت.تب دار نبود .Paleوتوکسیک نبود. ادم2+ اندامهای تحتانی را داشت ولی اختلاف سایز نداشت.BP=100/70 PR=95 RR=16 دو ساعت بعد از اکسیژن تراپی ، دریافت سرم ،تزریق آمپول پلازیل وکلرفینرامین مرخص می گردد. روز بعد مادر در پای چپ احساس ناراحتی می کند(تنگی لباس).ظهر کارکنان بهداشت مادررا پیگیری کرده وبعداز ویزیت پزشک به علت تورم یکطرفه پای چپ جهت R/O , DVT به اورژانس بیمارستان شهرستان ارجاع فوری می دهند(ساعت 13:10). مادرساعت 13:23(13 دقیقه بعد) به اورژانس مراجعه ومستقیماً(با پای خودش) به بلوک زایمانی برده می شود. مادر درد سینه وتنگی نفس داشت.به محض رسیدن به اتاق معاینه دچارارست قلبی تنفسی شده و اقدامات احیا شروع می شود ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد.وساعت 14:20 فوت می کند. موقع احیا ،متخصص زنان ،متخصص بی هوشی ومتخصص داخلی وپزشک اورژانس حضور داشتند.

تشخیص علت مرگ : ترومبوآمبولی ریه می باشد.

اشکالات وارد برپرونده:

1. کاهش هپارین از روز سوم بستری به دوباردرروز با وجود ریسک فاکتورهایی مانند BMI بالاوپره اکلامپسی اشتباه بود.
2. بیمار بعداز ترخیص باید دوز پروفیلاکسی هپارین می گرفت .

3. عدم ویزیت متخصص داخلی ودستورات تلفنی
4. هیپوکسی درهنگام فعالیت از علایم آمبولی ریه بوده ودرزمان مراجعه به اورژانس بیمارستان (درتاریخ 00/10/11)به علت داشتن دیسپنه واحساس خفه شدن بستری وتحت بررسی قرار می گرفت(ترومبوآمبولی مقلد بزرگ بوده ومی تواند با حملات اضطرابی ظاهر شود).توضیح اینکه درمادر باردار O2Sat<94% به نفع آمبولی ریه می باشد.
5. درزمان مراجعه به مرکز بهداشت با وجود شک بالینی به DVT و احتمال PTE مادر باید با آمبولانس وبرانکارد به واورژانس (نه بلوک زایمانی) اعزام می شد.حتی برداشتن یک قدم می تواند سبب آمبولیزاسیون لخته شود.

خانم 96

متوفی خانمی است 17 ساله ، ساکن واهل شهر ، خانه داربا سواد سوم راهنمایی، G_2P_0 Ab_1 ، BMI>37 ، سابقه درمان نازایی به مدت یکسال. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 حاملگی در مرکز بهداشتی ومطب متخصص زنان شروع شده ومرتب مراقبت شده بود.از هفته 32 حاملگی دچار افزایش فشارخون شده وسه بار به علت فشارخون بالا وافزایش غیر عادی وزن جهت بررسی آلبومین اوری ارجاع شده بودکه در دوموراداول منفی وبار سوم مثبت بود.آزمایشات اوایل بارداری نرمال بودند.

نامبرده در هفته 35حاملگی به علت افزایش وزن ناگهانی وفشارخون بالابه بیمارستان ارجاع وبا تشخیص پره اکلامپسی به علت پره ترم بودن به مرکزآموزشی درمانی ارجاع می شود. در موقع پذیرش: FHR=142 BP=160/110 سردرد داشت .سوزش سردل وتاری دید نداشت .افزایش وزن به میزان 7 کیلوگرم درعرض یکماه داشت. معاینه قلب وریه نرمال بود.خونریزی ،آبریزش ،انقباضات رحمی وعلایم زایمانی نداشت.ادم 2+ دراندامهای تحتانی داشت ودر آنالیز ادراری پروتئین اوری 2+ داشت.برای مادر 10 میلی گرم هیدرالازین در دو دوز تزریق کرده ودوز Loading سولفات منیزیوم شروع ودر بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود.دربخش انفوزیون آمپول سولفات منیزیوم 2گرم هرساعت -آمپول بتامتازون 12میلی گرم روزانه دردودوز –درخواست آزمایشات CBC,LFT,U/A، پروتئین ادرار 24 ساعته ، آزمایشات کلیوی، اسید اوریک ،تستهای انعقادی،NST ، سونوگرافی بیومتریک واکوداپلر جفت order می شود.

روز دوم بستری به علت نرمال بودن تستهای کبدی وانعقادی ،میزان مایع آمینوتیک وجریان خون شرائین جفتی مادربه بخش حاملگی پرخطر منتقل می گردد.برای مادر آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت بصورت زیر جلدی –قرص فرسولین (Hb=9.5) –قرص مولتی ویتامین –قرص متیل دوپا به رژیم دارویی اضافه می شود.روز سوم بستری دوز هپارین به 5000 واحد هر12 ساعت کاهش وسولفات منیزیوم قطع می شود.

فشارخون مادر اغلب در محدوده BP=140-150/85-90 بود.مادر باکنترل NST روزانه و سونوگرافی بیومتریک تحت نظر گرفته می شود.به علت فشارخون بالا دربرخی مواقع مشاوره داخلی درخواست می شود وایشان تلفنی دستور افزودن قرص متورال 25 میلی گرم هر12 ساعت وقرص نیفیدیپین 10 میلی گرم سه بار در روز به رژیم قبلی را می دهد. روز هشتم بستری برای مادر ایندکشن شروع می شودولی بعداز چند ساعت به علت تاکیکاردی جنین وخونریزی واژینال با شک به دکولمان سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود.عمل ساعت 18:05 با بی حسی اسپینال شروع شده وحاصل زایمان دخترزنده حدوداً 36-35 هفته ووزن 2850گرم با آپگار 9/10بودوجفت دکولمان 30-20% داشت.درطول عمل مشکل خاصی نداشت.مادر ساعت 19:25 به بخش تحویل داده می شود.6ساعت بعداز عمل آمپول هپارین 5000 واحد هر8 ساعت شروع می شود.به علت چاقی

شدید شکم ،پوست محل عمل باز شده وروزی چندبار زیر چراغ گذاشته می شود.مادرروز سوم بعداز عمل با نسخه دارویی ؟ ازنظر زنان مرخص می شود ومشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی تلفنی دستور می دهد: بیمار با داروهای متورال ونیفیدیپین مرخص است ویکماه بعدبه درمانگاه داخلی مراجعه کند.فشارخون درموقع ترخیص BP=140/90(باوجود مصرف متورال ونیفیدیپین) بود.

آزمایشات :Hb=9.5---8.7 Hct=31.9 PLT=168,000

SGOT=21 SGPT=8 LDH=445 Uric Acid=6 Urea=21 Cr=0.8

PT=14.6 PTT=42 INR=1.2 Urine Protein(24)=1466

بعداز ترخیص، به علت بالا بودن فشارخون ،توسط کارکنان مرکز بهداشت توصیه به مراجعه به بیمارستان شده بود ودو روز بعدمادربه مرکز بهداشت مراجعه می کند با BP=180/110 وادم اندام تحتانی و اظهار می کندکه به بیمارستان مراجعه کرده وگفتندمشکلی نداری(ولی مراجعه نکرده بود). مادر را به پزشک مرکزبهداشت ارجاع می دهند و پزشک از روی شرح حال متوجه می شود که مادر داروهای ضد فشاررا مصرف نمی کند وضمن توجیه مادر وخانواده توصیه به مصرف مرتب دارومی کند. کارکنان بهداشتی دوروز پشت سرهم فشارخون مادررا درمنزل کنترل می کنند ودرهردو بار طبیعی بوده است .مادر روزسیزدهم بعداز زایمان ساعت 19 عصر با شکایت تنگی نفس ، تهوع وسرگیجه به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند .درمعاینه دیسترس تنفسی نداشت.تب دار نبود .Paleوتوکسیک نبود. ادم2+ اندامهای تحتانی را داشت ولی اختلاف سایز نداشت.BP=100/70 PR=95 RR=16 دو ساعت بعد از اکسیژن تراپی ، دریافت سرم ،تزریق آمپول پلازیل وکلرفینرامین مرخص می گردد. روز بعد مادر در پای چپ احساس ناراحتی می کند(تنگی لباس).ظهر کارکنان بهداشت مادررا پیگیری کرده وبعداز ویزیت پزشک به علت تورم یکطرفه پای چپ جهت R/O , DVT به اورژانس بیمارستان شهرستان ارجاع فوری می دهند(ساعت 13:10). مادرساعت 13:23(13 دقیقه بعد) به اورژانس مراجعه ومستقیماً(با پای خودش) به بلوک زایمانی برده می شود. مادر درد سینه وتنگی نفس داشت.به محض رسیدن به اتاق معاینه دچارارست قلبی تنفسی شده و اقدامات احیا شروع می شود ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد.وساعت 14:20 فوت می کند. موقع احیا ،متخصص زنان ،متخصص بی هوشی ومتخصص داخلی وپزشک اورژانس حضور داشتند.

تشخیص علت مرگ : ترومبوآمبولی ریه می باشد.

اشکالات وارد برپرونده:

1. کاهش هپارین از روز سوم بستری به دوباردرروز با وجود ریسک فاکتورهایی مانند BMI بالاوپره اکلامپسی اشتباه بود.
2. بیمار بعداز ترخیص باید دوز پروفیلاکسی هپارین می گرفت .
3. عدم ویزیت متخصص داخلی ودستورات تلفنی
4. هیپوکسی درهنگام فعالیت از علایم آمبولی ریه بوده ودرزمان مراجعه به اورژانس بیمارستان (درتاریخ 00/10/11)به علت داشتن دیسپنه واحساس خفه شدن بستری وتحت بررسی قرار می گرفت(ترومبوآمبولی مقلد بزرگ بوده ومی تواند با حملات اضطرابی ظاهر شود).توضیح اینکه درمادر باردار O2Sat<94% به نفع آمبولی ریه می باشد.
5. درزمان مراجعه به مرکز بهداشت با وجود شک بالینی به DVT و احتمال PTE مادر باید با آمبولانس وبرانکارد به واورژانس (نه بلوک زایمانی) اعزام می شد.حتی برداشتن یک قدم می تواند سبب آمبولیزاسیون لخته شود.

خانم 97

متوفی خانمی است 30 ساله، ساکن شهرستان $G_4P_3Al_2$ با LMP اوایل بهمن و EDC اوایل آبان، حاملگی خواسته بوده، فاصله بارداری9 سال میباشد.

نامبرده تحت کنترل مامای تحصیل کرده(بخش خصوصی) بوده و مرتب کنترل می شده است منتها هیچ پرونده ای در دسترس نمی باشد. بنا به اظهار اطرافیان از ماه 5-6 افزایش فشار خون و ادم اندامها داشته و از درد پهلو و تکرر ادرار شاکی بوده است.مادر بعلت فشار خون بالا به مرکز آموزشی درمانی ارجاع داده می شود ولی ایشان به بیمارستان دیگر مراجعه می کند.

در هنگام پذیرش در بیمارستان (ساعت: 21:45) BP=160/120 ، آلبومین ادرار +4، ضربانات قلب جنین نرمال، بدون افاسمان و دیلاتاسیون بوده، و سردرد شدید ، تهوع، درد اپی گاستر داشته است.برای بیمار 2 دوز آمپول هیدرالازین (IV 5mg در هر بار) و یک دوز قرص هیدرالازین 25mg تجویز و دستور ایندکشن داده می شود ولی بعلت وخامت حال مریض با ویلچیر و اکسیژن به اطاق عمل برده میشود.

بیمار با دستورات سولفات منیزیم 10mg IM ، سفالوتین 2g ، آمپول هیدرالازین 10mg هر 12 ساعت، 20 واحد سنتوسینون، میدازولام و پلازیل با راشی سزارین می شود(ساعت 21:30 طبق مندرجات پرونده) .حاصل زایمان پسر ترم با آپکار 9/10 بوده است. بیمار با فشار 120/90 به بخش مامایی منتقل میشود.

دستورات بعد از عمل: سفالوتین، جنتامایسین 80mg/q8h با کنترل I/O ، کنترل V/Sو کنترل V/B هر ربع ساعت.

نصف شب در ساعت1:15 am به علت افزایش فشار و دیسترس تنفسی با متخصص قلب مشاوره می شود و ایشان تلفنی دستور انتقال به ICU را می دهند و برای بیمار پروتکل TNG و قرص آمیلودیپین 2/5 mg stat داده می شود.و آزمایشاتCr, BUN,PT,PTT,CBC درخواست می شود.ساعت 7am توسط متخصص بیهوشی ویزیت می شود و به علت عدم افت فشار کپسول آدالات زیرزبانی و مشاوره مجدد با متخصص قلب می شود.ایشان تلفنی دستور دادن کاپتوپریل 1/2 قرص می دهد و در ساعت 8 am متخصص زنان بیمار را ویزیت می کند در این موقع BP=160/100 ، RR=33 ، PR=109، U/O=OK ولی هماچوریک ، PTT=38 و پلاکت 145000 و Cr=0.8 و Hb=15 بوده و ادامه دستورات + Tab(Amilodipin 5mgدوبار در روز) قرص آلپرازولام و ادامه TNG تا افت فشار به 140/80 داده میشود.

ساعت11:30 am BP=260/120 شده وبیمار دچار تشنج می شود و با 10mg دیازپام ، 15mg هیدرالازین ، 80mg stat لازیکس کنترل می گردد. طبق دستور تلفنی متخصص نورولوژی آمپول فنی توئین 750mg داخل نیم لیتر سرم نرمال سالین در عرض دو ساعت انفوزیون می شود.و بعد فنی توئین 125mg هر 8 ساعت بصورت IV ادامه می یابد. ایشان دستور اندازه گیری Ca,BS,U/A را می دهد و آمپول گلوکزاسیلین نیز به داروها اضافه می کند.(همزمان Cephalotin 2g/6hو Gentamicine80mg/q8hوCloxacillin تجویز می شود.)

بیمار دوباره در ساعت7 pm همانروز دچار تشنج و استفراغهای مکرر همراه با رگه های خونی می شود در ضمن بیمار ایکتریک نیز می شود.طی مشاوره با نرولوژیست دستور گرفتن CT scan مغزی و اصلاح اختلالات الکترولیتی می دهد.در ساعت 7:25 pm BP=150/115 , PR=126 , BT=37 , u/o=50cc/h و هماچوری مختصر داشت در ساعت9:30 pm % O2sat=80-90 و پاپیلای چشم دوبل دیلاته و وضعیت هوشیاری Deep Coma شده بیمار انتوبه می شود و سرم مانیتول و دگزامتازون شروع وبه ونتیلاتور وصل می شود.

روزبعد ساعت 9:30am توسط متخصص بیهوشی ویزیت می شود. BP=120/80، علائم حیاتی Stable و PR=80 و O_2 sat=99 و u/o در 24 ساعت 1500 cc بوده است.طبق یادداشت ایشان مشکل بیمار تشنجهای مکرر بود. سطح Mgو Ca سنجش می شود کهMg بالا بوده وسولفات موقتًا قطع می شود.درساعت 10pm با توجه به حجم پائین ادرار برای بیمار لازیکس و دوپامین شروع می شود و برای کاهش تقلای تنفس زیر پاولن گذاشته می شود.

نتایج آزمایشات :

Hb=12.3 , Cr=1.4 , urea=64 , plate=< 80000 , PT=19.5 , PTT=53 , SGPT=268 , SGOT=510

سونوگرافی کبد، کلیه ها و سی تی اسکن مغز نرمال بوده در CXR ریه ها محتقن و سینوسهای جنبی باز بود

روز دوم بستری:

Hb=8, urea=39, Cr=0.9 , plate=51000 و در آزمایش دیگر:urea=205 , Cr=4.6

بیمار از شب اول بستری بطور متناوب پلاکت ، FFP و کرایو دریافت می کرده است.

روز چهارم بستری به علت افزایش اوره وکراتینین 85/8/8 با urea=311 , Cr=10.18 برای بیمار درخواست مشاوره اورژانس اورولوژی جهت دیالیزمی شودو بصورت اورژانس کاتتر تعبیه و بمدت 2 ساعت تحت دیالیز قرار میگیرد. در ساعت 9pm دچار دیسترس تنفسی وهایپوکسی زیر ونتیلاتور ، خونریزی از بینی، خونریزی از محل کاتتر، هموپتیزی و تاکیکاردی می شود.در 11pm برای بیمار پلاکت و FFP تزریق می شود. بیمار در ساعت 7am 85/8/9 دچار ایست قلبی – تنفسی می شود و به احیاء پاسخ نمی دهد.

تشخیص احتمالی : سندرم HUS

خانم 98

متوفی خانمی است 41 ساله ، ساکن شهر ، ،تحت پوشش کمیته امداد(شوهرکرولال می باشد) G_2P_1 ، سابقه یکبار زایمان طبیعی 9 سال پیش. سابقه صرع اززمان کودکی ،حاملگی ناخواسته بوده با LMP نامعلوم.در2.5 سال گذشته از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کرده است. مراقبتهای دوران بارداری از هفته 15 بارداری درمرکز بهداشت شروع شده و3بار توسط کاردان بهداشت خانواده ،یکبار هم توسط پزشک مرکز مراقبت شده بود. مادر در طول بارداری تحت نظر متخصص مغزواعصاب بوده وبصورت نامرتب فنوباربیتال وکاربامازپین مصرف می کرد.

نامبرده درهفته 27 حاملگی حوالی ساعت 17:30دچار تشنج شده وکاهش هوشیاری پیدا می کند بی اختیاری ادراری نیز داشته است .مادر توسط همراهان به اورژانس بیمارستان برده می شود وبعداز سرم تراپی هوشیاری تاحدودی برمی گردد. با متخصص اعصاب مشاوره شده ومادر به مطب ایشان برده میشود.ایشان بعداز ویزیت مادر، دستور بستری می دهد. مادر ساعت 22 پذیرش می شود. موقع پذیرش مادر لتارژیک بودوبه سوالات پاسخ کلامی نمی داد.علایم عصبی فوکال نداشت .علایم حیاتی :BP=110/70 HR=78 RR=18 O_2Sat=96% مادر دربخش زنان بستری ویک لاین وریدی با برانول 20 تعبیه شده ویک لیتر سرم 2/1،3/3 وصل می شود. آمپول فنی توئین وقرص کاربامازپین،آمپول B.complex وآمپول سفتریاکسون BID شروع شده وآزمایشات CBC,FBS,Cr,Urea,Na,k,Ca ومشاوره زنان درخواست می شود.مادر ساعت 3:05 بامداد دچار ارست قلبی تنفسی می شود. با اعلام کد احیا عملیات احیا شروع می شود.با برگشت ریتم قلب ، مادر به ICU منتقل وبه

ونتیلاتور وصل می شود. برای بیمار NGT وسوند فولی تعبیه کرده وبه علت فشارخون پائین BP=70/50یک لیتر سرم رینگر +20mEqKCl ویک لیتر سرم نرمال سالین در عرض 4 ساعت تجویز می گردد ولی فشارخون اصلاح نمی شودودوپامین ودوبوتامین شروع می گردد. مادر درساعت 8:40 بامداد مجدداً دچار ارست قلبی شده وعملیات احیاشروع می شود. ریتم قلب برمی گردد. بدنبال ارست سوم در ساعت 10 صبح همزمان با احیا سزارین انجام می گیرد ویک نوزاد بظاهر سالم با آپگار صفر بدنیا می آید.که پاسخی به عملیات CPR نمی دهد.احیای مادر تاساعت 10:50ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات :Hb=13 بدوپذیرش Hb=10.8ساعت 8صبح PLT=132,000 FBS=108 WBC=12,400 Cr=0.8

Urea=28 Na=147 K=3.2 Ca=8.7

درسی تی اسکن مغز بعداز مرگ (2ساعت بعدازمرگ)ناحیه هیپودنس درفرونتوپاریتال چپ همراه با کانونهای هیپردنس مطرح کننده هموراژی در مجاورت خلفی ضایعه واثرفشاری بارز برروی بطن جانبی چپ و شیفت مید لاین به سمت راست وشواهد هرنی ساب فالکس دیده می شود.

تشخیص پاراکلینیکی: احتمالاً آستروسیتوما-سایزتومور بزرگ بود.

جواب اتوپسی : علت فوت توموربدخیم وبزرگ مغزی ونوع تومور :تومور بدخیم آناپلاستیک با منشا احتمالی آپاندیمی می باشد.

اشکالات وارد برپرونده :

- مادردر طول بارداری داروی ضد صرع مصرف نکرده بود.(در مراقبت ها به این مسئله توجه نشده است)
- به علت وجود سابقه ی صرع دربیمار سایر موارد تشنج درمادر بررسی نشده است.
- مادر جهت بررسی به مطب پزشک برده شده است درحالیکه باید در بیمارستان بستری شده وازمتخصص مغز واعصاب مشاوره درخواست می شد.
- ازمتخصص زنان برای ویزیت مادر مشاوره درخواست نشده است
- بعد از بستری ودر ICU مدیریت بیمار غیر علمی بوده است.

خانم 99

متوفی خانمی است 37 ساله ، ، $G_2P_1AL_1$ ، سابقه زایمان واژینال 9 سال پیش. حاملگی خواسته بود.

نامبرده درهفته 9 حاملگی دچارتورم یکطرفه پای راست شده و3روز بعد به مطب متخصص داخلی مراجعه با تشخیص DVT دربیمارستان الف بستری می گردد.دستورات حین بستری: CBR - elevation پای راست –آمپول انوکساپارین 40mg/q12h زیرجلدی –درخواست آزمایشات CBC with diffو PT,PTT,INR –مشاوره زنان .متخصص زنان روز اول بصورت تلفنی وروز دوم بصورت حضوری مادرراویزیت کرده وقرص ویتامینB6 –قرص پلازیل-قرص دیمترون به علت ویار حاملگی تجویز می کند.

درسونوگرافی رحم، جنین با سن 9هفته وچهارروز وکیستی به قطر 62 میلی متر درآدنکس چپ گزارش شده بود.

درسونوداپلر وریدی پای راست ،کاهش قدرت فشردگی وترومبوس اکوژن ورید تیبیال خلفی مشاهده شده بود.بقیه عروق نرمال بودند.

درطول بستری فشارخون وتعداد نبضها درمحدوده نرمال بودند.

آزمایشات: Hb=13.1 Hct=41.9 PLT=169,000

INR=1 PTT=36 PT=13 Neut=79% WBC=9600

مادر یک هفته بعد با نسخه دارویی انوکساپارین 40mg روزانه مرخص می گردد.دوروز بعدبا شکایت درد قفسه سینه ودرد ناحیه اپی گاستر با اورژانس 115 به اورژانس بیمارستان الف آورده می شود.درمعاینه ناحیه اپی گاستر حساس بود.سایز هردواندام تحتانی برابر بود.

علایم حیاتی : BP=110/80 PR=114 RR=17 SPO2=84%

برای مادرECG وآزمایشات PT,PTT,INR،سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی ومشاوره جراحی درخواست می شود.درنوار قلبی یافته خاصی نداشت.گزارش سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی: شکل واکوژنیسته کبد طبیعی است.قطرپورت 10mm وکلدوک6.5mm می باشد.مجاری اینتراهپاتیک دیلاته نیست.جدارکیسه صفرا ضخیم تراز حدطبیعی است (6.3mm) درکیسه صفرا دبریهای اکوژن ظریف (Sludge)دیده می شود.گردن کیسه صفرا کنتراکته است.

جواب آزمایشات:WBC=12900 Hb=13.3 PT=13 PTT=39 INR=1

مشاور جراح عمومی یادداشت کرده بود: بیمارنیاز به اقدام جراحی اورژانس ندارد وتوصیه می شود به متخصص داخلی وزنان مراجعه کند.

مادر2 ساعت بعد با توصیه مراجعه به مطب متخصص زنان وداخلی مرخص می گرددو عصر بصورت سرپایی به مطب متخصص داخلی وزنان مراجعه می کند.نامبرده دو روز بعد با شکایت دردشکم به اورژانس بیمارستان الف مراجعه وتوسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شود. درمعاینه درد ناحیه RUQ داشت .علایم حیاتی : BP=90/70 PR=121 RR=18 SPO2=89%

برای مادرلاین وریدی تعبیه وسرم 1/3و2/3 و1گرم سفتازیدیم بصورت Stat داخل سرم انفوزه می شود. 5mg مورفین وریدی تزریق وآزمایشات CBC وآمیلاز سرم درخواست می گردد.

جواب آزمایشات: WBC=11,300 Neut=89% Hct=40.2 Hb=12.5 PLT=99,000

Amylase =40 (درمحدوده نرمال) دوساعت بعد مرخص می گردد.

مادرصبح روز بعد باحالت سیانوز وتنگی نفس وکاهش هوشیاری گذرا به اورژانس بیمارستان ب مراغه آورده شده ودرحین معاینه دچارارست قلبی تنفسی می شود ومتاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.آزمایشات :Hb=9.5---8.7 Hct=31.9 PLT=168,000

PT=14.6 PTT=42 INR=1.2

علت مرگ : ترومبو آمبولی ماسیو ریه

Comment اعضای جلسه

1. متخصص زنان باید غیراز ویارحاملگی برکیفیت درمان DVT هم نظارت می کرد(team work)
2. دوز انوکساپارین برای درمان DVT کافی نبود.(مراجعه به پروتکل درمان ترومبوآمبولی)
3. یک هفته بعداز شروع درمان DVT باید بیمار از نظر پیشرفت Propagation لخته بررسی گردد.
4. حاملگی ، وزن بالای 120 کیلو ازجمله مواردی است که کفایت دوز انوکساپارین دردرمان DVT باید با تستهای مخصوص مانیتورینگ شود(حداقل D.Dimer اندازه گیری می شد)

5. علت دردمادر درمراجعه دوم وسوم آمبولی های راجعه بوده است وراه رفتن سبب کنده شدن بیشتر لخته وآمبولیزاسیون آنها می شودومادر باید درمراجعه دوم بستری شده وبررسی کامل می شد.
6. درمادرباردار O2Sat<94% باید بعنوان یک مشکل جدی تلقی شده وبررسی گردد.
7. درمراجعه دوم بجای ارجاع مادربه متخصص زنان وداخلی باید مادربستری شده ومشاوره انجام می شد.
8. درمادران باردار50% موارد DVT درسه ماهه اول ،وابسته به استروژن بوده وباید با دوز کافی درمان گردد ودرطول درمان کفایت دوز دارو کنترل شود (حداقل با D.Dimer)
9. دادن سفتازیدیم درمراجعه سوم کارغیر علمی بوده است.تجویز آنتی بیوتیک وریدی دربیمارسرپایی وبدون تشخیص اشتباه می باشد. اگر دریک بیمار مشکل عفونی تشخیص داده شود باید بستری شده ،بعداز کشت خون ازروی محتمل ترین سوش وسورس عفونت، آنتی بیوتیک وریدی شروع وبا جواب کشت ادامه یابد.

خانم 100

متوفی خانمی است 27 ساله ، اهل شهر، G_2P_1 ، سابقه سزارین 6 سال قبل، سابقه سنگ کلیه. حاملگی خواسته بود.

مادر د به علت درد شکم به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند .علایم حیاتی : BP=110/70 PR=84 برای مادر سونوگرافی رحم وضمائم وßHCG درخواست می شود. ßHCG مثبت بودودرسونوگرافی مشکلی نداشت. مادر بدون توصیه خاصی مرخص می شود.

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی درمطب متخصص زنان بود.

نامبرده دراواخر شهریورماه(حدود هفته 15 حاملگی)دچار ضعف وبیحالی وتهوع واستفراغ واسهال شده وبتدریج زردی نیز به تابلوی بیماری اضافه می شود.مادر با این تابلو به متخصص زنان مراجعه می کند.ایشان با مشاهده ایکتر، مادر را به سرویس عفونی بیمارستان معرفی میکند.برای مادر سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی ،آزمایشات کبدی ومارکر های هپاتیت درخواست می شود.

جواب آزمایشات : WBC=11,490 Hb=13.4 MCV=78 PLT=330,000

Total Bil=6.78 Direct Bil=4.41 SGOT=763 SGPT=449 ALP=524

Serum Copper=106(Normal) Ceruloplasmin=0.456(Normal)

و Total Bil=9.68 Direct Bil=5.76 SGOT=757 SGPT=535 ALP=481

Anti HAV Ab(IgM)=0.28 HBs Ag=Neg HBs Ab=Neg HBc Ab=Neg HCV Ab=Neg

PT=17.5 PTT=32 INR=1.8

درسونوگرافی کبد ،کیسه صفرا ومجاری صفراوی نرمال بود.

مادر یک هفته بعد به یکی از اساتید عفونی مراجعه کرده وایشان ضمن بررسی آزمایشات قبلی 25 میلی گرم پردنیزون ،آمپول B.Complex وقرص دایجستیو تجویز می کند ولی مادر به علت ترس از عوارض برروی جنین مصرف نمی کند. اسهال مادرقطع واستفراغ تاحدودی کاهش می یابدولی ضعف وبی حالی وزردی ادامه داشته است. با زیاد شدن تهوع واستفراغ مادر به اورژانس بیمارستان جنرال مراجعه می کند.درموقع پذیرش

(ساعت 9:50 صبح): مادر هوشیار واوریانته بود.پوست بشدت ایکتریک بود.سمع قلب وریه نرمال بود.ارگانومگالی نداشت.ادم 1+ اندامهای تحتانی داشت.علایم فوکال عصبی نداشت.

علایم حیاتی : BP=90/60 PR=95 RR=17 BT=36.5˚ GA=20w

مادر با تشخیص احتمالی کبد چرب حاد حاملگی دربخش گوارش بستری می گردد. با دستورات: NPO –سرم 1/3,2/3 –درخواست آزمایشات CBC,Retic Count,BS,Cr,Urea,LFT,PT,PTT,INR,ANA,ASMA ,ALKMA,ds Anti DNA,GTT.GGT,Alb, TSH,FTI,CPK ، K,Na ،هاپتوگلوبولین ، فرتین سرم ، پانل هپاتیت ویرال .

جواب آزمایشات :

ALP=504 SGPT=160 SGOT=240 BS=55 Hb=13.6 WBC=10,400

INR>7.9 PTT>120 PT>35 Urea=40 PLT= 189,000 Cr=0.3 Urea=9

K=3.5 Na=137

عصر با توجه به جواب آزمایشات دستورات :سرم دکستروز $10\%_{80cc/h}$ –MRCP- اسمیر خون محیطی – آمپول پنتو پرازول- مشاوره اورژانسی زنان جهت ختم حاملگی- انفوزیون FFPدوواحد هر 8 ساعت-آمپول ویتامین K یک میلی گرم وریدی – شربت لاکتولوز 30cc/q8h تا ایجاد مدفوع شل به دستورات قبلی اضافه می شود. مشاور زنان درجواب مشاوره یادداشت کرده بود. مادر درمعاینه علایم زایمانی نداردوفشارخون نرمال است ودر سونوگرافی جنین زنده با FHR منظم گزارش شده است.به نظر نمی رسد اختلال تستهای انعقادی با حاملگی مرتبط باشد. درصورت مفید بودن ختم حاملگی به سیر بهبودی بیمار مجدداً مشاوره شود.؟

روز دوم بستری:مادر Confused است.علایم حیاتی Stable می باشد. علی رغم دریافت مرتب FFP تستهای انعقادی همچنان مختل است.کارکرد شکمی ندارد.به علت اختلال هوشیاری مشاوره نرولوژی درخواست شده و مشاور نرولوژی باتوجه به نبود علایم فوکال عصبی و ادم منتشردرناحیه تمپوروپاریتال چپ در Brain CT Scan برتشخیص آنسفالوپاتی کبدی تاکید می کند. برای مادر مشاوره جهت انتقال به ICU درخواست می شود و انفوزیون Alb20%(باتوجه به پایین بودن آلبومین سرم) وآمپول سفتریاکسون به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز سوم بستری: مادر همچنان لتارژیک است ودیلیریوم دارد.علایم حیاتیStable است.حرکات غیر ارادی دراندامها ودهان مشاهده می شود (بی قرار است) .درچشم ها اختلال بینایی دارد؟ مردمکها مید سایز وراکتیو به نورمی باشد.ته چشم نرمال ورفلکس کف پایی آبوله می باشد.آنزیمهای کبدی وهموگلوبین نسبت به دیروز کاهش یافته است :

indirect Bil=19 Total Bil=26.8 ALP=415 SGPT=95 SGOT=166 Hb=7

مشاوره نرولوژی برای بررسی مسایل عروقی مغز ومشاوره زنان برای ختم حاملگی درخواست می گردد. مشاور نرولوژی درخواست MRIوMRV مغز می کند. در هیچکدام از مطالعات فوق،مشکل توجیه کننده علایم بیمار وجود نداشت وپیشنهاد می شود بیمار از نظر مسایل داخلی بررسی گرددوبرای کاهش ادم مغزی انفوزیون سرم مانیتول 20% بصورت tapering وآمپول دگزامتازون 8mg/q8h وهیپر ونتیلاسیون توصیه می شود.

مشاورزنان برای مادر ایناکشن با رژیم نیم نواک شروع می کند.مادر ساعت 16:45 به بخش ICU ریه منتقل می شود.بعداز انتقال به ICUهوشیاری مادر درحدGCS=7 کاهش می یابد.

علایم حیاتی : BP=110/70 PR=110 RR=20 BT=37.5˚ O2Sat=97%

ABG: PH=7.35 PCO2=34.3 HCO3=18 BE=-5

به علت کاهش هوشیاری با پیشنهاد رزیدنت نرولوژی انفوزیون سرم مانیتول و آمپول دگزامتازون وهیپرونتیلاسیون شروع می شود.

روز چهارم بستری : هوشیاری درحد GCS=6-7 می باشد. دفع مدفوع شل دارد. ایناداکشن با حضور رزیدنت زنان ادامه دارد .تستهای انعقادی علیرغم دریافت مرتب FFP وویتامین K مختل است.به علت کاهش ساچوراسیون اکسیژن به 94% مادر انتوبه شده وبه ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود.درساعت 11:15جنین وجفت باخونریزی اندک دفع می شود وحاصل سقط جنین پسر مرده با سن 20 هفته وبه ظاهر سالم می باشد.

علایم حیاتی : BP=140/70 PR=90 RR=20 O2Sat=100%

براساس مشاوره عفونی چک مجدد مارکرهای اتوایمیون وNH4 ،درخواست HEV Ab,EBV IgG,IgM,Wright,Coobs Wright ،کشت خون در سه نوبت، تجویزقرص Livergol ، ویتامین E وC ،آمپول مترونیدازول،تصمیم گیری برای انجام بیوپسی کبدی به دستورات اضافه می شود.دو واحد پکد سل نیز به مادر ترانسفوزیون می شود.مشاوره جراحی جهت پیوند اورژانس کبد انجام می گیردوایشان پاسخ می دهند"درحال حاضر موردی برای پیوند در استان وجود نداردوامکان انتقال به شیرازنیز ندارد." عصر مادر دچار کریز هیپرتانسیون وتاکیکاردی شده وساچوراسیون اکسیژن بشدت افت می کند(BP=189/106 O2Sat=75% PR=110)ومشاوره قلب ونرولوژی وزنان درخواست می گردد. درمعاینه ریه ها ادم منتشر درهردوریه وجودداشت (درCXR پرتابل افیوژن لاملاردرقله هردوریه وکودورت منتشر باارجحیت نواحی مرکزی دیده می شد).دراکوی Bed Side مشکل حادی درقلب وجود نداشت EF=55% . برای مادر لازیکس ،مورفین وTNG توصیه می شود.

جواب مشاوره نرولوژی: مردمکها میدسایز وراکتیوبه نوربوده،ته چشم نرمال است .رفلکس اکولوسفال مثبت است وباتوجه یافته های فوق ICP بالا وهرنیاسیون رد می شود.جواب مشاوره زنان: باتوجه به گذشت بیش از 24 ساعت از ختم حاملگی ،احتمال شروع پره اکلامپسی منتفی بوده وشروع سولفات منیزیوم اندیکاسیون ندارد.برای مادر سونوگرافی رحمی درخواست می شود.درسونوگرافی 60 سی سی بقایا ی حاملگی دررحم وجود داشت . بااطمینان از خروج کامل جفت وجنین ، ازطریق سرویکس رحم کوراژشده ولخته های کوچک خارج می شود.

آزمایشات:SGOT=77 SGPT=60 ALP=326 Total Bil=24.5 indirect Bil=17.9

PT=33 PTT=51 INR=6.5 Na=147 K=3.3

روز ششم بستری: هوشیاری مادر در حد GCS=5 می باشد.دیسترس تنفسی دارد.فشارخون همچنان بالاست.قلب تاکیکارد است:

علایم حیاتی : BP=174/100 PR=128 RR=28 O2Sat=78%

لوله تراشه،NGT وسوندادرای ترشحات خونی دارند.به اتند محترم ریه اطلاع داده می شود.قطع فنتانیل و شروع پروپوفول و پروپافنون،تغییر Setting ونتیلاتور،انفوزیون کرایوپرسیپیتانت به جای FFP وقطع لازیکس،آمپول ایمی پنم وجوراب ترمبو Order می شود.درCXRپرتابل علایم ARDS وجود داشت.FIO2=100% BE=-10 HCO3=16.7 PCO2=47.6 ABG: PH=7.14

درساعت12:30 ظهر مادر دچار برادی کاردی شده PR=30-35 وعملیات احیا شروع می شود.مادر احیاشده و ساعت 14:20دچار ارست قلبی تنفسی شده ودرنهایت درساعت 14:50 فوت میکند.

جواب آزمایشات: Serum Amylase=90(Normal) BS=55 Cr=0.5 Urea=13

ASMA=1.1(Neg) ALKMA=5.8(Neg) ANA=0.6(Neg) AMA=2.1 (Neg) CPK=240

CPK-MB=55 CMV{ IgG=81 IgM=2.6 CTNI=Neg Anti ds DNA= Neg

HEV=Neg

باتوجه به شواهد بالینی وآزمایشگاهی به احتمال قوی Acute Fatty Liver of Pregnancy علت مرگ می باشد.

توضیحات اعضای محترم جلسه :

1. مادربباردار با علایم ایکتر ومخصوصاً PTبالا باید درهمان مراجعه اول به پزشک به بیمارستان معرفی وبستری می شد.
2. عفونتهای HSV وHEV جزوتشخیصهای افتراقی می باشد.
3. با توجه به سن شروع علایم (14-15 هفته) حدث کبد چرب حاملگی مشکل است ولی قند خون پایین ، SGOT>SGPT، بالا بودن بیلیروبین مستقیم ونرمال بودن پلاکت به نفع تشخیص کبد چرب حاد حاملگی می باشد.
4. کبد چرب حاد حاملگی همیشه با ختم حاملگی بهبود نمی یابد ولی بهتر بود با توجه به وضعیت مادر درهمان ابتدای بستری ختم حاملگی داده می شد.
5. کاهش آنزیمهای کبدی در سیر بیماری نشانه تخریب سلولهای کبدی بوده نه بهبودی پروسه هپاتیت وبایدسونوگرافی کبد مجدد جهت بررسی سیر بیماری انجام می شد.
6. بیلیروبین بالا مقدار Cr را کمتر از مقدار واقعی نشان می دهد و به جای کراتینین سرم ،تیتراژ سیستاتین C قابل اطمینان است. (دربیمارستان امام رضا موجود است).
7. بعداز فوت باید نکروپسی کبد جهت تشخیص علت هپاتیت حاد انجام می شد.

خانم 101

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_4P_1 AL_1 ،سابقه یکبارزایمان طبیعی،یکبارسقط ودوبار لاپاراتومی (سالپنژکتومی به علت EP وآپاندکتومی) ،سابقه فشارخون مزمن ،.حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری ازهفته 8در خانه بهداشت شروع شده ویکبار بار توسط بهورز ویک بار توسط ماما مراقبت شده بود .

نامبرده درهفته 12 بارداری با شکایت درد اپی گاستر وتهوع به بیمارستان الف مراجعه کرده توسط ماما وپزشک عمومی ویزیت می شود .بعداز سرم تراپی وتجویز پتیدین وویتامین B6 ، با تکمیل برگ ارجاع فوری به سونوگرافی ومتخصص زنان مرخص می شود. روز بعد شب به علت سوزش ادرار، بی اشتهایی ، تهوع واستفراغ به مرکز بهداشت شهرستان مراجعه می کند .درمعاینه کول بسته وبدون خونریزی وآبریزش بود.حساسیت مختصر لژکلیه داشت.BP=135/95 BT=37.3 FHR=138برای مادر آنالیز ادرار درخواست می شود. به علت نداشتن ادرار

سرم وصل می کنند . درآنالیز ادرار Blood=2+ Protein=2+ WBC=2-3داشت.مادر باتشخیص احتمالی پیلونفریت به مرکز آموزشی درمانی زنان اعزام می شود .موقع پذیرش (ساعت 00:13بامداد) درمعاینه هوشیارو اریانته بود. III وتوکسیک نبود.تب دار نبود.درد ژنرالیزه شکم با شدت بیشتر درRLQ داشت .درسونوگرافی، جنین زنده با ضربان قلب منظم ،مایع آمینوتیک نرمال وسن 12 هفته و5 روز گزارش شد.BP=130/80 ودرآزمایش CBC لوکوسیتوز WBC=10100 داشت.مادر دراورژانس تحت نظر گرفته می شود . درساعت 3 بامداد ، برای R/O شکم حاد جراحی به بیمارستان جنرال اعزام میشود. درموقع پذیرش دراورژانس بیمارستان (ساعت 3:40 بامداد) علایم حیاتی نرمال بود وبعد از بررسی های اولیه وسونوگرافی Bedside ومشاهده مایع آزاد شکمی در فضای ساب هپاتیک وموریسون وداخل لگن بدون اقدام درمانی خاصی مادر با ماشین شخصی به بیمارستان دیگر ارجاع می شود؟موقع پذیرش دراورژانس مرکز دوم(ساعت 12:10):مادر هوشیار ولیill بود . توکسیک وتب دارنبود.دیسترس تنفسی مختصر وتاکی کاردی داشت . ریه ها پاک بودند.شکم دیستانته بوده وتندرنس ژنرالیزه داشت. علایم زایمانی نداشت.درسونوگرافی Bedside جنین فاقد قلب بود. علایم حیاتی : PR=110 BP=110/70 O2Sat=96%

برای مادر سوند فولی وNGT تعبیه می شود. ترشحات NGT صفراوی بودوبرونده ادراری نداشت.درABG اسیدوز متابولیک با BE=-7 داشت INR>1.5 بود.بعداز سرم تراپی وبرقراری ادرار با نرمال سالین ورینگر لاکتات وتزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک(سفتریاکسون ومترونیدازول) ورزرو FFP وپکدسل ایزوگروپ مادر با تشخیص شکم حاد جراحی به اتاق عمل منتقل می شود.عمل راس ساعت 14 با بی هوشی عمومی وبرش میدلاین شکم شروع می شود.گانگرن رورده باریک دراثر گیر افتادن توسط باند چسبنده در پیچ ایلیوسکال وجود داشت ولی به علت تشکیل Wall off پریتونیت ژنرالیزه ایجاد نشده بود. 20 سانتی متراز انتهای روده رزکت وپس از انترولیزیس بصورت End to End آناستوموز می شود.عمل ساعت 16 پایان ومادر بادستورات : انتقال به ICUجراحی -کنترل علایم حیاتی و I/O -ABG هر12ساعت – آمپول سفتریاکسون 1g/q12h – آمپول مترونیدازول 500mg/q8h – مشاوره زنان ومشاوره عفونی به علت نبود تخت خالی در ICU جراحی، به بخش جراحی منتقل می شود.برای تنظیم همودینامیک CVP لاین تعبیه میگردد. CVP اغلب پایین ودرحد 7-6 بود وبا وجود تزریق چند لیتر نرمال سالین بالا نمی رفت.اسیدوز شدید متابولیک داشت .PH=7.08 HCO3=9.4 PCO2=31 . درساعت 16:30 رزیدنت مشاورزنان، مادررا ویزیت می کند .طبق یاداشت ایشان درمعاینه کول بسته وفاقد خونریزی وآبریزش بودودرخواست سونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت جنین می کند.

جواب مشاوره عفونی :مادرتبدارو ill وToxicاست : BT=38° PR=150 RR=40 می باشد.

درقاعده ریه ها کراکل سمع می شودوتوصیه می کند آمپول سفتریاکسون ومترونیدازول قطع ومروپنم شروع گرددوکشت خون در دونوبت صورت گیرد.درصورت عدم قطع تب درعرض 48 ساعت وبدترشدن وضعیت بیمار ،آمپول وانکومایسین وآمفوتریسین B شروع گردد.

شب ساعت 23:30 با جابجایی یکی از بیماران نسبتاً Stable ،مادر بهICU جراحی منتقل ودستورهپارین 5000 واحد هر8 ساعت- جوراب ترومبو-CXR پرتابل –ویال آلبومین 20% هر12 ساعت (Alb=1.5 بود) - آمپول مروپنم وآمپول مترونیدازول داده می شود.

<u>روز دوم بستری</u>: مادرهوشیاربوده ولی اریانته نیست. علیرغم اقدامات انجام شده وبرقراری ادراراسیدوز ادامه دارد .تستهای انعقادی افزایش یافته است (INR=1.4—2.7)ودرروی قسمت مدیال ران اکمیوز دیده می شود. مشاوره ی داخلی انجام می گیرد وایشان تنظیم دقیق همودینامیک ،تجویز پنتو پرازول، متوکلوپرامیدودرخواست مارکرهای بیماریهای کلاژن واسکولار را توصیه می کند. ظهر بدلیل تنفس سطحی وتاکی پنه مادرانتوبه شده وبه ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. بدلیل پایین بودن فشارخون BP=65 وعدم لمس شدن نبضهای محیطی با نظر مشاور داخلی ،سرم تراپی

وانفوزیون دوپامین شروع می شود. ادم ژنرالیزه دارد .جنین بدون خونریزی واضح دفع شده است (روی پوشاک افتاده بود).رزیدنت زنان بعداز تزریق 4 واحد FFP واصلاح INR، با رزرو 10 واحد FFP ،10 واحد پلاکت و3 واحد پکدسل درساعت 23 شب دراتاق عمل و زیر بی هوشی عمومی کورتاژرحمی کرده وجفت را خارج می کند.

***<u>روز سوم بستری</u>*: علایم حیاتی مادر Stable نبوده ووابسته به دوپامین است .به علت تاکیکاردی HR=150 مشاوره قلب درخواست می شود. مشاور مسایل قلبی را رد کرده وتنظیم دقیق همودینامیک را توصیه می کند .**

***<u>روزچهارم بستری</u>*: علایم حیاتی مادر Stable نبوده وتاکیکارد است .باوجوددریافت 20µg/min دوپامین ، فشارخون پائین BP=80 (CVP=17)می باشد. آنوریک است واسیدوز متابولیک متوسط دارد(PH=7.13) تستهای انعقادی باوجود دریافت مرتب FFP و10 واحدکرایوپرسیپیتانت ،مختل است.مادرجهت Second Look وبررسی محل عمل به اتاق عمل منتقل می شود.شکم حاوی یک لیتر مایع واکنشی بودو لیک محل عمل وdehiscence نداشت .بعداز بستن محل عمل مادربه ICU جراحی منتقل می شود.برای مادر ویزیت مشترک با اتند داخلی گذاشته می شودوایشان واسکولوپاتی وDIC را مطرح کرده وتوصیه می کنند اولاً CXR جهت بررسی موقعیت کاتتر CVP گرفته شودوثانیاً دوپامین را قطع ونوراپی نفرین با دوز 10-15µg/min شروع وتا 30µg/min افزایش داده شود-ونتیلاتور فول سینکرونایزد شود-FDP ،کورتیزول پایه سرم وکرایوگلوبولین تیتراژشده وآمپول دگزامتازون 8mg/q8h شروع شود- لام خون محیطی از نظر شیستوسیت بررسی گردد-اکوکاردیوگرافی اورژانس از نظر کاردیومیوپاتی بعمل آید .**

مادرساعت 6:30 بامداد دچاربرادی آریتمی شده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات :

/5/9

Hb=18.6 RBC=6.5*10^6 WBC=18,600 Neu=90% PLT=277,000

Na=136 K=4.4 Cr=0.7 Urea=30 PTT=27--36 PT=15—20.6 INR=1.4—2.7

/5/10

Hb=21.3 Hct=56.3 PLT=122,000 Urea=44 Cr=1

PTT=58 PT=32 INR=6 SGOT=43 SGPT=22 ALP=41

/5/12

Hb=18 RBC=6.33*10^6 WBC=3,200 PLT=95,000 Cr=1.5

Urea=77

PTT=37 PT=20 INR=2.8 Fibrinogen<60 Mg=1.3 Alb=1.9 Ca=6.5

P=4.6

/5/13

Hb=17.5 PLT=69,000 Cr=2.6 Urea=103 PTT=60 PT>32 INR>6

درلام خون محیطی شیستوسیت 1-0 عدد بود.

علت مرگ : DIC ناشی ازشوک سپتیک می باشد.

توضیحات اساتید:

1. مراقبت بارداری مناسب نبوده وباید پیگیری لازم برای انجام سونوگرافی ومراجعات پزشکی انجام می شد.
2. درزن باردارباسابق EP باید اوایل حاملگی ،سونوگرافی برای رد EP مجدد درخواست گردد.
3. تزریق پتیدین ودرمان علامتی برای زن باردار که سابقه دوبار عمل جراحی داشته وباعلایم شکم حاد (درد اپی گاستر +تهوع واستفراغ)مراجعه کرده است دراورژانس بیمارستان شهرستان اشتباه بوده است ومی بایست مادر جهت بررسی علت درد اپی گاستر وتهوع بستری ویا اعزام می شد.
4. بیمارمشکوک به شکم حاد جراحی دراورژانس بیمارستان جنرال حدود 9 ساعت بدون اقدام خاص درمانی نگه داشته شده وبدون دلیل عملی با وسیله شخصی به بیمارستان دیگر ارجاع شده است.
5. قبل از اعزام به بیمارستان زنان علایم سپسیس در مادر وجود داشته است (نبود برون ده ادراری وتاکی کاردی)وتبدیل سفتریاکسون ومترونیدازول به مروپنم ودوپامین به نوراپی نفرین کار علمی وصحیح می باشد.شوک سپتیک دراثر گانگرن روده تنها موردی است که می توان همراه با مرو پنم(کارباپنم) مترونیدازول وریدی داد ودرمورد این بیمار نیز همین کار شده است.
6. دادن دگزامتازون دراین بیمار مناسب نبوده ومی توان از هیدروکورتیزون با حداقل دوز وبا احتیاط استفاده کرد.
7. کاردیومیوپاتی دراین بیمار نامحتمل بوده ودیدن لام خون محیطی وشیستوسیت کمکی به بیمار نمی کند.
8. علایم بیمار با سپسیس وشوک سپتیک سازگار می باشد.

خانم 102

متوفی خانمی است 28 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_1P_0 ، BMI=26.3، بدون سابقه بیماری خاصی. حاملگی خواسته بوده ومادر مراقبت پیش از بارداری نیزداشته است.

مراقبت دوران بارداری از هفته 9بارداری درخانه بهداشت شروع شده مرتب مراقبت شده بود.آزمایشات اوایل بارداری وهفته 28 نرمال بود.فشارخون مادر در محدوده نرمال بود(BP=90/70).وزن گیری مادر نامناسب بوده ودرهفته های آخر کاهش وزن داشته است. (درطول بارداری مجموعاً یک کیلوگرم افزایش وزن داشته است.) دراواخر حاملگی به علت کاهش وزن به متخصص زنان ارجاع شده بود دربررسی مادر پروتئین اوری وپیوری نداشت وFBS= 65 GTT(1h)=115 GTT(2h)=98 درسونوگرافی رحم، حدود یک هفته تاخیر رشدگزارش شده بود.طبق اظهار خانواده مادر از هفته 36 حاملگی تهوع واستفراغ داشته است.یکبار هم به درمانگاه مراجعه کرده وسرم دریافت کرده بود.مادر به علت دردهای زایمانی به درمانگاه مامایی بیمارستان الف مراجعه می کند.درموقع مراجعه (ساعت 18:45)علایم حیاتی نرمال بود. GA=38w FHR=157.درمعاینه واژینال: TV: 8cm/70% / C/ I/Mobil برای پیشرفت زایمان آمینوتومی انجام می دهند.مکونیوم غلیظ داشت .مادر بعد از تعبیه لاین وریدی ودرخواست آزمایشات روتین سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود.عمل راس ساعت 19:15 با بی حسی اسپینال شروع شده

وحاصل زایمان دختر به ظاهر IUGR وآپگار 10-9 وآغشته به مکونیوم غلیظ ووزن 2300 گرم بود.جنین آسپیراسیون مکونیوم داشت.پرده های جفتی ودسیدوا رنگ گرفته بودند.درموقع برش پوست مایع شفاف (آسیت)خارج می شد.رحم حین عمل هیپو تون بود وبرای پیشگیری از خونریزی 40 واحد سنتوسینون عضلانی و5عدد قرص میزوپروستول رکتال تجویز می گردد.مادر ساعت 21:30 با وضعیت Stable به بخش داده می شود.دستورات بخش : کنترل V/S ,V/B,I/O –سرم رینگر-آمپول آمپی سیلین 2g/q6h –آمپول جنتامایسین –آمپول مترژین25mg تاسه دوز-آمپول هپارین 5000u/TDS –آمپول پتیدینPRN –آمپول ترامادول-شربت MOM -درخواست آزمایشات LFT ,PT,PTT,INR,Bil,Cr,BUN به علت ایکتر

جواب آزمایشات : WBC=18,100 Hb=17—15.6 PLT=91,000—80,000

Total Bil=12.7 SGOT=93 SGPT=106 ALP=501

HBs Ag=Neg INR=1.6 PTT=66 PT=16 BUN=25 Cr=1.8 FBS=68

باتوجه به جواب آزمایشات مشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی بعد از ویزیت مادر،کلستاز وبیماری مزمن کبدی را مطرح کرده و سرم 1/3,2/3 -کنترل LFT وINR وپلاکت هر12 ساعت –درخواست سونوگرافی کبد،طحال ومجاری صفراوی –درخواست سونوداپلر ورید پورت ازنظر ترومبوز-درخواست مارکرهای هپاتیت B,C -مشاوره جراحی-درخواست رزرو 5 واحد FFP– آمپول سفتریاکسون –تیتراژآلبومین وپروتئین سرم-شربت لاکتولوز 25cc/q8h –آمپول ویتامین Kیک عدد وریدی واعزام به مراکز دانشگاهی را توصیه می کند.

علایم حیاتی ثبت شده : 21:30 BP=70/40 HR=120

22:00 BP=70/40 HR=122 درخواست مشاوره داخلی

1:15 BP=150/100 HR=128 4ساعت بعداز سزارین

2:15 BP=150/100 HR=124

مطابق توصیه متخصص داخلی ،سرم رینگر ،آمپول آمپی سیلین ،جنتامایسین ،شربت MOM قطع شده وآمپول هپارین Hold می شودوآمپول رانیتدین وسفتریاکسون شروع می شود. برای مادر10واحد پلاکت و4واحد پکدسل رزرو و4 واحد FFP درخواست وتزریق می گردد.بدنبال تزریق FFP مادر دچار تنگی نفس شده وبا دستور متخصص داخلی 20mg لازیکس تجویز می گردد.مقدار برون ده ادراری 200سی سی درمقابل دریافت 1500سی سی بود(درعرض 5/5 ساعت).مادر ساعت 3:15 بامداد با هماهنگی به بیمارستان ب اعزام می شود.

علایم حیاتی قبل از اعزام : BP=150/100 PR=124 RR=22 BT=36.6˚ GCS=15

مادر ساعت 4:30 دراورژانس بیمارستان ب پذیرش می شود.

علایم حیاتی موقع پذیرش : BP=150/100 PR=120 BT=38.3˚ GCS=15

درمعاینه رحم جمع بود وخونریزی در حد P.P بود.سمع ریه ها نرمال بود.سوفل II-III/VI درکانون میترال سمع می شد.مادربا تشخیص احتمالی سندروم هلپ ودستورات :رژیم NPO، سونوگرافی شکم وبررسی کبد،طحال ومجاری صفراوی –آزمایشات LFT ,PT,PTT,INR,Bil,Cr,BUN –– اسمیر لام خون محیطی جهت بررسی شیستوسیت- آمپول سولفات منیزیوم 4g دوز Loading وسپس 1g/h با کنترل I/O –سرم رینگر 80cc/h –آمپول سفازولین ومشاوره داخلی دربخش ICU بستری می گردد.

جواب آزمایشات : WBC=30,600 Hb=14.1 PLT=53,000

LDH=997 ALP=469 SGPT=71 SGOT=96 Direct Bil=8.7 Total Bil=11.7

Fibrinogen=210 INR=1.8 PTT=54 PT=16 BUN=25.3 Cr=2.1 Uric Acid=10

درسونوگرافی شکم هیدرو نفروز خفیف تا متوسط کلیه راست ،اندازه واکوژنیسته طحال نرمال ،ورید طحال دیلاته ،مجاری صفراوی نرمال ، سایز کبد نرمال با اکوژنیسته بالاوخشن (کبد چرب گرید I-II)، دیلاتاسیون ورید پورت (15میلی متر) ومایع آزاد فراوان داخل شکم ولگن گزارش شده بود.درلام خون محیطی شیستوسیت رویت نشده بود.

بعداز طرح پرونده در مورنینگ ریپورت،دستورات درخواست مارکرهای هپاتیت اتوایمون وهپاتیت ویرال-قطع سفازولین وشروع سفتریاکسون وکلیندامایسین تزریقی ومشاوره عفونی جهت تصمیم گیری برای ادامه آنتی بیوتیکها به دستورات دارویی اضافه می شود.

***<u>روز دوم بستری)</u>*: مادر هوشیار واریانته است.شکم دیستانته وتمپان است.تب بیمارقطع شده است .سمع ریه ها Clear است.علایم حیاتی نرمال است**

آنزیمهای کبدی وهموگلوبین کاهش یافته است.Total Bil=11.7 Direct Bil=8.2 SGOT=58 SGPT=37

Urine Protein=Neg PLT=61,000 Hb=11.1

انفوزیون سولفات منیزیوم قطع وبا توصیه متخصص داخلی قرص پردنیزولون 25 میلی گرم –کپسول امپرازول ،قرص دایمتیکون وکپسول Urserflor تجویز می گردد.به علت گزارش کبد چرب درسونوگرافی مشاوره گوارش درخواست می گردد.

جواب مشاوره گوارش : با توجه به یافته های بالینی وآزمایشگاهی ،درصورت عدم وجود مشکلات زنان، مادر به ICU ریه منتقل گردد. مادر بعداز هماهنگی ساعت 14:50 به بیمارستان ج اعزام وساعت 15:30در اورژانس بیمارستان ج پذیرش شده ومستقیماً به ICU منتقل می شود.

علایم حیاتی موقع پذیرش : BP=132/87 PR=70 BT=37˚ RR=20 O2Sat=91% GCS=15

دستورات بخش ICU : رزرو 5 واحد FFP ،10 واحد پلاکت ،3 واحدپکدسل- چک روزانه تستهای انعقادی ،الکترولیتها، BUN,Cr, CBC,Alb,LFT- تهیه سدیمان ادراری-ادامه دستورات بیمارستان ب.درسدیمان ادراری RBC دیسموفیک وجود نداشت.

***<u>روزدوم بستری در ICU</u>*: مادر هوشیار واریانته بوده واز تهوع واستفراغ گهگاهی شاکی می باشد.تب دار نیست.درمعاینه شکم دیستانسیون زیاد شده وتمپان می باشد ودر RUQ تندرنس وجود دارد.علایم حیاتی نرمالاست. قرص پردنیزولون D.C وآمپول متیل پردنیزولون 30mg/TDS –رژیم مایعات-شربت لاکتولوز هر8 ساعت به دستورات دارویی اضافه می شود.**

***<u>روزسوم بستری در ICU ریه</u>*: مادر هوشیار بوده واز احساس عطش ودرد شکم شاکی می باشد.درسمع قلب تاکیکارد است.سمع ریه ها نرمال است.شکم بشدت دیستانته بوده ودردق تمپان است. در توشه رکتالFecal Impaction دارد.به علت تهوع کتریل وپلازیل تجویزمی شود. طبق مشاوره جراحی، دیستانسیون شکم به علت Fecal Impactionبوده وتوصیه می شود بصورت مرتب هر 12 ساعت انما شود.درآزمایشات افت هموگلوبین داشته وآنزیمهای کبدی نرمال است Hb=9.7 . AST=55 ALT=25 PLT=73,000 Cr=2.7**

اساتید داخلی توصیه می کنند با وجود عدم رویت شیستوسیت درصورت افت پلاکت به زیر 60,000 پلاسمافرزیس مد نظر باشد.به علت ادامه دیستانسیون شکم از طرف سرویس جراحی CT Scan شکم با کنتراست خوراکی درخواست می گردد.

جواب CT Scan: هماتوم در دیواره قدامی شکم همراه با کانونهای حبابی هوای آزاد درپریتوئن ومایع فراوان در شکم ولگن مشاهده میشود. پرگازی در بخشی از لوپهای روده باریک وکولون وجود دارد.حباب گازی درزیر جدار شکم در سمت راست نمایان است.ادم نسوج نرم جدار شکم وفلانکها وهمچنین پلورال افیوژن حجیم دوطرفه با کلاپس ریه زیرین قابل رویت است.

عصر به علت افت فشارخون دوپامین با دوز5µg/kg/min شروع می شود ولی با بالارفتن فشار خون D.C می شود.

***<u>روزچهارم بستری در ICU ریه</u>*: مادر شدیداً آژیته وبی قرار است واحساس خفگی می کند.شکم بشدت دیستانه است.خونریزی واژینال در حد P.P می باشد.درمعاینه ریه ها کاهش صدا در قاعده هردوریه وجود دارد.کارکرد شکمی نداشته است.اولیگوریک است.**

علایم حیاتی: BP=90/50 PR=94 BT=37˚ RR=20 O2Sat=86% Cr=3.4

Urea=132

به علت افت تدریجی ساچوراسیون اکسیژن وهوشیاری، مادر انتوبه شده وبه ونتیلاتوربا مد SIMV وصل می گردد.(مادر حدود2 ساعت بعداز انتوباسیون با آمبوونتیله می شود).به علت بی قراری با فنتانیل سدیت می شود.

در ABG اسیدوز متابولیک دارد.PH=7.27 PCO2=25.3 HCO3=11.4 BE=-13.4 O2Sat=86%

برای مادرTap مایع آسیت زیر گاید سونوگرافی درخواست می شود ولی به علت پرگازی روده ها ممکن نمی شود.تستهای انعقادی مختل است ولی خونریزی ندارد.درکلیه هاآنوری دارد ودر لام خون محیطی Spur Cell فراوان وجوددارد.دوپامین با دوز 8µg/kg/min شروع می شود.براساس دستور اتند ICU : برای برقراری ادرار 500سی سی سرم نرمال سالین انفوزیون 40mg لازیکس بعداز اتمام سرم تزریق می گردد وانفوزیون FFP دو واحد هر 12 ساعت واخذ نوارقلبی توصیه می شود.جریان ادرار برقرار نمی شود.40mg دیگر لازیکس تزریق می گردد ولی تاثیری نمی کند . با اتند نفرولوژی تلفنی مشاوره می شود وایشان تعبیه کاتتر وشروع دیالیز را توصیه می کند ولی به علت Unstable بودن بیمار اقدام نمی شود. به علت وجود QRS Wide درEKG مشاوره قلبی درخواست می شود. مشاور قلب علت QRS Wide را اختلالات الکترولیتی دانسته وچک K,BS,Mg وD.Dimer وCTNI واکوی Bed Side وادامه هیدراتاسیون و tapper کردن نوراپی نفرین را توصیه می کند.مادر در ساعت 00:50 بامداد دچار برادیکاردی شده وارست قلبی تنفسی می کند. عملیات احیا بلافاصله شروع شده وبعداز 20 دقیقه ریتم قلب سینوسی می شود.

علایم حیاتی بعداز احیا : BP=89/50 PR=110

درEKG در لید های aVR, V_1,V_2, پترن RBBB وST elevation در لیدaVR وجود داشت.درABG اسیدوز متابولیک داشت. برون ادراری نداشت . برای مادر نور اپی نفرین با دوز 5µg/kg/min شروع می شود. بعد از احیا انفوزیون فنتانیل قطع وبه جای سفتریاکسون مروپنم تجویز می شود.500cc سرم رینگر(نرمال سالین) انفوزیون کرده و60mg لازیکس تزریق می گردد.

مادر مجدداً در ساعت 3:45 ارست قلبی تنفسی کرده ومتاسفانه به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات :

مورخ :8/16/ WBC=34,200 Hb=11.6 PLT=117,000

PT=14.3 PTT=47 INR=1.37 Cr=3.4

Total Bil=18. 8 Direct Bil=10.3 SGOT=58 SGPT=20 ALP=481 K=5.3

مورخ :8/17/ WBC=42,700 Hb=10 PLT=73,000

PT=18.6 PTT=57 INR=2.26 P=5 Na=130 K=5.7 Ca=9.8 Alb=3

آزمایشات بیمارستان ب

ASMA=Neg ALKMA=12.3(Borderline) ANA=0.6(Neg) AMA=2.1 (Neg)

CMV{ IgG=Neg IgM=Neg EBV{ IgG=Neg IgM=Neg } TOXO{ }

IgM=Neg IgG=Neg{

Coombs Wright=Neg Wright=Neg Anti Phospholipide=Neg Anti Cardiolipin=Neg

HIV(I&II)Ab/Ag(P24)=Neg ↓ Lupus Anticoagolan=Neg Anti ds DNA= Neg Protein

Protein S=51 C=12 Anti Thrombin III=20 ↓ Retic Count=1.7% ↓

ESR=8 CRP=3+ Fibrinogen=303 TG=48 Chol=57 Mg=6.5

Anti HAV Ab { IgG=pos(<0.10) IgM=Neg HBs Ag=Neg}}

تشخیص احتمالی علت مرگ : سندروم هلپ واختلال الکترولیتی ناشی از نارسایی کلیه می باشد. تشخیص افتراقی: ترومبوز ورید پورت

توضیحات اعضای محترم جلسه :

- با وجود فشارخون نرمال ، هموگلوبین واسید اوریک بالاو افزایش آنزیمهای کبدی ودرگیری کلیه به نفع سندروم هلپ می باشد.
- پایین بودن پروتئین C وS وآنتی ترومبین III وجود ترومبوفیلی را مطرح می کند.
- با وجود آسیت وتب بعداز سزارین احتمال اضافه شدن پریتونیت باکتریال را مطرح می کند.
- تجویز سولفات منیزیوم دربیمار آنوریک (آنفریک)اشتباه می باشد.
- دردوره حاملگی باید علت عدم افزایش وزن بررسی کامل می شد.
- با توجه به افت ساچوراسیون اکسیژن ، ریه ها باید بررسی کامل می شدند.

خانم 103

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن شهر ، G_2P_1 ، سابقه یکبارزایمان واژینال 5 سال قبل ، .حاملگی خواسته بوده باسن حاملگی 8-9 هفته.مراقبت قبل از بارداری ودوران بارداری نداشته است وفقط یکبار جهت درخواست آزمایش وسونوگرافی به بخش خصوصی مراجعه کرده بود.طبق اظهار خانواده متوفی ، مادردر هفته 8 حاملگی دراثر حادثه ای که برای پسر 5 ساله اش اتفاق افتاده بود بشدت ترسیده واحساس کرده ته دلش خالی شده است. درمراجعه به درمانگاه گفته بودند مشکلی وجود ندارد واز آن زمان مادردرد کمرودرد قفسه سینه را ذکر می کرد.

6 روز بعد نصف شب بدنبال رفتن به دستشویی ،درد قفسه سینه ودرد کمر افزایش یافته و دچار تنگی نفس می شود.مادررا به بیمارستان الف می برند.درموقع پذیرش دراورژانس (ساعت 1:50 بامداد) از ضعف وبی حالی ،درد قفسه سینه وتنگی نفس شاکی بود.

علایم حیاتی : BP=100/70 PR=120 SPO2=96%

مادر به علت باردار بودن دراتاق زایمان توسط ماما معاینه می شود وایشان بعداز معاینه یادداشت می کند مورد مامایی ندارد ومادر را به اورژانس برمی گرداند.برای مادر نوار قلبی درخواست می شود .به علت اینکه در لید های V_{3-5} و لید I,II دپرسیونST دیده می شد برای مادر با تشخیص آنژین ناپایدار قلبی (UA) شیاف دیکلوفناک سدیم –قرص زیر زبانی TNG –اکسیژن نازال 3-4 لیتر وسرم 1/3,2/3 تجویز می گردد.مادر ساعت 2:15 بامداد برای CCU Care ، با آمبولانس خصوصی به بیمارستان ب منتقل می شود. موقع اعزام علایم حیاتی : BP=110/60 PR=115 بود.موقع پذیرش در اورژانس مرکز ب (ساعت 3) : مادر آژیته ورنگ پریده بود. تهوع واستفراغ داشت .اندامهای تحتانی سرد وسیانوتیک بود. BP=124/76 PR=160 SPO2=87% بدون اکسیژن وSPO2=91% با اکسیژن بود.برای مادر 20 میلی گرم قرص ایندرال و10 میلی گرم متوکلوپرامید وریدی تجویز شده اکوکاردیو گرافی Bed Side انجام می شود. جواب اکوکاردیوگرافی قلب: Severe RVE ,RV Dysfunction,D shape septum , Severe TR ,LVEF=55-60% PAP=48mmHg با اتند آنکال اورژانس تماس می گیرندبا توجه به یافته های اکو کاردیوگرافی به نفع PTE ایشان شروع هپارین فول دوز را توصیه می کنند.5000 واحد هپارین State انفوزیون می شود وساعت 4:20 مادر به همراهی رزیدنت ونرس بخش جهت ادامه درمان به CCU منتقل می شود.

درموقع ورود به CCU مادر لتارژیک وکاملاً رنگ پریده بود. نبضهای محیطی وسنترال لمس نمی شد. تاکی پنه وتاکی کاردی داشت.با اتند آنکال CCU تماس می گیرند وایشان سریعاً بر بالین مادر حاضر می شود.ضمن احیای همو دینامیک با اتند جراحی قلب تماس می گیرندوایشان ذکر می کند به علت اینکه آماده کردن مقدمات عمل طول می کشد بهتر است فیبرینولیتک شروع شود.با اخذ رضایت از خانواده 1.5 میلیون واحد استرپتوکیناز شروع می شود (ساعت 4:35) . در ضمن انفوزیون S.K پروب اکوکاردیوگرافی روی قلب گذاشته می شود. ولی تغییراتی حاصل نشده بود.مادر ساعت 5:00 دچار آسیستول شده وارست قلبی تنفسی می کند. بلافاصله توسط اتند بی هوشی انتوبه شده وعملیات احیا شروع وتا 115 دقیقه ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد.خانواده سابقه مرگ مشابه درهنگام بارداری را در خاله بیمارذکر می کردند.

جواب آزمایشات (ساعت 5): WBC=21,900 Hb=12.5 PLT= 168,000 K=3.6 Na=141

CTNI=0.1 PT=14.4 PTT=97 INR=1.37 PH=7.18 PCO2=50 PO2=13

باتوجه به سیر بیماری ویافته های اکوکاردیوگرافی وبالینی به احتمال قوی Acute PTE علت مرگ می باشد.

توضیحات اعضای محترم جلسه :

1. شروع استرپتوکیناز با توجه به نبود فرصت کافی برای آمبولکتوی گزینه مناسبی بود.
2. تجویز شیاف دیکلوفناک سدیم وقرص زیر زبانی TNG در بیمارستان الف به علت کاهش فشارخون بیمار وهمچنین دادن ایندرال دراورژانس مرکز ب برای کاهش ریت قلبی ، کارغیر علمی می باشد.

خانم 104

متوفی خانمی است 39 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_3P_1 Ab_1 ، سابقه یکبار زایمان واژینال، سابقه GDM وتحت درمان با انسولین ، ،حاملگی خواسته بود ومراقبت دوران بارداری از هفته10 بارداری شروع شده ومرتب مراقبت شده بود. 5 بار به علت عدم وزن گیری به متخصص زنان وداخلی ارجاع شده بود.نامبرده درهفته 40 حاملگی با شکایت درد زایمانی ولک بینی به بیمارستان سطح 1 مراجعه می کند. موقع مراجعه علایم حیاتی نرمال بود.درمعاینه شکم انقباضات فعال داشت. با TV: 2F/Ripe/C/I/float مادربا دستورات سرم رینگر، کنترل علایم حیاتی

، ثبت NST ،آزمایشات روتین ، رزرو دوواحد خون ایزوگروپ وکنترل هر 6 ساعت قند خون درساعت 9:45 صبح در بخش زایمان بستری می گردد .به علت سابقه GDM درخواست مشاوره داخلی کرده وایشان رژیم MSI راتوصیه می کند.متخصص زنان ساعت 11:30 مادررا ویزیت می کند. مادر درساعت 17 درحضور متخصص زنان با اپی زیاتومی ، زایمان طبیعی انجام می دهد وجفت 10 دقیقه بعد بصورت کامل وبدون اعمال فشار خارج می شود.حاصل زایمان نوزاد پسر با وزن 3050گرم وآپگار9/10 بود. بعداز خروج جفت مادر دچار خونریزی واژینال شده (با ماساژرحم کمی جمع می شد ولی دوباره شل می شد).بلافاصله دستورات : اکسیژن تراپی –تعبیه رگ دوم –وصل یک لیتر سرم رینگر وانفوزیون 80 واحد سنتوسینون (50+30) –ماساژ دو دستی رحم.کول توسط متخصص زنان بررسی ومحل پارگی که در موقعیت ساعت 3 بود سوچور زده می شود.به علت ادامه خونریزی 5 عدد میزوپروستول داخل رکتوم گذاشته می شودولی با قطع ماساژرحم شل می شد. 3 عدد آمپول مترژین)عضلانی تزریق می شود.دوواحد پکد سل ایزوگروپ (O-)درخواست می شود ولی دربانک خون موجود نبود.با استاد معین تماس می گیرند وایشان پیشنهاد می کند در بیمارستان اول هیستریکتومی کندواز بیمارستان دوم خون درخواست کند. آمپول پروستاگلاندین $F_2\alpha$ بعداز تهیه درساعت 19/05 تزریق می شود ولی خونریزی ادامه می یابد.

. بعداز تهیه وترانسفوزیون دوواحدپکدسل وتعبیه سوند فولی ،مادربا حالت شوک وفشار خون BP=60/Pulsو GCS=8 PR=160-180به اتاق عمل منتقل وعمل ساعت 19:45 با بی هوشی عمومی شروع می شود. به جراح عمومی اطلاع می دهند وبلافاصله عمل هیستریکتومی شروع می شود.بعداز برش پوست وزیر جلد ماساژدودستی مستقیم انجام می گیرد ولی رحم کاملاً شل بودوناچاراً هیستریکتومی ساب توتال با حفظ تخمدانها ولوله ها انجام می گیرد.بعداز اتمام عمل از واژن Oozing وجود داشت که توسط دو عدد لنگاز پک می شود. جراح عمومی دراواسط عمل در اتاق عمل حاضر شده واقدام به کات دان از بازو وپای راست می کند . درطول عمل 4 واحد پکد سل و4 واحد FFP (دریافتی از سازمان انتقال خون) 4 لیتر رینگر،5لیتر نرمال سالین ،تزریق می شودوبرونده ادراری 600 سی سی بود. عمل راس ساعت 23:35 خاتمه یافته ومادرساعت 23:45 به ریکاوری منتقل می شود.درریکاوری علایم حیاتی : BP=110/75 PR=140 بود. مادر ساعت 00:05 با هماهنگی استاد معین وهمراهی متخصص زنان وعلایم حیاتی BP= 99/69 PR=132 وانتوبه به بیمارستان آموزشی زنان اعزام می شود.درمسیر اعزام : 2واحد پکد سل ازیکی از بیمارستان های مسیر(با هماهنگی قبلی) تحویل وبه همراه3 لیتر نرمال سالین ورینگر تزریق می شود.هوشیاری مادر درحد Obtundation بود.علایم حیاتی : BP= 110/80 PR=115 بدون اکسیژن O2Sat=90-95%وتنفس خودبه خودی داشت.خونریزی فعال نداشت.

جواب آزمایشات قبل از زایمان :Hb=12.4 Hct=35.5 PLT=130,000 BS=117 Pr=Neg ادرار مادر ساعت 1:45 بامداد مستقیماً از آمبولانس به ICU منتقل می شود.درموقع پذیرش GCS=7 BP=60/40 PR=146 RR=24بود.مردمکها بصورت نسبی میدریاز بودند. واکنش به نور نداشت ؟درسمع ریه ها کراکل کورس داشت.شکم دیستانته ومحل عمل خیس بود.اندامها ادماتو وسرد بود وپتشی وپورپورا دراندامها وجودداشت.درشانه راست یک اکیموز نسبتاً بزرگ وجوداشت.برون ده ادراری خوب بود. ازمحلهای تزریق وانسزیون Oozing وجودداشت .

برای مادر دستورات : مانیتورینگ قلبی وپالس اکسی متری مداوم- گلوکومتری وتنظیم قندخون-وصل به ونتیلاتور با مدSIMV - پانسمان فشاری محل عمل- انفوزیون دوپامین (با توجه به فشار سیستولی پایین)با دوز 10-15µg/kg/min -آمپول لازیکس(20+10)-آمپول کلیندامایسین- آمپول

جنتامایسین -امپول سفالوتین وانجام آزمایشات CBC,PT,PTT, Fibrinogen,INR,ALT,AST,ALP,BUN,Cr,K,Na,P,Ca,Alb,ABG. ومارکرهای هپاتیت A,B,C.

جواب آزمایشات: BS=10 PT=30.4 PTT>120 INR>6 Fibrinogen<81

Urea=25 Cr=0.7 Na=148 Ca=7.1 K=4.8 P=8.2 Alb=1.8

Hb=8.8 Hct=27 PLT=50,000 WBC=10.600 SGOT=1341

SGPT=1391 LDH=358 Total Bil=1.9 Direct Bil=1

مارکرهای هپاتیت A,B,C منفی بودند.ABG: PH=6.93 PCO2=29 HCO3=6.8 BE=-24.8

درگرافی سینه پرخونی ناف ریه وجود داشت.

باتوجه به جواب آزمایشات برای مادر دکستروز 50%- بی کربنات سدیم وکرایوپرسیپیتانت ،FFP وپکدسل تجویز می گردد. برای مادر CVP تعبیه وتزریق سرم براساس آن تنظیم می شود. مادردرساعت 10صبح دچاراسهال بسیارشدیدوآبکی شده ومشاوره عفونی درخواست می گردد. مشاور تمام آنتی بیوتیکهارا قطع وقرص مترونیدازول وپنتوپرازول شروع می کند.کشت وآزمایش مدفوع منفی بود.

بعداز رانیماسیون هوشیاری مادر تاحدودی افزایش یافته وبا تحریک درد ناک چشمایش را باز می کرده است.مادر درساعت 16 با هماهنگی قبلی وبا همراهی رزیدنت زنان وبی هوشی درحالیکه انتوبه بوده ودوپامین می گرفت ، جهت ادامه درمان به ICU ریه بیمارستان جنرال منتقل می گردد. درطول 14 ساعت اقامت دربیمارستان زنان ، 22 واحد کرایوپرسیپتانت ،3 واحد FFP ،4 واحد پلاکت و4 واحد پکدسل دریافت کرده بود.موقع پذیرش در ICU ریه (ساعت 16:50) : علایم حیاتی: BP=105/77 PR=130 RR=14 BT=37.5 O2Sat=95% بود.

به علت Pale بودن ملتحمه وپتشی پورپورا یک واحد پکدسل و4 واحد FFP تزریق می شود .تزریق دو واحد FFP هر8ساعت –آمپول سفتازیدیم وسیپروفلوکساسین به دستورات دارویی اضافه می شود.

روزدوم بستری درICU ریه: هوشیاری تغییری نکرده است .سمع ریه ها نرمال وحجم ادرار کم شده وهماچوریک می باشدوعلیرغم دریافت مرتب FFP تستهای انعقادی همچنان مختل می باشد.شکم دیستانته است.عصر مادردچار آنوری می شود. 80 میلی گرم لازیکس بصورت Stateتزریق وسپس 20 میلی گرم همراه هر واحد پکد سل Order می گردد. درسونوگرافی شکم کلیه ها نرمال ومثانه خالی بود. مایع آزاد اندک درشکم وفراوان لگنی وجودداشت.برای مادر مشاوره اورژانسی جهت تعبیه کاتتر برای شروع دیالیز درخواست می شود. Cr= 3.2 بود

روزسوم بستری درICU ریه: هوشیاری درحد Light Coma می باشد. تاکی پنه دارد ودرسمع ریه ها کراکل فاین سمع میشود.خونریزی واژینال وجود دارد.آنوریک است.علایم حیاتی : BP=130/70 PR=98 RR=43

به علت افت هموگلوبین (Hb=5.2)،یک نوبت دیالیز شده ودرحین دیالیز 2واحد پکدسل ترانسفوزیون می شود. آمپول ترانس اگزامیک اسید روزانه یک عدد به دستورات دارویی اضافه می شود.

روزچهارم بستری درICU ریه: خونریزی واژینال کمترشده است . درسمع ریه ها نرمال است. کلیه ها اولیگوریک است.تب دار است BT=37.5.

روزپنجم بستری درICU : علایم حیاتی Stable است.خونریزی واژینال متوقف شده است.همچنان آنوریک است. برای مادر پلاسما فرز ودیالیز روزانه Orderمی شود.

روزششم بستری در ICU ریه: ادماتواست .ترشحات سروزی از محل انسزیون دارد.به علت اختلال تنفس وکاهش صدا درنیم سینه راست با تشخیص پنوموتوراکس (درگزارش گرافی سینه)chest tube تعبیه وحدود 250 سی سی مایع خونابه خارج می شود.درCXR کنترل ،تصویر کدورتهای پارانشیمال وPatchy درقسمتهای میانی وتحتانی ریه راست وپلورال افیوژن دوطرفه گزارش شده بود.

به علت اسهال بررسی از نظر کلستردیوم دیفیسیل درخواست می گردد.

روزهفتم بستری در ICU ریه: اولیگوریک وتب داراست علایم حیاتی: BP=114/67 PR=120 BT=38.5

درABGاسیدوز شدید دارد(PH=7.015 PCO2=51.3 HCO3=12 BE=-16.4)شب درحین دیالیز دچار برادیکاردی شده وآمپول آتروپین تزریق می گردد.

روزهشتم بستری در ICU ریه: درساعت 10:30 صبح دچار ارست قلبی تنفسی شده واحیا می شود.بعداز احیا به علت فشارخون پایین انفوزیون لئوفد ودوپامین شروع می شود.ساعت 23:45 دچار برادیکاردی شده وسپس آسیستول می شودومتاسفانه به عملیات احیا جواب نمی دهد.

جواب آزمایشات : 92/10/13 Hb=4.6 Hct=9.8 WBC=10,600 PLT=7,000 PT=33.6

PTT>120 INR=5.64 FDP>20 D.Dimer>15000

/10/14 SGOT=1096 SGPT=815 ALP=396 Bil (Total) =19 Direct=8

/10/15 Cr=4.7 LDH=2775 CPK=1900 Amylase=245 P=6 Caیونیزه=0.9 Mg=1.8

تشخیص علت مرگ : DIC ناشی از شوک هیپوولمیک

Comment اساتید:

1. تاخیردرشروع تزریق خون وشروع عمل هیستریکتومی موجب شوک هموراژیک وDIC شده است.باید بلافاصله بعداز آماده شدن دوواحد خون وشروع ترانسفوزیون عمل هیستریکتومی شروع می شد .
2. اعزام مادر بلافاصله بعداز عمل با علایم حیاتی ناپایدار اشتباه بوده ،می بایست اول علایم حیاتی را Stable می کردند وبعد مادر اعزام می شد.
3. انتقال مادربه بیمارستان زنان وسپس جنرال اشتباه بوده وباید مستقیماً به بیمارستان جنرال منتقل می شد.
4. درمواقعیکه گروه خونی مادر از گروههای خونی کمیاب می باشدپزشک هنگام بستری مادرباید از رزو خون مطمئن باشد.
5. باتوجه به علایم حیاتی مادرهنگام ورود به اتاق عمل ،مادر درشوک هیپوولمیک بوده است.
6. مادران پرخطر حتماً باید بصورت تیمی مدیریت شوندومتخصص زنان رهبر تیم بوده ومسئول تشکیل تیم می باشد بنابراین می بایست بلافاصله متخصص بی هوشی رادرجریان می گذاشتند.
7. در شهرستانهای اطراف مراغه ،بیمارستانهای مراغه به علت بعد مسافت برای کمک در اولویت می باشند مگر اینکه مادر به اقدامات فوق تخصصی نیاز داشته باشد.

خانم 105

متوفی خانمی است 32 ساله ، دیپلم، G_6P_0 Ab_5 ،Caseشناخته شده ی آیزن منگر شدید(هموزیگوت MTHFR) درزمینه PDA ،سابقه دوبار سقط تراپوتیک وسه بار سقط خودبخودی .حاملگی خواسته بود.

نامبرده داروی بوسنتان راکه از وزارت بهداشت، دریافت می کرده خودسرانه قطع می کند. ایشان پرونده ای در مراکز بهداشتی نداشته است.

پیرو گزارش متخصص زنان شهرستان به ریاست شبکه بهداشت مبنی برمراجعه مادر بارداری با سابقه بیماری پیشرفته قلبی وسن حاملگی حدود 18-17هفته، به علت اینکه با تاکید برختم بارداری ، مادر کلیه مستندات را دریافت و هیچ سابقه ای باقی نگذاشته بود ؛ اقدامات لازم برای شناسائی فعال مادراز طریق اطلاع رسانی به کلیه مراکز و خانه های بهداشت انجام گردید، نهایتاً گروه بهداشت خانواده ،مادررا شناسایی و به علت عدم رضایت به بستری بمدت یک هفته روزانه علائم حیاتی مادر در منزل کنترل و به تیم سلامت گزارش میگردد .مادر پس از یک هفته به بیمارستان زنان مراجعه می کند.درهنگام پذیرش دربیمارستان ،مادر علایم زایمانی نداشت.هوشیار واریانته بود.کلابینگ واضح در انگشتان دست داشت. علایم حیاتی:

BP=100/80 PR=88 RR=18 BT=37 FHR=140 GA=20w,5d O2Sat=91% بااکسیژن

جواب آزمایشات :

Hb=19.1 Hct=58 PLT=85,000 Pr=1+ ادرار WBC=10-12 ادرار

PT=12.6 PTT=34 Fibrinogen=440 Cr=0.9

مادربا دستورات :کنترل علایم حیاتی ،مانیتورینگ قلب جنین ،اکسیژن نازال 2-3 لیتر وپالس اکسی متری مداوم، چک روزانه پلاکت ،فصد خون 200 سی سی هرهفته با جایگزینی سرم تا رسیدن همو گلوبین به 15 ، آمپول هپارین 5000u/TDS ، جوراب ترومبوز، قرص سیلدنافیل 25mg/TDS ، قرص آسپرین 80 میلی گرم روزانه ،کپسول سفالکین ، قرص فرسولین ومولتی ویتامین ،مشاوره قلب وانکولوژی به علت پلاکت پایین دربخش حاملگی پرخطر بستری می شود.مشاور قلب با توجه به آنژیوگرافی سال قبل (RVH,Large PDA,Bilatral shunt ,PAP=135/80)به ختم بارداری تاکید داشت ولی به علت عدم رضایت مادر به ختم بارداری ،مادربه بیمارستان قلب منتقل ودر بخش کاردیوابوستتریک بستری می گردد.مادر درطول بستری گاهی دچار سردرد وتنگی نفس وطپش قلب می شده وبا دادن قرص ایندرال وسرترالین (به توصیه مشاور روانپزشکی)بهبود می یافت. فشارخون در محدوده نرمال بود وساچوراسیون اکسیژن گاهی تا حد 40% کاهش می یافت .در هفته 30 حاملگی به علت شروع درد های زایمانی با بی هوشی عمومی دربیمارستان قلب سزارین شده وحاصل زایمان نوزاد پره ترم وIUGR با آپگار 6/7 بود .مادر 5 روز بعد از زایمان دچار تنگی نفس ناگهانی وطپش قلب شده وبه بخش CCU منتقل می گردد. O2Sat=37% بااکسیژن بود. با اقدامات انجام شده ساچوراسیون اکسیژن به 83% افزایش می یابد.

روز بعدمادر به بخش منتقل می گردد.دربخش دردهای غیر اختصاصی مانند گرفتگی عضلانی ،درد گردن وکمردرد داشت وشدیداً آژیته بوده و سیانوز مرکزی داشت.در ساعت 15 به علت دیسترس تنفسی اقدام به انتوباسیون مادر می شود. درحین انتوباسیون دچار برادیکاردی وآسیستول شده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد .

تشخیص علت مرگ : احتمالاً آمبولی مغزی در زمینه ترومبوسهای in situ می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. **با توجه به اینکه مادر با کوچکترین فعالیت دچار تنگی نفس می شد انجام سزارین درمادر تصمیم درستی بوده است.**
2. **عدم توجه مادروخانواده به توصیه های پزشکان وپرسنل درخصوص عدم بارداری موجب مرگ مادر شده است.**

خانم 106

متوفی خانمی است 30 ساله ، G_3P_1 AL_1 ، سابقه یکبارزایمان واژینال ویکبارسقط دوسال پیش. حاملگی خواسته بود.

مادر در هفته 16 حاملگی با شکایت گلودرد ، تنگی نفس وسابقه علایم شبه آنفلوانزا از یک هفته قبل به بیمارستان الف مراجعه می کند.موقع مراجعه (ساعت 18:30)تاکی پنه وویزینگ منتشر در هردو ریه و اریتم گلو وفارنکس راداشت.

فشارخون BP=80/50 . برای مادر اکسیژن نازال -نیم لیتر سرم نرمال سالین -نیم لیتر سرم 1/3,2/3 ومشاوره داخلی Order می شود.مادر درساعت 19:20با دستور تلفنی دستیار داخلی بادستورات :درخواست آزمایشاتCBC with dif f,Cr,BUN,ALT,AST.FBS,PT,PTT سونوگرافی کبد وطحال ، آمپول سفتریاکسون وهیدروکرتیزون دربخش داخلی زنان بستری می شود.

درساعت 20:30 پرستار بخش به علت فشار پایین مادر واظهار آبریزش با دستیار داخلی تماس می گیرد وایشان تلفنی دستور درخواست آنالیز ادراروconst مشاوره اورژانسی زنان را می دهد. متخصص زنان بدون ویزیت مادر، تلفنی دستور می دهد ماما مادر را دراتاق زایمان ویزیت کرده ونتیجه را به ایشان گزارش دهد. بعداز گزارش نتیجه معاینه ،متخصص زنان اعلام می کند مادر مشکل مامایی ندارد. دستیار داخلی ساعت 1:00 بامداد (بعداز 6.5 ساعت) مادررا ویزیت می کند طبق یادداشت ایشان : مادرهوشیار ولی مضطرب است.سمع ریه ها Clear می باشد.BP=80/50 PR=82 RR=18 (طبق اندازه گیری پرستاربخشBP=65/50 PR=85).از سوزش سردل شاکی است.

جواب آزمایشات:WBC=2,700 Hb=11,5 PTT=41 PLT=23,000

باتوجه به جواب آزمایشات ساعت 2:45 مادر باتشخیص احتمالی سندروم هلپ با علایم حیاتی BP=50/puls PR=85 O2Sat=96% با همراهی ؟؟؟به بیمارستان آموزشی زنان اعزام می شود.هنگام پذیرش (ساعت 5 بامداد)علایم حیاتی:BP=100/60—80/40 PR=103 RR=30 BT=36 O2Sat=89%--84% U/O=1400cc بود.

درمعاینه هوشیارولی ill بود.ایکتر ،تاکیکاردی وتاکی پنه داشت.درمعاینه گلو اگزودای سفید داشت.درسمع ریه ها ،کاهش صدا درقاعده هردوریه داشت.درمعاینه شکم تندرنس ژنرالیزه وجودداشت.فاقد آبریزش بود.خونریزی درحد mens داشت.سایز اندامهای تحتانی یکسان بود.مادربلافاصله بعداز پذیرش به ICU منتقل می شودبا دستورات :مانیتورینگ قلبی وپالس اکسی متری مداوم –رزرو 4واحدپکدسل ،10واحدپلاکت و5 واحدFFP – کنترل علایم حیاتی-کنترل علایم زایمانی وI/O –سرم رینگر –آمپول سفتریاکسون- سونوگرافی شکم وCXR –درخواست آزمایشات CBC,BS,PT,PTT,INR,LFT,B/C,U/C,Na,K,Mg

درسونوگرافی جنین بدون قلب باسن 14هفته و2 روز مشاهده می شد.مایع آزاد درلگن وداخل شکم وپلورال افیوژن درنیم سینه راست وجود داشت.جواب آزمایشات: Hb=11.1 Hct=34 PLT=50,000(35000) WBC=5,100

INR=2 Fibrinogen<81 PTT=50 PT=17.2 Neut=79% WBC=9600(4500)

CRP=1+ Alb=2.4 K=3.3 Na=152 P=4 Cr=1.4 Urea=54

Uric Acid=7.9 BS=53 Total Bil=4 Urine Pro=Trace

CPK=326 Lipase=131 Amylase=163 ALP=325 SGPT=550 SGOT=1770

CPK-MB=126 BE= -20 PCO2=30 HCO3=11 PH=7.30 : ABG

بعدازآماده شدن جواب آزمایشات ،طی تماس تلفنی با رزیدنت داخلی واتند آنکال زنان، مادر درمعیت رزیدنت ارشدزنان وتکنسین بیهوشی با تشخیص احتمالی TTP /DIC به ICU ریه بیمارستان جنرال منتقل می شود. علایم حیاتی موقع اعزام به به بیمارستان جنرال :

O2Sat=93% RR=48 BT=36.8 PR=108 BP=85/38

موقع پذیرش درICU ریه هوشیاروواریانته بود.تاکی پنه داشت.مخاطات کاملاً خشک بود.به دستورات قبلی،آمپول ایمی پنم-سیپروفلوکساسین وکلیندامایسین وتزریق FFP هر8ساعت دوواحد اضافه می شود.جنین خودبخوددفع می شود.بعداز خروج جفت رحم جمع شده وخونریزی درحد P.P بود.شب به علت دیسترس تنفسی انتوبه شده وبه ونتیلاتوربا مدSIMV وصل می گردد.

<u>روزدوم بستری در ICUریه</u> : هوشیاری مادر کاهش یافته است. (سدیت می باشد)ill وتوکسیک می باشد.سمع ریه ها Clear وقلب تاکیکارد است. کلیه ها آنوریک وتستهای انعقادی مختل می باشد.علایم حیاتی :BP=110/70 PR=124 O2Sat=95%

برای برقراری جریان ادرار500 سی سی نرمال سالین درعرض نیم ساعت انفوزیون وسپس 40 میلی گرم لازیکس تزریق می گرددولی موثر واقع نمی گردد.20میلی گرم دیگر تزریق می شود.ادرار برقرار نمی شود. عصرمادر دچارافت فشارخون درحد BP=70/30 داشت.500 سی سی نرمال سالین درعرض یکساعت انفوزیون ونوراپی نفرین با دوز 5µg/kg/min شروع می گردد.

به علت بالابودن آمیلاز ولیپاز مشاوره جراحی درخواست می گردد.مشاور جراحی توصیه به انجام CT Scan شکم با کنتراست خوراکی واصلاح آب والکترولیت وتستهای انعقادی می کند.برای تنظیم آب والکترولیت تعبیه CVP Line پیشنهاد می شود ولی به علت اختلال تستهای انعقادی انجام نمی گیرد.شب ساعت 22:15 مادردچار ارست قلبی تنفسی شده واحیا می گردد. بعداز احیا از مخاطات خونریزی داشت.

علایم حیاتی بعداز احیا: BP=140/83 PR=150 O2Sat=96%

یک ساعت بعدمجدداً ارست قلبی کرده واحیا می شود.درساعت 1:30 بامداد برای بارسوم ارست قلبی تنفسی کرده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات :CTNI=Neg Troponin=1.69 B/C=Neg U/C=Neg

آزمایشات روز آخر : Hb=7.9 PLT=21,000 PT>38 PTT>120 INR>8 Cr=2.5

درCXR اپاسیتی درقاعده لوپ تحتانی ریه چپ دیده می شد.

درسونوگرافی شکم سایزواکوژنیسته کبد نرمال وکیسه صفرا حاوی چندین ناحیه اکوژن بود.مجاری صفراوی دیلاته نبود.درCXR پرتابل زوایای جنبی دوطرف باز بودوکدورت پارا هیلر دوطرف بویژه سمت راست مشهودبود.

تشخیص علت مرگ : سپسیس درزمینه یک کانون عفونی (با احتمال قوی کوریوآمینیت).

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادرکلاً mismanage شده است .
2. متخصص زنانی که مادررابا شکایت تب ولرز ویزیت کرده بود قصور کرده وبایستی مادر رابستری وبررسی کامل می کرد(حداقل یک سونوگرافی جهت بررسی سلامت جنین انجام می داده است)
3. درمان آنوری در ICU ریه باید تحت نظارت بخش نفرولوژی انجام می شد.

خانم 107

متوفی خانمی است 23ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ،حاملگی خواسته بوده واز هفته 7حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت ومتخصص زنان درشهرستان قرارگرفته است . مشکل خاصی درپرونده قید نشده بود. درهفته 16 بارداری ساعت 13 حین بازگشت ازمراسم عزاداری دچار سرگیجه وتهوع می شود درهمین زمان فشار خون بیماررا BP=60/50 اندازه می گیرند.بلافاصله بیماررا با وسیله شخصی به اورژانس بیمارستان می برند.موقع پذیرش (ساعت 13:30)سردرد ،استفراغ ،تنگی نفس واختلال هوشیاری داشته است .برای بیمار سرم دکستروز 5% وپلازیل تزریق می گردد وبا تشخیص احتمالی ضایعه مغزی ویا مشکل روانی با آمبولانس به همراه ،همراه درمانی به بیمارستان خصوصی (با اصرار همراهان) اعزام می کنند. موقع اعزام GCS=12 ،BP=105/70 بود.درحین انتقال دچار حرکات تشنجی مشکوک نیز شده بود.بیماررا درساعت 15:30بجای بخش خصوصی به اورژانس مرکز آموزشی درمانی می برند.موقع پذیرش BP=150/90 PR=45 O_2Sat=85% مادر لتارژیک ،دارای حرکات تشنجی تونیک کلونیک وخروج کف از دهان بود.ریه ها Clear بودند.از بیمارنوار قلبی گرفته ومانیتورینگ قلبی می کنندواکسیژن با کانول بینی وصل کرده باتشخیص احتمالی پره اکلامپسی 2g سولفات منیزیوم وریدی تزریق وسرم نرمال سالین وصل می کنند.درساعت 16 توسط رزیدنت نوروسرجری ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان هوشیاری بیمار درحد Light Comaبوده وحرکات هرچهاراندام با تحریک دردناک Withdrawal ،کف پایی دوبل .Ext تنفس خودبخودی ومردمک هاایزوکوریک (3mm) وراکتیو به نور (ضعیف) و2+ =DTRبود.

به علت خرابی سی تی اسکن مرکز، بیماررا جهت اسکن مغز به بیمارستان دیگر می فرستند.در هنگام بازگشت GCS =3 ومردمک ها مید سایز ، فیکس ونان راکتیو بود . در اسکن مغز خونریزی 3* 5درنیمکره راست مخچه مشاهده می شد.بیماررا انتوبه کرده وسوند مثانه تعبیه می کنند.، مانیتول 20% وسرم فنی توئین انفوزیون می گرددوآزمایشات تعیین گروه خونی ورزو 4واحد خون ،PT ,PTT,Hbمی کنند.درساعت18:30بیماررا با بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی قرارداده ، هماتوم تخلیه وشنت تعبیه می گردد. ساعت 22:30بیمارباتنفس خودبخودی وO_2Sat=%100 وفشارخون120/70 =BPبا دستورات : مشاوره زنان ،کنترل شنت ،جوراب آنتی ترومبوز ،تغییر پوزیشن ،گاواژمایعات ،آمپول دگزامتازون ،رانیتیدین ،مانیتول 20% 150سی سی هر8ساعت ، دوپامین 10قطره دردقیقه وافزایش تا25قطره (تاافزایش فشار خون سیستولی تاmmHg120) ،آمپول فنی توئین وآمپول سفتریاکسون وانتقال به ICU درصورت خالی شدن تخت ، به بخش جراحی مغزتحویل داده می شود. بیمار روز چهارم بستری به ICU منتقل می شود.

درسونوگرافی رحم که روزدوم جهت بررسی وضعیت جنین بعمل می آید جنین زنده ،متحرک ، با قلب ومایع نرمال گزارش می شود.در پاسخ مشاوره زنان ،قیدشده بود چون جنین Viableنیست نیازی به اقدام خاصی نیست وفقط مواظب خونریزی واژینال باشید.درسونوگرافی روز ششم بستری جنین مرده گزارش شده ودرمشاوره رزیدنت محترم زنان استفاده از شیاف میزوپروستول ویا پروستاگلاندین E_2جهت Ripeningکول توصیه می

کندودرنهایت روز هشتم جنین سقط می شود. فشارخون بیمارهمواره BP =80-90/50-60قید شده بود.درطول بستری 4واحد پکدسل تزریق شده بود.دریافت سرم مانیتول تاروز هفتم بستری ادامه داشته است.دوپامین فقط دو دوز تزریق شده بود.از روز پنجم بستری بصورت متناوب دچار کاهش O_2Satواسیدوز متابولیک شده بود.از روز ششم بستری دچار هیپر ناترمی (تا حدود Na=177)واز روز هشتم افزایش BUN ,Crمی شود.در روز ششم بستری درگرافی سینه کدورت وسیع وپلورال افیوژن گزارش شده بودولی درمشاوره ریه، سمع ریتین مشکلی نداشت وفقط تغییر Setting ونتیلاتورسفارش شده بود.در طول بستری 3بارمشاوره داخلی وکلیه شده بود (به علت هیپر ناترمی وافزایش کراتینین) ودرپاسخ مصرف دسموپرسین وتنظیم I/Oاتوصیه شده بود.بیمار روز دهم بستری ساعت 13:40 دچار ارست قلبی تنفسی شده وبه احیا پاسخ نمی دهد.

تشخیص احتمالی :ICHوسیع مخچه درزمینه احتمالیAVM +هیدروسفالی حاد

خانم 108

متوفی خانمی است 29ساله ، ساکن شهر، $G_2P_1Ab_0$، زایمان اول 16ماه قبل باسزارین انجام گرفته ،حاملگی ناخواسته بوده وازهفته 18متوجه حاملگی شده بود.مادربا تزریق آمپول ودستکاری اقدام به سقط جنین کرده منتها جنین ها دوقلو بوده وفقط یکی از جنینها تلف شده وقل دوم زنده می ماند.مراقبت دوران حاملگی در بخش خصوصی (توسط متخصص زنان)بصورت مرتب صورت گرفته است. سابقه بیماری خاص ویا مشکلی دردوران بارداری نداشته است. مادر به پزشک معالج مراجعه و جهت سزارین به علت سابقه سزارین وجفت سرراهی توصیه به بستری دربیمارستان خصوصی می شود.

متوفی ساعت 6:30 صبح با علایم حیاتی BP =90/60 PR=76 RR=17 BT=37°c بستری شده وساعت 9am با بی هوشی عمومی تحت عمل جراحی قرار می گیرد.بعد از خروج جنین پزشک متوجه تهاجم جفت به بافت رحم ومثانه می شود(جفت اینکرتا).بعلت مشکل تصمیم گیری جهت هیستریکتومی (از نظر اخلاقی) وتلاش برای حفظ رحم بیمار دچارخونریزی زیاد می شود.ازهمکاران مجرب جهت کنترل خونریزی درخواست کمک می شودودرنهایت هیستریکتومی می کنند.دراواخر عمل بیماردچار oozing ازمحل سوچورهاشده وبا شکDICازمتخصص داخلی نیزدرخواست کمک می شود.برای بیمار 8واحد پکدسل ،9واحد FFP، 10لیتر کریستالوئید ، آمپول پروستادین ومترژین تزریق شده وجدار شکم باگذاشتن چهار درن بسته می شود(اتمام عمل 12:30).وضعیت همودینامیک unstable وفشار بیمار بین60/pو 110/50 درنوسان بود.ادرارکم وخونی شده برای بیمار سرم دوپامین و40 mgلازیکس تزریق می گرددولی در برونده ادراری تغییر چندانی ایجادنمی شود.بیمار تایک ساعت بعداز اتمام عمل دراتاق عمل مراقبت می شود.دراین مدت 10cc10%کلسیم گلوکونات بصورت وریدی تزریق می کنند.درساعت14 بیمار به بخش ICUمنتقل شده ودرحین جابجایی دچار افت فشارخون و برادی کارد شده وبدنبال آن ارست قلبی تنفسی کرده واحیا می گردد.بعداز نیم ساعت ریتم قلبی، سینوسی میشود. درساعت14:50 دوباره ارست کرده ودرساعت15:30 فوت می کند.

آزمایشات:Hb=11 Hct=32 WBC=27000 Plat=105000 INR=8.5

PT>35" PTT>120" INR=8.5

تشخیص احتمالی : خونریزی زیاد به علت تاخیردر هیستریکتومی وواکنش به ماسیو ترانسفیوژن

خانم 109

متوفي خانمي است 23ساله ،ساكن واهل روستاي اصلي ،ديپلم ،خانه دار ،G_1P_0،به علت نازايي 5سال تحت درمان متخصصين زنان قرار گرفته است.LMP=86/3/20و EDC=86/12/27 از هفته7 بارداري تحت مراقبت خانه بهداشت قرار گرفته ،5بار توسط بهورز ،4 بار توسط ماما و4 بارتوسط پزشک تيم سلامت مراقبت شده بود.همزمان تحت مراقبت متخصص زنان نيز بوده و15 روزيکبار ويزيت مي شده است.درطول بارداري فشارخون بالا نداشته ولي ادم اندامهاوافزايش وزن سريع(19 کليوگرم ازاول بارداري)داشته است.بيمار درتاريخ 86/4/28 به علت ضايعات اکيموتيک روي اندامها به متخصص هماتولوژي ارجاع وتوسط ايشان ويزيت شده ودر خواست CBC وآزمايشات ديگر شده بود.در آزمايشات درخواستي PlT=89000 ANA=Neg CRP=Neg PT,PTT افزايش يافته بود. بيمار با تشخيص ITP تحت مراقبت قرار مي گيرد.(هر 15 روزيکبار ويزيت ودرخواست آزمايش مي شد) .همچنين درسونوگرافي مورخ 86/4/26 اندازه طحال بزرگ با ابعاد 218*103 واکوژنيسته هموژن وخشن شدن اکوژنيسته کبد گزارش شده بودوبا احتمال هپاتيت مزمن پيشنهاد کنترل آزمايشات کبدي داده بودندولي جواب آزمايش در پرونده نبود.متخصص هماتولوژي در تاريخ 86/11/4(هفته 33 حاملگي)به علت نزديکي زمان زايمان 75mg/d پردنيزولون شروع کرده ودر جواب مشاوره متخصص محترم زنان نوشته بودند عمل جراحي ويا زايمان با پلاکت 59000 بلامانع مي باشد 8روز بعداز شروع کورتون مادر به علت احساس کاهش حرکات جنين ولک های روی شکم به بیمارستان الزهرا مراجعه می کند، ضایعات استریا تشخیص داده شده وقلب وحرکات جنین نرمال بود وتوصيه شده که هنگام شروع دردهاي زايماني مراجعه کند.4 روز بعد (هفته 35 بارداري)مادر بعد از صبحانه به دستشويي رفته ودرآنجا دچارسنکوب می شود.بيمار توسط اطرافيان به بيمارستان برده مي شود. دراورژانس بيمارستان موقع پذيرش مادر و جنين فاقد علايم بودند.(فاصله منزل تا بيمارستان حدود 10دقيقه مي باشد.)دراتوپسي درداخل شکم حدود3.5-3 ليتر خون وجود داشت.

آزمايشات :

هفته 7 :

PlT=89,000 PT=15.3 PTT=32 INR=1.38

هفته 10: PLT=38,000

هفته 13: PLT=50,000

هفته22: $ESR_{(1h)}$=6 $ESR_{(2h)}$=23 BT=4 CT=7.45

$WBC=4.6*10^3$ $RBC=3.47*10^6$ Hb=11.5 MCV=99 MCH=33 MCHC=33

هفته25: PLT=62,000

هفته 31: BT=3.45 CT=5 PTT=51 Fib=221 WBC=4500 Hb=11.4 PLT=89,000

PT=16.1 INR=1.4

هفته33: PLT=58,000

متوفی خانمی است 28 ساله ، ساکن روستای سیاری ، کاشکتیک ، تحت پوشش کمیته امداد ، حاملگی خواسته بوده ، G_1P_0 با LMP نامشخص، مراقبت دوران بارداری نداشته . فقط یکبار توسط پزشک عمومی ویزیت شده و به علت ظاهر ایکتریک و ضعف در خواست آزمایش کرده ولی مادر به آزمایشگاه مراجعه نکرده بود. متوفی به علت شروع دردهای زایمانی به تسهیلات زایمانی مراجعه می کند . مادر توسط ماما ویزیت می شود با علایم Bp=100/70، BT=37. 8 °c ، در معاینه واژینال دیلاتاسیون و افاسمان کامل ، پرزنتاسیون سفالیک، ایستاسیون 1 + ; FHR خوب، لگن نرمال با تقارب نسبی - کیسه آب در ضمن معاینه پاره می شود. برای بیمار IVLine با سرم رینگر تعبیه شده جهت زایمان آماده می شود و از مامای همکار درخواست کمک می شود. ایشان در هنگام معاینه متوجه بوس1 * 1 سر جنین شده وبا بیمارستان تماس می گیرد ولی متخصص زنان حضور نداشت. با بیمارستان شهرستان دیگر هماهنگ شده ، بیماربه همراه ماما اعزام و در ساعت 12:50 ظهر با علایم Stableبه بیمارستان تحویل داده می شود. در هنگام پذیرش در بیمارستان جنین تاکیکارد (FHR=172) بوده و به علت وجود بوس شدید و ارست زایمانی مادر را جهت سزارین به اتاق عمل می فرستند .سزارین ساعت 14:05 با بیهوشی عمومی شروع شده نوزاد پسر با آپگار 4- 3 آغشته به مکونیوم غلیظ ،حدوداً ترم با وزن 2/700 کیلوگرم خارج می شود . بیمار ساعت 14:35 با وضعیت خوب به بخش تحویل داده می شود .

دستورات پزشک بعد از عمل: کنترل خونریزی،کنترل علایم حیاتی، سفتریاکسون ، جنتامایسین ، شیاف ایندومتاسین - آمپول ترامادول و 30 واحد سنتوسینون و مترژین. بود و قبل از عمل نیز 2گرم کفلین طبق روتین بیمارستان تزریق شده بود.مادر بعداز به هوش آمدن شیر دهی داشته است.

درساعت 15:30 مادر دچار افزایش تب درحد BT=39.5°C، افت فشار و تاکی کاردی PR=150 ، BP= 70/50 می شود. به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان تلفنی دستور تزریق سرم بصورت شوت و درخواست خون می دهد . در ساعت 16:15 دو باره با پزشک تماس گرفته می شود وساعت 16:30 متخصص بربالین بیمار حاضر می گردد .طبق مندرجات پرستار بخش،رحم منقبض وزیرناف بود. خونریزی واژینال و خونریزی ازمحل عمل و محل تزریقات نداشت out put=1750 cc ادراربود. متخصص زنان با احتمال خونریزی داخلی و هماتوم رتروپریتوئن بیماررا جهت لاپاراتومی به اتاق عمل می برد و ازمتخصص جراح عمومی درخواست کمک می کند . بلافاصله بعد از لاپاراتومی بیمار دچار ارست قبلی تنفسی می شود .در ضمن CPR برای جلوگیری از خونریزی احتمالی هیسترکتومی می شود. در هنگام لاپاراتومی در شکم 1/5-2 لیترمایع خونابه ای و0cc 50 خون لخته در داخل شکم وجود داشت بیمار به CPR پاسخ نمی دهد و ساعت 17:50 فوت می کند .

آزمایشات : Hct=20 Hb=6.5

تشخیص احتمالی گذاشته شده توسط پزشکان معالج شوک سپتیک یا آمبولی مایع آمینوتیک بود ولی کمیته علت مرگ را آنمی مزمن وشوک هموراژیک تشخیص داد.

خانم 111

متوفی خانمی است 36ساله، ساکن روستای اصلی ، بی سواد وکشاورز ،$G_8P_7AL_5Ab_0$،آخرین زایمان 3سال قبل بود. وسیله پیشگیری مصرف قرص به صورت نامرتب ،حاملگی ناخواسته بود. نامبرده ازهفته 12 بارداری تحت مراقبت بهورز قرار گرفته و5بار مراقبت شده است. آزمایشات دوران بارداری وسونوگرافی راعلیرغم تاکید بهورز انجام نداده است. متوفی در دوران بارداری مشکلی نداشته و به توصیه متخصص زنان جهت انجام زایمان و TLبه بیمارستان مراجعه می کند ولی به علت عدم رضایت همسر بستری نمی شود.شب همان روز در منزل زایمان می کند.بنا به اظهار مادر

بیمار درزایمان مشکلی نداشت وبچه نیز سالم بود. دوروز بعد دچار درد شکم وسرفه می شود با زیاد شدن دردبه بیمارستان مراجعه میکند در بیمارستان موقع پذیرش ساعت18:35 تنگی نفس داشته واز ضعف وبی حالی شاکی بود.هوشیار وPaleبود به سولات به خوبی پاسخ می داد.برای بیماردرخواست همو گلوبین، اوره ،کراتینین وکراس مچ ورزو 3واحد خون میشود. یک لیتر سرم رینگر وصل وتحت مونیتورینگ قلبی قرارداده وسوند مثانه می زنند.

دراورژانس علایم حیاتی به شرح ذیل بود :

ساعت 18:50 BP=110/70 HR=140 SatO2=98% ساعت19:05

BP=130/70 HR=147 SatO2=99% ساعت 19:20 BP=140/70

HR=143 SatO2=98% ساعت 19:35 BP=140/100 HR=147 SatO2=99%

بیماردرساعت 20:10 توسط متخصص قلب ویزیت وبا تشخیص احتمالی آمبولی ریه جهت مراقبت بیشتر به بخش CCUمنتقل می شود.درشرح حال متخصص قلب :معاینه قلب نرمال بدون سوفل وصدای اضافی ،ریه ها پاک فاقد کراکل وویز،ادم 1+دراندام ها، دیسترس تنفسی خفیف ورنگ پریدگی داشت. دربخشCCU پرستار حین خونگیری متوجه عدم انعقاد خون می شود وبرای بیمار در خواست PT,PTT,INR می کند.درساعت22:35 با تشدید تنگی نفس بیمار به متخصص قلب اطلاع داده میشود .با حضور ایشان بیمار اکو شده وCXRپرتابل تهیه می شود وبیمار در همین حال دچار ارست قلبی تنفسی شده واحیا می گردد. در گزارش اکو :هیپو کنیزی گلوبال قلب با EF=15-20%بزرگی قابل توجه بطن ودهلیز راست با TR^{2+} بدون افیوژن پریکاردیال.در گرافی سینه: بزرگی قلب همراه با برجسته شدن عروق اطراف ریه وجود داشت.(نمای قلب در حالت پره ارست)

آزمایشات : Hb=9. Cr=0.8 Urea=30 PT=20" PTT=69" INR=2.2

بیمار در ساعت23:45 به علت نیاز به ونتیلاتور وICU همراه با تکنیسن بیهوشی با آمبو بگ به مرکز استان اعزام میشود ودر مسیر اعزام فوت میکند.

تشخیص احتمالی : 1- سپتیک شوک ناشی از بقایای جفت 2- آمبولی ریه

خانم 112

متوفی خانمی است 29 ساله ، ساکن روستای اصلی ،G_1P_o ، قد140 ، BMI=27. اولین مراقبت دوران بارداری در هفته 8 بارداری انجام گرفته و مرتب مراقبت شده بود .درآزمایشات اوایل بارداری مشکل نداشت . در ماه اول بارداری عفونت دندانی داشته که توسط بهورز درمان شده بود. در هفته 16 بارداری سوزش ادرار و لک بینی داشته و به متخصص زنان ارجاع شده ولی پسخوراند نداشت . همچنین در طول دوران بارداری گهگاهی دچار اسهال و درد شکم می شده است .

مادر در هفته 26 حاملگی (طبق LMP) شب ساعت 23:30دچار تشدید درد پهلوی چپ که از یک هفته قبل شروع شده بود ، می شود و ظهر به متخصص ارولوژی مراجعه و بعد از سونوگرافی در بیمارستان بستری می گردد. در سونوگرافی دیلاتاسیون1/3 پروگزیمال حالب چپ ،سنگ حالب چپ + هیدرونفروز گرید 2 کلیه چپ و جنین نرمال 24 هفته گزارش شده بود. در موقع بستری تب دار نبود ، شکم نرم ، BS+ ،BP =90/65 ، Hb = 10/1 بود. تحت درمان دارویی (آمپی سیلین ، پتیدین ، شربت M.O.M وپلازیل) قرار می گیرد .بیمار صبح فردا ساعت 5:35 بدنبال درد

شدید و آبریزش در بخش در حضورپرستار زایمان زود رس انجام می دهد و یک نوزاد با آپگار 1-0 با وزن 600 g بدنیا می آید .به علت حونریزی زیادوعدم قبول مسئولیت جراح عمومی با بیمارستان زنان هماهنگ شده، به همراه دو همراه درمانی به آن بیمارستان اعزام می کنند. هنگام پذیرش در زایشگاه (ساعت 6:35) BP =70/40 ، PR = 140 ، خونریزی در حد +3، جفت خارج شده بود و بیمار شدیداً رنگ پریده بود . ماساژ دو دستی توسط ماما صورت می گیرد . رحم جمع می شود وسپس پارگی مجرارا ترمیم کرده به متخصص زنان اطلاع می دهند . ایشان بدون ویزیت بیمار دستور تزریق آمپول مترژین ، سنتو سینون 30واحد داخل یک لیتر سرم رینگر و 10 واحد عضلانی ، سفازلین دو گرم و کنترل Hct ,Hb ،رزرو دو واحد خون و ماساژ رحمی و اطلاع در صورت عدم بهبودی وضعیت بیمار را می دهند . در ساعت 7:30 خونریزی کنترل می شود ولی بیمار دچار تهوع و استفراغهای مکرر میگردد . در این ساعت استفراغ های مکرر بیمار ، وضعیت شوکه ، رنگ پریدگی و نتیجه آزمایشات بیمار(Hb =10 و Hct=30)را به پزشک اطلاع می دهند .ایشان دو باره تلفنی دستور تزریق پرومتازین ، رژیم Npo ، ادامه انفوزیون سرم سنتو ، تزریق مجدد مترژین و سونوگرافی از رحم را می دهند . به علت نبود سونولوژیست در بیمارستان ، سونوگرافی انجام نمی شود . در ساعت 8 صبح بنابه اصرار ماما و حضور متخصص زنان مسئول در اتاق عمل، بیمار توسط متخصص بی هوشی ویزیت شده و رگ دوم گرفته شده، درخواست 2 واحد خون می کنند .منتها بعد از آوردن خونها چون برگ درخواست توسط متخصص زنان امضاء نشده بود عودت داده می شود .

متخصص زنان در ساعت 8:50بیمار را ویزیت کرده و درخواست کنترل مجدد Hb و Hct می کند . در ساعت 10:15ارولوژیست ازبیمارستان اول تماس می گیرد و ضمن صحبت با متخصص بی هوشی در مورد وضعیت بیمار توصیه می کند بعد از کنترل BUNوCr ، 20 mg لازیکس وریدی State و بعد از 15 دقیقه 20mg دیگر تزریق گردد . سرم بصورت k.v.o باشد ، دو واحد پکدسل و 4 واحد FFP نیز تزریق گردد . در ساعت 10:45 به علت آنوریک بودن ، Cr=2 ،BUN =60 و دیسترس تنفسی متخصص زنان درخواست مشاوره سرویس داخلی می کند . در پاسخ مشاوره متخصص داخلی تشخیص ATN داده و توصیه به انتقال بیمار به ICU بیمارستان اول می کند با تزریق سرم 3 half normal لیتر در عرض 24 ساعت و یک لیتر عرض نیم ساعت اول . در ساعت 11:10 ارولوژیست مادر را ویزیت می کنند .طبق یاد داشت ایشان ، بیمار کاملاً Pale ، هوشیاری کاهش یافته ، نبضها ضعیف و تاکیکارد ، پالس/Bp = 80 بود. کاتتـر ورید گردنی تعبیه می شود ، یک واحد پکدسل و دو واحد FFP وصل می شود ، 2 عدد آمپول دو بوتامین داخل500 cc سرم قندی با 16 قطره در دقیقه نیز انفوزیون می گردد .کات دان شده سرم نرمال سالین وصل شده و مجموعاً 100 mg لازیکس تزریق میگردد . درساعت 12:35دستور اعزام نوشته شده و ساعت 13/15 اعزام می شود . موقع رسیدن به اورژانس ساعت 13:35 با علایم حیاتی Bp = 124/96 ، HR =130 ،RR=25 ، OutPut=50 ادراری و هوشیار (؟) پذیرش شده جهت مانیتورینگ بیشتر به ICUمنتقل می شود . برای بیمار ECG ، CXR می گیرند. در ساعت 5 p.m به علت بالا رفتن فشار خون Bp = 140/105 PR =140 - 160 و pr = 2+ در ادرار با متخصص زنان تماس می گیرند و ایشان دستور تزریق 10g سولفات منیزیم عضلانی بصورت State و 2g هر4 ساعت ادامه یابد ولي به علت برونده ادراري كم فقط دوز اوليه تزريق مي گردد.درطي بستري در ICUتهوع واستفراغ همچنان ادامه داشته وساعت 18 اسهال شديد آبكي نيزبه تابلوي بيماري اضافه می شود.برونده ادراري در طی این مدت 250 cc در مقابل دريافتcc 1950مايع بود. بیمار دچار ادم اندام ها و دیستانیسون شکم شده و کراتین بیمار به 2/2 می رسد و بر روی اندامها اکمیوز ایجاد می شود .

متخصص داخلی در ساعت 20 بیمار را ویزیت نموده و Tap تشخیصي شکمی انجام می دهد و مایع روشن خارج می گردد. در ساعت 22:45 دچار ارست تنفسی و VF می شود . ضمن احیاء انتوبه کرده و به ونتیلاتور وصل می کنند در ساعت 23:45 مجدداً دچار برادی کاردی شده وارست قلبی می کند و نهایتاً 00:20 فوت می کند .

آزمایشات :

ساعت 18 : روز اول Cr= 1.4 BUN=30 BS = 123 Hb= 10.1 ادرار+Pr=1 ادرار+Blood=3

Cr= 2 Hb=9

ساعت: 12روز دوم PTT=60 PT=16 BUN=61 ادرار Pr=2+ ادرار+Blood=3

LFT=N ALP= 468

ساعت 18روز دوم :Hb=10/3 PT=15.3 درآنالیز ادرار WBC=2-4 RBC= 14-16 Pr= 1+ BLood= 3+

اشکالات وارد برپرونده :

1- درزنان باردار یکی ازتشخیصهای افتراقی رنال کولیک پره ترم لیبر می باشدوباید مشاوره زنان درخواست می شد.

2- درزایشگاه متخصص زنان باید به محض اطلاع از وضعیت بیمار ایشان راویزیت میکرد.

3- دوز لازیکس برای درآمدن بیمارازآنوری کافی نبودومیتوانستند تا 1g لازیکس تزریق کنند.

4- با احتمال ATN بیمارنیازبه دیالیزاورژانس داشت وباید به بیمارستان دارای بخش دیالیز اعزام می شد.

5- ATN post partumپروگنوزبد داردومی بایست توسط متخصص داخلی زودتر ویزیت ومدیریت می شد.

6- درموارد مشابه وکلا بیماران High Risk وکمپلیکه باید پزشکان به صورت تیمی بیماررا Manage کنند.

خانم 113

متوفی خانمی است 40ساله ،ساکن شهر ،$G_2P_1Ab_0$ ،چاق ،سابقه نازایی اولیه وثانویه ، حاملگی ناخواسته، فرزند اول 15سا ل قبل به روش سزارین متولدشده و ماکروزوم بوده است .ناراحتی خاص ویا سابقه مصرف دارو درپرونده بهداشتی درج نشده بود. تحت مراقبت متخصص زنان ومرکز بهداشت بصورت نامرتب بوده است. بیمار به علت GDMوافزایش فشارخون به بیمارستان ریفرال مراجعه وازآنجا به بیمارستان دیگر ارجاع داده شده است.درهنگام پذیرش دراورژانس بیمارستان دوم ساعت (23:13) : کول بسته ،FHR نرمال وعلایم زایمانی نداشت 95 / BP=140-150، PR=80 و2+=ادم ،Pr=Trace ادراری ، 2hpp=185 FBS=131 علائم Severe نداشت .سن جنین از روی سونوگرافی هفته ی هشتم ،35هفته و6روز ولی ارتفاع رحم حدود ترم بود.بیمار با دستور شروع سولفات منیزیم ،هپارین 5000/12h واحد زیرجلدی و کنترل فشار خون هر یک ساعت ،کنترل FHR هر نیم ساعت +کنترل علایم Severe ،پوشیدن جوراب ترومبوز ،کنترل I/O وآلبومین ادراری، آمپول بتامتازون هر 12ساعت-قرص متیل دوپا درصورتیکه BP>140/90 ،در بخش زایمان بستری میشودو در ساعت 9:00Am با تجویز رزیدنت ارشدبا ویلچر به بخش حاملگی پرخطر منتقل میشود. درمدت بستری فشارخون همواره 100-90/150-140 بود.درساعت 20:00بیمار دچار تهوع و استفراغ شده بود وکیسه ادرار حاوی ادرار تیره وخونی بود.

روز دوم بستری دچار دردهای زایمانی وانقباضات رحم میشود وبا دستوراتندساعت 21:00 بیماررا جهت c/s به اتاق عمل منتقل میکنند.مادر ساعت 21:15 با راشی تحت عمل سزارین قرار می گیرد ویک نوزاد پسر ،پره ترم با وزن 4Kg و آپکار9/10 بدنیا می آید.طبق یادداشت متخصص بیهوشی در شروع عمل بیمار کمی سیانوزه بود وتنگی نفس داشت (SatO2<89) ولی درادامه تنفس نسبتاً خوب میشود.ساعت 23 عمل خاتمه می یابد وبیمار به مدت 10دقیقه در ریکاوری میماند . هنگام تحویل به بخش Sat O_2<70 وبدون اکسیژن حالت سیانوز پیدا می کرد.در طول عمل فشارخون خوب کنترل می شد 120/80 ،با انتقال بیمار به بخش در ساعت 23:15 بیمار دچار تاکی پنه وتنگی نفس ناگهانی وسیانوزمی شود.در قاعده ریه ها کراکل های خفیف سمع می شود.برای بیمار لازیکس تا 80میلیگرم متناوب تزریق می گردد .با Icu بیمارستان ریفرال تماس گرفته شده وجهت اعزام به آن بیمارستان بیمار به آمبولانس منتقل می شود.ولی دراین حال وضع بیمار وخیم تر شده وبه اورژانس منتقل می شود(جهت احیا)،باحضور متخصص بیهوشی ومتخصص زنان عملیات احیا انجام میگیرد،ولی متاسفانه مادر فوت می کند.درطول انتقال از بخش به آمبولانس وآمبولانس به اورژانس بیمارانتوبه نبوده واکسیژن نیز دریافت نکرده بود.

آزمایشات :

LFT=Normalو BUNوcr FBS=131 2hpp=185

Hb=11 Hct=34

BS=94 ادرارPr=2+ PT,PTT=Normal

FBS=139 ادرارAlb=1+

GTT(1h)= 150 GTT(2h)=155 Pr(24h)=150

خانم 114

متوفی خانمی است 39ساله ، ساکن روستای اصلی، $G_2P_1Ab_0$، BW=42Kg وBMI=17 زایمان اول 4سال قبل و LBW بوده است.روش پیشگیری IUD بوده وبه علت تمایل به حاملگی در آورده شده بود. اولین مراقبت دوران بارداری درهفته 12 حاملگی انجام گرفته وچهاربار مراقبت شده، درهربارمراقبت اشاره شده که به پزشک ارجاع شده ولی پسخوراند نداشت.در آزمایشات اوایل بارداری به Hb=10/4وبقیه موارد نرمال بود بود.فشارخون ثبت شده همواره BP=100/50 بود.سونوگرافی اوایل حاملگی نرمال بود. درطول بارداری ویا قبل از آن توسط پزشک تیم سلامت ویزیت نشده بود.بیمار درهفته 22 حاملگی با شکایت تنگی نفس به پزشک مراجعه وبا تشخیص آسم ؟ به بیمارستان ارجاع می شودولی در حین انتقال به بیمارستان فوت می کند وهنگام پذیرش در بیمارستان فاقد علایم حیاتی بود .در هیچ یک از مراجعات قبلی بیماربه پزشک، نسخه مربوط به آسم وجود نداشت.

خانم 115

متوفی خانمی است 40 ساله ، ساکن و اهل روستای اصلی ، $G_8P_2Ab_5Al_0$ ، سابقه یکبار سزارین و یکبار هیستروتومی ، با همسر نسبت فامیلی دارد (پسردایی و دختر عمه) ، دربررسی علت سقطها ،دیابت ، آنتی فسفولیپید، آنتی کاردیولیپین ،ANA و سندرم Torch منفی بوده است .

درحاملگی اخیر نامبرده در هفته 14 حاملگی بعلت Spotting به بیمارستان زنان مراجعه وبعلت نارسایی و گشادبودن سرویکس (2 cm) تحت عمل مکدونالد قرار میگیرد . درهفته 23 حاملگی بعلت خونریزی بستری می گردد درمعاینه BP = 110/80، PR= 86 ، قلب جنین نرمال ، فاقد آریتمی ، فاقد آبریزش و خونریزی درحد پریود وغیرفعال بود درسونوگرافی 45 cc هماتوم پشت جفت وجودداشت . بعلت هیپرتون بودن رحم و افزایش ارتفاع رحم وداشتن انقباض رحم نخ مکدونالد برداشته میشود در معاینه TV سرویکس 4-3Cm دیلاته بود و ساک سالم بود . انقباضات هرازچندگاه ایجاد میشد 30-25 ثانیه . برای بیماردستور CBR ، آمپول آمپی سیلین 2g/6h و جنتامایسین 80mg/8h و فروس سولفات شروع میشود وسه روز بعد با دستور استراحت و نسخه دارویی (؟) مرخص میشود و توصیه به مراجعه ماهی یکبار جهت کنترل به درمانگاه میشود.

مادر 8 روز بعد بعلت شروع درد های زایمانی دوباره به بیمارستان مراجعه و بستری می گردد در هنگام پذیرش ساعت $4:30_{PM}$ ، خونریزی و آبریزش نداشت.(TV: Dil 7cm , eff : 60 %)ساک سالم وGA= 24W, 4d بود FHR= 140وBp=110/70 و مادردربخش زایمان بستری و منتظر پیشرفت زایمان میشوند ولی انقباضات موثر نبود و زایمان پیشرفت نمی کند (درمدت بستری 11 بار توشه واژینال شده بود) روز دوم بستری $_{PM}$ 30 : 2 بیماراز درد پهلوی راست شاکی بود ودر معاینه costo vetebral Angle تند ر بود و PR=84 BT= 37.5 بود درUA باکتری و WBC فراوان گزارش شده است ولی آنتی بیوتیک شروع نمیشود دو دوز بتا متازون تزریق می گردد. بعلت تپش قلب و HR= 120 مشاوره قلب میشود و بعلت دیلاتاسیون 7 سانتی متر از مشاور محترم درخواست میشود که در بیمارستان زنان مادررا ویزیت کند وایشان فقط ایندرالmg 10 هر 12 ساعت تجویز می کنند و اکو را به بعد موکول میکند روز سوم ساعت5:15 ،FHR شنیده نمیشود وبرای بررسی وضعیت جنین سونوگرافی درخواست میشود. در سونوگرافی جنین ، قلب نداشت بعداز برگشتن از سونوگرافی بیمار دچار لرز ناگهانی و سیانوز مرکزی میشود BT گرفته میشود در آگزیلاری 40 درجه سانتیگراد گزارش میشود با120 =PR و 120/70 =BP سریعا" بیمار سونداژ میشود و ABG گرفته میشود:

PH=7/52 PCO2= 20/8 O2 Sat= 91/4% HCO3= 17/3

برای بیمار مشاوره عفونی اورژانس درخواست میشود وبه دستور آنکال محترم کلیندامایسین ، جنتامایسین و استامینوفن و پاشویه انجام میشود آمنیوتومی شده در ساعتpm 6/30 زایمان می کند .بعدازخروج جنین بعلت خونریزی زیاد جهت خروج جفت بیمار به اتاق عمل برده میشود. به آنکال اطلاع داده و خون درخواست می کنند. جفت که تاحدی چسبندگی داشت بصورت دستی خارج می گردد و رحم کوراژ میگردد.رحم جمع شده و خونریزی کنترل میگردد بدلیل افت فشار و فیلی فرم بودن نبضها برای بیمارازچندین محل توسط تیم بیهوشی رگ گرفته میشود ولی بعلت عدم بهبود وضعیت از رزیدنت جراحی جهت کات دادن کمک خواسته میشود

برای بیمار پنج واحد خون کامل و پکدسل تزریق گردیده و بعلت شروع مجدد خونریزیpm 8/30 ماساژ دودستی ، تزریق پروستاگلندین ،اکسی توسین صورت گرفته ولی بعلت عدم قطع خونریزی با حضور اساتید ، جهت هیسترکتومی اقدام میکنند حدود یک ربع بعد از بیهوشی بیمار دچار برادی کاردی و بعد دچار ارست شده رحم سرویکال خارج و شکم بسته میشود ولی بیمار به احیا جواب نداده ساعت PM 9 /40 ، expire میشود. در گزارش جراحی در هنگام هیسترکتومی ، بوی بد یا dehiscens و یا پارگی وجود نداشت و بیمار قبل از عمل دچار mottiling شده بود.

درکشت خون E.Coli رشد کرده بود.

Dx: septic shock due to pylonephritis

خانم 116

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، حاملگی خواسته بوده و ازهفته هفتم بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت قرارداشت ومشکل خاصی درپرونده قید نشده است. درطول بارداری 3 بار سونوگرافی شده ودرسونوگرافی آخر احتمال ماکروزومی مطرح شده بود .مادر درهفته 39حاملگی باشکایت آبریزش به بیمارستان مراجعه وبستری می شود.موقع بستری درساعت 17:30 : BP=105/70 FHR=138 Hb=13 Hct=39معاینه واژینال : Intact /Mobil /Cephalic /70% /3-4cm ودرمعاینه شکم جنین درشت به نظر می رسید . باگرفتن یک رگ وتزریق 2گرم آمپی سیلین وریدی طبق روتین بخش به متخصص زنان آنکال اطلاع می دهند وایشان دستورمی دهندمنتظر پیشرفت زایمان باشند.درساعت 23علایم زایمانی کامل می شود.بادادن اپی زیوتومی وسیع نوزاد بابندناف دورگردن ووزن 4کیلوگرم وآپگار10/9 درساعت 23:20 بدنیا می آید (توسط ماما).محل اپی زیوتومی تامپون وترمیم شده وبا دستورات ادامه آنتی بیوتیک ،کنترل علایم حیاتی ،کنترل خونریزی واژینال (بدون قیدزمان) و ماساژرحمی دستور انتقال به بخش رامی دهند. به علت رنگ پریدگی مادر، بیماربرایشان راباتاخیر (ساعت 1:10amدقیقه) به بخش منتقل می کند .متاسفانه درمدت حضور بیماردراتاق زایمان علایم حیاتی ویا میزان خونریزی قید نشده است .دربخش یک عدد آمپول مترژین و20 واحد سنتوسینون داخل^{cc} 500سرم دردونوبت تزریق می گردد وکیسه یخ توسط همراه مریض برروی شکم گذاشته می شود.درساعت2:20 amبه علت کم نشدن مقدار خونریزی و دفع خون تیره وبدون لخته به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان تلفنی دستور کوراژ ورزرو دو واحدخون می دهد.درکوراژ مشکلی مشاهده نمی شود.

علایم حیاتی یادداشت شده : ساعت :	1:00am	BP=90/60	PR=100
	1:45 am	BP=90/60	PR=80
	2:15 am	BP=80/50	PR=72
	2:40 am	BP=70/40	-

متخصص زنان ساعت 2:45 am بربالین بیمار حاضر می شود. درموقع رسیدن پزشک، مادر هوشیار بوده ومشغول خوردن کیک بود.پزشک دستور می دهد بیماررابرای بررسی به اتاق زایمان منتقل کنند.بیمار بعداز انتقال به اتاق زایمان بدحال می شود .برای بیمار رگ دوم گرفته شده یک واحد پکدسل وصل می گردد. (ساعت درخواست خون 3:00 amوساعت تحویل خون3:20 am قید شده بود).متاسفانه از زمان حضور پزشک بربالین بیمار به بعد نه علایم حیاتی یادداشت شده ونه سوند فولی برای بررسی برونده ادراری تعبیه شده بود. درکنترل هموگلوبین Hb=8.3بود.با شروع ترانسفوزیون خون به متخصص بی هوشی اطلاع می دهند. ضمن ریا نیماسیون ، مادر جهت بررسی کانال زایمانی به اتاق عمل منتقل می گردد.هنگام رسیدن متخصص بی هوشی(ساعت3:45 am)بیمارارست کرده بود . همزمان با احیا ء مسیر کانال زایمانی بررسی می شود.طبق یادداشت متخصص زنان هیچ پارگی نداشت ودرکوراژنیز بقایای جفت وجود نداشت .طبق اظهار متخصص بی هوشی بیماربه تجویز دوز های بالای آدرنالین وآتروپین جواب نداد ولی علایم ادم ریه وسیانوز نداشت . درساعت4:30 am بیمارفوت می کند.

علت مرگ : خونریزی زایمانی

خانم 117

متوفی خانمی است 27 ساله ، G_1P_0 ،ساکن روستای قمر ، بارداری خواسته بوده و از سه ماهگی تحت مراقبت بهورز بوده است سابقه بیماری خاصی نداشته است .در آزمایشات اوایل حاملگی ، UTI داشت ولی ظاهرا دارویی دریافت نکرده بود . طبق مندرجات پرونده خانوار در هفته 37 بارداری BP=150/90بوده و برگ ارجاع نیز نوشته شده است ولی مراجعه نکرده است . بیمار به علت فشار بالا 140/90و شروع انقباضات رحمی به بیمارستان ارجاع شده و با تشخیص پره اکلامپسی با فشار خون 160/100 توسط ماما پذیرش و بستری می گردد. برای بیمار سولفات منیزیم شروع وتحت اینداکشن قرار می گردد(ساعت 22).مادر در تمام مدت بستری هیچ داروی آنتی هیپر تانسیو دریافت نکرده بود وحتی در دستورات پزشک ، دستور تزریق آتروپین یک دوز در صورت افت فشار بود که تزریق نشده بود.

بیمار درساعت 18 روز بعد زایمان طبیعی می کند . و بادستورات :سرم رینگرK.V. O و سولفات منیزیم و سرم $\frac{2}{3}$ ،$\frac{1}{3}$ و کنترل V/SوV/B به بخش منتقل می شود.

فشارخون در بیمارستان همواره 130/90و 140/90بوده است مادر فقط توسط ماما ویزیت شده بود. نامبرده دوروز بعد با دستورات دارویی (؟) از بیمارستان مرخص می شود. بدون هیچ توصیه خاص . مادر بعد از مراجعه به منزل به خانه پدری در روستای دیگر می رود .مادرروزهشتم بعدازززایمان ساعت 4صبح به علت تنگی نفس به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند و 20 mg آمپول لازیکس بصورت وریدی و20میلیگرم عضلانی دریافت می کند و به منزل بر می گردد . روز بعد دوباره به علت تشدید تنگی نفس از بهورز روستا خواسته می شود فشارمادر را در منزل بگیرد و فشارش BP=160/110بوده است و ایشان توصیه به مراجعه به مرکز بهداشت می کند.مادربه مرکز بهداشت مراجعه وبا فشار خون 160/100به متخصص قلب ارجاع داده می شود. فردای آنروز مادرمجدداً به علت طپش قلب و تنگی نفس صبح ساعت 11 به بیمارستان شهرستان دیگر مراجعه می کند و با تشخیص PSVT نصف آمپول وراپامیل دریافت می کندو به علت اینکه گفته می شود متخصص قلب دو روز دیگر خواهد آمد بستری نمی شود.عصر آن روز به علت وخیم شدن حال بیمار دوباره مادر را به همان بیمارستان بر میگردانند و ساعت 9:20 pm با شکایت تنگی نفس با فشار 130/80پذیرش می شود. برای بیمار تشخیص ادم دیه و R/O unstable Angina گذاشته می شود.دو عدد آمپول لازیکس تزریق می گردد و دستورات :NPO،اکسیژن نازال وسرم 1/3,2/3 ،آمپول سایمتدین و ویزیت آنکال توسط پزشک اورژانس گذاشته می شود. 30دقیقه بعدمادر دچار ارست قلبی ریوی شده و احیاء می گردد. با متخصص داخلی مشاوره میشود.طبق یادداشت متخصص داخلی در ساعت 10:30pm: بیمار stable بوده و مشکل قلبی و عروقی ندارد. BP=160/100، PR=100 ، هوشیار نبوده و با آمبوونتیله می شودو کف پایی دوبل آبوله بوده، هر دو چشم انحراف به بالا و طرفین دارد . از بیمار CXR گرفته می شودکه اوپاک بوده ولی دراکو مشکل خاصی نداشت. متخصص داخلی برای بیمار تشخیص ARDS و CVA می گذارد و دستور مشاوره نرولوژی ، تنفس مکانیکی با ونتیلاتور ، کنترل الکترولیتها و تزریق هیدرو کورتیزون می دهد . بیمار در ساعت12m.n دچار آسیتول شده CPR می شود . در ساعت00:30am دچار V.T می شود و سرانجام در 00:45 Expire am می شود.

خانم 118

متوفی خانمی است 32 ساله ،ساکن روستای اصلی ،سیگاری (سابقه کشیدن سیگار از 5 سال قبل روزانه یک پاکت داشته وطبق اظهار خود بیمار در طی حاملگی روزانه 5-4 عددمی کشیده است) ، G_4P_3 ،زایمان قبلی 8سال قبل ودرمنزل بود.برای پیشگیری از نور پلنت، آمپول دپو وقرصLDاستفاده می کرده وحاملگی ناخواسته بود.ازماه چهارم حاملگی تحت مراقبت بهورز بوده و7بار مراقبت شده بود.

مادر به دلیل آبریزش (لوشی)به متخصص زنان ارجاع وبه علت اینکه ازروی سونوگرافی هفته 34 ،سن حاملگی 42-41 بوده جهت ختم حاملگی بستری می گردد.درزمان پذیرش در بیمارستان ساعت 13:35 علایم حیاتی نرمال و FHR=135 بود.

درمعاینه واژینال :کول بسته ومولتی پار بدون علایم زایمانی وبدون کنتراکشن وجنین درداخل شکم بود.به دستور متخصص زنان، برای بیمار ایناداکشن با 10U/Litاکسی توسین شروع می شود. در معاینات انجام گرفته درمدت 22ساعت بستری انقباض ویا پیشرفت زایمانی نداشته است.،درمعاینه ساعت 12 ظهر روز دوم بستری دیلاتاسیون3-2سانتی متر ،افاسمان 30% وایستاسیون 3- بود.مادر بطور ناگهانی بی قرارشده وروی زمین دراز می کشد وقلب جنین سمع نمی شود. در ساعت 12:30 مادررا دوباره ویزیت می کنند. درمعاینه واژینال دیلاتاسیون وافاسمان کامل ،ایستاسیون 2+و110 =FHR گزارش می شود. به متخصص زنان اطلاع می دهند. با نظارت ایشان بیمار به علت آژیتاسیون وعدم همکاریش درانتقال به تخت ژنیکولوژی درروی تخت لیبر توسط ماما زایمان می کند. حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 5-4 بود.جفت خارج وبدلیل خونریزی زیاد ماساژرحمی داده می شود.برای بیمار 50واحد اکسی توسین ویک عددآمپول مترژین تزریق می گردد. قبل اززایمان BP= 100/60 وبعداز زایمان BP= 70/40بود.پس از کنترل خونریزی (؟) درساعت 13:20به بخش منتقل شده ودرساعت 13:35 دوباره خونریزی زیادشده وبیماررابه زایشگاه منتقل می کنند.به متخصص زنان اطلاع داده ورگ دوم گرفته وماساژرحمی می دهند وکیسه یخ روی رحم می گذارند ودرخواست دو واحد خون ایزوگروپ (B منفی)می شود.در ساعت 14:10 به علت آژیته بودن وعدم همکاری بیمار، جهت سداسیون وبررسی مسیر زایمان تحت بی حسی به اتاق عمل منتقل شده ،رحم کوراژوپارگی سطحی سرویکس به قطر2*1 سوچور زده می شود. سوند فولی تعبیه شده وبه علت آنوری100 mg لازیکس ازطریق ست سرم تزریق می گرددولی برونده ادراری زیاد نمی شود. دراین زمان BP= 80/50 وPR= 170 بود.دو مسیر ازطریق کات دان ازدو پا ایجاد می گردد.ولی هیچیک از مسیرها جریان خوب نداشته است (به علت کندن برانولهاتوسط بیمارکلاًدر طی ریانیماسیون حدود یک لیتر سرم رینگردریافت داشته است) .دراتاق عمل رحم حالت خمیری داشته واز مخاطات خونریزی داشت. بیمار درساعت 14:30 ارست قلبی تنفسی کرده وعلی رغم انجام اقدامات احیا توسط متخصصین بی هوشی وداخلی وقلب وعروق، درساعت 15:15فوت می کند.

آزمایشات : درزمان پذیرش Hb = 10.6 Hct=32

تشخیص احتمالی : پارگی رحمی دراثر ایناداکشن کنترل نشده

نظر اعضای کمیته :

- **بایستی بیمار لاپاراتومی می شد**
- **احتمال دوم آمبولی مایع آمینوتیک می باشد ولازم بود گازهای خون شریانی واکو کاردیوگرافی انجام گیرد.**

خانم 119

یک زن 25 ساله با سابقه چهارسال نازایی وتحت درمان حدودساعت 14 بعداز رفتن به دستشویی دچاردرد شدید شکم میشود بطوریکه نه می تواند راه برود ونه بنشیند .بلافاصله با ماشین شخصی به بیمارستان آورده شده وبا برانکارد به اورژانس منتقل می گردد.درهنگام پذیرش درتریاژ(ساعت 15:27): هوشیار بود ولی ضعف داشت وبیقراربود.ازتهوع واستفراغ ودردشکم شاکی بود.شدیداً رنگ پریده بود.علایم حیاتی:BP=80/60 PR=150 O2SaT=75% بدون اکسیژن.سابقه درد شکم ودرمانهای خودسرانه را از حدود یک هفته قبل ذکر می کرد.درمعاینه شکم درقسمت تحتانی تندرنس داشت.خونریزی واژینال نداشت.درتوشه رکتال ،مدفوع وجود داشت.آزمایش ß.HCG درخواست میشود که مثبت بود.درساعت 15:45دچار کاهش هوشیاری وافت فشارخون شده وتنفس gasping پیدا می کند.بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده و اکسیژن نازال NGT، ،دوعدد IV Line تعبیه می شود.ترشحات NGT صفراوی بود.درسونوگرافی bed side مایع فراوان درفضای موریسون واسپلنورنال وفضای کلدوک وجود داشت. دوواحد پکدسل با کراس مچ صحرایی درخواست می گردد.درساعت 17:05 به محض Push کردن پکد سل مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده وبعداز 10 دقیقه عملیات احیا برمی گردد.مادر سریعاً به اتاق عمل منتقل می گردد.عمل ساعت 17:45 با بی هوشی عمومی وبرش ML شروع می شود.داخل شکم حدود 3 لیتر خون وجود داشت.محل خونریزی EPپاره شده در لوله فالوپ راست بوده وپارشیل سالپنژکتومی انجام می گیرد.پس از هموستاز وشستشو،شکم بسته می شود.دراتاق عمل 4واحدپکدسل ،4 واحدFFP ویک لیترسرم تزریق می گردد. فشارخون سیستولی دراتاق عمل درمحدوده 130-120 بود.عمل ساعت 19:45 خاتمه یافته ومادر به ICU جراحی منتقل می شود.بعداز عمل: در ABG اسیدوز شدید داشت.PH=6.77 HCO3=6.3.جریان ادرار برقرارولی هماچوریک بود.بنا به توصیه متخصص داخلی مادر سدیت شده واسپری سالبوتامول ،آتروونت وسروتاید وبی کربنات تجویز می شود.

<u>روز دوم بستری:</u> **مادرهوشیار نیست.تحت ونتیلاتور می باشد.قلب تاکیکارد وسمع ریه ها نرمال وکراتینین افزایش یافته است.BP=144/100 HR=131 Cr=1.9**

برای مادر مشاوره نرولوژی به علت پایین بودن سطح هوشیاری درخواست می شود.درمعاینه مردمکها ایزوکوریک وراکتیو به نور بوده وObey نسبی داشت. رفلکس اکولوسفال وقرنیه مثبت بود.با تحریک دردناک اندامها اکستانسیون داشتند.درسی تی اسکن ادم خفیف در نیمکره ها وجوداشت.*<u>روز سوم بستری</u>* : هوشیاری در حد GCS=7-8 می باشد.علایم حیاتی ثابت است.جریان ادرار برقرار است.به علت هماچوری وترشحات خونی NGT تستهای انعقادی درخواست می شود. PT=24.1 PTT=43 INR=3.22 PLT=69,000

***<u>روز چهارم بستری</u>*:مادرآژیته است .هوشیار است ولی اریانته نمی باشد. طبق دستور رزیدنت ارشد مادراکستوبه می شود.به علت عدم توجیه وضعیت هوشیاری مادر MRI وMRV درخواست می شود.**

<u>روزپنجم بستری:</u> **هوشیاری درحد GCS=9 می باشد.سمع قلب وریه نرمال می باشد.شکم نرم وبدون دیستانسیون می باشد.علایم حیاتی Stable می باشد.تب دارنیست.دراندامها ادم +2 گوده گذار وجوددارد.باوجود برقراری جریان ادرار افزایش کراتینین ادامه دارد41=Urea Cr=3.8.برای مادردرخواست مشاوره نفرولوژی می کنند.مشاوراحتمال ATN ایسکمیک ویا نفروتوکسیک رامطرح می کند.برای مادر دستورات قرص ب کمپلکس-اسیدفولیک-کربنات کلسیم-چک روزانه الکترولیتها- سونوگرافی کلیه ها Cr,Urea,U/A,Alb,D.Dimer,FDP,Fibrinogen– می دهد.**

جواب آزمایشات : Cr=1.8 Urea=32 PLT=103,000 Fibrinogen=303 FDP=1100

Mg=2.3Ca=8.2 Alb=3.6 D.Dimer=5045

روز هفتم بستری: هوشیاری درحد GCS=10 می باشد .مادرتب دارشده است BT=38.5 .بدلیل دیسترس تنفسی انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می گردد. .به علت افت هموگلوبین Hb=8.6 دوواحدپکدسل درخواست وتزریق می گردد.عصر به علت افت شدید هوشیاری و gaze به چپ چشمها مشاوره نرولوژی درخواست می شود. حرکات تونیک کلونیک نداشت.مشاورنرولوژی برای مادر فنی توئین (وریدی) شروع کرده وEEG وLFTدرخواست می کند وتوصیه می کند درصورت عدم انجام MRI مغزی ، CT Scan با سداسیون کافی انجام دهند.

مطابق مشاوره داخلی به علت تب دار بودن ،B/C دردونوبت وCXR درخواست شده ومترونیدازول وسفتازیدیم شروع می شود.درگرافی سینه کدورت درقسمت تحتانی ریه چپ که باعث محوشدن دیافراگم شده ،گزارش می شود.

روز یازدهم بستری :مادراکستوبه می شود ولی به علت عدم تحمل تراکئوستومی شده وازمحل تراکئوستومی انتوبه می شود.علایم حیاتی Stable است. BP=130/100 PR=88 BT=37 O2Sat=98%

درنوارمغزی احتمال آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک مطرح شده است ومشاورنرولوژی اقدامات کنسرواتیونظیر قرص استازولامید-آمپول دگزامتازون-قرص پیراستام وادامه فنی توئین را توصیه می کند.

روز چهاردهم بستری: افت هوشیاری دارد وتب دارشده است BT=39 .تاکی پنه داردوهیپرونتیله می کند.درریتین کراکل Coarse دارد.BP=160/100 O2Sat=90% مشاوره عفونی شده وایشان توصیه می کند کشت خون دردونوبت ،کشت وآنالیز ادرار انجام شده وسفتازیدیم قطع وسفیپیم بادوز 2g/bid شروع شود ودوز مترونیدازول به 500mg/q8h افزایش یابد.سونوگرافی شکم جهت بررسی collection انجام گیرد.

روز پانزدهم بستری: مادرساعت 18:40 دچار برادیکاردی شده ومتعاقب آن ارست قلبی تنفسی می کند.متاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.جواب آزمایشات :

/2/12 Hb=10.9 WBC=22,000 PLT=118,000 Cr=1.9

Urea=22 PT=22 PTT=62 INR=2.74 BS=263

/2/13 Hb=15.7 PLT=69,000 Cr=2.7 Urea=32 PT=19.6

PTT=72 INR=2.2

:/2/18 PT=18.5 PTT>120 INR=2.01 Urea=52 Cr=1.4 SGOT=33

SGPT=120 ALP=60 Total BIL=0.43

درکنترل همزمان درآزمایشگاه دیگر: PT=16.1 PTT=25 INR=1.56 B/C= Neg

92/2/19 Cr=0.7 Urea=12

درپاتولوژی لوله فالوپ رزکت شده ،حاملگی داخل لوله گزارش شده بود.

تشخیص علت مرگ : شوک هیپوولمیک ناشی از EP پاره شده

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادربا علایم شوک وارد اورژانس شده وبه جایCPR به اورژانس داخلی هدایت شده است.
2. تاخیر برای انجام ß.HCG غیر منطقی بوده وباید مادر سریعاً جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل می شد.
3. پاسگاری مادر بین طب اورژانس وگروه جراحی سبب تاخیر اقدامات ودرنتیجه آسیب هیپوکسیک مغزی شده است وبایستی از همان ابتدا با تشخیص شکم حاد جراحی توسط سرویس جراحی ویا بصورت تیمی مدیریت میشد.
4. درموارد مشکوک به خونریزی داخل شکمی نظیر پارگی های رحمی ،EP پاره شده و... نباید عمل جراحی را برای آماده شدن خون به تاخیر انداخت وهمزمان با انتقال مادر به اتاق عمل ، گروه پشتیبان مقدمات تهیه خون وفرآورده را فراهم کند.
5. اکستوباسیونهای بی مورد سبب وخامت حال مادر شده است .
6. فرستادن مادر با وضعیت همودینامیک ناپایدار وانتوبه برای انجام MRI توجیه علمی ندارد.
7. Care بعدی مادر نیز مناسب نبوده است.