

خانم 35 ساله، لیسانس و کادر درمانی، ساکن شهر، G4P2، سابقه دوبرسزارین و دوبرسقط، سابقه افسردگی درزایمان اول و سابقه سایکوز بعد از زایمان درخواهر. حاملگی خواسته بود. مادر بعد از زایمان دوباره محل کارمراجعه کرده بود و توسط همکارانش رویت شده بود و یک بار هم برای واکسیناسیون نوزاد به مرکز بهداشتی مراجعه کرده بود و در هر دو بار رفتار مادر غیرعادی بود (زیاد حرف می زد و با صدای بلند می خندید). مادر مصرف داروی ضد افسردگی در دوران بارداری و قبل از زایمان نداشت ولی به علت سابقه افسردگی در حاملگی اول توسط خانواده مراقبت می شد. طبق اظهار همسر مادر گهگاهی فکر می کرد یک مشکل (مثل تومور) دارد. مادر 35 روز بعد از زایمان، خود و نوزادش را از طبقه چهارم به پایین پرت کرده بود.

تشخیص علت مرگ : خودکشی در زمینه سایکوز بعد از زایمان

توضیحات اساتید:

1. سیستم بهداشتی درمانی باید قادر به غربالگری بیماران روانی باشد تا از اینگونه حوادث ناگوار پیشگیری شود.
2. مراقبتهای روانی در دوران بارداری و پس از زایمان یک مراقبت ضروری می باشد.
3. در مادران با مشکل روانی بعد از شناسایی در صورت لزوم به بستری اصرار می کنیم و اگر قبول نکند دارو درمانی بصورت سرپایی با نظارت مستقیم خانواده شروع شود.

خانم 31 ساله، ساکن روستای اصلی، قالیباف، با سواد سیکل، G2P2، دارای یک دختر 11 ساله، کیس شناخته شده افسردگی از 5 سال قبل و تحت نظر یکی از اساتید روانپزشک فلوکستین و نورتریپتیلین مصرف می کرده و یک دوره بهبودی داشته است. به علت عود افسردگی و احساس یاس دوباره به روانپزشک ارجاع و تحت درمان با ماپروتیلین 25 میلی گرم روزانه بود. حاملگی خواسته بوده و مراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت و متخصص زنان در بخش خصوصی بوده است و 7 بار توسط بهورز، 5 بار توسط ماما و 6 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود و 3 بار به علت افسردگی به روانپزشک ارجاع شده بود. مادر بعد از زایمان جهت مراقبت به خانه بهداشت مراجعه کرده بود. در مراقبت بعد از زایمان مادر توسط ماما و بهورز مراقبت شده و به علت شقاق پستان و سابقه افسردگی به پزشک مرکز ارجاع شده بود. پزشک بعد از ویزیت، مادر را به روانپزشک ارجاع داده بود. در پیگیری بعمل آمده روانپزشک داروی ماپروتیلین را به سیتالوپرام روزانه یک عدد تبدیل کرده بود. یکماه بعد از زایمان مادر در منزل خودکشی میکند.

توضیحات اساتید :

- حاملگی و زایمان یک استرس مضاعف برای افراد افسرده می باشد و مادر نباید حامله می شد.

خانم 35 ساله، ساکن شهر G_3P_2 ، سابقه دوبار سزارین 15 و 7 سال پیش. حاملگی ناخواسته بود. مراقبت دوران بارداری از اوایل بارداری زیر نظر ماما در بخش خصوصی شروع شده و 2 بار مراقبت شده است. مادر در هفته 16 بارداری حوالی ساعت 10 شب به علت درد شدید پشت به کلینیک مراجعه می کند و پزشک به علت مشاهده دوعدد جوش در سینه و پشت توصیه می کند به بیمارستان زنان مراجعه کند و شربت دیفن هیدرامین تجویز می کند. روز بعد ظهر با شکایت درد معده با انتشار به پشت به اورژانس مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند. مادر بعد از تریاژ توسط ماما با سطح 4 به پزشک عمومی ارجاع می شود. در معاینه پزشک عمومی: $BP=110/70$ و $PR=83$ بود. از درد معده با انتشار به پشت شکای بود و یکبار استفراغ را ذکر می کرد. در معاینه، شکم نرم و فاقد تندرنس بود. در معاینه واژینال فاقد خونریزی و ترشحات بود. مادر به رزیدنت ارجاع داده می شود. ایشان مادر را ویزیت کرده و آزمایشات $WBC=6770$, $PT, PTT, INR, Cr, BUN, U/A, CBC, LFT$, درخواست می کند. مادر علایم $Severe$ نداشت. آزمایشات روز اول:

$PT=12$	$PLT=110,000$	$Hb=13.6$	$Lymp=20\%$	$Neut=65\%$
$SGPT=53$	$SGOT=41$	$Cr=0.8$	$BUN=14$	$INR=1$
				$PTT=32$
در آنالیز ادرار: $Pro=Neg$ $BIL-D=0.13$ $ALP=161$				

بعد از رویت جواب آزمایشات، مادر با رانیتیدین مرخص می شود. شب به علت شدت درد حوالی ساعت 22:30 به بیمارستان دیگر مراجعه کرده و بعد از تزریق سرم توصیه می شود به بیمارستان زنان مراجعه کند. صبح روز بعد به مطب پزشک عمومی مراجعه می کند و آموکسی سیلین و ناپروکسن و پماد تجویز می شود. عصر حوالی ساعت 20 مادر به مطب مامایی (مامای مراقب) مراجعه می کند. طبق اظهار ماما: مادر بی قرار بود. تب دار نبود و ضایعات پوستی منتشر شبیه آبله مرغان در سراسر صورت و تنه وجود داشت. مادر از درد معده با انتشار به وسط دوکتف شکای بود. به بیمارستان تامین اجتماعی ارجاع می شود. مادر ساعت 21:35 به درمانگاه مامایی بیمارستان مراجعه می کند و توسط ماما ویزیت می شود. یادداشت ماما: بیمار از درد معده، درد کمر و درد وسط دوکتف شکای است. اظهار می کند آبله مرغان دارد. علایم حیاتی: $BP=140/90$ $PR=65-70$ $FHR=151$ $O_2Sat=97\%$ می باشد. تاری دید و علایم $Severe$ وزایمانی ندارد. ارتفاع رحم در حد 18-19 هفته است. فشارخون بالا، آنزیمهای کبدی بالا در آزمایشات بیمارستان اول و احتمال آبله مرغان به اطلاع متخصص زنان کشیک رسانده می شود و ایشان بدون ویزیت مادر دستور می دهد بیمار سریعاً به مرکز آموزشی درمانی برود (ارجاع شود).

مادر به مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند و در آنجا سونوگرافی درخواست شده و به علت سالم بودن جنین مرخص و توصیه می شود به متخصص عفونی مراجعه کند. عصر روز بعد به متخصص عفونی در کلینیک دانشگاه مراجعه می کند و توسط یکی از اساتید عفونی ویزیت می شود. برای مادر قرص آسیکلوویر $800mg/QID$ و کپسول سفالکسین تجویز می شود. مادر عصر روز بعد (4 روز بعد از شروع اولین علامت) حوالی ساعت 16-17 بصورت ناگهانی دچار هزیان گویی شده و افت هوشیاری پیدا می کند. با اورژانس 115 تماس می گیرند. در ارزیابی همکاران 115 مادر کاهش هوشیاری داشت ($GCS=10$) مردمکها: راست نرمال بود و چپ میدریاز و بدون پاسخ به

نور بود. در سمع قلب آریتمی داشت $PR=?$ $Bp=?$ و در سمع ریه رال وجود داشت با $RR=10$ و $BS=140$ بود. برای مادر لاین وریدی تعبیه شده و اکسیژن داده می شود و مادر ساعت 18:30 به اورژانس بیمارستان آموزشی تحویل داده می شود. مادر ساعت 18:33 تریاژ شده و با سطح تریاژ 2 به بخش CPR منتقل می شود. موقع ورود به بخش CPR مادر در فاز Deep Coma بود. مردمکها دویل میدریاز و بدون واکنش به نور بودند. رفلکس کف پایی دویل آبله بودند. بشورات همورائیک در سرتاسر صورت و بدن وجود داشت. نبض فمورال به صورت ضعیف لمس می شد. علایم حیاتی: $BP=80/puls$ $PR=140$ $RR=25$ $O2Sat=93\%$ بود. سمع ریه نرمال بود. بلافاصله با تزریق فنتانیل، آتروکوریوم و میدازولام توسط اتند طب اورژانس انتوبه می شود و به ونتیلاتور وصل می گردد. برای مادر دورگ بزرگ، سوند فولی و OGT تعبیه می شود. مادر برونده ادراری نداشت. برای بررسی علت افت هوشیاری MRI مغز درخواست می شود ولی به علت انتوبه بودن مادر، پذیرش داده نمی شود. با کسب رضایت شخصی و با شیلد شکمی CT Scan مغز انجام می گیرد (ساعت 19:35). در اسکن بول همورائیک تمپوروپاریتال سمت چپ ساقه مغز (باقطر متوسط 5 سانتیمتر) وادم شدید و منتشر مغزی، کلاپس و نتریکول سمت چپ و شروع هیدروسفالی و باز شدن شاخه تمپورال سمت چپ وجود داشت. برای مادر آزمایشات $BS, CBC, PT, PTT, INR, Cr, BUN$ و رزرو 2 واحد پکدسل درخواست می شود. همچنین مشاوره زنان، عفونی، نرولوژی و نروسرجری درخواست می شود. برای بررسی سلامت جنین سونوگرافی رحم انجام می گیرد (توسط رزیدنت اورژانس) جنین فاقد قلب بود. رزیدنت مشاور عفونی با احتمال آنسفالیت هرپسی برای مادر آمپول آسیکلوویر شروع می کند و مشاور نرولوژی مادر را برای جلوگیری از تشنج فنی تونیزه می کند. بعد از آماده شدن کلیشه اسکن مغز با مشاهده بول همورائیک وسیع در لوپ تمپوروپاریتال چپ که همراه با شیفیت میدلاین بوده مشاوره نروسرجری درخواست می شود و مادر برای عمل جهت تخلیه همتوم آماده می شود ولی بعد از دادن جواب آزمایشات به علت $INR=6.4$ عمل جراحی به بعد از اصلاح تستهای انعقادی موکول می شود. برای مادر پذیرش ICU جنرال با مسئولیت سرویس نرولوژی گرفته شده و به آن بخش منتقل می شود. مادر ساعت 21:15 دچار برادی کاردی و آسیستول شده و عملیات احیا تا ساعت 21:45 ادامه می یابد ولی متأسفانه پاسخ نمی دهد.

در سونوگرافی شکم توسط رزیدنت رادیولوژی (بدساید) مایع آزاد در فضای موریسون وجود داشت و جنین بدون ضربه قلب بوده و میزان مایع آمنیوتیک نرمال بود.

آزمایشات: $BS=167$ (دربدو ورود) $WBC=25,700$ $RBC=5.06 \times 10^6$ $Hb=19$ $PLT=97,000$
 $PT=37$ $PTT=68.2$ $INR=6.47$
 $PH=7.24$ ABG $PCO2=35.5$ $HCO3=14.7$ $BE=-12.7$

تشخیص بالینی علت مرگ: عوارض آبله مرغان (Fulminans & DIC)

توضیحات اساتید:

2. درمراجعه دوم به مرکز آموزشی علیرغم دستور اکید کمیته دانشگاهی، بدون ویزیت و معاینه مادر، درخواست سونوگرافی شده و مرخص شده است.
3. در آبله مرغان DIC و Purpura Fulminans یک عارضه نادر بوده و بسیار کشنده و غیر قابل پیش بینی است. ولی در افرادی که سابقه سقط، خونریزی و یا مشکل ایمنی دارند قابل پیش بینی است.
4. برخورد درمانی اولیه در بیمار آبله مرغان، آسیکلوویر خوراکی در مراحل اولیه بیماری می باشد .
5. درد کمر و سینه در بیمار مبتلا به آبله مرغان نامعمول بوده و باید جدی گرفته می شود. بهتر بود مادر همان مراجعات اولیه بستری شده و بررسی می شد.

مورد چهارم (نروژی)

خانم 31 ساله، ساکن شهر G3P1AL1، سابقه یکبار سقط در سه ماهه اول بارداری، سابقه سردرد میگرنی و فشارخون بالا در حاملگی اول. سابقه مصرف قرص LD و یاسمین. حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری تحت نظر متخصص زنان در بخش خصوصی بود. مادر در هفته 8 بارداری دچار درد دندان با انتشار به سرو صورت همراه با تهوع و استفراغ شده و به درمانگاه عمومی مراجعه می کند. برای بیمار سرم تراپی و درمان دارویی (دیکلوفناک، ویتامین B6 و دیمترون) انجام گرفته و مادر مرخص می شود. یک روز بعد مادر با درد دندان صبح به مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند. مادر بعد از تریاژ توسط پزشک عمومی ویزیت شده و سونوگرافی جهت بررسی وضعیت حاملگی درخواست می شود. بعد از سونوگرافی به دندانپزشک معرفی نوشته می شود. علائم حیاتی اندازه گیری نشده بود. طبق اظهار اطرافیان، عصر مادر با شکایت تهوع و استفراغ به بیمارستان دیگر می رود ولی در دفتر اورژانس و درمانگاه نام مادر ثبت نشده بود. شب ساعت 23:10 با شکایت تهوع و استفراغ مجدداً به بیمارستان اول مراجعه کرده و با تشخیص و یار حاملگی در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. علائم حیاتی ثبت شده: BP=110/70 PR=98. برای مادر سرم رینگر و آمپول ویتامین B6 تجویز و آزمایش درخواست می گردد. جواب آزمایشات: WBC=7700 Hb=12.3

PLT=268,000 و در آنالیز ادرار کتون 1+ گزارش شده بود. مادر ساعت 3:00 با ماداد با حال عمومی خوب مرخص می شود؟ صبح وقتی اطرافیان جهت بیدار کردن مادر بر بالین مادر می روند متوجه می شوند دندانهایش قفل شده و حرکات غیر ارادی در اندامها وجود دارد. (به مدت کوتاه) و 2 بار این حالت تکرار می شود. به علت کاهش سطح هوشیاری (احتمالاً فاز پست ایکتال) با اورژانس 115 تماس می گیرند و مادر 9:10 صبح به بیمارستان انتقال داده می شود. در ارزیابی همکاران اورژانس GCS=5 و علائم حیاتی نرمال قید شده بود. موقع پذیرش در اورژانس، مادر حالت خواب آلود داشته و علائم حیاتی: BP=100/50 PR=98 BT=36.5

O2Sat=92% بود. مادر به اتاق CPR منتقل شده و 500 سی سی سرم نرمال سالین انفوزیون شده و آنالیز ادرار، VBG، تستهای عملکردی کبد، کلیه و الکترولیتها درخواست می شود. در آنالیز ادرار غیر از کتون 2+ مشکلی نداشت. در VBG: PH=7.37

PCO2=32 HCO3=18.5 بود. تستهای کبدی و کلیوی و انعقادی نرمال بود. Hb=11.4

Na=140 Mg=2.1 P=3 Ca=9.0 BS=138 WBC=7,400 PLT=240,000

مادر جهت CVT RIO ونبود بخش نرولوژی به بیمارستان جنرال دیگر اعزام شده و ساعت 12:40 در اورژانس بیمارستان پذیرش می شود. موقع پذیرش : علائم حیاتی BP=110/70 PR=103 BT=38 O2Sat=87% .هوشیاری مادر درحد GCS=6-7 بود مردمکها Pinpoint بودواکنش به نورضعیف بود. چشم چپ gaze به پایین داشت.رفلکس اکولوسفال نرمال بود. ردور گردنی داشت وکف پایی دویل اکستانسوربود. مادر بعداز ارزیابی اولیه به اتاق CPR منتقل می شودو 0.4mg نالوکسان وریدی تزریق می شود ولی تغییری در هوشیاری حاصل نمی شود. با تزریق سداتیو انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می شود. بعداز انتوباسیون ساچوراسیون اکسیژن به 99% می رسد.برای مادر درخواست سی تی اسکن مغز با شیلد شکمی اورژانس درخواست می شود.در گزارش اسکن اسپیرال مغز ،کانونهای هیپردنس مطرح کننده خونریزی دربازال گانگلیای چپ با گسترش به سیستم بطنی وکاهش دانسیته در بازال گانگلیای راست واتساع درسیستم بطنی وادم مغزی گزارش می شود.برای مادر مشاوره نروسرجری وزنان درخواست می شود. مادر فنی تونیزه شده و سرم مانیتول ،دگزامتازون وپنتوپرازول داده می شود.همچنین MRI مغز و MRV درخواست می شود.

مادر ساعت 16:30 جهت درمان با هپارین به بخش ICU اعصاب منتقل می شود.در زمان پذیرش در بخش علائم حیاتی: BP=140/70 HR=110 RR=17 BT=39 بود.

دستورات بخش ICU اعصاب: انفوزیون هپارین بادوز 1000IU/h، انفوزیون سرم نرمال سالین +ویال کلرید سدیم-انفوزیون فنی تونین وپنتوپرازول-مشاوره نروسرجری جهت بررسی لزوم تعبیه شنت -سونوگرافی جهت بررسی وضعیت جنین و CT Scan مغزکنترل 6 ساعت بعد .

به علت تب دار بودن مادر، مشاوره عفونی درخواست می شودومشاور باتوجه به سابقه درددندان وردورگردنی درخواست کشت خون،کشت وآنالیز ادرار ودر صورت نبودکنتراندیکاسیون، LP وآنالیز مایع CSF را پیشنهاد می کندوآمپول وانکومايسين وسفتریاکسون را تجویز می کند.مشاور زنان نیزمادرراویزیت کرده ویادداشت کرده بود باتوجه به اینکه جنین زنده بوده ومشکل خاصی از نظر زنان وجودندارد فعلاً اقدام خاصی لازم نیست.به علت تاکیکاردی وفشارخون بالا تا حد SBP=170دوبار لابتالول تجویز می شود.

درمشاوره نروسرجری تشخیص CVT وتشخیص افتراقی آپوپلکسی توموروضایعات هموراژیک تائیدشده واسکن اسپیرال مغز 6 ساعت بعداز اسکن اولیه ودرمان کاهش ICP را توصیه می شود.بعداز انجام اسکن اسپیرال مغز وگزارش افزایش هیدروسفالی اندیکاسیون تعبیه EVD توسط مشاورنروسرجری گذاشته شده ومادر ساعت 22:30 به اتاق عمل منتقل می شود.بعداز تعبیه EVD با بی هوشی عمومی مادر ساعت 24 با فشارخون PR=90 BP=118/59 O2Sat=98% تحویل بخش داده می شود.

روز دوم بستری:بیماردرفاز Deep Coma می باشدورفلکس اکولوسفال منفی شده است.تب بسیار بالادارد BT=41.برای مادر مشاوره جهت اینترونشن درخواست می شود ومشاویر پاسخ می دهدباتوجه به ICH عمقی ،انجام اینترونشن که همراه با تزریق TPA

خواهد بود سبب گسترش خونریزی خواهد شد و توصیه می شود درمان با هپارین 3-7 روز ادامه یابد و در صورت عدم پاسخدهی تحت اینترونشن و ترومبولیزیس قرار گیرد.

حوالی ساعت 19 مادر دچار دیسترس شدید تنفسی شده ($F_T=40-45$) و میدازولام و فنتانیل تزریق می شود. در ساعت 22 دچار افت شدید فشار خون در حد $BP=50/P$ می شود. ضمن شروع نوراپی نفرین بادوز $5\mu/min$ و نوار قلبی و $CTNI$ مشاوره اورژانسی قلب درخواست می شود. مشاور ساعت 23:20 مادر را ویزیت می کند. موقع ویزیت $BP=60/40$ $HR=110$ بود و در نوار قلب سینوس تاکیکادی، $V1, V2, ST$ elevation aVR و ST deppration در لیدهای تحتانی و $V3, V4$ وجود داشت. طبق یادداشت مشاور قلب: شواهد به نفع $Acute MI$ می باشد. با احتمال درگیری $3VD$ ولی با توجه به وضعیت بالینی، مادر کاندید (MFU) medical $(follow up)$ می باشد. در اختلالات CNS نیز ممکن است این تغییرات دیده شود ولی MI حاد را نمی توان رد کرد و توصیه می شود در صورت نداشتن کنترا اندیکاسیون: قرص $A.S.A 300mg$ Stat سپس 80 میلی گرم روزانه - قرص $Osvix$ - قرص آتروواستاتین - ادامه هپارین بادوز $1200U/h$ داده شود. مادر ساعت 23:45 دچار ارست قلبی تنفسی شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات: $WBC=7400$ $Hb=11.4$ $PLT=240,000$ $LFT=N$ $Cr=0.9$

در MRI و MRV : انفارکتوس دوطرفه تالاموس، بازال گانگلیا، نیمکره چپ مخچه، میدبرین و کوپورس کالوزوم با ترومبوز احتمالی سینوس $Stright$ و ترانسورس گزارش شده بود.

تشخیص علت مرگ: CVT و ترومبوز سینوس ترانسورس و $Stright$

توضیحات اعضای جلسه:

1. 70% موارد استروک در زنان بارداری بصورت CVT می باشد و اکثراً بصورت ضایعات هموراژیک ظاهر می شود.
2. بیمار در انتوبه شده است و باید در بیمارستان اول انتوبه می شد. کلاً بیمارانی که $GCS < 8$ دارند می بایست سریعاً انتوبه شوند.
3. سابقه سردرد میگرنی باعث $Missed$ شدن بیمار و علایم اولیه بیمار شده است. دیدن ته چشم در این بیماران 99% کمک کننده است.
4. آرتیاسیون و مراجعات متعدد بیمار به مراکز درمانی نشان درگیری CNS بوده است.
5. باوجود مراجعات متعدد به مراکز درمانی با شکایت درد دندان و تهوع و استفراغ، شکایت بیمار جدی گرفته نشده است.
6. مودالیتة انتخابی در حوادث عروقی مغز MRI و مخصوصاً MRV می باشد.

خانم 24 ساله، ساکن شهر، دیپلم، G_2P_1 ، سابقه یکبار سزارین 4 سال قبل $BMI=36$ ، روش پیشگیری کاندوم بوده و حاملگی ناخواسته بود. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری از هفته 12 بارداری در مرکز بهداشت شروع شده و 7 بار مراقبت شده و هم زمان زیر نظر متخصص زنان در بیمارستان نیز بوده است. سونوگرافیها و آزمایشات دوران بارداری نرمال بودند. مادر در هفته 38 بارداری جهت سزارین الکتیو در مرکز آموزشی درمانی بستری و تحت سزارین قرار می گیرد. عمل با بی حسی اسپینال بوده و مادر در طی عمل مشکل خاصی نداشته است. بعد از عمل مادر به بخش سزارین منتقل می شود. روز بعد مادر راس ساعت 14:30 (حدود 22 ساعت بعد از عمل) قبل از صرف ناهار دچار سردرد شدید در ناحیه تمپورال شده و چند لحظه بعد افت هوشیاری شدید پیدا می کند (علامه حیاتی ثبت شده و مقدار خونریزی واژینال تا آن زمان برای مادر در محدوده نرمال بود. کد احیا زده می شود و تیم احیا بر بالین مادر حاضر می شود. در آن موقع نبض کاروتید لمس می شد و حرکات تنفسی داشت ولی $Gasping$ بود و مردمکها میدریاتیک بودند. در پالس اکسی متری ساچورا سیون 95% بود. سر تخت بیمار پایین آورده شده و $Air\ Way$ گذاشته می شود و اکسیژن با کاتول بینی داده می شود و درگ دوم تعبیه می شود. مادر حرکات غیر طبیعی نداشت ولی فک و اندامها حالت اسپاستیک داشت. به دستور متخصص بی هوشی برای مادر 2mg میدازولام رقیق شده انفوزه میشود. متخصص بی هوشی بعد از معاینه مادر می گوید بیمار $Stable$ است و افت ساچورا سیون ندارد. نیازی به انتوباسیون و حضور تیم احیا نیست و فقط تکنسین بی هوشی بالا سر بیمار باشد و محل را ترک می کند. (طبق یادداشت متخصص بی هوشی: مادر هوشیار نبود مردمکها دوبل میدیاز (متوسط) بود ولی رفلکس به نور داشتند و سمع قلب و ریه نرمال بود. $O_2Sat=95$ 96% $BP=90/70$ و ریتم قلب سینوسی بود و ترشحات مختصری در اطراف دهان وجود داشت). فلوی پریناتولوژی بدنبال اطلاع رزیدنت سال 2 ساعت 14:55 بر بالین مادر حاضر می شود و به علت عدم سمع قلب، ماساژ قلبی را شروع می کند. طبق اظهار ایشان در همان زمان تکنسین بی هوشی آمو به دست بالا سر مادر بود. متخصص بی هوشی را پیچ می کنند و ایشان بر بالین مادر آمده و شروع به انتوباسیون مادر می کند ولی موفق نمی شود و در نهایت مادر انتوبه می شود. 3 عدد آمپول اپی نفرین، 20 میلی گرم بی کربنات سدیم و 3 عدد آتروپین تزریق کرده و چند دقیقه بعد مادر به عملیات احیا پاسخ می دهد. بعد از احیا $BP=78/43$ $PR=163$ $O_2Sat=81\%$ بود (ساچورا سیون اکسیژن تا 72% رسیده بود). مادر ساعت 15:30 به ICU منتقل شده و به ونتیلاتور با مد $SIMV$ وصل می شود. در ساعت 15:45: $PH=7.15$ $PCO_2=23$ $HCO_3=8$ $BE=-20.9$ بود. برای مادر دگزامتازون، لازیکس (20-20 میلی گرم) و انفوزیون دوپامین، بی کربنات سدیم و رانیتیدین Order شده و CVP line، NGT و سوند فلولی تعبیه می شود. برای مادر مشاوره داخلی، قلب و نرولوژی و آزمایشات کلیوی، کبدی، تستهای $Anti\ ds$ DNA , LAC , ANA , $Anti\ Cardiolipin$, $ProteinC$, $ProteinS$, $Anti\ thrombin\ III$, $Factor\ V$ و تستهای انعقادی درخواست می شود.

یادداشت رزیدنت مشاور قلب (ساعت 16:30): در معاینه مردمکها دوپل میدریاز و بدون واکنش به نور می باشد. علایم حیاتی : BP=85/50

HR=136. در نوار قلبی تاکی کاردی سینوسی دارد و در اکو LV EF=60% Mild to Modrate MR دارد

و شواهدی به نفع ماسیو PTE دیده نمی شود و پیشنهاد می کند برای مادر CVP Line تعبیه شده و انفوریون نوراپی نفرین با دوز 10-20µg/min شروع شود و Na,K,P,Mg چک شود و سی تی اسکن اورژانس مغز درخواست گردد و سرم رینگر +20 میکروگرم KCl در عرض 4 ساعت انفوزیون شود.

در مشاهدات مشاور داخلی نیز مادر دوپل میدریاز و بدون واکنش به نور بوده ولی رفلکس کف پای دوپل فلکسور بود که در سمت چپ کاهش یافته بود. رزیدنت نرولوژی ساعت 15:45 مادر را ویزیت کرده و یادداشت کرده بود: مادر در فاز کوما بوده و دوپل میدریاز بدون واکنش به نور می باشد. اکولو سفال منفی است. کف پای دوپل فلکسور است. در ته چشم در چشم راست دیسک شارپ بوده و v.p با فشار گلوب دیده می شود. در چشم چپ ته چشم به علت اعوجاج دیده نمی شود و پیشنهاد می کند بعد از Stable شدن بیمار برای بررسی بیشتر مخصوصاً SAH سی تی اسکن مغز انجام شود. برای مادر به علت تاکی کاردی لابتالول و ایندرا ل stat تزریق می شود. در ساعت 17:30 به خاطر نشت هوا از محل لوله تراشه، به علت ونتیلاسیون ناکافی لوله تراشه توسط رزیدنت بی هوشی تعویض می شود. برای رد خونریزی مغزی و انجام Brain CT Scan مادر به ICU ریه منتقل میشود. طبق یادداشت اتند نرولوژی: "مادر در کوما ی عمیق بود و واکنشهای ساقه مغز همگی ابنرمال و Absent بودند. مردمکها دوپل میدریاز، بدون واکنش به نور، اکولو سفال منفی و به تحریکات درد ناک پاسخ نمی داد. رفلکس حلق و کارینا پاسخ نمی داد. در ته چشم حدود دیسک شارپ بود. ونوس پالس رویت نمی شد.

مادر با همراهی رزیدنت ارشد بی هوشی و رزیدنت زنان به ICU ریه بیمارستان جنرال منتقل می شود.

آزمایشات بیمارستان اول: Hb=11.9 WBC=17,000 PLT=200,000 PT=12.7 PTT=28

Ca=7.6 BS=178 CTNI=Positive Fibrinogen=484 INR=1.1

Mg=1.6 P=4.3 K=2.8,5.1,5 Na=137 Cr=0.9 BUN=14

LDH=425 Alb=2.5 ALP=927 SGPT=26 SGOT=24

در آنالیز ادرار: Pro=Trace Blood=Trace

در CXR پرتابل ادم آلونر دوطرفه با شدت بیشتر در سمت چپ همراه با مایع جزئی گزارش شده بود.

در اسکن مغزی ادم و ایسکمی شدید و ژنرالیزه به همراه SAH گسترده دیده می شود و در اسکن کنترل روز بعد ادم مغزی بصورت کاهش دانسیته ژنرالیزه و کاهش افتراق ماده سفید و خاکستری به همراه اوبلیتره شدن سیستمهای بازال مغزی مشهود است اثر فشاری رون بطن چپ و شیفت میدلاین به راست نیز رویت می شود. شواهد SAH پراکنده نیز مشاهده می شود. هماتوم ساب دورال در فرونتال چپ مشهود است.

مادر چند روز بعد به علت نارسایی قلبی فوت می کند.

تشخیص علت مرگ : آنسفالوپاتی ایسکمیک هیپوکسیک به علت تاخیر در احیای بیمار

توضیحات اساتید:

1. علت اولیه افت هوشیاری معلوم نیست و می تواند (Reversible Cerebral Vasoconstriction) RCVS باشد

(Syndrome) باشد که در زنان حامله واکثراً در فاز Post Partum اتفاق می افتد .

2. حادثه اولیه هرچه بوده باعث کاهش خونرسانی واکسیژناسیون مغزی شده ولی علت مرگ تاخیر در احیای بیمار می باشد. می

بایست مادر از همان ابتدا انتوبه شده و اقدامات لازم انجام می شدوتیم احیا مخصوصاً متخصص بی هوشی نباید بالین مادر را ترک می کرد.

3. علایم حیاتی RR,PR از ساعت 14:30 تا 15 در پرونده بیمار ثبت نشده است

مورد ششم (خونریزی مغزی)

خانم 21 ساله، قالی باف، ساکن روستای اصلی، BMI=23، G₁P₀، سابقه درمان کیست تخمدان (حداقل 3 ماه) حاملگی خواسته بود.

مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و به علت هیپوتیروئیدی (TSH=8.9 TPO>2000) لوتیروکسین تجویز شده بود . مراقبت بارداری

در هفته 6 بارداری انجام شده و دوبار توسط ماما و یکبار توسط پزشک تیم سلامت ویزیت شده بود و به علت هیپوتیروئیدی توصیه شده بود

به متخصص داخلی مراجعه کند ولی مادر مراجعه نکرده بود. آزمایشات سه ماهه اول Hb=15.8 Hct=44 بود. TSH درخواست نشده

بود. مادر در هفته 10 بارداری دچار علایم سرماخوردگی، تب و لرز، سرفه های خشک، سردرد، تهوع، استفراغ و بی اشتها می شود به مرکز

بهداشتی مراجعه می کند و قرص ویتامین B6 تجویز می شود. حدود 4-5 روز بعد از شروع علایم حوالی ساعت 6 صبح دچار بی قراری

، حرکات غیرارادی دست و پاها، بی اختیاری ادراری و دیس اریانتاسیون نسبت به زمان و مکان و اشخاص پیدا می کند و نمی تواند صحبت

کند. به مرکز بهداشتی درمانی برده شده و به مرکز آموزشی درمانی ارجاع داده می شود و مادر با وسیله شخصی توسط اطرافیان به

اورژانس آورده می شود. موقع پذیرش (ساعت 9:05 :مادر هوشیار بود ولی محتوای هوشیاری مختل بود. حرف نمی زد و ارتباط چشمی

و کلامی نداشت. آتاکسی داشت. علایم حیاتی : BP=125/80 PR=110 BT=37.3 بود. مادر با تشخیص ویرشید حاملگی

با دستورات : سرم رینگر یک لیتر در عرض یک ساعت- آمپول اندانسترون- درخواست آزمایشات: CBC with diff

BUN, Cr, BS, P, Ca, K, Na، سونوگرافی وضعیت حاملگی در اورژانس تحت نظر گرفته می شود و ساعت 11:35 با دستور متخصص

مقیم اورژانس در بخش جراحی زنان بستری می شود. برای مادر مشاوره داخلی درخواست می شود و طبق توصیه ایشان مشاوره

روانپزشکی و نرولوژی اورژانس درخواست می شود.

یادداشت رزیدنت نرولوژی (ساعت 15): مادر در حال حاضر تب دار است. awake می باشد. تکلم ندارد. ارتباط چشمی و کلامی برقرار نمی

کند. هر 4 اندام را حرکت می دهد. با تحریک دردناک به نظر تغییر حالت چهره می دهد. سایز مردمکها 3mm و راکتو به

نوراست. نیستاگموس ندارد. ردور واضح ندارد و کرنیک و پرودزنیسکی منفی است. درته چشم همکاری ندارد و درحد مقدوردیسک شارپ است. ایشان بعد از مشاوره تلفنی با اساتید گروه پیشنهاد میکند: MRI, MRV اورژانس، مشاوره اورژانس عفونی، EEG دیجیتال در اسرع وقت انجام شده و جواب اطلاع داده شود.

مشاور روانپزشکی بررسی علل ارگانیکی و پیگیری مشاوره نرولوژی را توصیه می کند.

باتوجه به مطرح شدن مسائل عفونی CNS (مننژیت، آنسفالیت) برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود. در جواب مشاوره (ساعت 18) اتند آنکال عفونی توصیه می کند مورد بیمار بسیار جدی است و برای بیمار MRI مغزی اورژانس انجام شود و در صورت نبود ضایعه پاتولوژیک LP انجام شده و کشت و آنالیز CSF درخواست شود و وائیکومایسین، سفتریاکسون و آسیکلوویر شروع شود.

با بدتر شدن حال عمومی مادر، در ساعت 20:45 مشاوره نرولوژی جهت انتقال به مرکز آموزشی درمانی جنرال نوشته می شود. رزیدنت نرولوژی بعد از مشورت با اتند توصیه می کند آسیکلوویر شروع شود و بعد از انجام MRI جهت LP اقدام شود. سرم نرمال سالین 3 لیتر در 24 ساعت - چک Cr, BUN روزانه - انتقال به بخش ICU - کنترل تب مادر - روی MRI, MRV - با توجه به نبود تخت ICU و نیاز بیمار به ICU Care فعلاً انتقال به صلاح بیمار نیست. ویزیت همکاران عفونی و انتقال به بخش عفونی (باتوجه به مطرح شدن آنسفالیت به عنوان تشخیص اول) توصیه می شود. بعد از هماهنگی با سرویس عفونی مادر ساعت 22:30 به بیمارستان جنرال منتقل می شود. لازم به ذکر است از ساعت 19:45 انتقال مادر به بیمارستان جنرال بصورت جدی پیگیری شده ولی ستاد هدایت انتقال را مشروط به انجام MRI کرده بود.

آزمایشات زنان: Hb=15.4 WBC=12,900 Neut=88% PLT=331,000 BS=185

Cr=0.9 Ca=9.9 P=3.9 K=3 Na=136 ALP=212 ALT=54 AST=43

LDH=314 TSH=2.8 FT4=19

در آنالیز ادرار: Protein=2+ Keton=3+ Glu=neg و تستهای انعقادی نرمال بود.

در سونوگرافی جنین 11 هفته زنده سالم با مایع نرمال گزارش شده بود.

موقع پذیرش در اورژانس مرکز جنرال (ساعت 23:05): هوشیار نبود (GCS=5) و مردمکها آنیزوکوریک بود و چشمها به سمت راست

gaze داشتند. علایم حیاتی: PR=72 BP=130/90 BT=40 O2Sat=97% مادر بلافاصله بعد از ورود دچار حرکات

تشنجی شده و به اتاق CPR منتقل می شود. مادر بعد از تشنج دوپل میدریاز بدون واکنش به نور می شود. توسط سرویس نرولوژی اسکن

اسپیرال مغز درخواست می شود. گزارش اسکن مغز: علایم ادم و ایسکمی ژنرالیزه در نیمکره ها و سایر ساختمانهای مغزی وجود دارد که

ایسکمی در گانگلیای بازال بارز تر است. SAH در هر دو طرف مغز دیده می شود. پنتراسیون اندک داخل بطنی خون وجود دارد. ICH مشاهده

نمی شود.

به دلیل افت ساچوراسیون اکسیژن انتوبه شده به ونتیلاتور وصل می شود. برای مادر مشاوره نروسرجری درخواست شده و مادر ساعت

3:40 بامداد جهت تعبیه EVD به اتاق عمل منتقل می شود. در اتاق عمل مادر در فاز Deep Coma قرار داشت. BP=111/76

HR=127 بود. بعد از عمل به بخش جراحی مغز منتقل می شود (به دلیل نبود تخت خالی در ICU). با نظر مشاورین نرولوژی

برای مادر دگزامتازون، هپارین بادوز درمانی، پیراستام و سفترایاکسون، و انکومایسین و مترونیدازول داده می شود. در اسکن اسپیرال کنترل:

اتساع بطنهای طرفی مطرح کننده هیدروسفالی و کانونهای SAH در ناحیه اینتر همیسفریک و روی تانتوریوم و ناحیه نیمکره ها، کانون

ICH به همراه ادم اطراف در ناحیه کودیت چپ گزارش می شود. در طول بستری در بخش جراحی مغز، رفلکس های ساقه مغز منفی

بود و پیشرفتی در بهبودی مادر ایجاد نشد. مادر 4 روز بعد به ICU مغز منتقل می شود. مادر بتدریج دچار نارسایی کلیه شده و اسیدوز لاکتیک

پیدا می کند و چند بار مشاوره جراحی جهت تعبیه کاتتر می شود ولی به علت اختلال INR اقدام نمی شود. 10 روز بعد از بستری به علت

ادم ریه و اندامها و احتباس سدیم مجدداً مشاوره شده، با تزریق پلاکت و FFP کاتتر فمورال تعبیه و یک نوبت دیالیز صورت می گیرد. مادر

روز بعد دچار ارست قلبی تنفسی شده و فوت می کند.

تشخیص علت مرگ: SAH و هیدروسفالی حاد

توضیحات اساتید:

1. در زنان بارداری درگیری CNS بیشتر مسائل عروقی مطرح است و CVT در اولویت اول تشخیص می باشد و مسائل عفونی در مرحله بعدی مطرح می باشد.

2. CT Scan درگیری عروقی مغز را زیاد نشان نمی دهد و باید بیمار MRI و MRV شود.

3. مادر از ساعت 11:35 تا 22:25 (حدود 11 ساعت) بلا تکلیف بوده و Missed شده است.

4. در ویار حاملگی آتاکسی ممکن است در زمینه کمبود تیامین وجود داشته باشد (ورنیکه کورساکوف) ولی نیستاگموس اولین علامت آن می باشد که در این بیمار وجود نداشت.

5. تشخیص زودرس در حوادث عروقی سبب زنده ماندن بیمار می شود.

6. مشاورات متعدد مسیر تشخیص را منحرف کرده است. مادر می بایست بصورت تیمی ویزیت شده و در اسرع وقت تعیین تکلیف می شد.

7. مادر در بیمارستان زنان انند منسول نداشته است. در موارد مشابه باید انند منسول بیمار را انند مشاور صحبت کرده و تصمیم گیری کنند.

مورد هفتم (اکلامپسی)

خانم 45 ساله، ساکن شهر، قد=145، BMI=33، G4P1، سابقه یکبار سزارین 11 سال قبل در هفته 29 حاملگی به علت افزایش

فشار خون، سابقه دوبار سقط که مورد دوم یکسال قبل بوده است، سابقه دیابت و مصرف متفورمین در حاملگی اخیر، سابقه فشار خون مزمن

، سابقه PTE بعد از زایمان اول همراه با آنتی فسفولیپید بالا و مصرف وارفارین به مدت 2 سال، حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری از اوایل بارداری زیر نظر متخصص زنان شروع شده و بصورت مرتب مراقبت می شده است. به علت فشارخون مزمن در سه ماهه اول توسط متخصص قلب متیل دوپا و هیدرالازین و آنتول تجویز شده و فشارخون مادر در برگ مراقبت در محدوده $BP=130-160/80-90$ ثبت شده بود. به علت بزرگی تیروئید درخواست TSH شده بود که در محدوده نرمال بود. مادر در هفته 37 حاملگی به علت گزارش اولیگو هیدرآمیوس در سونوگرافی و IUGR با توصیه پزشک معالج در بیمارستان بستری می شود. طبق اظهار همسر، مادر یک هفته قبل از بستری ادم داشته و از درد دست چپ و گردن شاکمی بوده است. موقع بستری (ساعت 22:30): مادر هوشیار و آریتمیک بود. علائم حیاتی: $BP=130/80$ $PR=80$ بود. برای مادر دستور NST و مانیتورینگ مداوم قلب

جنین و کنترل علائم حیاتی گذاشته می شود. علائم حیاتی ساعت 6 بامداد: $BP=140/90$ $PR=88$ $RR=N$ بود. مامای بخش ساعت 6:30 صبح نمونه خون وادرار از مادر می گیرد. جواب آزمایشات: $Alb=3+$ $FBS=69$ $Hb=14.4$. مادر صبح ساعت 7:30 بصورت ناگهانی دچار خس خس سینه، سرفه و تنگی نفس می شود. فوراً اکسیژن با ماسک داده شده و به پزشک اورژانس و پزشک معالج اطلاع داده می شود. فشارخون مادر $BP=220/100$ بود. برای مادر آمپول هیدرالازین 5mg، سولفات منیزیم 4g و لازیکس 20mg تزریق می شود. بعد از تزریق داروها فشارخون به $BP=140/90$ کاهش می یابد (ساعت 7:45). بعد از گذاشتن Air Way و آمدن متخصص زنان مادر ساعت 7:50 به ICU منتقل می شود. طبق یادداشت پرستار ICU مادر ساعت 8 بامداد در حال ماساژ قلبی ریوی و دریافت اکسیژن با ماسک و سیانوز و وارد بخش شد. بلافاصله توسط تیم احیا بعد از چندین بار تلاش (به علت خروج ترشحات کف آلود) انتوبه می شود. برای مادر آمپول لازیکس (یک گرم لازیکس در چندین دوز)، دیگوکسین در 2 دوز، آتروپین و آدرنالین، دوبوتامین و بیکربنات تزریق شده و به علت عدم پاسخ مناسب به عملیات احیا، در حین CPR مادر ساعت 9 در ICU توسط پزشک معالج و همراهی مشاور پریناتولوژی سزارین می شود و جنین با آپگار صفر خارج می شود که بعد از احیا به NICU منتقل شده و بعد از 2 روز فوت می کند. مادر ساعت 9:30 بعد از 3 بار ارست قلبی ریوی به عملیات احیا پاسخ داده و ریتم قلب، سینوسی می شود. :ABG

$HCO_3=$	$PO_2=115$	$PCO_2=92$	PH=6.8: (ساعت 8:02)
$HCO_3=9.7$	$PO_2=155$	$PCO_2=42$	PH=6.97: (ساعت 8:26)
$HCO_3=18.1$	$PO_2=201$	$PCO_2=32$	PH=7.36: (ساعت 9:20)

بعد از احیا مادر به ونتیلاتور وصل می شود (هراز گاهی تنفس خودبخودی داشت $RR=5-6$) فشارخون با فشارسنج دستی $BP=85/60$ بود. مادر توسط 2 متخصص قلب اکوی بدساید می شود. در قلب مشکل خاصی وجود نداشت. $LV EF=50\%$ بود. مادر ساعت 11 به علت آنوری وافت فشارخون با همراهی 2 متخصص بی هوشی و تکنسین اتاق عمل و معاون درمان با ونتیلاسیون دستی جهت CRRT و مراقبت بهتر به بخش ICU ریه مرکز آموزشی درمانی منتقل می شود و بدون توقف در اورژانس، بلافاصله به بخش منتقل می شود. موقع ورود به بخش (ساعت 11:45) در فاز Deep Coma (سدیت) بود. تنفس خودبخودی نداشت مردمکها میدسایز و بدون واکنش به

نور بودند. رفلکس کف پایی دوبل آبوله بود. فشارخون با وجود دریافت لنوفد و دوپامین در حد $BP=47/22$ بود. در سمع ریه کراکل فاین در قاعده نیم سینه راست سمع می شد و $O_2Sat=96\%$ بود. خونریزی واژینال نداشت. مادر به ونتیلاتور و مانتیور وصل شده و توسط تیم تخصصی (متشکل از فوق تخصص نفرولوژی، متخصص بی هوشی، فوق تخصص ریه، پریناتولوژیست و پزشک معالج زنان) ارزیابی می شود. برای مادر کاتتر دیالیز و CVP Line تعبیه و دستگاه $CRRT$ بر بالین مادر آورده می شود. بعد از تنظیم دوز داروها و سرم تراپی علایم حیاتی نرمال شده ($PR=92$ $BP=140/70$) و دیورز برقرار می شود (حوالی ساعت 4 عصر). با توصیه متخصص بی هوشی و ریه برای مادر آتروکوریوم و میدازولام هر 2 ساعت انفوزیون می شود. محل انسزیون توسط تیم زنان بررسی می شود که خشک بود. در ترشحات NGT مایع سیاه رنگ بدون دبری وجود داشت و با شک به مسمومیت دارویی محتویات جهت بررسی توکسیکولوژی به بیمارستان ارسال شد و معده با سرم فیزیولوژیک شستشو داده شده و سیپروفلوکساسین و مروپنم شروع می شود. به علت پایین بودن کلسیم $Ca=5$ دوویال گلوکونات کلسیم انفوزیون می شود و 2 واحد پکدسل درخواست و ترانسفوزیون می شود. علیرغم اقدامات انجام شده و $Stable$ شدن همودینامیک متاسفانه تنفس و هوشیاری مادر تغییری نمی کند.

روز دوم بستری: مادر تب دار است $BT=38.5$. برای مادر کشت خون و ادرار درخواست شده و وانکومایسین و مترونیدازول به رژیم قبلی افزوده می شود. کشت خون و ادرار هر دو منفی بود. در آنالیز ادرار پروتئین $+2$ وجود داشت و آنزیمهای کبدی بالا بودند.

$Hb=11.4-12.2-10.7-6.7$

$SGPT=67-464-45$

$SGOT=89-630-60$

برای مادر شوک سپتیک و TTP مطرح می شود. در مشاوره هماتولوژی TTP رد می شود. در سونوگرافی بدساید مایع آزاد فراوان شکمی و لگنی وجود داشت. به علت عدم تغییر سطح هوشیاری مشاوره نرولوژی درخواست می شود. طبق یادداشت مشاور نرولوژی (اتند): مادر به هیچ تحریک دردناکی پاسخ نمی دهد. مردمکها 3 میلیمتر و بدون واکنش به نور می باشد. اکولوسفال بصورت خفیف مثبت می باشد. DTR ها قرینه و $+1$ و کف پایی دوبل آبوله است. در ته چشم، دیسک دو طرفه کاملاً شارپ می باشد. با نظر اتند زنان در حال دریافت دگزامتازون می باشد و پیشنهاد می کندسی تی اسکن اورژانس مغز انجام گیرد- مشاوره مجدد زنان برای ادامه دریافت سولفات منیزیوم- آزمایشات پره اکلامپسی درخواست گردد- آمپول فنتانیل با دوز $25mg/h$ - آمپول دگزامتازون $4mg/TDS$ داده شود و جواب اسکن اطلاع داده شود. به علت احتمال SAH سی تی اسکن اورژانس انجام نمی گیرد.

روز چهارم بستری: مادر در فاز $Deep$ Coma می باشد. تب دار است. ترشحات NGT صفراوی می باشد. هماچوری دارد. $PLT=134,000$. برای مدتی تزریق داروهای سداتیو $Hold$ می شود. تغییری در هوشیاری ایجاد نمی شود ولی مردمکها بصورت ضعیف به نور واکنش می دادند.

روز پنجم بستری: مادر همچنان تب دار است. فشارخون مادر بالاست $BP=200/99$ $HR=90$. برای مادر متیل دوپا شروع می شود. به علت مثبت شدن صدا های روده ای گاوژ شروع می شود. در سی تی اسکن مغز تورم در پارانشیم نیکره های مغز و مخچه با افاسمان سولکوس ها (انسفالوپاتی هایپوکسیک) بدون خونریزی قابل توجه گزارش می شود. مشاوره نرولوژی با رویت جواب اسکن توصیه می

کند باتوجه به ادم مغزی وکراتینین بالا(Cr=3.3) نمی توان مانیتول شروع کرد .سديم هر 12ساعت کنترل شود ودر صورتیکه زیر 154 باشد سرم نرمال سالین ، 150 سی سی بصورت TDS انفوزیون شود ودر مشاوره اتند نرولوژی کپسول Nueroaid هر 12 ساعت و آمپول سیتی کولین پیشنهاد می شود.

برای مادر باتوجه به سابقه ترومبوآمبولی ریه و آزمایشات ESR=33 CRP=3+ AntiphospholipidAb(IgM)=37.7
بیماریهای روماتولوژی مطرح شده و مشاوره درخواست می شود. مشاور روماتولوژی نیز تشخیص سندروم آنتی فسفولیپید و لوپوس را مطرح کرده و آزمایشات روماتولوژی درخواست میکند ولی توصیه درمانی خاصی نمی کند.

در سیزدهمین روز بستری در لب تحتانی ضایعات هرپتیک ظاهر شده بود. همچنین مادر دچار پلورال افیوژن دوطرفه شده و بدنبال Tap پنوموتوراکس وسیع سمت راست ایجاد می شود و برای مادر CT تعبیه شده بود .به تدریج ترشحات لوله تراشه چرکی شده و در برونکوسکوپی مخاط زخمی و هیپرواسکولار گزارش می شود که از کانون ترشحات نمونه گیری کرده و در کشت کلبسیلا و پseudomonas ایزوله شده بود. با این گزارش تازوسین به رژیم دارویی اضافه می شود. در سی تی اسکن اسپیرال ریه کدورت های گراند گلاس و آلونولر دوطرفه و نقص پرشدگی هیپودنس در برونشهای لوب تحتانی ریه راست گزارش شده بود. مادر در 36th روز بستری دچار ناپایداری شدید همودینامیک شده و در ساکشن لوله تراشه ترشحات شبیه گاوآژ خارج می شود و در محل اتصال NGT به کیسه ، هوای خروجی زیادی وجود داشت ولی در برونکوسکوپی، لاسراسیون و پارگی واضح در تراشه رویت نمی شود. با وجود دریافت آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف در طی بستری مادر در اغلب موارد تب دار بود و گاهی دمای بدن تا 40.5 می رسید. برای مادر مشاوره عفونی به جهت تبهای بالادرخواست

می شود .پاسخ مشاور عفونی :درسمع ریه راست در نیمه تحتانی کاهش صدا وجود دارد و ریه چپ پاک می باشد و علایم حیاتی PR=122
BP=60/30 O2Sat=86% می باشد. در CXR مایع پلورال افیوژن هر دو ریه و CT طرف راست دارد. در آزمایشات WBC=6360 PMN=90% می باشد. طبق نظر اتند محترم با وجود دریافت مروپنم و سیپروفلوکساسین تب بیمار با مسائل عفونی قابل توجه نیست و بیشتر مسائل سنترال مطرح است. آنتی بیوتیکهای بیمار قطع شود و B/C,U/C,U/A,CBC,ESR,CXR درخواست شود. 2 روز بعد در حین برونکوسکوپی دچار برادیکاردی شده و ارست قلبی تنفسی می کند و به عملیات احیا پاسخ نداده و فوت می کند.

در اکوکاردیوگرافی توسط رزیدنت قلب ، مشکل خاصی نداشت.

آزمایشات :

LDH=624—1718 CK-MB=75—49 CPK=253—651

Tap مایع آسیت خونی غلیظ و تیره بوده است. مایع پلورال ترانسودا بوده و بدخیمی نداشت (LDH >1500 و همزمان LDH<3000 سرم بود)،

تشخیص علت مرگ : آنسفالوپاتی هیپوکسیک ناشی از کریز هیپرتانسیون (اکلامپسی)

در اتوپسی ادم شدید ریه و آنسفالوپاتی هیپوکسیک علت مرگ ذکر شده است.

توضیحات اساتید:

1. مادر کیس حاملگی بسیار پرخطر بوده و نباید حامله می شده است.
2. با احتمال بالا مادر از زمان بستری مراقبت خوبی نداشته و داروهای آنتی هیپرتانسیو را درست مصرف نکرده بود.
3. عملیات احیا باید در حداقل زمان و در محل بروز ارست انجام گیرد و بعد از تثبیت علائم حیاتی جهت مراقبت بهتر منتقل شود.
4. کریز هیپرتانسیون نه قابل پیش گیری است و نه قابل پیش بینی و آلبومین منفی رد کننده پره اکلامپسی نمی باشد. آنچه در بیماران پرخطر از نظر وقوع پره اکلامپسی/ اکلامپسی کمک کننده است نسبت آلبومین ادراریه کراتینین ادرار و یا پروتئین ادراریه کراتینین ادرار می باشد.
5. تبهای بالای بیمار می تواند هم با مسائل عفونی توجیه شود و هم مسائل سنترال

مورد هشتم (بیماری زمینه ای)

خانم 25 ساله، ساکن شهر، با سواد متوسطه، $G_4P_1A_1$ ، سابقه هیپرلیپیدمی بسیار بالا (فاملیال شیلومیکرون سندروم) و تحت درمان با فنوفیبرات از 16 سالگی، سابقه زایمان زودرس در 15 سالگی (ماه ششم حاملگی)، سابقه 2 بار سقط 4 سال قبل به فاصله 6 ماه به علت پانکراتیت که بعد از سقط دوم به مدت 10 روز در بیمارستان بستری بوده است. سابقه آپاندکتومی در 3 سالگی. حاملگی خواسته بود. مادر مراقبت پیش از بارداری داشته و تحت نظر فوق تخصص غدد تحت درمان با فنوفیبرات بوده و با مجوز تلویحی ایشان با $TG=500$ و دستور ادامه درمان حامله شده است. مراقبت دوران بارداری از هفته 9 بارداری در مرکز بهداشت شروع شده و 2 بار توسط مراقب بهداشتی و یکبار توسط پزشک مرکز مراقبت شده است. همزمان در بخش خصوصی توسط ماما و متخصص زنان مراقبت می شده و سیرکلاژ شده بود.

مادر در هفته 24 حاملگی دچار درد ناحیه اپی گاستر شده و به مامای مراقب در بخش خصوصی مراجعه می کند. ایشان برای مادر سونوگرافی درخواست کرده و به علت گزارش سنگ کیسه صفرا و تورم پانکراس، مادر را به متخصص داخلی ارجاع می دهد. مادر همانروز به متخصص داخلی مراجعه می کند و دوباره ساعت 22:10 به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه کرده و پس از ویزیت پزشک اورژانس، مشاوره جراحی عمومی درخواست می شود. جراح عمومی یادداشت کرده بود. مادر علائم کوله سیستیت ندارد. برای مادر مشاوره زنان درخواست شود و در صورت داشتن مشکل زنان با احتمال پانکراتیت به مرکز استان معرفی شود. برای مادر پتیدین، آپوتل، سرم $1/3$ ، $2/3$ و سفازولین تزریق می شود. بعد از ویزیت متخصص زنان و رد مسائل زنان ساعت 23:30 مادر مرخص می شود و صبح روز بعد ساعت

8:45 با وسیله شخصی به مرکز آموزشی مراجعه می کند. موقع مراجعه هوشیار بود. از درد شکم در ناحیه فوقانی شکمی بود. در معاینه

تاکیکارد بود و تندر نس در ناحیه اپی گاستر داشت. علایم حیاتی : **BP=90/60 PR=140** بود. برای مادر **2** رگ بزرگ تعبیه شده

ویک لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون میشود. آزمایشات: **CBC,BS,BUN,Cr,K,Na,PT,PTT,INR,CK,CK-**

MB,CTNI,ALT,AST,ALP,P,Bil,Amylase,VBG,U/A نوار قلبی ، سونوگرافی سلامت جنین و کبد و کیسه صفرا و مجاری

صفراوی درخواست می شود. به علت درد و تهوع و استفراغ برای مادر آمپول اندانسترون و آمپول مورفین تجویز کرده و مشاوره جراحی

درخواست و **2** واحد پکدسل ایزوگروپ رزرو می شود.

جواب آزمایشات: **Hb=14.1 Hct=37.1 WBC=3900 PLT=225,000 Na=137**

PH=7.24 PCO2=31 : VBG در Urea=40 BS=180 Cr=1.8 K=4.5

HCO3=20.7 و در سونوگرافی جنین برادیکارد **FHR=110** و میزان مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می شود.

طبق یادداشت رزیدنت جراحی (ساعت **13:15**): در معاینه شکم تندر نس ژنرالیزه با ارجعیت در بالای شکم وجود داشت و دستور بستری

در بخش جراحی نوشته می شود ولی به علت نبود تخت خالی در بخش **ICU** جراحی، در **ICU** اجنرال بستری می شود.. موقع پذیرش (ساعت

14) مادر **ill** و **Toxic** و آژیته بود. تاکیکاردی شدید داشت و در حالت شوک بود. در معاینه شکم دیستانسیون شدید داشت. تندر نس ژنرالیزه

با ارجعیت قسمت فوقانی شکم و گاردینگ مختصر داشت. برای مادر دستورات: **NPO**-آمپول مترونیدازول-آمپول سفتریاکسون-مشاوره زنان

-آمپول پتیدین-**NGT**-سوندفولی و کنترل **I/O** -تعبیه **CVP Line** گذاشته می شود.

علایم حیاتی ساعت **15** : **RR=38 PR=130 BP=100/60**

درویزیت ساعت **15** جهت رد گانگرن روده و **PTE** مشاوره داخلی، **CXR** ایستاده، سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی

درخواست می شود. در حین تعبیه **CVP Line** گاید وایر در ورید جوگولار گیر کرده و مادر دچار دیسترس تنفسی می شود. بلافاصله مادر

انتوبه شده و جهت آزاد کردن گاید وایر و لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل می شود. در هنگام ورود به اتاق عمل علایم حیاتی

: **BP=80/40 HR=150 O2Sat=85% BT=37.5** بود. عمل ساعت **15:15** بایبیهوشی عمومی شروع شده و شکم با

برش میدلاین باز می شود. وریدهای انتوم شدیداً دیلاته بود و روده ها شدیداً ملتهب و دیلاته بود. مایع غلیظ شکلاتی رنگ به مقدار زیاد

در شکم وجود داشت. مایع تخلیه شده و کیسه صفرا که پراز سنگ بوده باز شده و سنگها برداشته می شود و یک عدد سوندفولی داخل آن

فیکس می شود. پانکراس شدیداً ملتهب و مختصری نکروزه بود ولی آبسه و عفونت نداشت. پس از شستشوی شکم و تعبیه **2** عدد درن پن

روز و یک عدد جی پک ، فقط پوست ترمیم می شود. سپس با شکافتن سمت راست گردن ، گاید وایر آزاد می شود و بعد از تعبیه **CVP Line**

مادر ساعت **17:45** به ریکاوری منتقل شده و ساعت **18:45** به بخش **ICU** می رود. در اتاق عمل مادر افت فشار خون در حد **BP=60/40**

داشته و انفوزیون دوپامین با دوز **5-9** میکرو شروع شده بود و **3** دوز اپی نفرین و آتروپین تزریق شده بود. در هنگام انتقال به بخش **ICU**

مادر انتوبه بود ..تنفس خودبخودی داشت و علایم حیاتی در بخش (**BP=90-100/40-50 PR=125**) بود. و پرونده ادراری در حدود **25**

سی سی در ساعت بود. بعد از عمل برای مادر دستور آمبول هپارین 5000IU/TDS/S.C گذاشته می شود که بعد از 4 تزریق قطع می شود. ساعت 19 مشاوره داخلی جهت R/O ترومبوآمبولی ریه مادر را ویزیت می کند (مشاوره قبل از ورود مادر به اتاق عمل درخواست شده بود). طبق یادداشت ایشان : مادر اسیدوز متابولیک دارد که می تواند در زمینه مرگ جنین و DIC باشد و توصیه می کند مشاوره زنان جهت بررسی وضعیت جنین درخواست شود و ایمی پنم-سرم رینگر I=O+250cc شروع شود. اتند پریناتولوژی که ساعت 21 مادر را ویزیت کرده بود. یادداشت کرده بود: علایم زایمانی وجود ندارد و FHR سمع نمیشود. و درسونوگرافی مرگ جنین تایید شده است ولی نیاز به ختم اورژانس ندارد.

بعد از عمل برای بیمار ایمی پنم-کلیندامایسین و کاسپوفوزین شروع می شود. مادر ساعت 2 بامداد به بخش ICU جراحی منتقل می شود. بعد از عمل مادر دچار اولیگوری و سپس آنوری شده و با وجود سرم تراپی و تزریق لازیکس برطرف نمی شود. برای مادر مشاوره داخلی جهت دیالیز درخواست می شود. طبق یادداشت مشاوره داخلی مادر هوشیار نیست. به تحریکات دردناک پاسخ نمی دهد. مردمکها ایزوکوریک و راکتیو به نور می باشد. ریه ها پاک می باشند و توصیه می کند CVP در حد 18-20 cmH₂O حفظ شود و (سرم رینگر یک لیتر +40 میلی گرم لازیکس) دوبار تزریق شود. باین اقدام دیورز برقرار نمی شود. با دستور رزیدنت ارشد 2، واحد پکدسل نیز ترانسفوزیون می شود.

جواب آزمایشات : Hb=12.9—8.7 Hct=33.9—24.2 WBC=8600 Cr=2.4
 Urea=54 PLT=225,000—140,000 AST=7295 ALT=2883 TG=1825 Chol=640
 ALP=226

در ساعت 20:00 برای مادر کاتتر دیالیز تعبیه شده و مشاوره داخلی درخواست می شود. مادر با توصیه مشاوره داخلی با میکروونت جهت دیالیز فرستاده می شود ولی مادر قبل از شروع دیالیز دچار افت فشار خون شده (BP=90/60 O₂Sat=60%) و با دستور رزیدنت ارشد بدون دیالیز به بخش برگردانده می شود و مشاوره اورژانسی نفرولوژی درخواست می شود. توصیه مشاوره نفرولوژی: سرم رینگر و 1/3 و 2/3 قطع شود. و سرم نرمال سالین یک لیتر +40 میلی گرم لازیکس هر 2 ساعت تا 4 بار با کنترل ریه تزریق شود. سرم رینگر با فرمول I=O+350cc و ویال دکستروز 50% هر 6 ساعت یک ویال داده شود.

باتوجه به افزایش آنزیمهای کبدی مشاوره گوارشی درخواست می شود و مشاوره یادداشت کرده بود: باتوجه به افزایش آنزیمهای کبدی به بالاتر از 1000 و نسبت AST/ALT>2، تشخیص های احتمالی هپاتیت ایسکمیک (بیشتر) - هپاتیت توکسیک و هپاتیت ویرال (با احتمال کمتر) مطرح است و توصیه می شود آنزیمهای کبدی و تستهای انعقادی 3 بار در هفته کنترل شود. تستهای هپاتیت ویرال کنترل شود و آزمایشات روماتولوژیک درخواست گردد و سونوگرافی از کبد و مجاری صفراوی و سروپلاسمین سرم و مس ادرار کنترل شود. به نظرمی رسد با برطرف شدن علت زمینه ای، مشکل بیمار برطرف شود.

برای مادر مشاوره پزشکی قانونی جهت بررسی مسمویت دارویی درخواست می شود و ایشان احتمال مسمویت دارویی را رد کرده و باتوجه به افزایش شدید آنزیمهای کبدی، انفوزیون NAC و اصلاح اسیدوز را توصیه می کند (با دستور رزیدنت ارشد جراحی NAC داده نمی شود). روز بعد مشاوره داخلی جهت دیالیز درخواست می شود و مادر با نظر مشاور به دیالیز فرستاده می شود.

در مشاوره هماتولوژی با توجه به ریت دوکلامپ پلاکتی در لام خون محیطی و پایین بودن بیلی روبین، افزایش آنزیمهای کبدی و نارسایی کبدی را به افت شدید فشار خون نسبت داده و انفوزیون انسولین/گلوکز و گلوکونات کلسیم را توصیه میکنند.

در روز سوم بستری: باتوجه به کاهش پلاکت و افزایش INR، DIC در زمینه مرگ جنین مطرح شده و مشاوره زنان درخواست می شود. مشاور زنان یادداشت کرده بود: مادر در فاز DIC می باشد و توصیه می کند 5 واحد پلاکت، 10 واحد FFP و 3 واحد پکدسل رزرو شود. در مشاوره مجدد رزیدنت ارشد زنان با نظر اتند محترم زنان سیرکلارثرا برداشته و ایندکشن شروع می شود. جنین با حضور رزیدنت ارشد در ساعت 20:50 خارج می شود (ماسره بوده) ولی علی رغم ماساژ رحمی و تزریق اکسی توسین جفت خارج نمی شود. به فلولی پریناتولوژی اطلاع داده می شود و با حضور ایشان مادر به اتاق عمل برده می شود. ساعت 00:20 مادر با گاید سونوگرافی کوراشده و جفت و پرده های جفت بطور کامل خارج می شود ولی بلافاصله خونریزی شدید به علت آتونی رحم شروع می شود. با نظر اتند زنان و جراحی، لاپاراتومی صورت می گیرد و به علت خمیری بودن قوام رحم و خونریزی شدید وضعیت بالینی نامطلوب مادر، هیستریکتومی سوپرا سرویکال انجام می گیرد و در طی عمل 3 واحد پکدسل، 4 واحد FFP برای مادر ترانسفوزیون می شود. مادر بعد از اتمام عمل بلافاصله به بخش ICU منتقل می شود.

در مشاوره نرولوژی علت کاهش هوشیاری (GCS=3) را نارسایی کبد و DIC مطرح می کنند.

مادر در طول بستری بصورت روزانه دیالیز می شد و وضعیت هوشیاری و اسیدوز بیمار از روز ششم بستری سیر بهبودی داشته و به GCS=9 می رسد ولی به علت عدم تحمل اکستوبه نمی شود ولی از روز سوم مادر تبار (حدود 38.5) بود و مرتب پاشویه می شد. آنوری ادامه داشت و مرتب دیالیز می شد. تاکیکارد بود و فشار خون در محدوده BP=130-140/50 بود. در مشاوره قلب مشکل خاصی ذکر نشده بود. چندین بار دچار خونریزی گوارشی بصورت هماتمز و ملنا شده بود. از روز هشتم بستری ویزیت روزانه نفرولوژی، ریه و جراحی گذاشته شده بود. از روز چهارم بستری آنزیمهای کبدی کاهش یافته و بیلی روبین توتال و مستقیم شروع به افزایش کرده و تا حد BIL=21 می رسد.

در روز چهاردهم بستری دچار ارست قلبی تنفسی شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات و پاراکلینیک:

Ca=4.7 Amylase=1800 CK-MB=205 CK=750

روز دوم بستری: کدورت منتشر در پارانشیم هردوریه وجود دارد.

درسی تی اسکن اسپیرال شکم: مقدار قابل توجهی مایع آزاد در حفره شکم و لگن مشهود است و دیواره معده ضخیم و ادماتو به نظر می رسد.

کبد با ابعاد نسبتاً بزرگ با دانسیته هتروژن حاوی نواحی هیپودنس با حدود نامعین مشاهده می شود. مجاری صفراوی اینترهپاتیک دیلاته به نظر می رسد. پانکراس نسبتاً برجسته و هتروژن است. کلیه ها ابعاد نرمال دارد و فونکسیون ترشحات در فاز تاخیری نیز رویت نمی شود.

درسی تی اسکن اسپیرال ریه: Patchy Consolidation همراه با Air bronchogram منتشر در پارانشیم هر دو ریه دیده میشود. پلورال افیوژن خفیف دو طرفه مشهود است.

اسکن مغز: نرمال بود

آنالیز مایع آسیت : Glucose=210 Protein=4.5 LDH=1900 WBC=200 PMN=93

تستهای هپاتیت ویرال و روماتولوژیک منفی بود.

PTH=26 (N) Mg=1.12 Alb=2.8 D.Dimer=7.9

PLT=26,000 Hct=17.5 Hb=5.7

LDH=1431 ALT=11 AST=54 Cr=4 Urea=84

تشخیص علت مرگ : مولتی ارگان فیلوردرزمینه پانکراتیت نکروزان

توضیحات اساتید:

1. مادر با وجود هیپرلیپیدمی شدید و پانکراتیت ریکارنت در بارداریهای قبلی ، کیس بسیار پرخطر بوده و نباید حامله می شد.
2. از زمان مرگ جنین تا 15 روز DIC ایجاد نمی شود مگر اینکه خودپروسه ای که موجب مرگ جنین شده باعث DIC شود.
3. DIC به علت مولتی ارگان فیلوردرزمینه بیماری اصلی (پانکراتیت نکروزان) ایجاد شده است.
4. در حضور پریتونیت ولو پریتونیت شیمیایی انقباضات رحمی خودبخودی شروع می شود.
5. در حضور DIC کورتاژ و کارتهاجمی اشتباه می باشد.
6. مادر قبل از حاملگی باید بصورت الکتیو کوله سیستکتومی می شد.
7. مادر با تشخیص احتمالی پانکراتیت باید بستری شده و در صورت نیاز به سطوح بالاتر اعزام شود نه ارجاع سرپایی.
8. در مادران بسیار پرخطر مادر باید توسط اتند مشاور ویزیت شود نه رزیدنت ارشد

مورد نهم (اکلامپسی)

خانم 33 ساله ، ساکن شهر، لیسانس و کارمند، BMI=23 ، G1P0 ، سابقه 4 سال نازایی و با IVF حامله شده، حاملگی دوقلوئی ، سابقه دیابت و تحت درمان با متفورمین و انسولین، سابقه هیپوتیروئیدی و تحت درمان با لوتیروکسین ،* سابقه جراحی کاروتیدبندی 4 سال پیش، سابقه فلج اطفال و دارای بريس ، تحت مراقبت متخصص زنان در بخش خصوصی بوده است. طبق اظهار پزشک مراقب، فشارخون مادر در طول بارداری BP=130-140/90-100 بود ولی پروتئین اوری نداشت. اکوکاردیوگرافی سال قبل نرمال بود و آخرین کنترل 10

روز قبل انجام شده و فشارخون 130/100 بود. داروی آنتی هیپرتانسیو تجویز نشده بود. طبق اظهار همسر متوفی، مادر در آخرین مراجعه سردرد خفیف داشته و در مراجعه به پزشک مراقب جهت نشان دادن جواب سونوگرافی، این موضوع را ذکر کرده و ایشان گفته بود مهم نیست. 8 روز بعد در سن حاملگی 28-29 هفته) مادر با سردرد به محل کار می رود و ساعت 13:30 با همسرش تماس می گیرد و می گوید سردرد و دوبینی دارد و بعد از برگشت به منزل ساعت 14:10 به همراه همسر با وسیله شخصی به مرکز آموزشی درمانی رفته و به جای مراجعه به اورژانس، به پذیرش درمانگاه تخصصی مراجعه می کنند. مادر ساعت 15:10 بدون همراه وارد تریاژ می شود. علایم حیاتی موقع تریاژ: BP=126/92 RR=19 PR=102 O2Sat=98% بود. از سردرد شدید و دوبینی شکایت داشت و عدم احساس حرکات جنین ها را از 5 روز قبل ذکر می کرده است. مادر ساعت 15:15 به اتاق معاینه هدایت می شود. در حین انتقال به تخت معاینه، مادر در بغل یکی از ماما ها دچار تشنج تونیک کلونیک می شود. ماما مادر را زمین خوابانده و Air way میگذارد. بلافاصله متخصص بی هوشی و طب اورژانس بر بالین مادر فراخوانده می شود. مادر به اتاق CPR منتقل شده و 2 رگ بزرگ تعبیه می شود. به علت BS=57 در گلوکومتری دوویال دکستروز 50% انفوزیون می شود. O2Sat=50% بود و با ونتیلیسیون با آمبویگ بالا نمی رفت و تصمیم به انتوباسیون گرفته می شود (ساعت 15:50). برای مادر پوزیشن L.L داده می شود (با گذاشتن ملافه در زیر شکم). ترشحات لوله تراشه ساکشن می شود و به علت آسپیراسیون محتویات معده چندین بار با سالیان نرمال شستشوداده می شود. با این اقدامات ساچوراسیون به 80% می رسد. مادر به مونیتور وصل می شود. علایم حیاتی مادر بعد از تشنج: BP=200/120 PR=130 بود که هیدرالازین و دوز لودینگ سولفات منیزیم تزریق میشود. مادر حوالی ساعت 17 برادیکارد شده و ماساژ قلبی شروع می شود. بانظر اتند مقیم زنان، برای کمک به احیای مادر ساعت 17:15 به اتاق عمل وارد شده و ضمن ادامه عملیات احیا و بدون بی هوشی سزارین می شود و هر دو جنین با آپگار صفر متولد می شود (در اتاق CPR صدای قلب جنین ها شنیده نمی شد). در موقع سزارین از محل های برش خونریزی وجود نداشت طوریکه نیاز به کوتر نداشت. مادر بعد از ماساژ طولانی (حدود 45-50 دقیقه) به اقدامات احیا پاسخ داد و بعد از اتمام عمل ساعت 18:35 جهت ICU Care با همراهی متخصص طب اورژانس، رزیدنت زنان و انترن به بیمارستان جنرال اعزام می شود. موقع اعزام: BP=80/P PR=131

GCS=3 بود. مادر ساعت 19:13 به اورژانس مرکز جنرال رسیده و مستقیماً به بخش ICU ریه منتقل می شود. موقع ورود به بخش ICU ریه برادیکارد شده و احیا می شود و نهایتاً ساعت 21 فوت می کند.

جواب آزمایشات بیمارستان اول:

INR=1.9	PTT>60	PT=17.9	PLT=418,000	Hb=16	WBC=41,000
Urea=25	Cr=1.4	Uric Acid=5.4	SGPT=23	Fibrinogen=255	SGOT=9

Protein=2+ در آنالیز ادرار

بیمارستان دوم:

INR=3.34 PTT=67 PT=25.8 PLT=418,000 Hb=12.9 WBC=41,000:

Ca=1.15 Na=139 K=6.2 Mg=5.1 SGPT=102 SGOT=168

O2Sat=44.6% HCO3=9.8 PCO2=63.7 PH=6.8 :ABG

*جواب پاتولوژی تومور کاروتید: Glomus jugular tumor(paragangiloma) with involvement of lymph nodes

تشخیص علت مرگ :اکلامپسی (مولتی ارگان فیلورنانشی از هیپوکسی به علت آسپیراسیون ماسیو مواد غذایی)

توضیحات اساتید:

1. مادر باوجود داشتن سردرد ودوبینی از چندین ساعت قبل ،دیر مراجعه کرده است.
2. پروتئین اوری +2 و Cr=1.4 بصورت اورژانسی ایجاد نمی شود ومسلماً قبل از مراجعه مادر به بیمارستان ایجاد شده بود.
3. گاهی افزایش فشارخون درپره اکلامپسی دیر ظاهری شود.
4. مدیریت مادر در زمان بروز تشنج خوب نبوده وسبب آسپیراسیون مواد استفراغی شده است.
5. مراقبت بارداری مادر مناسب نبوده است؟؟

مورددهم (بیماری زمینه ای)

خانم 20ساله، ساکن روستای اصلی ، BMI=26.6، G1P0، Case، شناخته شده آرتریت روماتوئید از 5 سال قبل وتحت درمان با آزاتیوپرین (BID) ،سولفاسالازین (BID)، پردنیزولون (45 میلی گرم روزانه) وهیدروکسی کلروکین بوده (BID) وبیماری در فاز غیر فعال بوده است. نازایی اولیه داشته واز روش پیشگیری استفاده نمی کرده است. حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته ودر دوران بارداری تحت نظریکی از اساتید پریناتولوژی بوده ودر مرکز جامع سلامت نیز پرونده داشت (3 بار مراقبت شده بود). بعداز تشخیص حاملگی متخصص زنان مادر را جهت مشاوره وختم بارداری به فوق تخصص روماتولوژی (پزشک معالج) ارجاع می دهد وایشان با توجه به نتایج آزمایشات اجازه ادامه بارداری می دهد. مادر در ماه پنجم بارداری به علت ادم 10 روز در بیمارستان بستری بوده است.

مادر در هفته 32-33 حاملگی ساعت 4 صبح با شکایت آبریزش به بیمارستان مراجعه ودر اورژانس تحت نظر گرفته می شود. حوالی ساعت 16:30 به علت نبود تخت خالی با دستور پزشک به بیمارستان دیگر اعزام می شود.

مادر بعداز پذیرش در بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود. در معاینه مادر تبار نبود وعلایم حیاتی نرمال بود. استریای سفید فراوان بر روی رانها وشکم دیده می شد. دستورات حین بستری: کنترل علایم حیاتی وزایمانی- رزرو 3 واحد پکدسل و2 واحد کراس مچ شده – کنترل I/O – کنترل علایم Severity – آمپول بتا متازون تا دوز – آمپول آمپی سیلین 2g/QID – قرص آزیترومايسين 1g Stat-

آزمایشات :- PT,PTT,INR,U/A,U/C,CBC,LDH,BUN,Cr,LFT- مونیترینگ مداوم FHR و NST هر 6 ساعت-سونوگرافی

BPP - چک پروتئین ادرار 24 ساعته و مشاوره داخلی به علت سابقه بیماری RA. با توصیه مشاور داخلی پردنیزولون 15mg/TDS و هیدروکسی کلروکین 200mg/Bid به دستورات اضافه می شود (مادر حدود 10 روز قبل از بستری خودسرانه داروهای خود را قطع کرده بود). مشاور داخلی همچنین توصیه کرده بود در صورت زایمان طبیعی نیازی به استرس دوز کورتون نیست ولی در صورت سزارین قبل از عمل 100 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق شود. در سونوگرافی 96/1/26 سن جنین 30w,4d و میزان مایع حداقل نرمال با AFI=8.3 و BPP=6/8 بود.

آزمایشات : Hb=8.5 LFT=N Cr=0.6 WBC=1-2 U/A:Pro=Trace Urine Pro(24h)=47.7

روز دوم بستری به علت نداشتن علائم زایمانی مادر با توصیه اتند پریناتولوژی به بخش حاملگی پرخطر منتقل می شود. در بخش پرخطر برای مادر هپارین 5000IU/TDS/S.C و NST روزانه گذاشته شده و آمپول آمپی سیلین به کیسول آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت تبدیل می شود و آرتیوپرین و سولفا سالازین به دستورات دارویی اضافه می شود. در سونوگرافی مورخ 96/1/28 میزان مایع آمیوتیک بشدت کاهش یافته گزارش می شود. روز چهارم بستری (96/1/29) مادر به علت شروع دردهای زایمانی به بخش زایمان منتقل می شود.

روز پنجم بستری : مادر تبار است BT=38 و در سمع ریه خشونت صدا در نیم سینه راست دارد. در کنترل 10 دقیقه انقباض رحمی ندارد.

علائم حیاتی : BP=120/80 PR=104 RR=30 O2Sat=93%. برای مادر مانیتورینگ مداوم قلبی، اکسیژن از طریق کانولا، ABG، EKG، کشت خون در دونوبت، چک TSH، مشاوره عفونی و روماتولوژی گذاشته می شود. مشاور عفونی توصیه می کند باتوجه به حساس بودن CVA سمت راست و نداشتن علائم ادراری U/A و U/C و سونوگرافی مجاری ادراری درخواست و کیسول آزیترومایسین 250 میلی گرم روزانه تا 4 روز داده شود و آمپول سفتریاکسون 1g/Bid بعد از اخذ نتایج کشت شروع شود. مشاور روماتولوژی نیز

توصیه می کند قرص سولفا سالازین قطع شده و قرص پردنیزولون Tapper شود و در صورت سزارین استرس دوز هیدروکورتیزون

200mg باشد. ABG: PH=7.55 PCO2=22.8 HCO3=20.4

U/A: Pro=1+ WBC=1-2 CRP=293 WBC=9100 B/C=Neg

فشارخون مادر از شب روز پنجم بستری شروع به افزایش کرده و در ساعت 6 روز ششم به BP=160/110 بود. برای مادر یک دوز لابتالول تزریق و سولفات منیزوم شروع می شود. مادر علائم Severity نداشت. به علت کاهش پلاکت PLT=236,000---119,000 10 واحد پلاکت درخواست می شود.

روز ششم بستری: ساعت 9:50 به علت تاکی کاردی مداوم جنین (شروع از ساعت 6 با مدام و base line=185) واز بین رفتن Beat to Beat Variability بصورت اورژانس جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.

علائم حیاتی مادر موقع انتقال به اتاق عمل : BP=155/119 PR=130 RR=20 BT=38

عمل با بی حسی اسپینال در ساعت 10.05 شروع شده و حاصل عمل نوزاد دختر پره ترم به ظاهر سالم و آغشته به مکنونیوم غلیظ با آپگار 5/7 بود. ترشحات بد بو نبود و پرده های جنینی به طور کامل رنگ گرفته بود. بعد از خروج جفت یک عدد مترزین و 4 عدد میزوپروستول استفاده می شود. مادر بعد از اتمام عمل ساعت 11:20 به ریکاوری منتقل و ساعت 12:20 با علائم حیاتی: BP=147/90

PR=99 O2Sat=97% به بخش تحویل داده می شود.

دستورات بعد از عمل (با احتمال کوریو آمنیوتیت و آتون): کنترل علائم حیاتی و خونریزی - آمپول سفتریاکسون 1g/Bid - ادامه سولفات منیزیوم - آمپول آمپی سیلین 2g/Qid.

آزمایشات بدو بستری: WBC=7-8 Pro=2+ Cr=1.02 SGOT=73 SGPT=51 LDH=1208 روز

دوم بعد از عمل: مادر از تاری دید شاکی است. تب دار نیست و علائم حیاتی پایدار است. BP=125-130/85-90

RR=18 PR=96

آزمایشات : Hb=7.3—6.6 PLT=105,000 AST=62 ALT=59 LDH=1633

طبق دستورالعمل پری ناتولوژی ، سولفات و کنترل I/O و سفتریاکسون قطع و کپسول سفالکسین شروع می شود. به علت شکایت تاری دید مشاوره نرولوژی درخواست می شود و مشاور پیشنهاد MRI و MRV می دهد ولی مادر حاضر به انجام آن نمی شود. روز بعد آمپول آمپی سیلین قطع و کپسول آموکسی سیلین شروع می شود. مادر با OK داخلی با آنوکسپارین و آنتی بیوتیک مرخص می شود.

درسونوگرافی در محل عمل و داخل شکم و لگن هماتوم و یا Collection نداشت.

مادر 3 روز بعد با شکایت ترشح چرکی از محل عمل به بیمارستان مراجعه کرده و در اورژانس بعد از باز کردن سوچورها با تشخیص جدار باز در بخش جراحی بستری می شود. مادر موقع پذیرش تاکی کارد بود BT=37.2 ثبت شده بود. در معاینه شکم نرم و فاقد تندرنس بود و ترشحات سروز و چرکی در محل عمل و اندوراسیون مختصر در اطراف زخم داشت و فاسیا intact بود. طبق شرح حال مادر بعد از ترخیص داروهای آنتی روماتوئید را خودسرانه قطع کرده بود. برای مادر دستورات کنترل علائم حیاتی و چارت تب - رژیم پروتئین - رزرو 2 واحد پکدسل - کنترل I/O - کشت و کنترل ترشحات محل عمل - آمپول آمپی سیلین ، جنتامایسین ، کلیندامایسین - شستشوی Wet to Dry هر 8 ساعت - آزمایشات CBC,PT,PTT,INR,HBS Ag,Cr,BUN گذاشته می شود.

روز دوم بستری: به علت Hb=6.1 یک واحد پکدسل تزریق می شود. درسونوگرافی تغییرات ادماتوز شدید در جدار شکم از ناحیه زیر ناف تا سوپراپوبیک ، تجمع لوکوله بصورت پراکنده در ناحیه زیر جلد ، مایع به عمق تقریبی 18mm در کلدوساک خلفی و مایع آزاد اندک در ناودان پاراکولیک گزارش شده بود.

روز پنجم بستری: برای مادر مشاوره روماتولوژی درخواست می شود وبا توصیه مشاور قرص پرد نيزولون 5mg/Bid وهيدروكسي كلروكين 200mg/Bid برای مادر شروع می شود. تستهای روماتولوژیک منفی می باشد. دراسمیر ترشحات محل عمل E.Coli وجودداشت.

روز هشتم بستری: برای مادر آمپول هپارین با دوز 5000IU/TDS/S.C شروع می شود. مادر هنگام استفراغ دچار دررفتگی مفصل TMJ شده وتوسط سرویس فک وصورت جاناندازی وبانداژی می شود. به علت عدم توانایی در خوردن، داروها گاوژی می شود. مادر یکبار جهت دبریدمان ودوروز بعد جهت دبریدمان وترمیم فاسیا وجلد وزیر جلدبه اتاق عمل برده می شود. 2 روز بعداز ترمیم طی ویزیت 2 نفر از اساتید پريناتولوژی، گوشه های محل انسزیون باز شده ومقدار فراوان خونابه تخلیه می شود. محل زخم با سرم شستشوداده شده وگاز خیس داخل گوشه های زخم گذاشته می شود. طبق یادداشت حال عمومی مادر خوب بود ومشکل خاصی را ذکر نمی کرد. Hb=6.7 بود.

با نظر اساتید همه آنتی بیوتیکها قطع می شود وبا مشورت تلفنی با متخصص داخلی 2 واحد پكد سل تزریق می شود. روزبعد مادر توسط اساتید زنان به اتاق عمل منتقل شده وزیر بی هوشی عمومی بعداز باز کردن سوچورهای زده شده محل با سرم فراوان شستشوداده می شود. به علت دیفکت وسیع زیر جلد از متخصص جراحی عمومی کمک خواسته شده وتوسط ایشان ابدومینوپلاستی درمانی انجام می گیرد. عمل ساعت 8:15 شروع شده و11:50 به پایان می رسد. در طی عمل 2 عدد هموواگ درگوشه های زخم تعبیه می شود. در اتاق عمل برای مادر آمپول سفازولین ومترونیدازول شروع شده و 2 گرم سفازولین زیر جلدی در محل زخم انفیلتره می شود. روز بعدبا نظر جراح عمومی آمپول سفازولین قطع(آخرین تزریق 6 صبح) وآمپول مروپنم شروع (ساعت 14) و مترونیدازول ادامه داده می شود. مادر تهوع گهگاهی را ذکر می کرد وحوالی ساعت 20(حدود 30 ساعت بعداز عمل آبدومینوپلاستی) دچار درد شدید اپی گاستر شده وبه مسکن (پاراستامول،آپوتل وپتیدین) پاسخ نمی دهد. در معاینه شکم کمی دیستانت بود. کارکرد شکمی داشت. درهنگان تعویض پانسمان ترشحات بدون بو وشفاف از گوشه راست زخم داشت. ساعت 21:50 با متخصص جراحی تماس می گیرند وایشان توصیه می کند برای مادر فاشنیت مطرح بوده وABG اخذ شود.

جواب ABG: PH=7.47 PCO2=20.8 HCO3=18.3 BE=-8

علائم حیاتی: BP=100/60 PR=130 RR=24 BT=37.1

بعداز اطلاع جواب ABG دستوری دهد برای مادر 50 میلی گرم مورفین تزریق شده وCT Scan با کنتراست خوراکی وتزریقی شکم بعمل آید. مادر ساعت 24:30 با همراهی رزیدنت زنان جهت انجام CT Scan به بیمارستان جنرال منتقل می شود وبعداز انجام توسط سرویس جراحی در اورژانس ویزیت می شود.(ساعت 2:30 بامداد). یادداشت متخصص جراحی عمومی: مادر ill وتوکسیک وبه شدت آژیته می باشد. در معاینه شکم تندرns ژنرالیزه وگاردینگ دارد. در ریباندتندرns مثبت می باشد برای مادر فاشنیت وپریتونیت مطرح است. مادر به علت ناپایداری علائم حیاتی بلافاصله به بخش ICU جراحی منتقل شود. با دستورات : NPO- تعبیه CVP Line وحفظ آن درحد

10-8 سانتیمتر-تزریق 2 واحد پکدسل ایزوگروپ ورزو 4 واحد CXR- پرتابل-تعبیه NGT وسوند فولی -آمپول مترونیدازول-آمپول P.G-آمپول مروپنم. ساعت 11:40 آمپول مروپنم و P.G قطع و آمپول اکروتایدوسفتریاکسون اضافه می شود و ساعت 13 آمپول P.G و هپارین پروفیلاکتیک و تزریق 4 واحد FFP تجویز می شود.

روز دوم بستری در بخش جراحی: مادر نسبتاً Stable است. سمع قلب و ریه نرمال است. تندرست محل انسیزیون واپی گاستر دارد. در اسکن اسپیرال شکم، هماتوم جدار شکم با کانونهای هوا و پانکراتیت مطرح می باشد. برای مادر آمیلاز و لیلیاز درخواست می شود. به علت بیماری RA برای مادر مشاوره روماتولوژی درخواست می شود. مشاور روماتولوژی برای مادر سولفا سالازین شروع میکند. به علت Pale بودن، برای مادر یک واحد پکدسل +10 میلی گرم لایکس تزریق می شود. شکم نرم و بدون دیستانسیون می باشد.

علامت حیاتی: BP=139/83 PR=124 O2Sat=99%

روز سوم بستری مادر تیدار و تانکیکارد است. NGT ترشحات خونی روشن دارد. معده شستشو داده شده و انفوزیون پنتاپرازول شروع و 3 واحد FFP درخواست و انفوزیون می شود. به علت آلبومین پایین سرم (Alb=1.6) برای مادر آلبومین شروع می شود. مادر ساعت 17:15 به اتاق عمل منتقل شده و با بی هوشی عمومی تحت دبریدمان محل ابدومینوپلاستی قرار می گیرد فاسیا سالم بود و هماتوم وسیع زیر جلدی داشت. بعد از دبرید و شستشو، جلد در حد امکان به هم نزدیک می شود. طبق یادداشت متخصص بی هوشی، مادر در زمان ورود به اتاق عمل هوشیار بود و همودینامیک Stable داشت و با وجود دریافت اکسیژن O2Sat<80% بود. عمل ساعت 18:30 تمام شده و مادر پس از بازگشت تنفس خود بخودی اکستوبه شده و با علامت حیاتی پایدار به ریکاوری تحویل داده می شود (BP=105/83)

PR=136 RR=14) مادر ساعت 19:15 به بخش ICU منتقل می شود. مادر حدود یک ساعت بعد از انتقال به بخش شدیداً بیقرار شده و دچار تانکیکاردی و تاکی پنه می شود. با وجود دریافت اکسیژن با ماسک O2Sat=78% بود. یک عدد پتیدین تزریق می شود ولی همچنان بی قرار بود. به علت CVP بالا 10 میلی گرم لایکس تزریق و ABG گرفته می شود. دیورز برقرار بود. برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود.

مشاور عفونی ساعت 20:20 مادر را ویزیت کرده و توصیه می کند آمپول سفتریاکسون و مترونیدازول قطع و وانکومايسين، سیپروفلوکساسین و مروپنم شروع شود.

جواب ABG: PH=7.33 PCO2=31.7 HCO3=16.5 BE=-9.4

تصمیم به انتوباسیون گرفته شده و در ساعت 22:30 مادر انتوبه و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود ولی با وجود FIO2=100% افت ساچوراسیون داشت O2Sat=90%. برای مادر CXR پرتابل درخواست می شود. درگرافی ریه ها کاملاً پر بود و مشاوره داخلی ریه درخواست می شود. مشاوره ساعت 1:15 با مدار مادر ویزیت کرده و یادداشت کرده بود ریه ها Clear بوده ولی کاهش صدا دارد. توصیه می کند با توجه ساچوراسیون 75% و نمای ARDS درگرافی سینه Setting ونتیلاتور را تغییر داده و مادر سدیت شود و برای مادر گرافی سینه کنترل و اکوکاردیوگرافی درخواست شود. در ویزیت مجدد متخصص ریه (ساعت 5:40) با توجه به ساچوراسیون خیلی

پایین (30-20%) برای مادر لنوفد ولایکس (80 میلی گرم) شروع می کند. مادر ساعت 9 دچار تنفس Gasping و کاهش برونده ادراری شده و ساعت 10:30 دچار ارست قلبی تنفسی شده و فوت می کند.

در اسکن اسپیرال شکم و لگن مایع آزاد شکم و لگن وجود دارد. پانکراس برجسته بوده حدود آن لبوله بوده و Stranding چربیهای پری پانکراتیت و مایع اطراف پانکراس حاوی حبابهای هوایی و پلورال افیوژن دوطرفه به همراه کلاپس پاسیوریه مجاور گزارش شده بود. و در CXR پرتابل نیز پلورال افیوژن دوطرفه و زوایای جنبی دوطرف بلانت و کدورت منتشر توام با کلاپس ریه ها گزارش شده بود. تصویر قلب بزرگتر از طبیعی بود.

جواب آزمایشات :

Sigment=88.1%	WBC=21,100	: 96/2/22
Fe=53	TSH=3.8	PTT=83
PT=19.6	INR=2.02	: 96/2/21
Lipase=12—18	Amylase=13—14---24	Bil=0.6—0.8
CPK=40	ESR=16	
CPK-MB=8	B/C=Neg	Ca=1.11
Cr=0.89		

تستهای روماتولوژیک منفی بودند.

نکات ویژه:

1. مادر پزشک مسئول نداشته است.
2. $PLT=119,000$ اندیکاسیون درخواست پلاکت ندارد.
3. انفیلتراسیون سفازولین زیرجلدی اساس علمی ندارد (غیر از چشم و CNS)
4. علت مرگ با احتمال بالا پانکراتیت نکروزان به علت بیماری زمینه ای می باشد.

مورد یازدهم (نامعلوم)

خانم 36 ساله، ساکن روستا ، $BMI=27.9$ ، G_2P_1 ، سابقه یکبار سزارین 7 سال پیش. سابقه نازایی اولیه و ثانویه، حاملگی خواسته بود. مراقبت پیش از بارداری 4 سال قبل انجام گرفته و مراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت بوده و 5 بار توسط بهورز، 6 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک مرکز مراقبت شده است. به علت سابقه سزارین یکبار توسط متخصص زنان و یکبار متخصص بی هوشی ویزیت شده است.

در آزمایشات قبل از بارداری و بار اول میزان هموگلوبین نسبتاً بالا بوده و بقیه آزمایشات نرمال بود. $Hb=16.7$
 $Hct=48.4$ (فشارخون در طول بارداری در محدوده نرمال ثبت شده بود. مادر در هفته 38 بارداری جهت سزارین در بیمارستان بستری می شود. بعد از اقدامات اولیه به اتاق عمل منتقل شده و عمل با بی هوشی عمومی انجام می گیرد. فشارخون مادر در زمان بستری

BP=110/75 ودر شروع عمل BP=130/75 ثبت شده است.مادر با فشارخون BP=140/90 به ریکاوری منتقل شده وبا علائم

حیاتی نرمال به بخش تحویل داده می شود.مادر در اتاق عمل مشکل خاصی نداشت ونوزاد با آپگار 9/10 ووزن 3500 گرم بدنیا آمده بود.روز بعد(24 ساعت بعداز عمل)مادر مرخص می شود.آزمایشات بدو بستری نرمال بود وفشارخون ثبت شده در محدوده نرمال بود ومادر تب دار نبود.داروهای تجویز شده بعداز ترخیص؟ مادر 11 روز بعداز عمل ساعت 4:30 بصبح با شکایت درد پشت به اورژانس مراجعه وبا سطح 5 تریاژ به پزشک اورژانس ارجاع می شود.برای مادر آمپول دگزامتازون وکتورولاک تزریق شده وساعت 4:45 مرخص می شود.BP=120/80 ثبت شده بود.مادر روز بعد با شکایت درد پهلوشکم وتب BT=38.5 به خانه بهداشت مراجعه وبه بیمارستان ارجاع داده می شود.مادر ساعت 12:15 به اورژانس مراجعه کرده وبعداز تریاژ با سطح 3 به پزشک عمومی ارجاع می شود.با دستور ایشان برای مادر آمپول هیوسین وکتورولاک تزریق شده و12:28 مرخص می شود.علائم حیاتی ثبت شده PR=80 BT=37

RR=18 BP=120/80 O2Sat=98% در هیچ یک از مراجعات تشخیص نوشته نشده وبه متخصص زنان نیز ارجاع نشده بود.

مادر روز بعد ساعت 17:45 برای بارسوم به همان بیمارستان مراجعه وجهت R/O متریت در بخش زنان بستری می شود.در معاینه تب دار بود وتندر نس رحم داشت.سمع قلب وریه نرمال بود در لمس CVA راست مختصری دردناک بود . ترشحات چرکی واژینال اندک داشت.در اندامها اختلاف سایز محسوس نداشت وگلو فاقد اریتم بود.علائم حیاتی: BP=110/70 PR=78 RR=16

BT=38.3 O2Sat=98% بود.

برای مادر آزمایشات PT,PTT,INR,CBC,LFT,Urea,Cr,B/C,U/A,U/C, وکشت ترشحات واژینال درخواست کرده ودستورات رزرو 2 واحد خون،سونوگرافی رحم وضمائم ومجاری ادراری -کنترل علائم حیاتی هر 4 ساعت وتهیه چارت تب -آمپول جنتامایسین،کلیندامایسین،سفازولین تا72 ساعت وآمپول هپارین 5000IU/TDS/S.C گذاشته می شود.

در سونوگرافی، سایز رحم بزرگ(124*77) وناحیه هیپو اکو به حجم 5سی سی در داخل رحم ومایع آزاد جزئی در لگن گزارش می شود.کلیه ها نرمال بود.

روز دوم بستری: مادر شکایت خاصی ندارد BT=37.5 پزشک معالج شب قبل ادامه دستورات را Order می کند.متخصص زنان مقیم ساعت 10 مادر را ویزیت کرده ویادداشت کرده بود: بیمار شکایت خاصی جز درد مختصر زیر شکم ندارد.واژن ترشحات چرکی ندارد.رحم جمع است.محل عمل طبیعی است وشکم نرم وفاقد حساسیت می باشد.سمع قلب وریه نرمال است.علائم حیاتی نرمال می باشد.ایشان آمپول جنتامایسین،کلیندامایسین وسفازولین را قطع وسفتریاکسون 500mg/IV/q12h و هپارین زیر جلدی وآمپول دیکلوفناک داخل سرم را Order می کند.

روز سوم بستری: جواب کشتها آماده نیست.مادر با دستورات دارویی؟ مرخص می شود.

جواب آزمایشات: WBC=10,500 Neut=74.9% Hb=13.3 PLT=303,000
 PT=13 PTT=36 INR=1.07 Urea=15 Cr=0.7 SGOT=13
 ALP=258 SGPT=13

آنالیز ادرار: نرمال B/C=N U/C=N کشت ترشحات واژن استافیلوکوک کوآگولاز منفی رشد کرده بود.

طبق اظهار خانواده مادر بعد از ترخیص از تنگی نفس (ارتوپنه)، درد پشت و دردیلهوها شکمی بود و سرفه گهگاهی داشت و رنگ پریده بود و قادر به انجام فعالیت نبود. مادر از شب روز 11 بدحال شده و روز بعد حوالی ساعت 21:30 توسط اطرافیان به کلینیک برده می شود. طبق اظهار پزشک شیفت به علت بدحالی مادر توسط مسنول پذیرش، خارج از نوبت به اتاق معاینه فرستاده شده بود. مادر هوشیار ولی ill بود. از علائم سرماخوردگی، تهوع و درد قسمت فوقانی شکم شکمی بود و رنگ پریده بود و عرق سرد داشت. علائم حیاتی: BP=90/60

PR=68 O2Sat=80% و BS=122 بود. در حین معاینه مادر دچار افت هوشیاری می شود. با 115 تماس گرفته می شود. بعد از 4 بار تماس گفته می شود آمبولانس نداریم. مادر توسط همراهان با وسیله شخصی به بیمارستان برده می شود و در مسیر مادر فوت می کند. مادر ساعت 22:25 به اورژانس می رسد و طبق یادداشت پزشک اورژانس مادر فاقد علائم حیاتی بود و مردمکها دویل میدریاز و بدون رفلکس به نور بودند و بدن سرد و سیانوزه بود. به علت عدم رضایت اطرافیان جسد مادر بدون اتوپسی با صدورگواهی فوت توسط پزشک کلینیک تحویل خانواده داده می شود. علت فوت ایست قلبی تنفسی نوشته شده بود.

علت مرگ با توجه به عدم انجام اتوپسی نامعلوم می باشد.

توضیحات اساتید:

1. برای مادر حوادث عروقی از جمله دیسکشن آنورت محتمل است.
2. پزشک و مامای تیم سلامت مادر را به عنوان مادر پرخطر پیگیری نکرده است.
3. مادر قبل از حاملگی و اوایل حاملگی هموگلوبین بالا داشته است و بایستی بررسی کامل می شد.
4. برای مادر با وجود درد CVA و درد پشت CXR و نوار قلبی انجام نشده است و کلاً برخورد علمی نشده است.
5. شواهدی به نفع عفونت و سپسیس در مورد علت مرگ وجود ندارد.
6. تجویز دگزامتازون، کتورولاک و هیوسین کار غیر علمی و اشتباه می باشد و می بایست علت درد و شکایت مادر بررسی می شد. طبق بخشنامه وزارتی، مادران باردار و یا زایمان کرده تا 42 روز بعد از زایمان با هر شکایت به بیمارستان مراجعه کرده باشند باید مشاوره زنان انجام گیرد.

خانم 37 ساله، ساکن روستای اصلی ، ، G3P2 سابقه دوبار زایمان طبیعی (19 و 15 سال قبل)، BMI=30.5، حاملگی ناخواسته بود. مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته و قبل از بارداری زیر نظر متخصص تغذیه 20Kg وزن کم کرده بود. مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در خانه بهداشت و بخش خصوصی بصورت مرتب انجام می شده است و 10 بار توسط ماما، 6 بار توسط پزشک خانواده ویزیت شده و مشکل خاصی در طی بارداری نداشته است. آزمایشات دوران بارداری نرمال بود. مادر به علت کاهش حرکت جنین از دوز قبلی به کلینیک مراجعه کرده و توسط پزشک متخصص زنان (پزشک مراقب) ویزیت می شود. ایشان به علت کاهش حرکت جنین و سن حاملگی 40 هفته و 3 روز دستور بستری در بیمارستان و شروع اینداکشن را می نویسد. در برگ بستری پزشک معالج 2F/40/C/II=TV نوشته شده بود. مادر ساعت 11:10 به بیمارستان مراجعه کرده و در بخش زایمان بستری می شود. موقع بستری خونریزی، آبریزش و انقباض نداشت و FHR=136 بود. ساعت 12/30 اینداکشن با 10 واحد سنتو در 500 سی سی سرم دکستروز و با 4 قطره شروع می شود. در ساعت 13/50 با 24 قطره انقباضات شروع شده و ساعت 14/20 به علت هیپرتون شدن رحم به 14 قطره تقلیل داده می شود (FHR=164 بود). ساعت 19 کیسه آب خودبخود پاره شده و مایع روشن بدون مکنونیوم خارج می شود. نیم ساعت بعد جنین برادیکارد شده (FHR=80) و توسط متخصص زنان حاضر در بخش، ویزیت می شود. برای مادر پوزیشن L.L داده شده و اکسیژن وصل می شود. در معاینه توسط ماما: TV=2F/Ripe/-2 بود و پیشرفت زایمان چندانی نداشت. فشارخون ثبت شده در طول اینداکشن BP=110/70 بود. با اقدامات انجام شده برادیکاردی موقتاً اصلاح و مجدداً کاهش می یابد. با پزشک معالج تماس می گیرند و می گوید خودم به بیمارستان می آیم. در ساعت 19:45 مادر توسط پزشک معالج ویزیت شده و دستور انتقال به اتاق عمل داده می شود. آخرین انقباض ثبت شده 40 ثانیه بود. مادر با ویلچر توسط ماما و کمک بهیار به اتاق عمل منتقل می شود. طبق گزارش کمک بهیار موقع انتقال مادر بروی تخت عمل مادر خونریزی داشت و لباس و ویلچر خیس بود ولی ماما تانید نمی کند.

یادداشت پزشک معالج در اتاق عمل: در معاینه 0-1-/- 8-9cm/ TV بود مادر جهت پیشرفت زایمان چند بار زور زد ولی موفق نشد. FHR=60 بود. مادر توسط متخصص بی هوشی مقیم بی حسی اسپینال داده می شود و عمل راس ساعت 20 با برش Kerr شروع شده و یک نوزاد دختر با آپگار 6/10 و وزن 3100 g متولد می شود. بعد از در آوردن جفت رحم دوبار کوراز شده و به علت خونریزی از گوشه چپ چند سوچور زده شده و محل برش دوخته می شود. در ساعت 20:55 متخصص زنان همکار که در اتاق عمل دیگر مشغول عمل هیستریکتومی بوده متوجه سروصدای اتاق شده و موجب جلب توجه ایشان می شود. طبق شواهد، زیر مادر و اطراف تخت عمل پر خون بود. ایشان به کمک پزشک معالج می رود و هردو مشغول زدن سوچور می شود. برای مادر میزوپیروستول 2 عدد رکتال گذاشته شده و 2 عدد آمپول مترژین تزریق می شود. از متخصص جراح عمومی مشاوره حضوری درخواست می شود. با پیشنهاد جراح یک عدد درن داخل لگن گذاشته شده و بقیه عمل به پزشک معالج واگذار می شود. در حین عمل 50 عدد گاز معمولی و 6 عدد لنگاز مصرف شده بود.

یادداشت متخصص زنان همکار: ساعت 20:55 بر بالین مادر حضور یافتیم. برش Kerr دوخته شده بود گوشه راست رحم که خون می داد سوچورهای متعدد زده شده بود. با ویکریل 01 وبا شناسایی شریان یوترین سوچور زده شد. بعد از چند سوچور خونریزی از گوشه راست رحمی کنترل شد. گوشه چپ نیز خون می داد که کنترل شد. همزمان فلوی ICU بر بالین مادر حضور یافته بود. رحم در مدت عمل جمع بود ولی در اواخر کمی شل شد و 2 عدد میزو پروستول رکتال گذاشته شد. بعد از کنترل هموستاز و مشاهده حفره لگن توسط جراح عمومی و نظر ایشان مبنی بر قطع خونریزی، درن داخل لگن تعبیه شد.

به علت وضعیت مادر، فلوی ICU توسط پزشک مقیم بی هوشی ساعت 21:15 به اتاق عمل فراخوانده می شود.

یادداشت فلوی ICU: مادر پس از خروج جفت به تدریج دچار خونریزی شده و برای کراس مچ خونگیری شد. مادر blood loss قابل توجه داشت (حدود 1 لیتر) و دچار افت فشار خون و تاکی کاردی شده است. برای بیمار 2 آنژیوکت صورتی تعبیه شد. به علت عدم کشش خوب CVP Line گذاشته شد. پکد سلهای درخواستی در اواخر عمل آماده شده و در ریکاوری ترانسفوزیون شدند. برای بیمار چند دوز افرین تزریق شد. در اواخر عمل فشار خون BP=88-106/55-65 بود.

در اتاق عمل و ریکاوری برای مادر کلاً 2 واحد پکد سل-4 واحد FFP-1 لیتر رینگر و 1 لیتر نرمال سالین -80 میلی گرم لازیکس -1 گرم آپوتل -1 ویال دکستروز 50% و 1 ویال بی کربنات تزریق شده بود. در مجموع 350 سی سی ادرار خونی داشت.

عمل ساعت 22:30 تمام شده و مادر 22:45 به ریکاوری منتقل می شود. بعد از تزریق خون و FFP با پیشنهاد پزشک معالج بارز و تخت ICU، ساعت 1 بامداد توسط کمکی به بخش مامایی تحویل داده می شود. طبق اظهار ایشان مادر در ریکاوری "فریاد می زد تشنه هستم و دارم می میرم". مادر به مسئول بخش تحویل داده نشده بود.

یادداشت پزشک معالج در ساعت 24: در اتاق عمل خونریزی مادر بیشتر از حد نرمال بود. در حال حاضر رحم جمع است. خونریزی کمتر از Mens است، ادرار جریان دارد، محل عمل نرمال است. HR=110 و BP=120/70 و O2sat=98% فعلاً به بخش فرستاده شود. برای مادر دستورات سرم رینگر +30 واحد سنتو، کنترل v/s و کنترل V/B و کنترل I/O، درخواست آزمایشات انعقادی BUN, Cr و LFT، آمپول جنتامایسین، سفازولین، رزرو 2 واحد پکد سل، قرص میزو پروستول 800M رکتال و پالس اکسی متری گذاشته می شود. ساعت 1/20 Am به علت بیقراری مادر، متخصص زنان با متخصص بیهوشی تماس گرفته و با پیشنهاد ایشان آمپول آپوتل تجویز می کند. علایم حیاتی ثبت شده:

BP=70/40 : 1Am	HR=120	U/O=100cc خونی
1/15 Am	HR=130	BP=70/40
1/45Am	HR=130	BP=50/40 (O2sat=90)
		مادر به مانیتور وصل می شود.

طبق یادداشت پرستاری: مادر هوشیار و بیقرار است. احساس تشنگی دارد ولی خونریزی واژینال ندارد. در ساعت 2 بامداد مادر با هماهنگی سوپروایزر به بخش ICU منتقل می شود. پس از انتقال به بخش ICU توسط پزشک داخلی مقیم انتوبه و به ونتیلاتور وصل می گردد و در ساعت 2/25 توسط متخصص بیهوشی ویزیت می شود. برای مادر VBG درخواست می شود: جواب VBG:

pco=46, Lactat=15, PH=6.8 و بی کربنات غیر قابل ارزیابی بود مادر بسیار pale بود (Hb=4.7) و در حد 150cc ادرار داشت. پزشک معالج با یکی از اساتید پریناتولوژی تماس میگیرد و ایشان توصیه میکنند به مادر حجم داده شود.

آزمایشات: INR=7: و pt افزایش یافته بود ساعت اخذ نمونه 2/5 و جوابدهی 4 صبح

طبق یادداشت متخصص بیهوشی: مادر در شوک هیپوولمیک بود. برای مادر 2 واحد پکد سل (قبلاً درخواست شده بود)، ویال 5% NaCl و 4 ویال بی کربنات و 200 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق می شود. با این اقدامات مادر هوشیار شده ولی بیقرار بود. برای کاهش آرتیناسیون 100mg فنتانیل 3 mg+ میدازولام تزریق می شود. برای افزایش برون ده ادراری 100mg لازیکس و یک ویال دکستروز 50% تزریق می شود. ادرار تا ساعت 4/30 در حد 700cc بود. از درن لگنی 300cc خون ترشح داشت. به علت ادامه وضعیت حوالی ساعت 5 بامداد 4 واحد پکد سل 6+ واحد FFP و 6 واحد پلاکت تزریق می شود. بعد از تزریقها BP=150/90 (با اپی نفرین) و HR=123 و o2sat=100% می شود.

ABG ساعت 8 صبح: PH=7.2 pco2=28 HCO3=11.5 15=لاکتات

در سمع ریه کراکل فاین در قاعده هر دو ریه سمع می شود و 7mg مرفین تزریق می شود. در ساعت 8 صبح توسط متخصص قلب ویزیت واکو می شود. طبق یادداشت ایشان: به علت HR بالا ارزیابی دقیق امکان ندارد و EF=40% L.V ارزیابی شده و مشکل خاصی در قلب وجود نداشت و یافته ای به نفع PTE نداشت. ولی پلورال افیوژن چپ داشت. برای مادر پکد سل و خون کامل درخواست می شود. به علت دمای بالای بدن با شک به شوک سپتیک در ساعت 10 مشاوره عفونی درخواست و ایشان پاسخ می دهد که مادر در شوک هیپوولمیک است. با اینحال پیشنهاد می شود گشت خون، ادرار درخواست شده و سفپیم و واکو مایسین تجویز شود. پزشک معالج با استاد معین تماس گرفته و از ایشان درخواست می کند جهت ویزیت مادر ساعت 12/30 به بیمارستان بیاید. مادر در ساعت 12 دچار ایبستاکسی شده و توسط متخصص ENT تامپون قدامی می شود.

به جهت مشاهده هماتوم گردن (محل کاتتر CVP) مشاوره جراحی توراکس می گردد که ایشان مادر را ویزیت کرده و به علت پلورال افیوژن احتمال هموتوراکس می دهد و به علت نبود خونریزی فعال و وضعیت انعقادی مادر توصیه به درمان نگهدارنده می کند. (BP=55/30 HR=162) بود. استاد معین بعد از ویزیت مادر و رویت وضعیت بیمار درخواست سونوگرافی شکم کرده و بعد از رویت جواب سونوگرافی پیشنهاد لاپاراتومی تجسسی می کند (در سونوگرافی پرتابل: مایع آزاد شکمی رویت شده بود).

مادر ساعت 14/40 جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل شده و با بیهوشی عمومی توسط استاد معین و پزشک معالج لاپاراتومی می شود. بعد از باز شدن محل برش سزارین، مقدار زیادی خون تیره داخل شکم بود که ساکشن می شود. هماتوم رتروپریتون در هر دو طرف و

هماتوم پارامتریال وجود داشت. محل سوچورها خونریزی فعال نداشت و رحم بسیار شل بود ولی داخلش خون نبود. اقدام به هیستریکتومی سبب توتال کرده لیگمان روند هر دو طرف لیگاتور و شرابین تخمدانی و بیوترین دو طرف بسته می شود. به علت oozing از محل سوچور رسپاندر استفاده می شود. محل عمل به مدت 20-15 پک و سپس ترمیم می شود. در انتهای عمل به علت افت ساچوریشین و هموتوراکس توسط جراح عمومی chest tube گذاشته می شود. درحین عمل برای مادر 17 واحد پکدسل، 28 واحد FFP، 4 واحد کرایو، 28 واحد پلاکت و نرمال سالین 2 لیتر تزریق می شود. مادر از اکثر مجاری تنفسی خونریزی داشت. فاقد ادرار بود. عمل ساعت 19/30 تمام شده و مادر ساعت 20 به علت خونریزی فعال از محل CT مشاوره اورژانس توراکس شده و بعد از عمل هیستریکتومی توسط جراح توراکس توراکتومی انترولاترال شده و محل خونریزی از پارانشیم ریه ترمیم می شود و ساعت 20 عمل خاتمه می یابد. مادر بعد از اتمام عمل به ICU برمیگردد. از زمان ورود به ICU از CT ترشحات خونی روشن وجود داشت. مشاوره جراحی و ریه می شود. متخصص محترم ریه اقدام به برونکوسکوپ کرده و با تزریق آدرنالین و ترانس آمین مقدار خونریزی کاهش می یابد. درحین برونکوسکوپ مادر برادیکارد شده و ارست قلبی کرده و CPR می شود. در ترشحات لوله تراشه خونریزی واضح داشت. ساعت 22 : مادر هوشیار نیست. مردمکها دوبل مدیریت است ولی واکنش به نور دارند. در محفظه C.T 3300 سی سی خون روشن وجود دارد. BP=90/50 , HR=138

مادر ادرار ندارد و کراتینین افزایش یافته است. (Cr=2.1). در ABG اسیدوز Mixed دارد. برای مادر فاکتور 7 نو ترکیب درخواست و تزریق می شود. مادر ساعت 45 دقیقه بامداد دچار ارست قلبی شده و با CPR برمیگردد. مادر ساعت 9/30 (مورخ 11/5) ارست قلبی کرده و در ساعت 10 فوت می کند. مجموعاً " برای مادر 100 واحد خون و فرآورده تزریق شده بود.

آزمایشات: Fibrinogen>400 D.Dimer=10 ساعت 10 مورخ 11/4 آنزیم های کبدی: ALT=392 AST=999

Fibrinogen=288 ساعت 21 مورخ 11/4

توضیحات اعضای جلسه :

1. متخصص زنان در مورد تخمین مقدار خونریزی و درخواست کمک از همکاران قصور کرده است.
2. بعد از انجام راشی تا ساعت 9:15 به مدت 1:30 ساعت عملاً اقدام خاصی برای رانیماسیون بیمار نشده است و اقدامات بعدی نیز برای احیای مادر کافی نبوده است. تشنگی و بی قراری نشانگر هیپوپرفیوژن مغز می باشد .
3. تحویل بیمار از ریکاوری به بخش توسط کمکی انجام شده و به مسئول بخش تحویل داده نشده است.
4. بیمار به جای بخش ICU به بخش مامایی منتقل شده است.

خانم 32 ساله، BMI>30 سابقه جراحی آدنوم هیپوفیز 2 سال قبل، سابقه هیپرلیپیدمی در فامیل، G3P1ab1، سابقه یکبار سزارین و یکبار کورتاژ، حاملگی خواسته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بوده است و داروی خاصی غیر از داروهای روتین بارداری مصرف نمی کرد. مادر در هفته 31 بارداری با شکایت درد زیر شکم و تهوع و استفراغ ساعت 12:45 ظهر به اورژانس بیمارستان آموزشی مراجعه کرده بعد از تریاژ با سطح 4 توسط رزیدنت ویزیت می شود. در معاینه علایم زایمانی نداشت. فشار خون ثبت شده در محدوده نرمال بود BP=120/80. FHR=100(130) و حرکت جنین خوب ثبت شده است. برای مادر آزمایشات پره اکلایمپسی، NST، سونوگرافی BPP بصورت سرپایی درخواست می شود. مادر در ساعت 19:15 با جواب آزمایش به قسمت تریاژ مراجعه می کند در آنالیز ادرار آلبومینوری 3+ گزارش شده بود. آزمایشات کبدی به علت شیری بودن نمونه خون قابل بررسی نبود. Hb=12 PLT>200,000 بود. مادر این بار نیز با سطح 3 توسط رزیدنت ویزیت می شود. در معاینه علایم زایمانی و Severity نداشت. BP=150/100 PR=85 RR=17 BT=36.1 بود و FHR سمع نشده بود (به علت درد زیاد مادر نمی توانست دراز بکشد). مادر با دستورات: بستری زایمان - در صورت نبود جات تزریق سولفات منیزیم 4g/100cc/20m سپس 2g/1L/4h مانیتور FHR و در صورت نبود مانیتور هر نیم ساعت ثبت شود- NST هر 6 ساعت - اندازه گیری BP هر 2 ساعت و در صورت بالای 140 اطلاع داده شود- کنترل FM توسط مادر- تزریق بتامتازون در 2 دوز- کنترل O/و کنترل علایم در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. در ساعت 20:30 علایم حیاتی توسط ماما BP=140/90 PR=164 RR=18 ثبت شده است. یادداشت فلوی پریناتولوژی در ساعت 21: مادر تنفس تند و سطحی دارد با RR=35 و قلب جنین با سونوگرافی شنیده نمی شود و دستورات: ABG, EKG مانیتورینگ قلب مادر - مشاوره داخلی از نظر تنگی نفس ورد PTE - آزمایشات CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, U/A, U/C - پروتئین ادرار هر 6 ساعت و پروتئین ادرار 24 ساعته - سونوگرافی BPP جنین - چک تستهای کبدی، آلبومین و الکترولیت هارا می نویسد. در سونوگرافی جنین IUFD با مایع آمیوتیک نرمال گزارش می شود. مادر ساعت 22 با دستورات رزرو 6 واحد پکدسل ایزوگروپ کراس مچ شده و 4 واحد کراس مچ صحرایی- CXR پرتابل در اتاق عمل - مشاوره قلب و داخلی، به اتاق عمل منتقل می شود. توصیه های مشاور داخلی: انتقال مادر به CBR-ICU - مشاوره ریه- تزریق آلبومین در صورت Alb<2.5 - چک Chol, LDL, HDL, TG و مشاور قلب که مادر را در اتاق عمل ویزیت کرده بود دستورات: تعبیه 2 عدد لاین وریدی - کنترل D-Dimer، آمیلاز، لیپاز- چک Na, K, Ca, Uric Acid - انجام CT Scan مغز- تزریق آمپول هیدروکورتیزون 200mg/Stat با احتمال نارسایی آدرنال ناشی از جراحی هیپوفیز به شرط کنترل تب Order می کند. در اکوکاردیوگرافی پرتابل پریکاردیال افیوژن و پلورال افیوژن خفیف داشت. عمل ساعت 22:30 با بی هوشی عمومی و برش LML با احتمال دکولمان و مرگ جنین شروع می شود. در برش فاسیا علایمی از خونریزی عروق زیر جلد و DIC نداشت. جدار کاملاً ادماتو بود و مایع داشت. داخل شکم خون وجود نداشت. امتوم بصورت Patchy نقاط ترومبوزه داشت که نمونه گرفته شد. در رحم مایع آمیوتیک کاملاً شفاف بود جنین تازه مرده بود. خونریزی در حد نرمال بود ولی رنگ کدر داشت. نواحی روی تخمدان و دربین روده ها

رسوب چربی سفید داشت. کبد وروده ها نرمال بود. رحم ترمیم شده و شکم با احتمال پانکراتیت با 4 لیتر سرم شستشو داده می شود. یک عدد گاز بین جلدوزیر جلد گذاشته شده و لبه های زخم با 3 عدد سوچور به هم نزدیک می شود. درحین عمل اتند زنان با اتند عفونی و جراحی عمومی تماس تلفنی گرفته و دستورات چک آمیلاز، لیپاز، کلسیم، سیتولوژی مایع داخل شکم و بررسی آن از نظر آمیلاز، لیپاز، TG و کلسترول چک CBC, Cr, BUN, BS و لیپیدهای سرم بصورت اورژانس توسط اتند جراحی و آمپول وانکومایسین 1g/bid - آمپول کلیندامایسین و جنتامایسین و تعدیل دوز داروها در صورت بالابودن کراتینین توسط اتند عفونی توصیه می شود. مادر موقع ورود به اتاق عمل 100 سی سی ادرار داشت ولی در طی عمل آنوریک بود. برای مادر لازیکس تزریق شده و قبل از خروج از اتاق عمل ادرار برقرار می شود. در طی عمل 3 لیتر رینگر و 2 لیتر نرمال سالین تزریق شده بود. فشار خون درموقع ورود به اتاق عمل

BP=140/90 و در طی عمل در محدوده BP=110/60 بود. و علایم حیاتی : RR=40 PR=81 BT=38.8

O2Sat=80% بدون اکسیژن و ریه ها Clear ثبت شده ولی وضعیت مادر از توتوکسیک و شدیداً تاکیکارد قید شده بود. برای مادر در اتاق عمل CVP Line تعبیه شده بود. عمل ساعت 23:40 تمام شده و مادر انتوبه با تنفس خودبخودی و با آمبوپگ به ICU منتقل و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می گردد.

ساعت 1:15 : مادر تب دار نیست. سمع ریه ها Clear می باشد. ادرار برقرار شده است (U/O=57cc). علایم حیاتی : BP=138/95

PR=145 O2Sat=96% می باشد. برای مادر دستورات : CXR - پرتابل - ABG - انفوزیون میدازولام و فنتانیل - سرم نرمال سالین 1L/Stat - انفوزیون رانیتیدین - آمپول هپارین 5000u/TDS/S.C - تعبیه NGT - آمپول آتروکوریوم گذاشته می شود.

در CXR کدورت آلوئولر پراکنده به نفع پنومونی، ادم ریه و یا هموراژی گزارش شده است.

ساعت 4: مادر تب دار است BT=38.2. رحم جمع است. تاکی پنه دارد و در ABG اسیدوز دارد. PCO2=45 PH=6.95

BE=-23 HCO3=9.7 . علایم حیاتی : BP=100/60 PR=142 U/O=200cc

ساعت 6:30 : مقدار ادرار کاهش یافته که با شستشو و اصلاح می شود. به علت CVP=7cm سرم تزریق می شود. مادر تنفس خودبخودی دارد که توسط ونتیلاتور تقویت می شود. ونتیلاتور روی PSV تنظیم می شود و وزیدنت بی هوشی معتقد است مادر اکستوبه شود. به علت PTT>100 با اطلاع اتند آنکال یک واحد FFP تزریق می شود. شکم دیستانت می باشد.

آزمایشات : Hb=10.8 PLT=330,000 SGOT=44 SGPT=27 ALP=204 LDH=1034

BS=250 INR=1 PT=12 PTT>100 Fib=484 Ca=6 K=4.5 P=3.3 Mg=3.3

Na=134 Cr=1.1 BUN=22 D.Dimer=0.7 Amylase=850 Lipase=950

ساعت 9 : بیمار هوشیار نیست. شدیداً الیگوریک است (در عرض 3 ساعت 20 سی سی ادرار داشته است). 80 میلی گرم لازیکس تزریق می شود. در معاینه ریه ها، کاهش صدا مخصوصاً در ریه چپ وجود دارد. شکم شدیداً دیستانت بوده و تندر نس واضح دارد. فشار داخل شکم

PR=140

بالای 50 است. برای مادر مشاوره جراحی اورژانس درخواست می شود. علایم حیاتی : BP=130/80

HCO3=7.6 PCO2=17 PH=7.26 :ABG در BT=39 RR=40

دستورات : تعبیه لاین شریانی -حفظ BS=140-180-انفوزیون انسولین -تغییر دوز آنتی بیوتیکها(وانکومايسين 1g/q48h-آمپول جنتا مایسین 240mg/Stat وسپس قطع شود-شروع مروپنم 1g/q8h)-تغییر Setting ونتیلاتور به SIMV تجویز می گردد.

مادر ساعت 11:15 به همراه اتند زنان ورزیدنت ارشد جراحی با احتمال کمپارتمان شکمی به اتاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی حین انتقال: BP=80/50 PR=140 RR=38 BT=39 بود. در اتاق عمل برای مادر فنیل افرین و انسولین انفوزیون می شود. عمل راس ساعت 11:35 با بی هوشی عمومی شروع شده و پس از برش فاسیا ، شکم پراز ترشحات dirty بود. پس از شستشو با سرم ، برش قبلی گسترش داده شده و فضای Lesser Sac باز می شود. پانکراس تماماً نکروتیک بود که بدون دستکاری 3 درن در اطراف پانکراس تعبیه می شود. به دلیل ناپایداری همودینامیک عمل ساعت 12:40 خاتمه داده می شود. جلدوزیر جلد جهت شستشو باز گذاشته می شود. مادر بعد از اتمام عمل انتوبه به ICU منتقل می شود. در بخش ICU برای مادر لازیکس 40mg/Stat سپس 10mg/h به علت آنوری شروع می شود. سایر دستورات : انفوزیون لئوفد-انفوزیون precedex-سرم H/s. افت فشارخون و آنوری همچنان ادامه داشته و مادر ساعت 19 دچار ارست قلبی تنفسی شده و عملیات احیا بلافاصله شروع و بعد از 20 دقیقه احیا می شود. مادر مجدداً ساعت 21:50 ارست کرده و با وجود 40 دقیقه تلاش پاسخ نداده و فوت می کند.

جواب آزمایشات : WBC=11,300 SGOT=135 SGPT=60 LDH=3210 TG=9960

Lipase=441 Amylase=681 HDL=34.5 Chol=1815(9000)

Uric Acid=12 BIL(D)=0.3 Cr=3 BIL=6.1

درسونوگرافی پرتابل ساعت 10:54 مایع آزاد متوسط در فضای موريسون ، اسپلنورنال ولگن ودر CXR پرتابل ساعت 14 ادم ریه بینابینی گزارش شده بود.

علت مرگ عوارض حاد پانکراتیت نکروزانت می باشد ودر اتوپسی نیز تائید شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. باوجود هیپرلیپیدمی بالا به مادر اجازه بارداری داده شده است .
2. در یک مادر باردار درد شدید اپی گاستر که درحالت درازکش شدید تر می شد، یکی از تشخیصهای مطرح پانکراتیت می باشد و باید از همان اول توسط جراح عمومی ویزیت می شد.
3. جراحی دوم سبب بدتر شدن وضعیت مادر شده است و لازم نبود.
4. آفریزس ویاپلاسمافرزيس در این بیماران کمک کننده است.
5. تزریق آلبومین برای بیمار اندیکاسیون نداشت.

6. مادر به حدکافی هیدراته نشده است.

7. پانکراتیت در مادران باردار با پره اکلامپسی و اکلامپسی ارتباط دارد.

8. بیمار از قبل جنتامایسین می گرفته و دادن تک دوز جنتامایسین صحیح نیست (در زمان تجویز تک دوز جنتامایسین باید از نبود عفونت اینتروکوک مطمئن شویم چون جواب نمی دهد)

مورد چهاردهم (خونریزی مغزی)

خانم 43 ساله، ساکن روستا، BMI=25.3، همسر دوم، سابقه مصرف قرص LD، سابقه مرگ ناگهانی به علت پارگی آنوریسم مغزی در برادر بیمار، G2P1، سابقه یکبار زایمان طبیعی و حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 9 بارداری تحت نظر خانه بهداشت بوده و 4 بار توسط بهورز، 6 بار توسط ماما و 5 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده و یکبار به علت سن بالا جهت غربالگری ناهنجاری جنین به متخصص زنان ارجاع شده بود. در آزمایشات اوایل بارداری تست تحمل گلوکز مختل بود. ($Glucose_{1h}=218$ $Glucose_{2h}=165$) ولی در آزمایشات سه ماهه دوم

تست گلوکز 3 ساعته و ناشتا در محدوده نرمال بود. یکبار مادر با فشارخون BP=160/120 توسط ماما مرکز به پزشک ارجاع شده ولی در کنترل فشارخون توسط پزشک مرکز از هر دو دست نرمال بود. در کنترل 3 روز بعد توسط ماما فشارخون نرمال و پروتئین اوری منفی بود. مادر در هفته 37 بارداری دچار سردرد شده که به تدریج افزایش یافته و 3 روز بعد، بعد از صبحانه (ساعت 10:30) دچار عدم تعادل، قفل شدن فک، خروج کف از دهان و خیره شدن چشمها می شود که همراه با تهوع استفراغ بود. طبق اظهار اطرافیان این حالت حدود 15 دقیقه طول کشیده و توام با بی اختیاری ادراری بوده است. مادر را به مرکز بهداشتی درمانی می برند. در بدو ورود (ساعت 11) به مرکز

بهداشتی مادر در فاز Post Ictal بود و فشارخون در حد BP=160/100 و HR=78 بود و مردمکها حالت pin point داشت و دهان قفل بود. برای مادرپوزیشن L.L داده و اکسیژن وصل می کنند. دو رگ بزرگ گرفته و یک عدد هیدرا لاین و 2+4 گرم سولفات و 10 میلی گرم دیازپام تزریق می شود و مادر با EMS با همراهی پزشک و ماما مرکز به بیمارستان برده می شود. مادر با تشخیص اکلامپسی بصورت اورژانسی و با بی هوشی عمومی تحت سزارین قرار می گیرد. طبق یادداشت متخصص بی هوشی مادر در اتاق عمل فشارخون BP=180/110 داشت. RR=40 HR=120 FHR=80-90 بود و مادر بسیار سیانوزه بود و تنفس صدادر داشت

و GCS=3 بود. 3 دوز هیدرالازین تزریق می شود. عمل راس ساعت 13:15 شروع شده و ساعت 1:45 خاتمه می یابد. حاصل زایمان یک نوزاد پسر با آیگار 3/8 بوده که بعد از احیا به مرکز آموزشی درمانی اعزام می گردد. قبل از شروع عمل برای مادر آمپی سیلین، جنتا مایسین و کلیندامایسین تزریق می شود. در طول عمل فشارخون مادر بالانمود. در اتاق عمل ترشحات لوله تراشه پراز مواد استفراغی بود و مرتب ساکشن می شد و چند بار استفراغ جهنده داشت و حتی نیم ساعت بعد از اتمام عمل نیز استفراغ جهنده داشت. در سمع ریه چپ Clear

وریه راست کراکل خشن داشت. مجدداً برای مادر NGT تعبیه می شود. بعد از اتمام عمل مادر ساعت 15:40 انتوبه وبا هماهنگی قبلی به همراه تکنسین بی هوشی با T.Tube به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود.

جواب آزمایشات: WBC =14,100 Hb=16 PLT=107,000 PT=13 PTT=28

SGOT=511 SGPT=385 Uric Acid=7 Cr=1.1

در آنالیز ادرار: Pro=3+ Blood=1+ Ketone=1+

مادر ساعت 16:55 به اورژانس رسیده و بعد از تریاژ مستقیماً به بخش ICU منتقل می شود. موقع پذیرش : مادر هوشیار نبود و به تحریکات درد ناک پاسخ نمی داد. سمع قلب وریه نرمال بود. مادر انتوبه بود و به T.Tube وصل بود و تنفس خودبخودی داشت. NGT و سوند فولی داشت و جریان ادرار برقرار بود. در شکم انسزیون LML داشت. محل انسزیون خشک بود و خونریزی و اژینال در حد P.P بود. در معاینه نرولوژیک، مردمک ها میوتیک بود، ردور گردنی نداشت. رفلکس کف پایی دوبل فلکسور بود. علائم حیاتی : BP=145/95

PR=112 RR=25 O2Sat=95% BT=37.9 بود.

برای مادر با تشخیص اکلامپسی، دستورات: کنترل علائم، V/B, I/O- سولفات منیزیم 2g/h - آمپول سفازولین- آمپول هپارین پروفیلاکتیک (فعلاً hold باشد)- رزرو 3 واحد پکد سل، 5 واحد پلاکت و 5 واحد FFP - ادامه آمپول سنتوسینون - مشاوره داخلی و مشاوره نرولوژی- ویزیت رزیدنت سال 3 زنان هر 2 ساعت و سال 4 هر 3 ساعت و درخواست آزمایشات CBC, LFT, Cr, Urea. و تستهای انعقادی گذاشته می شود.

با توصیه مشاور داخلی دستور قطع داروهای سداتیو- سرم TNG در صورت فشارخون بالای 145/95 و بعد از PO شدن متیل دوپا گذاشته می شود. برای مادر مشاوره قلب درخواست می شود. ایشان برای مادر درخواست : ECG, VBG, CTNI, B/C, U/C, U/A و مشاوره عفونی می کند.

در EKG : T invert در لید های V₁-V₄ و aVL وجود داشت. در اکو LV EF=50-55% و LV H خفیف وجود داشت و یافته ای به

نفع PTE وجود نداشت. ABG : ساعت 18 PH=7.34 PCO₂=25 HCO₃=13.5

ساعت 20 PH=7.43 PCO₂=23 HCO₃=15

طبق یادداشت مشاور نرولوژی (ساعت 19:30): مادر در فاز کوما می باشد. مردمکها ایزوکوریک و 2 میلی متر با واکنش به نور خفیف - اکولوسفال مختل - در فوندوسکوپ چشم راست حدود دیسک شارپ و v.p مثبت و در چشم چپ نقاط خونریزی واضح وجود دارد. - کف پایی راست فلکسور و چپ آبوله می باشد و اندام تحتانی چپ اکسترنال روتیشن دارد و با نظر اتند آنکال با تشخیص SAH در زمینه هلپ ویا اکلامپسی دستورات : انفوزیون دوز اولیه فنی تونین و ادامه به 100mg/TDS، دیازپام STAND BY، سی تی اسکن اسپیرال مغز فوق اورژانس، مشاوره عفونی برای بررسی علت تب توصیه می شود.

ساعت 22:15 رزیدنت بیهوشی برای مادر آمپول نالوکسان 0.4mg و سپس هر 5 دقیقه تا 4 دوز تجویز می شود.

مادر ساعت 00:26 مورخ 95/12/8 با توصیه مشاور نرولوژی جهت سی تی اسکن مغز واقدامات جراحی احتمالی با همراهی رزیدنت بیهوشی و زنان به علت نبود تخت خالی ICU اعصاب به بخش ICU ریه منتقل می شود.

علامت حیاتی موقع اعزام از مرکز آموزشی درمانی: BP=136/94 PR=110 BT=38.3

جواب آزمایشات: WBC =16,000 Hb=17.2 PLT=90,000 PT=12 PTT=33 INR=1

مشکوک=CTNI Fibrinogen=403 BS=131 SGOT=538 SGPT=335

LDH=1311 ALP=471 Alb=3.1 Ca=7.6 Cr=1.1 K=3.3

Na=138 P=3.2 Mg=5.1

در آنالیز ادرار: Pro=1+ Blood=3+

مادر ساعت 00:40 جهت اسکن مغزی به بخش رادیولوژی منتقل می شود. در اسکن اسپیرال مغز SAH حجیم وسیع با پنتراسیون داخل بطنی خون، هموراژی داخل پارانشیمی در لوب فرونتال چپ با ادم پری فوکل وادم وایسکمی شدید وژنرالیزه مغزی وهیدروسفالی خفیف ارتباطی گزارش می شود. مادر بعداز انجام اسکن به بخش ICU ریه منتقل شده وپه ونتیلاتور وصل می شود. برای مادر مشاوره نروسرجری، مشاوره عفونی وداخلی درخواست می شود.

مشاور عفونی ساعت 2:45 مادر را ویزیت کرده وبا توجه به تب مادر CXR-سونوگرافی شکم ولگن - پیگیری جواب کشت خون وادرار-قطع سفازولین وشروع سفپییم ووانکومایسین توصیه می کند. در ویزیت مجدد تهیه لام خون محیطی وسدیمان ادراری وتزریق سرم نرمال سالین به دستورات اضافه می شود.

مشاور نروسرجری در ساعت 2:55 مادر را ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان : مادر با تحریک درد ناک چشمهایش را باز می کند(GCS=6-7). کف پای دابل فلکسور و مردمکها راکتیو به نور می باشد. خونریزی در محدوده Anterior (ACOM) Communicating Artery

می باشد وپیشنهاد می کند: پلاکت به بالای 100,000 رسانده شود -مادر جهت انتقال به اتاق عمل وتعبیه EVD آماده شود(شیو-اخذ رضایت)-بقیه دستورات : رزو 3 واحد پکد سل -آمپول دگزامتازون 8mg/TDS -قرص نیمودیپین- 60mg/q4h -آمپول رانیتیدین-CT آنژیوی عرق مغزی جهت بررسی پاتولوژی SAH.

برای مادر با نظر مشاور داخلی ساعت 5:20 ، 10 واحد پلاکت جهت تزریق درخواست می شود. بعداز تزریق ، پلاکت PLT=138,000 می رسد.

در ویزیت نرولوژی برای مادر سرم مانیتول، آمپول دگزامتازون 6mg/q8h وادامه سولفات منیزوم (تا 48 ساعت بعداز زایمان) Order می شود.

روز دوم بستری: مادر تب دار است $BT=39$ و هوشیاری در حد $GCS=9$ می باشد. مردمکها میانسایز و راکتیو به نور می باشد. جریان ادراری برقرار است. در لام خون محیطی شستوسیت ندارد. $BP=140/60$ مادر ساعت 12:30 جهت تعبیه EVD به اتاق عمل منتقل می شود. بعد از تعبیه درن در فرونتال راست مادر ساعت 14 بصورت انتوبه به ICU ریه برگردانده می شود. عصر به علت افزایش فشارخون برای مادر قرص متورال $25mg/bid$ تجویز می شود.

روز سوم بستری: مادر انتوبه است و تنفس خودبخودی در حد 4-5 عدد دارد. هچنان تب دار است $BT=39$. ادرار برقرار است ولی کراتینین افزایش یافته است $GFR=45$ $Cr=1.57$. دوز داروها تعدیل می شود. درن EVD کارکرد خوبی دارد. سرم مانیتول و آمپول فنی تونین D.C شده و فنی تونین خوراکی (گاوآژ) شروع می شود. برای مادر آمپول سیتی کولین و انوکسپارین $40mg/S.C/daily$ شروع شده و دگزامتازون به $4mg/bid$ تعدیل می شود. علایم حیاتی: $BP=135/95$ $HR=103$ $O2Sat=99\%$

روز چهارم بستری: مادر افت هوشیاری پیدا کرده است (فاز Deep Coma). مردمکها ایزوکوریک و نان راکتیو می باشد. تنفس gasping دارد و در ABG اسیدوز دارد. $PH=7.25$ $HCO3=16.6$ $PCO2=38.9$ برای مادر اسپری اتروونت و سروتاید تجویز می شود. درن EVD کارکرد خوبی دارد. حوالی ظهر مادر دچار افت فشارخون در حد $BP=75/P$ می شود و با تزریق سرم و نوراپی نفرین افزایش نمی یابد. مادر دچار اولیگوری و سپس آنوری می شود. تب مادر تا 42 درجه افزایش یافته است و در NGT ترشحات صفراوی دارد. برای مادر مشاوره نفرولوژی، عفونی و نروسرجری درخواست می گردد.

در مشاوره عفونی باتوجه به لکوسیتوز ($WBC=18,600$ $PMN=91\%$)، تب و تاکیکاردی و افت فشارخون تشخیص شوک سپتیک گذاشته شده و توصیه می شود علاوه بر کشت خون و ادرار و مایع CSF، سفیپیم D.C و مروپنم شروع شود. پره کلسی تونین، ESR و CRP کنترل شود. مشاور نفرولوژی با توجه به سدیم بالا $Na=153$ و $Cr=1.6$ $Urea=89$ با تشخیص احتمالی هیپوولمی توصیه می کند مادر هیدراته شود (گاوآژ آب آزاد $100cc/h$) و انفوزیون دوپامین برای بالا بردن فشارخون شروع شود.

مشاور نروسرجری اقدام جراحی را منوط به انجام سی تی آنژیوی عروق مغزی و تشخیص آنوریسمال بودن یا غیر آنوریسمال بودن علت خونریزی می کند. مادر در ساعت 18:35 دچار V.T شده و به عملیات احیا پاسخ نداده و فوت می کند.

جواب آزمایشات: 12/8 : $WBC=14,800$ $Hb=16.2$ $PLT=76,000$ $PT=13.1$ $PTT=32$

$INR=1.02$ $Cr=0.9$ $Urea=35$ $SGOT=268$ $SGPT=208$ $ALP=419$

$LDH=1114$ $CPK=267$ $D.Dimer=3.5$ $CRP=80$ $K=3.6$ $Mg=7.5$ $Na=142$

$P=4$

در آنالیز ادرار: $blood=2+$ $Pro=negative$ $WBC=4-5$

$U/C=neg$ $CSF/C=neg$ $B/C=neg$

Cr=1.65 PLT=179,000 Hb=16.2 WBC=18,700 :12/9

Na=152 K=4.1 D.Dimer=6.8 Urea=76

Pro=negative blood=3+ در آنالیز ادرار

PLT=165,000 Seg=83.2% WBC= 20.200 : 12/10

D.Dimer>20 LDH=1211 Urea=83 Cr=1.57

FDP=80

Pro=Trace blood=2+ در آنالیز ادرار

RBC=80,000 WBC=8 :CSF آنالیز

FDP=160 : 12/11

WBC=11-12 Pro=3+ blood=3+ Glucose=1+ Granular Cast=2-3 در آنالیز ادرار:

توضیحات اساتید:

1. احتمال آنوریسمال بودن منشأ خونریزی مغزی با توجه به سابقه آنوریسم مغزی در برادر، زیاد است ولی وجود یک نفر در خانواده با سابقه آنوریسم مغزی، اندیکاسیون بررسی سایر اعضای خانواده را ندارد.
2. علت اصلی مرگ افرادی که با منشأ آنوریسم دچار خونریزی مغزی می شوند : خونریزی مجدد و یا وازواسپاسم عروق مغزی می باشد که در مورد این بیمار علت مرگ با احتمال بالا وازواسپاسم است.
3. به علت مشخص نشدن محل آنوریسم، باز کردن و دستکاری محل خونریزی، سخت می باشد.
4. در موارد مشابه بهتر است مادر مستقیماً به مرکز آموزشی درمانی امام جنرال منتقل شود.
5. در سزارین اورژنسی دادن سفازولین کافی است و نیازی به دادن آنتی بیوتیکهای اضافی نمی باشد.
6. در مادر سپسیس و شوک سپتیک مطرح نبوده و علت تب و افت فشار خون منشأ سنترال دارد.

مورد پانزدهم (هیپرتانسیون ریوی)

خانم 31 ساله، ساکن شهر، دیپلم، BMI=25.6، G₂P₁، سابقه **ITP** و مصرف **پروپنیزولون** (از یکسال قبل)، سابقه هیپوتیروئیدی و مصرف لووتیروکسین، سابقه سزارین 8 سال قبل (به علت پرزنتاسیون بریج). حاملگی خواسته بوده است.

مادر در دوران بارداری تحت مراقبت متخصص زنان و هماتولوژیست بوده و بصورت مرتب کنترل می شده است. مادر در هفته 33 بارداری به مطب متخصص زنان مراجعه کرده و به علت پلاکت پایین (51 هزار) و پروتئین اوری 3+ به بیمارستان ریفال ارجاع داده می شود. مادر در ساعت 13 به اورژانس بیمارستان مراجعه و بعد از تریاژ توسط ماما با سطح 2 به فلوئ پرنیتولوزی ریفر می شود.

موقع تریاژ: BP=120/70 PR=90 RR=18 BT=36.5 بود .

مادر در ساعت 13/15 توسط رزیدنت ویزیت می شود. در معاینه بثورات شبیه کهیر در تنه دیده می شود که از 2 هفته قبل ایجاد شده بود. علایم زایمانی، خونریزی و آبریزش نداشت. FHR=130 بود. مادر در بخش زایمان بستری می شود. برای مادر 3 واحد P.C ایزوگروپ و 2 واحد کراس مچ، رزرو 10 واحد پلاکت و 10 واحد FFP و 2 دوز بتامتازون، پردنیزولون 25mg، لووتیروکسین روزانه 1 عدد، آزمایشات انعقادی، کبدی، کلیوی، U/A و مشاوره داخلی order می شود.

جواب آزمایشات: 52000 PLT=54000-----

که بعد از آماده شدن جواب پلاکت طی مشاوره تلفنی، پردنیزولون Hold می شود.

روز دوم بستری: با نظر مشاور داخلی ادرار 24 ساعته جمع آوری و دوز پردنیزولون به 50 میلی گرم صبح و 25 میلی گرم عصر افزایش می یابد.

روز سوم: به علت NST نان اکتیو ساعت 7/5 صبح با نظر فلوئ پریناتولوژی جهت سونوگرافی پروفیل فرستاده می شود و بعد از برگشت لام خون محیطی جهت بررسی شیسیتوسیت درخواست می شود (در لام خون محیطی شیسیتوسیت وجود نداشت و تعداد پلاکت 56000 بود و مشاور داخلی پیشنهاد می کند در صورت افت پلاکت زیر 30,000 یا خونریزی غیر عادی 5 واحد پلاکت تزریق شود). مادر به علت نداشتن علایم زایمانی ساعت 16/30 به بخش پرخطر منتقل می شود. برای مادر هپارین پروفیلاکتیک 5000iu/TDS/S.C (به شرط افزایش $PLT > 100000$) گذاشته می شود. روز بعد ساعت 10/25 به علت خونریزی واژینال و احتمال دکولمان مادر جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. مادر در طول بارداری و بستری فشارخون بالا نداشته و علایم حیاتی نرمال بود (طبق اظهار مادر یکبار فشارخون در حد 130 بوده است). عمل ساعت 10/45 با بیهوشی عمومی و برش lml شروع شده و حاصل زایمان نوزاد پسر زنده و پره ترم با آپگار 4/8 بود. دکولمان 20% وجود داشت و رحم سیتوم دار بود. حجم خونریزی 800 سی سی بود. در طول عمل BP=130/90 O2sat=99%, RR=28, PR=128 بود. مادر در ساعت 12/40 با علایم Stable به بخش سزارین منتقل می شود. در ریکاوری O2sat=99% بود. بعد از زایمان خونریزی در حد p.p بود و مشکل خاصی نداشت. مادر 2 روز بعد از عمل با مجوز متخصص داخلی و با 75 میلی گرم پردنیزولون مرخص شده و توصیه به مراجعه یک هفته بعد می شود.

جواب آزمایشات: از اوایل حاملگی پروتئین اوری wbc=20-25 و trace داشت

اوایل حاملگی: Hb=14.1 , اواسط حاملگی: Hb=13.6

چند روز قبل از بستری Cr=1.02 urea=23 Hb=15.6 U/A: Pro=3+ WBC=20-25

آزمایشات زمان بستری: Hct=42 Hb=15 PLT=54000 RBC=4.92*10⁶ WBC=7700

Cr=0.9 SGOT=17 SGPT=18 TSH= 0.71 PTT=35 PT=14 LDH=502

Fibrinogen=372 INR= 1.3

2+ --1+Pr=Neg در آنالیز ادرار و پروتئین ادرار 24 ساعته=110

مادر حدود 16 ساعت بعد از ترخیص ساعت 5 صبح موقع رفتن به دستشویی دچار تشدید تنگی نفس ن، عرق سرد و Falling در حد 1-2 دقیقه می شود. مادر را به اورژانس بیمارستان شهرستان می برند و توسط پزشک اورژانس ویزیت می شود. مادر بعد از اکسیژن درمانی

و تهیه نوار قلبی و سرم ترابی مرخص شده و بصورت سریایی به مرکز آموزشی درمانی ارجاع می شود.؟؟ مادر ساعت 16:45 به اورژانس

مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند و بعد از تریاژ به اورژانس داخلی هدایت می شود. موقع مراجعه مادر از تنگی نفس شاکی بود ولی دیسترس نداشت. کبودی در نواحی تزریق های قبلی داشت. محل انسزیون سزارین خشک و فاقد اریتم بود. سمع ریه و قلب نرمال بود.

علامه حیاتی : BP=130/90 PR=140 RR=28,35 O2Sat=93% با اکسیژن و 89% بدون اکسیژن بود.

در ABG: PH=7.36 PCO2=38 HCO3=21.7

برای مادر سونوگرافی کالر داپلر، آزمایشات انعقادی، CBC، و سی تی آنژیوی ریه اورژانس درخواست می شود. در سونوگرافی کالر داپلر شواهد DVT حاد وجود نداشت.

Hb=15.2 PLT=36,000 WBC=13,700 AST=48 ALT=41 Urea=49

Cr=1.1 PTT=24 PT=12.5 INR=1 LDH=1542 K=5.4 Na=142

D.Dimer=0.5 CPK=56 CPK-MB=18 CTNI=0.14

مادر با تشخیص احتمالی PTE ساعت 00:40 بامداد در بخش ICU ریه بستری می شود. مادر بلافاصله بعد از بستری توسط فلوی ریه ویزیت شده و با نظر اتند آنکال هپارین بادوز پروفیلاکتیک شروع می شود و مشاوره اورژانسی کاردیولوژی جهت اکوکاردیوگرافی درخواست می شود (ساعت 1:00 بامداد). مشاور بعد از اکو با توجه به شرح حال و شرایط بالینی مادر، آمبولی PTE ماسیو را مطرح کرده و پیشنهاد می کند مادر اندیکاسیون تجویز ترومبولیتیک یا جراحی دارد و با توجه به پلاکت پایین بیمار (31-35 هزار) ترومبولیتیک محدودیت دارد و براساس تصمیم گیری اتند های ریه اقدام شود.

گزارش اکو LV underfilled RV E=5.2cm RA E=5.4cm RVPresur=35mmhg

و کلاپس بطن چپ و McConnell,s Sign=positive

دوز هپارین بعد از 1.5 ساعت به دوز درمانی تبدیل شده و با نظر اتند محترم به 800 IU/h تعدیل داده می شود.

انفوزیون هپارین با دوز 800 IU/h در روزهای دوم و سوم ادامه داده می شود. علامه حیاتی : HR=120 BP=110/86

RR=26 O2Sat=92% با کانول بینی PH=7.4 : VBG PCO2=24 HCO3=17.5

در سی تی آنژیوگرافی ریه قلب با ارجحیت قلب راست بزرگ بوده و تنه پولمونروشرایین ریوی اصلی شدیداً گشاد بود و نقص پرشدگی و ترومبوز در شرایین ریوی اصلی و لوپروسگمنتال وجود نداشت.

روز سوم به علت درد شکم قرص استامینوفن تجویز شده و آمیلاز اورژانسی درخواست می شود. (Amylase=119) بود. با توجه به بالا بودن آمیلاز مشاوره جراحی درخواست می شود. یادداشت مشاور جراحی: بیمار NPO و CT Scan اورژانسی شکم با کنتراست خوراکی و وریدی انجام گیرد. چک اورژانسی آمیلاز سرم و CBC، گرافی خوابیده و ایستاده شکم و CXR و مشاوره زنان درخواست گردد در روز چهارم بستری مادر دچار افت فشارخون و تاکیکاردی می شود. برای مادر 200 سی سی سرم نرمال سالین انفوزه شده و فشارخون تا حد BP=115/70 با HR=120 اصلاح می شود. برای مادر مشاوره قلب درخواست می شود. اتند کاردیولوژی حوالی ساعت 11 مادر را ویزیت کرده واکو انجام می دهد.

گزارش اکو: LV EF=50% D shaped septum sys& diastolic DD=25mm LV IVC dilatation sever TR TR G=120 severRV dilatation no AI&AS no MR&MS RV SP=135-140

مادر ظهر دچار افت فشارخون در حد BP=65/P شده و 250 سی سی سرم نرمال سالین انوزیون می شود فشار موقتاً به 117/55 افزایش یافته ولی بعد از 30 دقیقه مجدداً افت می کند. همزمان مادر تاکی کارد و تاکی پنه پیدا می کند RR=45 O2Sat=90% با ماسک رزودار و نتیلده شده و 200 سی سی مایع داده می شود ولی فشارخون افزایش نمی یابد تصمیم به انتو باسیون و شروع اینوتروپ گرفته می شود. ساعت 15:20 مشاوره اورژانسی بی هوشی جهت انتو باسیون مادر گرفته می شود. متخصص بی هوشی با تجویز 100 میلی گرم فنتانیل، 3 دوز پروپوفول 3 سی سی مادر را سدیت کرده و اقدام به انتو باسیون نازوتراکنال می کند ولی موفق نمی شود و مادر حین انتو باسیون برادیکارد شده و ساچوراسیون به 40-50 افت پیدای می کند. آمپول آتروپین تزریق شده و LMA تعبیه می شود. علیرغم ادامه عملیات تا ساعت 16:45 مادر پاسخ نداده و فوت می کند.

جواب آزمایشات: INR=1.8 و PTT=39 SGOT=133 SGPT=175 BIL=2.3 ALP=108 BIL -D=1.2

در گزارش پزشکی قانونی قلب (بخصوص قلب راست) بسیار بزرگ بود با وزن 520 گرم و تائید کننده تشخیص IPAH می باشد.
توضیحات اعضای جلسه:

1. فشار پولمونری RV=135-140mmhg بصورت حاد ایجاد نمی شود مخصوصاً بیمار با سابقه بیمارخونی .
2. بحرانی ترین زمان برای مادران با PAH ماه آخر بارداری و 4 هفته بعد از زایمان می باشد.
3. هیپرتروفی بطن راست نشانه مزمن بودن بیماری مادر می باشد. مادر به علت نداشتن شانت علایم واضح نداشته است ولی P2 بلند در این بیماران یک یافته اختصاصی است.
4. اصولاً مادران باردار با بیماری خونی باید از نظر پولمونری هیپرتشن غربالگری شوند.
5. سیر بالینی در مادران با PAH بسیار بدخیم می باشد و این مادر نباید حامله می شد.

خانم 49 ساله G8P5، آخرین زایمان 19 سال قبل، باشکایت لک بینی و آمنوره از 3 ماه قبل به بلوک زایمانی شهرستان مراجعه می کند. در معاینه علایم حیاتی نرمال و کول بسته بود. مقدار خونریزی کمتر از پرید بود. برای مادر آزمایشات CBC و G.T درخواست می شود. $G.T=Pos$ $PLT=98,000$ $Hb=15.5$ (مادر ادرار نداشت و تست گراویندکس از سرم گرفته می شود) مادر ساعت 18 به بیمارستان ریفال ارجاع فوری شده و بلافاصله با وسیله شخصی به بیمارستان مراجعه میکند. ساعت 21:05 در اورژانس بیمارستان مقصد با سطح تریاژ 4 به رزیدنت سال 1 ارجاع می شود. رزیدنت سال 1 بعد از ویزیت مادر، سونوگرافی وضعیت حاملگی بصورت سرپایی درخواست می کند. علایم حیاتی و معاینات بالینی ثبت نشده است. مادر ساعت 1:24 بامداد سونوگرافی شده و به علت گزارش احتمال حاملگی مولار و هوا در متن میومتر به درمانگاه انکولوژی معرفی می شود. مادر شب در حیات بیمارستان مانده و ساعت 10:10 صبح از درمانگاه انکولوژی با تشخیص حاملگی مولار و دفع لخته فراوان جهت ساکشن کورتاژ بستری می شود. علایم حیاتی حین بستری نرمال ثبت شده است و تب دار نبود.

برای مادر آزمایش-رزرو 3 واحد خون ایزوگروپ و 2 واحد کراس مچ شده - اخذ رضایت عمل و هیستریکتومی - CXR بعد از عمل و آمپول سفازولین order می شود. در ساعت 12 برای مادر از متخصص داخلی OK جراحی اخذ می شود. به علت گزارش آزمایشات:

$\beta.HCG=105,428$ $K=6.8$ $Hb=12.3$ $Urea=171$ $Cr=4$ $INR=2.3$ $PT=19.5$ $PTT=39$

و II توکسیک بودن بیمار و ملتحمه پر خون و چهره پلتوریک مشاوره بی هوشی اورژانس، داخلی و نفرولوژی و انتقال مادر به بخش ICU درخواست میشود. نمونه ها شدیداً لیز بودند. در سونوگرافی ARF گزارش شده بود.

مشاور نفرولوژی ساعت 15:45 مادر را ویزیت کرده و یادداشت می کند مادر آنوریک و II و توکسیک، ریه ها clear و مادر شدیداً دهیدراته می باشد در $ABG: PH=7.35$ $PCO2=20$ $HCO3=6.1$ می باشد. با توجه به اسیدوز شدید، آنوری، خونریزی در زمینه ترشحات بد بو و احتمال DIC، نیاز به دیالیز اورژانس دارد و توصیه می کند جهت انتقال مادر به بیمارستان جنرال مشاوره شود. رزیدنت ارشد زنان با اتند آنکال و فلوی انکولوژی تماس تلفنی گرفته و ایشان ذکر می کنند با توجه به وضعیت بیمار، فعلاً اقدام اورژانسی از نظر زنان نیاز نیست و مادر جهت دیالیز اورژانس به بیمارستان جنرال منتقل شود و بعد از Stable شدن در مورد هیستریکتومی برنامه ریزی شود. با سرویس نفرولوژی جهت انتقال مادر مشاوره شده و رزیدنت داخلی ساعت 17 مادر را ویزیت می کند و احتمال شکم حاد و DIC برای مادر مطرح می کند و بعد از مشاوره با فلوی ریه و اتند جراحی دستور انتقال مادر جهت دیالیز اورژانس و انجام CT Scan شکم برای بررسی احتمال پارگی رحم و شکم حاد نوشته شده و مادر ساعت 16:30 به اورژانس بیمارستان جنرال منتقل می شود. مادر ساعت 16:50 در اورژانس بیمارستان امام رضا تریاژ شده و به واحد CPR منتقل می شود. برای مادر کاتتر فمورال تعبیه شده و ابتدا سی تی اسکن شکم شده و سپس به بخش دیالیز منتقل می شود. بعد از دیالیز در ساعت 00:45 به بخش CPR برمی گردد. توسط اتند جراحی کاتتر ساب کلاوین تعبیه و کاتتر فمورال Off می شود. ساعت 1:20 بامداد رزیدنت زنان مادر را در CPR ویزیت

می کند. و بعد از مشاوره با فلوی انکولوژی زنان یادداشت کرده بود: باتوجه به پنوموپریتونن و احتمال پرفوراسیون رحم و سن بالای 40 سال، مادر کاندید TAH با حفظ تخمدانها می باشد. به علت گزارش پنوموپریتونن درسی تی اسکن شکم، مادر ساعت 2:30 بامداد توسط سرویس جراحی جهت هیستریکتومی به اتاق عمل برده می شود. مادر بعد از اتمام عمل به ICU ریه منتقل می شود.

ساعت 15 به علت عدم برقراری ادرار مادر توسط یکی از اساتید نفروژی ویزیت شده و ایشان احتمال کلستریدیوم پرفورانژنس را مطرح می کند و توصیه می کند: مادر اول پلاسمافرز شود و سپس دیالیز گردد و 5 میلی گرم IVIG تزریق شود. مادر ساعت 17:05 دچار افت ناگهانی ساجوراسیون اکسیژن درحد 70% شده و سطح هوشیاری کاهش می یابد. بلافاصله مادر را انتوبه کرده و احیا شروع می شود. علیرغم 40 دقیقه تلاش مادر ساعت 18 فوت می کند.

علت مرگ عفونت کلستریدیوم میونکروزیس در زمینه احتمالی دستکاری می باشد.

نکات ویژه:

1. مادر در موقع مراجعه در فاز pre renal failure بوده است.
2. مادر موقع مراجعه به اورژانس مرکز ریفرال باید سریعاً بستری می شد.
3. ساکشن کورتاژ برای این بیمار جایگاه نداشته و اندیکاسیون هیستریکتومی سریع داشت.
4. پتاسیم بالا و همولیز نمونه ها نشانگر شروع پروسه DIC می باشد.

مورد هفدهم (شوگ سیتیک)

خانم 29 ساله، ساکن روستای اصلی، $G_5P_4A_1I_3$ ، سابقه دو بار سزارین و دوبار زایمان طبیعی که یکبار آن پره ترم بود (7 ماهگی)، زایمان قبلی 22 ماه قبل بوده و وسیله کنتراسپشن LD بوده است. حاملگی ناخواسته بود. مراقبت قبل از بارداری نداشته است. مادر به دنبال اطلاع از حاملگی (هفته 18 حاملگی) با مصرف 3 عدد میزوپروستول زیر زبانی و یک عدد واژینال و احتمالاً دستکاری اقدام به سقط جنین می کند؟؟؟ چند روز بعد با شکایت درد شکم و آبریزش از صبح روز قبل (احساس پایین آمدن کیسه توپرازاژن که با دست پایین کشیده و سبب پاره شدن کیسه آب شده) به بلوک زایمانی بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. در معاینه توسط ماما عفونت واژینال داشت. خونریزی و آبریزش واضح نداشت و تست نیتراژین منفی بود. دهانه رحم Ripe بود. $FHR=145$ بود. مادر تب دار نبود و علائم حیاتی نرمال بود ($PR=78$ $RR=19$ $BP=100/60$).

برای مادر سونوگرافی درخواست می شود. در سونوگرافی یک جنین زنده با ضربان قلب منظم و پرزانتاسیون عرضی و الیگو هیدر آمنیوس با سن 18W,4d گزارش می شود. به متخصص زنان اطلاع می دهند. ایشان می گوید مادر یا باید از پزشکی قانونی جهت سقط نامه بیاورد

ویا منتظر شروع درد زایمانی شود و فعلاً اندیکاسیون بستری ندارد. مادر 2 روز بعد ساعت 19:40 با شکایت تب و لرز که بعد از ظهر شروع شده بود به بلوک زایمانی مراجعه می کند. در معاینه تب دارو ILL بود (BT=39.5). خونریزی نداشت. شکم نرم و فاقد تندرنس بود. مادر دستکاری را انکار می کرد. علائم حیاتی: BP=90/60 PR=120 FHR=140 بود. مادر با دستور متخصص زنان با احتمال کوریو آمنیت جهت ختم بارداری بستری می شود. برای مادر سرم رینگر، آمپول آمپی سیلین و جنتامایسین و آپوتل تجویز شده و سوند تراکشن تعبیه و اینداکشن شروع می شود. 45 دقیقه بعد متخصص زنان با اتند آنکال بیمارستان الف تماس گرفته و با هماهنگی ایشان مادر ساعت 22:30 به همراه ماما به آن بیمارستان اعزام می شود. آزمایشات بدو بستری:

Hb=12.7 PLT=124,000 WBC=2200 Neut=86% Urea=19.4 Cr=0.7

مادر ساعت 00:30 با ممداد به بخش جراحی منتقل می شود. در معاینه هوشیار واریانته ولی ILL بود. ملتحمه کمی Pale بود، تاکیکاردی و تاکی پنه داشت. ریه ها پاک بودند. در معاینه واژینال: کول ظاهر نرمال داشت و در حد 2 سانتیمتر باز بود، ترشحات زرد رنگ فراوان و شدیداً بد بو داشت. علائم حیاتی بدو پذیرش (ثبت پرستاری): BP= 60/40 PR=140 RR=40 BT=38.1 بود. در نت رزیدنت در ساعت 1:30 BT=39.3 آگزیلاری ثبت شده بود. برای مادر دستورات: NPO-مونیتورینگ علائم حیاتی-رزرو 3 واحد پکدسل و 2 واحد کراس مچ شده -کنترل و چارت تب -پاشویه -ECG-ABG-بستری در روبروی ایستگاه پرستاری -سرم رینگر 1L/free سپس 1L/q8h -آپوتل 1g/stat/20m -آپول آمپی سیلین، جنتامایسین، کلیندامایسین -استامینوفن PRN- ویزیت هر 4 ساعت و اخذ رضایت ختم و احتمال هیستریکتومی و درخواست آزمایشات CBC,PT,PTT,INR,BUN,Cr,U/A,U/C ,B/C.FLT گذاشته می شود. مادر ساعت 1:30 توسط اتند مقیم ویزیت و اینداکشن با رژیم نواک شروع و 2 لیتر سرم رینگر سریع انفوزیون می شود. ساعت 5 مشاوره تلفنی با رزیدنت داخلی شده و با دستور ایشان 100 میلی گرم هیدروکورتیزون وریدی تزریق می شود. جنین وجفت حوالی ساعت 6 با ممداد دفع می شود. جنین کاملاً بودار بود. بعد از دفع، خونریزی در حد p.p بود. مادر در تمام مدت اقامت تاکیکاردی و تاکی پنه داشت و فشارخون در محدوده BP=60-85/40-55 بود. مادر به علت نیاز به مراقبت ویژه با هماهنگی استادمعین ساعت 13:15 به همراه انترن به بیمارستان ب اعزام می شود.

آزمایشات بیمارستان الف: Neut=95% WBC=7,000--21,300 PLT=100,000—50,000 Urea=33

Hb=13.8--11.7 SGOT=41 SGPT=19 PT=14 PTT=40 INR=1.1 Cr=1.2

مادر ساعت 13:45 در اورژانس بیمارستان ب تریاژ شده و به اتند مقیم اورژانس ارجاع می شود. مادر ساعت 14:15 توسط رزیدنت سال 1 ویزیت می شود. علائم حیاتی ثبت شده توسط ایشان: BP=100/60 PR=118 BT=37 RR=18 بود.

مادر به علت هماهنگی قبلی ساعت 15 در بخش ICU پذیرش می شود با دستورات: رزو 3 واحد پکدسل ایزو گروپ و 2 واحد کراس مچ شده -کنترل درد شکم و خونریزی -سونوگرافی رحم جهت بررسی بقایا -جوراب ترومبوز-ادامه آنتی بیوتیکهای جنتامایسین، آمپی سیلین و کلیندامایسین تا 72 ساعت -اطلاع به رزیدنت ارشد و مشاوره حضوری داخلی.

رزیدنت بی هوشی ساعت 15:30 مادر را ویزیت کرده و یادداشت کرده بود: هوشیاری مادر در حد 9-10 می باشد و تاکیکاردی و تاکی پنه

دارد BP=70/40 HR=129 O2Sat=94% با ماسک صورت . برای مادر دستورات : کنترل I/O-آمپول افدرین 50 میلی گرم Stat در صورت نیاز تکرار شود-انفوزیون لنوفد و در صورت عدم افزایش فشارخون شروع دوپامین-مشاوره اورژانس نورولوژی ، داخلی و قلب -CXR پرتابل -درخواست پرو کلسیتونین، CRP, ESR -کشت خون در 2 نوبت-ویزیت مرتب توسط سرویس زنان و ادامه دستورات Order می کند.

یادداشت مشاور نورولوژی :مادر هوشیار و Obey می باشد. در صورت چین نازولابیال سمت راست کاهش یافته (RCHFV). در اندامهای فوقانی قدرت عضلانی 4/5 و در اندامهای تحتانی 3/5 می باشد کف پای چپ فلکسور و راست آبله است . معاینات حسی نرمال می باشد و ردور گردنی ندارد و درخواست سی تی اسکن و MRI می کند.

یادداشت مشاور داخلی (ساعت 16:40) :مادر کاهش هوشیاری ، تاکی کاردی و تاکی پنه دارد. ریه ها پاک است و کمی ویزینگ دارد. در ABG اسیدوز دارد و توصیه می کند برای مادر CVP Line تعبیه شود. بقیه توصیه ها: آمپول هیدروکورتیزون 100mg/q6h-کنترل I/o -رزرو 2 واحد پکدسل و 10 واحد پلاکت-کنترل هموگلوبین و هماتوکریت هر 8 ساعت.

یادداشت مشاور قلب (ساعت 17): مادر خواب آلود است . پوست سرد و مرطوب دارد. در اندامها موتیلینگ دارد. در معاینه شکم کبد بزرگ و محتقن می باشد. JVP برجسته است. در سمع ریه ها کراکل فاین سمع می شود. کلیه ها آنوریک است. نبضهای محیطی بسیار ضعیف است. در ABG اسیدوز شدید دارد. PH=7.2 HCO3=8.1 BE=-17 در اکوهیپوکنیزی گلوبال و 4 Chamber

Dilatation دارد. LV EF=15-20% Severe TR+Severe RV dysfunction+

با تشخیص شوک سپتیک و شوک کاردیوژنیک توصیه می کند مادر CVP Line داشته باشد- انفوزیون لنوفد و دوپامین و در صورت عدم افزایش فشارخون اپی نفرین و یا وازوپرسین شروع شود. با توجه به عفونت فعال تعبیه Assistant Device و اندازه گیری فشار داخل قلب برای بیمار کنترال اندیکه می باشد و در صورت خروج بیمار از شوک سپتیک به بخش CCU منتقل شود.

مادر در ساعت 17:36 به علت افت هوشیاری و ناپایداری همودینامیک با دستور تلفنی ICU آنکال و در حضور متخصص داخلی انتوبه شده و به ونتیلاتور با سیستم SIMV وصل می شود. فلو ی ICU آنکال ساعت 18:15 بر بالین مادر حاضر شده و برای مادر CVP Line تعبیه می کند. طبق یادداشت ایشان مادر انتوبه بود و هیپوونتیله می کرد (O2Sat=78%). هوشیار نبود. هیپوترم و آژیته بود. تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده می شود. با تغییر Setting ساچوراسیون تا 90% افزایش می یابد. جهت گرم کردن مادر از سرم گرم در اطراف مادر استفاده می شود. در ساعت 20 با دستور فلو ی ICU برای مادر 4 واحد پلاکت تزریق می شود.

مادر ساعت 22 دچار V.T شده و عملیات احیا شروع می شود .مادر به احیا جواب نداده و ساعت 22:30 فوت می کند.

آزمایشات بیمارستان ب: WBC=6500,29000 Hb=12.4 PLT=50,000

SGPT=9 SGOT=29 ALP=144 LDH=461 PT=17.3—23.8 PTT=55.8--96

K=7.4

P=8.8

Ca=7

D.Dimer=5.5

Fib=167--202 INR=1.8--3

B/C=Neg

Na=142

علت مرگ شوک سپتیک در زمینه سقط دستکاری شده می باشد.

نکات ویژه:

1. مادر در مراجعه اول به بیمارستان اندیکاسیون بستری داشته و انجام تست نیتراژین بی معنی بود و سقط اجتناب ناپذیر بود (شرح حال : حاملگی ناخواسته ، پارگی کیسه آب با دست و اصرار به خاتمه حاملگی بصورت ضمنی دستکاری را تأیید می کرد).
2. در حاملگی 19 هفته که مادر با شوک سپتیک مراجعه کرده (تاکی کاردی، تاکی پنه، تب و هیپوتانسیون) گذاشتن تراکشن سوند و یا ختم بارداری با اینداکشن کار غیر علمی بوده و باید سریعاً با هیستریکتومی محتویات عفونی خارج شود و حتی اگر هیستریکتومی ضرورت داشته باشد برای نجات جان مادر باید در اسرع وقت انجام گیرد.
3. در بیمارستان ب با وجود هماهنگی قبلی مادر حدود 1.5 ساعت بعد در ICU پذیرش شده است و رزیدنت بی هوشی می بایست از همان ابتدا به فلوئ ICU جهت حضور در بخش اطلاع می داد.
4. در اورژانس مادر بجای متخصص مقیم توسط رزیدنت سال 1 ویزیت شده است.
5. با توجه به علایم شوک سپتیک مادر باید از همان ابتدای بستری آنتوبه شده و به بخش مراقبت ویژه منتقل می شد.
6. درخواست پره کلسیتونین ، ESR, CRP در بیمار با علایم واضح شوک سپتیک اندیکاسیون ندارد.
7. تجویز هیدروکورتیزون با دوز 100mg/q6h اشتباه است. حداکثر دوز هیدروکورتیزون در چنین مواقع 50mg/q8h می باشد.
8. ترانسفوزیون پلاکت در این بیمار که مشکل خونریزی نداشته اندیکاسیون ندارد و تنها پروسه بیماری را بدتر می کند.
9. افزایش دوز لنوفد باید براساس سطح CVP باشد و تعبیه CVP دیر انجام شده است.

مورد هجدهم (خونریزی زایمانی)

خانم 19 ساله، ساکن روستای قمر، G1P0 و حاملگی خواسته، مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت از هفته 6 بارداری شروع شده و 6 بار توسط بهورز، 5 بار توسط ماما و 2 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده است. مادر در هفته 36-37 بارداری به علت ادم به خانه بهداشت مراجعه کرده و به علت وزن گیری نامناسب (افزایش 5 کیلو نسبت به مراقبت قبل) به ماما ی مرکز ارجاع فوری شده و با هماهنگی پزشک تیم سلامت به متخصص زنان ارجاع داده می شود (فشارخون نرمال بود ولی تهوع داشت). متخصص زنان گفته بود مشکل خاصی وجود ندارد. مادر 3 روز بعد در ساعت 00.05 بامداد باشکایت تب و لرز به بلوک زایمانی مراجعه می کند. ماما بعد از معاینه با متخصص زنان تماس تلفنی گرفته و شرح حال مادر را می گوید. BP=110/70

و مادر فاقد انقباضات رحمی و خونریزی و آبریزش بود). متخصص

FHR=145

BT=35.5

RR=20

PR=85

زنان ذکر می کند چون مشکل مامایی ندارد مادر را به اورژانس بفرستید تا متخصص داخلی ببیند و در صورت لزوم در بخش ایشان بستری شود. بعد از 30 دقیقه پزشک اورژانس تماس می گیرد که در آنالیز ادرار پروتئین 1+ وجود دارد. مجدداً با متخصص زنان تماس گرفته می شود و ایشان تاکید می کند مادر در بخش داخلی بستری شود. مادر در اورژانس با تزریق سرم ویتامین B6 و نسخه دارویی قرص دیمترون کپسول آموکسی سیلین و قرص استامینوفن مرخص می شود. مادر مجدداً شب ساعت 21:45 به علت آبریزش به بلوک زایمانی مراجعه می کند. ماما بعد از ویزیت مادر با توجه به دفع مکنونیوم غلیظ با متخصص زنان تماس می گیرد و ایشان بدون ویزیت مادر می گوید با توجه به نبود متخصص کودکان، مادر به مرکز آموزشی ارجاع داده شود.

مادر ساعت 00:40 با مادربا وسیله شخصی به اورژانس مرکز آورده شده و توسط ماما تریاژ و به رزیدنت ارجاع می شود و بعد از 25 دقیقه (ساعت 1:05) توسط رزیدنت ویزیت میشود. علائم حیاتی ثبت شده: $BP=110/70$ $FHR=136$ و در معاینه کول بسته بوده و علائم زایمانی و خونریزی نداشت و آبریزش مکنونیومی وجود داشت. در معاینه بالینی یافته پاتولوژیک نداشت؟ مادر به بخش زایمان منتقل شده و تحت نظر گرفته می شود (به علت عمل همزمان). در بخش علائم حیاتی نرمال بود و تب نداشت. مادر ساعت 2 به اتاق عمل منتقل شده و عمل ساعت 2:25 با بی حسی موضعی شروع می شود. حاصل زایمان نوزاد پسر ترم به ظاهر سالم با وزن 3250 گرم و آغشته به مکنونیوم غلیظ بود. جنین، جفت، بندناف و داخل رحم رنگ گرفته بودند. عمل ساعت 3:15 تمام شده و مادر با علائم حیاتی $BP=127/87$

$HR=88$ $RR=15$ به ریکاوری منتقل شده و ساعت 4:15 به بخش سزارین تحویل داده می شود. در طول عمل مشکل خاصی ثبت نشده بود. طبق اظهار مسئول شیفت بخش "مادر هنگام تحویل خونریزی شدید داشت بنابراین تحویل گرفته نشد (روی برانکارد پر خون بود). برای مادر دورگ وریدی تعبیه شد و توسط رزیدنت ویزیت شده و آمپول مترژین، شیاف میزوپروستول و سنتوسینون تزریق شد و بعد از 10 دقیقه تحویل گرفته شد." در بخش خونریزی روشن و بیشتر از P.P و گاهی تاوام با دفع لخته بود به همین علت مسئول شیفت با اخذ اجازه از رزیدنت دستورات: مادر در اتاق روبروی استیشن باشد- کنترل علائم حیاتی هر نیم ساعت تا 4 ساعت- رزرو 2 واحد پکدسل کراس مچ شده NPO- تا 12 ساعت به دستورات رزیدنت اضافه می کند (دستورات رزیدنت ساعت 3:30 گذاشته شده بود). از زمان تحویل، انترن بالای سر مادر بود و مرتباً ماساژ رحمی می داد. ساعت 7:35 مادر توسط رزیدنت سال 2 ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان مادر Pale نبود شکم نرم بود و دیستانتاسیون نداشت. رحم جمع بود و خونریزی در حد P.P بود و هموگلوبین از 13 به 11 رسیده بود. علائم حیاتی: $BP=110/70$ $PR=90$ $RR=17$ بود. برای مادر دستور ویزیت هر 2 ساعت رزیدنت سال 2 از نظر کنترل V/B و چک HHb گذاشته می شود. در ساعت 9:30 مادر توسط رزیدنت سال 3 ویزیت می شود. یادداشت ایشان: رحم جمع است و خونریزی در حد P.P می باشد. محل پانسمان خشک می باشد $BP=110/80$ $PR=105$. دستورات کنترل V/S با مانیتورینگ و یادداشت هریک ساعت در پرونده و انفوزیون سرم رینگر 1 لیتر طی 2 ساعت- پیگیری Hb 6 ساعت بعد از عمل نوشته می شود.

یادداشت ساعت 11: بیمار ویزیت شد. رحم جمع و خونریزی در حد P.P می باشد و پانسمان خشک است. PR=104 BP=105/65

Hb=10.2. یادداشت ساعت 13 رزیدنت سال 2: بیمار ویزیت شد. رحم جمع و خونریزی در حد P.P و علائم حیاتی Stable می

باشد. BP=110/70 PR=107. طبق یادداشت کادر پرستاری عصرکاری از زمان تحویل شیفت مادر با ریت 120 تحویل گرفته شد مادر خونریزی نداشت ولی رنگ پریده بود (در برگ کنترل علائم حیاتی ساعت 14:30 ریت قلب 140 ثبت شده بود). در ساعت 15 با رزیدنت سال 3 تماس گرفته می شود ولی پاسخ نمی دهد. رزیدنت سال 2 چند بار پیچ می شود ولی جهت ویزیت به بخش نمی آید. Hb ساعت 16 که ساعت 17:38 جواب داده می شود Hb=8.7 بود. مادر از حوالی ساعت 15:50 حالت تهوع و استفراغ داشته و ساعت 17 آمپول پلازیل تزریق شده بود.

یادداشت ساعت 17:50 رزیدنت سال 2: بیمار ویزیت شد. هوشیار واریانته است و ملتحمه Pale و اسکلرا ایکتریک می باشد. رحم جمع و خونریزی در حد P.P می باشد. وضعیت بیمار به سال بالا اطلاع داده می شود. علائم حیاتی : BP=133/76 PR=148

RR=18 BT=37.4 بود. در یادداشت رزیدنت سال 3 علاوه بر ملتحمه Pale و ایکتریک بودن اسکلرا، اولیگوری، ادرار غلیظ و ادم اندامهای قید شده است. برای مادر دستورات : ABG-نوار قلبی-رزرو 3 واحد پکد سل و 2 واحد کراس مچ-چک HHb هر 8 ساعت-آزمایشات CBC, PT, PTT, INR, Fib, LFT, BIL, LDH, BUN, Cr, -سرم رینگر 3L/24h-قرص فرسولین هر 8 ساعت و کنترل I/O با سوند فولی و مشاوره داخلی گذاشته می شود. با اطلاع وضعیت مادر به فلو برای مادر به علت تاکیکاردی و افت هموگلوبین و آنوریک بودن 2 واحد خون درخواست و سونوگرافی پرتابل انجام شده و مایع آزاد فراوان در شکم و لگن رویت می شود. ساعت 18:30 اولین کیسه پکدسل وصل می شود. بعد از دریافت واحد دوم مادر ساعت 19:30 با علائم حیاتی BP=133/78 PR=145 RR=20 با حضور اتند آنکال جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل می شود. عمل بلافاصله با بی هوشی

عمومی شروع شده و سوچورهای قبلی باز می شود. در شکم حدود 500 سی سی خون ولخته وجود داشت. در مشاهده هماتوم رترو پریتون وجود داشت. به علت کوچک بودن فضا برش بصورت T معکوس به طرف بالا ادامه داده می شود. هماتوم تخلیه شده و بعد از تجسس گوشه لاترال چپ رحم، نواحی خونریزی دهنده وجود داشت که اکسپوز شده و سوچورهای متعدد زده می شود و عروق خونریزی دهنده کوتر یا لیگاتور می شود. در این ناحیه اکستنشن برش رحمی به سمت پایین وجود داشت که بصورت کاملاً سطحی ترمیم شده بود، سوچورها باز شده و عضلات و میومتر بصورت جدا جدا سوچور زده می شود. پشت مثانه عروق متعدد خونریزی دهنده وجود داشت که با نخ کرومیک گرفته می شود. بعد از اطمینان از عدم خونریزی درن همواگ تعبیه شده و شکم بسته می شود. حجم خونریزی حدود 1000-1100 سی سی برآورد شده بود. در طول عمل 4 واحد پکدسل، 4 واحد FFP، 2 واحد فیبرینوژن و 3 لیتر رینگر و 2 لیتر نرمال سالین، 200 میلی گرم هیدروکورتیزون و 80 میلی گرم لازیکس در 2 دوز (40-40) تزریق شده بود. حجم ادرار بعد از اتمام عمل 250 سی سی بود. عمل ساعت 22:20 تمام شده و مادر ساعت 23:45 با علائم حیاتی Stable و انتوبه تحویل بخش ICU می شود (مادر اکستوبه شده و به علت عدم تحمل مجدداً انتوبه می شود). بدستورات : رزرو 4 واحد پکدسل، 10 واحد پلاکت و 10 واحد FFP-کنترل V/S, V/B, I/O -

کنترل ترشحات درن - آمپول هپارین 12 ساعت بعد از عمل - آمپول مترونیدازول - آمپول رانیتیدین و سنتوسینون - مشاوره قلب اورژانس و داخلی. طبق یادداشت رزیدنت بی هوشی مادر در زمان پذیرش در بخش ICU: افت هوشیاری در حد پاسخ به تحریک دردناک داشت (احتمالاً سدیت بود). در سمع ریه ها کراکل فاین دوطرفه سمع می شد. دیورز برقرار بود. لایکس تزریق می شود (80 میلی گرم Stat و سپس 20 میلی گرم هر 8 ساعت) و تنظیمات ونتیلاتور به PSV تنظیم شده و نیم ساعت بعد مادر اکستوبه می شود. بعد از اکستوباسیون مادر تنفس سطحی و شکمی داشت. علایم حیاتی بعد از ورود به ICU: BP=177/147 PR=120 O2Sat=97% برای مادر سولفات منیزیم بادوز 4 گرم Stat و انفوزیون 0.5g/h شروع می شود (به علت افزایش کراتینین سرم (Cr=1.5)). در اکو کاردیوگرافی مشکل خاصی نداشت LV EF=55-60% و PAP=30. مشاور قلب توصیه می کند از Over load مایعات خودداری شود و 100 میلی گرم لایکس Stat تزریق شود.

دستورات ساعت 1: با مادر رزیدنت بی هوشی: آمپول لیدوکائین 60mg/IV/Stat - ساکشن ترشحات ریوی - بیمار اکستوبه شود و وسایل انتوباسیون اورژانس آماده باشد - اکسیژن از طریق ماسک صورتی 6-8 لیتر در دقیقه - ABG - آمپول هیدروکورتیزون 200mg

ABG: ساعت 00:30 با مادر: PH=7.1 PCO2=44 PO2=68 HCO3=13.7

برای مادر با نظر مشاور داخلی سرم TNG و آلبومین شروع می شود.

در ساعت 2:30 دستورات CXR پرتابل - تعبیه CVP Line و تنظیم در حد 10-12 - دیورز در حد 50-100 سی سی در ساعت - مشاوره داخلی به علت ترشحات قهوه ای NGT - انفوزیون پنتو پرازول - آمپول لایکس 120mg/Stat و سپس 20 میلی گرم هر 6 ساعت - پروفیلاکسی DVT - مشاوره داخلی در صورت عدم خروج از ادم ریه، توسط رزیدنت زنان گذاشته می شود.

ABG: PH=7.15 PCO2=41 HCO3=14.3

ساعت 4:30: مادر برای تنفس از عضلات شکمی استفاده می کند. PR=134 و ترشحات درن 50 سی سی بود. به رزیدنت بی هوشی اطلاع داده می شود و ایشان می گوید نیازی به انتوباسیون مادر نیست.

ساعت 5:30: مادر خواب آلود است. تاکی کارد و تاکی پنه دارد و تنفس شکمی است. RR=26 PR=126. با ماسک اکسیژن می گیرد. ادرار هماچوریک است. حوالی ساعت 9 به فلوی آنکال ICU اطلاع می دهند و ایشان ساعت 9:45 مادر را ویزیت کرده و با نظر اتند دستورات: قطع TNG و شروع قرص لورزاتان - قرص متورال در صورت ادامه تاکی کاردی - وضعیت نیمه نشسته - اکسیژن نازال 3-5 لیتر با کاتول بینی - آمپول میدازولام و فنتانیل - اسپیرومتري تشویقی و تشویق به سرفه - قطع آلبومین - چک روزانه تستهای کبدی و بیلیروبین، CXR-Cr, BUN پرتابل - تعبیه CVP Line و اطلاع در صورت افت سطح هوشیاری و ساچوراسیون تجویز می کند. ABG: PH=7.31 PCO2=31 HCO3=17 O2Sat=94% با کاتول بینی

در ساعت 12:20 دو واحد FFP +10 میلی گرم لازیکس وساعت 16 دو واحد دیگر FFP تزریق می شود. طبق توصیه مشاور داخلی سونوگرافی کلیه ها و کبد مجاری صفراوی درخواست می شود. در گزارش سونوگرافی به وجود مایع فراوان داخل شکم و لگن اشاره شده بود. کبد، مجاری صفراوی، کلیه ها و مجاری ادراری نرمال بودند. در CXR ادم ریه وجود داشت.

در ساعت 17: برای مادر مشاوره نرولوژی، ریه و نفرولوژی درخواست می شود. مشاور نرولوژی پیشنهاد اسکن اسپیرال مغزاورژانس می کند. در معاینه یافته پاتولوژیک نداشت.

مشاور ریه مادر را ویزیت کرده و یادداشت کرده بود: مادر لتارژیک است. ادرار برقرار بوده و هماچوریک نمی باشد. سمع ریه ها پاک می

باشد. خونریزی واضح ندارد. طبق دستور معاون درمان به ICU ریه منتقل شود. BP=12/70 PR=100 RR=15

مادر ساعت 20:30 با احتمال DIC با همراهی انترن به ICU ریه منتقل می شود.

جواب آزمایشات: WBC=19,000 Hb=13—11—10.2—8.7—7.9 PLT=189,000—80,000

SGOT=75 Cr=1.5—1.6 Urea=15 INR=1.7 PTT=30 PT=16.7

BIL(D)=4.8—6.5 BIL(T)=5.8—7.1 LDH=670—1287 ALP=799 SGPT=68

Fib=243—484—202--156 K=4.9 Ca=7.9 P=5.6 Alb=1.9

ساعت 16:22.3 PT=91 PTT=2.7 INR=156 Fib=73,000 PLT=

در آنالیز ادرار: Pro=Trace Granular Cast=1-2 تستهای انعقادی قبل از لاپاراتومی: نمونه همولیز شدید داشت

مادر با علایم حیاتی: BP=113/85 PR=96 RR=23 O2Sat=96% ساعت 22:30 در بخش ICU ریه

تحويل گرفته می شود. در برگ نرسینگ نت میزان ساچوراسیون 78% بدون اکسیژن و 93% با اکسیژن قید شده بود. برای مادر دستورات:

سونوگرافی رحم جهت بررسی هماتوم محل CXR-PBS- آمپول مروپنم- آمپول سیپروفلوکساسین -چارت میزان ترشحات درن-بررسی

U/A از نظر هموگلوبینوری-مشاوره خون -انجام سی تی اسکن مغز و ریه پورت آن گذاشته می شود. در اسکن مشکل خاصی وجود

نداشت. در ABG اسیدوز شدید داشت. ABG: PH=7.27 PO2=35.3 HCO3=16 BE=-9.7

روز دوم بستری: برای مادر به علت افت هموگلوبین و اختلال تستهای انعقادی 1 واحد پکد سل و 2 واحد FFP تزریق می شود. شب ادرار

مادر بتدریج کمتر شده و دچار آنوری می شود. مثانه را شستشوداده و سوند را عوض می کنند ولی همچنان آنوریک باقی می ماند. در معاینه

شکم دیستانسیون دارد و اندامها ادماتو می باشد PR=120 RR=17. آمپول مترونیدازول به رژیم دارویی اضافه می شود.

روز سوم بستری: مادر خواب آلود است. تورم شکم بیشتر شده و همچنان آنوریک است. در سمع ریه ها کراکل کورس شنیده می شود. درن

هموگلوبین توسط رزیدنت زنان خارج شده است. PR=120 RR=26 BP=130/70

ساعت 11 به علت دیسترس تنفسی و افت سطح هوشیاری با نظر انتدریه انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می شود. به علت دیستانسیون

شکم مشاوره جراحی درخواست شده و دستور پلاسما فرزیس اورژانس نوشته می شود در لام خون محیطی 1-2 عدد شلیستوسیت در هر فیلد

مشاهده شده بود. کاتتر CVP با کاتتر دیالیز تعویض می شود. اسپری سالبوتامول و آترونت و انفوزیون 200 میلی گرم لازیکس در 500 سی سی سرم در عرض 10 دقیقه و سپس 10 میلی گرم هر ساعت Order می شود. در اثر اقدامات انجام شده دیورز برقرار می شود ولی مقدار آن کم است.

در طی مشاوره هماتولوژی برای مادر DIC در زمینه سپسیس و میکروآنژیوپاتی همولیتیک مطرح شده و توصیه می شود برای مادر سونوگرافی شکم جهت بررسی ارگانومگالی و هماتوم ، پره کلسی تونین و D.Dimer, Fib در خواست شود. مشاور گوارش ادامه درمان TTP و در صورت امکان هموپرفیوژن و چک سرولوپلاسمین و تستهای روماتولوژیکی را پیشنهاد می کند.

عصر مادر توسط 2 نفر اتند زنان ویزیت می شود و تاکید به ویزیت توسط اتند جراحی می شود و اینکه در صورت لاپاراتومی کبدنیز بررسی شود. توسط رزیدنت ارشد جراحی اقدام به Tap شکم شده ولی مایع سروزی زیر جلد خارج می شود. مجدداً با سوزن LP انجام می

شود و مایع خونابه خارج می شود با آنالیز : WBC=50 RBC=72,000 LDH=398(1368)

SAAG=1.1 Alb=1.9(3) Pr=2.2(4.1)

پس از گزارش آنالیز مایع ، مادر توسط اتند جراحی ویزیت شده و بادیستور تزریق 4 واحد پکدسل و 4 واحد FFP و 10 واحد پلاکت ، بعد از

دریافت 2 واحد FFP جهت لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل می شود. عمل با بی هوشی عمومی ساعت 20:10 شروع شده و حدود

1-1.5 لیتر خونابه خارج می شود. خون روشن و محل خونریزی دهنده وجود نداشت. عمل ساعت 20:55 تمام شده و مادر ساعت 21:15

انتوبه و با علایم حیاتی BP=103/50 PR=101 O2Sat=90% به بخش تحویل داده می شود.

روز چهارم بستری: مادر دچار آنوری و افت ساچوراسیون شده برای مادریک نوبت پلاسمافرزیس انجام می گیرد ولی متخصص نفرولوژی

با انجام دیالیز موافقت نمی کند (به علت کاربرد هپارین در حین دیالیز). عصر مادر تیدار شده (BT=38.4) ترشحات خونابه از لوله تراشه

خارج می شود. در CXR ادم منتشر در هر دو ریه دارد. حوالی ساعت 22 مادر دچار برادیکاردی شده و افت فشار خون پیدا می کند. عملیات

احیا موفقیت آمیز بوده و 45 دقیقه بعد مجدداً آروست قلبی تنفسی کرده و نهایتاً فوت می کند.

آزمایشات : 00 /3/1 WBC=29,000 Seg=83.3% Hb=10.2

00/3/2 Hb=8.7 و 7.6 PLT=73,000—45,000 ESR=14 R.C=0.8

CRP=62 Pro Calcitonin=6.7(POS)

00 /3/3,4 Cr=1.5—3.2 Urea=60--120 BIL(T)=9.7—11.4

BIL(D)=6.9--8 FDP=Pos D.Dimer=1.8 B/C=Neg HbsAg=Neg

تستهای روماتولوژیک منفی بودند.

علت مرگ شوک هموراژیک به علت خونریزی (آتونی + خونریزی داخل شکمی) می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. در ابتدا تخمین درستی از میزان خونریزی نشده و به موقع جبران نشده است.
 2. با توجه به افت هموگلوبین از 13 به 8.6 بطور حتم خونریزی مادر زیاد بوده است.
 3. برای لاپاراتومی دیر اقدام شده است. مادر هنگام لاپاراتومی در شوک هموراژیک کلاس 4 بوده است.
 4. هیپر بیلیروبینمی می تواند به علت عوارض داروهای بی هوشی، تزریق پکد سل، کبد چرب حاملگی و DIC باشد.
 5. تهوع و تب و لرز مادر و دفع مکنونیوم جنین نشانگر حضور احتمالی مشکل زمینه ای مادر نظیر کوریو آمنیوتیت می باشد.
 6. عدم ویزیت مادر توسط متخصص زنان و ارجاع مادر به بهانه نبود متخصص کودکان اشتباه بوده است.
 7. لام خون محیطی DIC شبیه TTP می باشد. همچنین در پره اکلامپسی و کبد چرب حاملگی ممکن است شیسیتوسیت دیده شود.
- TTP در مادر مطرح نبوده و تابلوی فوت، DIC می باشد.

مورد نوزدهم (پارگی رحم)

خانم 37 ساله، $G_4P_2AL_2Ab_1$ ، سابقه 2 بار سزارین، معتاد به سیگار و شیشه و هروئین، حاملگی ناخواسته، ازدواج موقت

مراقبت پیش از بارداری و مراقبت دوران بارداری ندارد. مادر در هفته 17 بارداری ساعت 17:35 با شکایت درد شکم به اورژانس مرکز آموزشی مراجعه و با سطح 4 تریاژ به متخصص زنان ارجاع می شود. ساعت 17:45 توسط متخصص زنان ویزیت شده و به علت داشتن تهوع و استفراغ جهت تریاژ مجدد (سطح 3) فرستاده می شود. علایم حیاتی مادر (ساعت 17:52): BP=90/60 PR=84

BT=36.5 RR=17 بود. در معاینه مادر توسط متخصص زنان (ساعت 18:10)، از درد اپی گاستر توام با تهوع و استفراغ شایع بود. تندرست در نیمه چپ شکم داشت. قلب تاکیکارد بود (BP=90/60 PR=105). مادر با دستورات سرم رینگر 1L/STAT آمپول هیوسین داخل سرم آمپول اوندانسترون یک عدد رقیق شده درخواست ECG و آزمایشات : LFT, U/A, CBC, LDH, ALP, BUN, Cr, BIL, D-Dimer, تستهای انعقادی، آمیلاز، لیپاز و اورژانس تحت نظر گرفته می شود.

در ECG (ساعت 18:15) تاکیکاردی سینوسی در حد 110-120 داشت.

مادر مکرراً درخواست تزریق مخدر از پرسنل داشته و بی قرار بود و چندبار اظهار داشته که تمایل به مصرف موادمخدر دارد. در ساعت 20:45 کادر اورژانس متوجه آرام بودن غیر طبیعی مادر شده و بر بالین بیمار حاضر می شوند. مادر افت هوشیاری داشت بلافاصله ماساژ قلبی برای بیمار شروع و کد احیا اعلام می شود. علیرغم 1.5 ساعت تلاش مادر به عملیات پاسخ نمی دهد و فوت می کند جسد مادر جهت کالبد شکافی به پزشکی قانونی منتقل می شود.

یادداشت رزیدنت بیهوشی: بدنبال اعلام کد احیا در ساعت 20:45 از اورژانس بر بالین بیمار حاضر شدم. مادر دوبل میدریاز و بدون علایم حیاتی بود. ماساژ قلبی شروع و بیمار انتوبه شد.

در سونوگرافی بعد از فوت یک جنین بدون ضربان قلب با سن 18 هفته و 4 روز با مایع آمنیوتیک نرمال وجود داشت.

آزمایشات: Hb=8.2 Hct=23.9 PLT=271000 WBC=14000 Urea=29 Cr=1
 SGOT=10 SGPT=7 ALP=100 LDH=259 Bil_T=0.3 D.Dimer=0.4
 Fibrinogen=323 Amylase=45 Lipase=16 PT=12 PTT=28 INR=1

نتیجه اتوپسی: علت مرگ شوک هموراژیک به علت پارگی رحم در قسمت قدامی تحتانی گزارش شده است. داخل رحم حدود 3 لیتر خون وجود داشت (احتمالاً به علت اقدام به سقط توسط مادر). ساک سالم و دکولمان نداشت. سرویکس و واژن تروماتیزه نبود.

توضیحات اساتید:

(1) در افراد معتاد، مصرف مواد باعث ماسکه شدن علایم می شود. مادر با علایم شکم حاد مراجعه کرده بود ولی مورد توجه قرار نگرفته است.

(2) با آزمایشات Hb=8.2 و Hct=23 مادر حتماً Pale بوده ولی مورد توجه قرار نگرفته است.

(3) در اورژانس فشارخون مادر پایین و قلب تاکیکارد بوده و مادر در شوک هموراژیک درجه 3 بوده است. (علایم حیاتی دقیق کنترل نشده است)

(4) دادن سطح تریاژ 4 و 3 به مادر اشتباه بوده و حداقل سطح در این بیمار 2 بوده است.

مورد بیستم (شوک سپتیک)

خانم 30 ساله، ساکن روستای اصلی، G₂P₁، سابقه یکبار سزارین 5 سال پیش، سابقه هیپوتیروئیدی و مصرف لووتیروکسین از حدود 3 ماه قبل و حاملگی ناخواسته بود. مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت از هفته 9 بارداری شروع شده و 3 بار توسط بهورز، 2 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک مراقبت شده است. مشکل خاصی نداشته است. بیعت آنمی و هیپوتیروئیدی به متخصص زنان و داخلی معرفی شده بود.

مادر در هفته 23 بارداری ساعت 5:20 بامداد به علت درد زیر شکم و تب و لرز به درمانگاه مامایی بیمارستان مراجعه می کند. موقع مراجعه مادر هوشیار واریانته بود. ترشح چرکی واژینال را از 3 روز قبل ذکر می کرد که مراجعه پزشکی نداشته و مصرف داروهای خانگی (زنجنبل و خرفه) را ذکر می کرد. مادر دستکاری را انکار می کرد ولی می گفت وسایل سنگین جابجا کرده ام. از تب و لرز از عصر روز قبل شاکی بود. انقباض رحمی داشت و ارتفاع رحم در حدود 27-28 هفته بود FHR سمع نمی شد. در معاینه واژینال: آبریزش نداشت ولی

ترشحات بد بو داشت. ساک بمبه و کول باز و جنین در حال دفع بود. علایم حیاتی: BP=125/100 PR=140 RR=19

BT=40.2 O₂Sat=96% بود. وضعیت مادر به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود و ایشان دستور می دهد برای

مادر لاین وریدی تعبیه و آزمایشات روتین درخواست و سرم دکستروز 5% بصورت Free وصل کرده و به زایشگاه منتقل شود. مادر ساعت 5:30 با ویلچیر به زایشگاه منتقل می شود. مادر بعد از انتقال به زایشگاه به مانیتور وصل می شود. علایم حیاتی در مانیتور

BP=100/60 PR=115 بود. متخصص زنان ساعت 5:35 مادر را در زایشگاه ویزیت و دستورات : کنترل علائم حیاتی هر 1 ساعت تا 4 ساعت و سپس هر 4 ساعت - مانیتورینگ علائم حیاتی و کنترل فشارخون بصورت دستی هر 1 ساعت - کنترل تب هر 1 ساعت و در صورت دمای بالای 38 درجه پاشویه شود- سرم رینگر 500 سی سی سریع و سپس سرم 1/3، 2/3 چهارلیتر در عرض 24 ساعت - چک تستهای انعقادی، NPO- LFT, CBC, Urea, Cr, U/A, U/C, B/C- آمپول کلیندامایسین، آمپی سیلین و جنتامایسین بعد از تهیه نمونه ها- چک TSH- ارسال جفت به پاتولوژی و سونداژ مثانه و کنترل برونده ادراری می دهد. جنین در ساعت 6:25 در حضور مامدفع می شود؟ (جنین بدبو و تازه مرده بود). بعد از خروج جنین دمای بدن کاهش می یابد BT=37.4. طبق دستور متخصص زنان بعد از دفع جنین برای مادر سرم رینگر +30 واحد سنتوسینون شروع می شود. در ساعت 7 به علت عدم خروج جفت و کراتینین Cr=1.2 با خط بحرانی به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان می گوید نیم ساعت برای خروج جفت فرصت داده شود و کراتینین 3 ساعت بعد دوباره اندازه گیری شود و سرم تراپی ادامه یابد. تا ساعت 8 جفت خارج نمی شود و ساعت 8:35 مادر با برانکارد جهت خروج دستی جفت به اتاق عمل فرستاده می شود.

علائم حیاتی مادر در اتاق عمل BP=88/60 PR=124 BT=37.4 بود ما مقدار خونریزی را خفیف نوشته بود ولی متخصص بی هوشی مادر را pale توصیف کرده و علت انتقال به اتاق عمل را خونریزی شدید قید کرده بود. مادر ساعت 8:45 با بی هوشی عمومی کورتاژ می شود. (جفت و پرده ها بصورت دستی خارج شده و بقایای جفت با پنس خارج می شود. عمل ساعت 9:25 تمام شده و مادر 10:45 بدون مشکل خاصی با علائم حیاتی BP=90/50 HR=125 به بخش برمی گردد. در بخش علائم حیاتی موقع تحویل BP=100/60 PR=98 و خونریزی در حد P.P ثبت شده است. دستورات بعد از کورتاژ: کنترل خونریزی و اژینال و آتونی رحم - آمپول هپارین از ساعت 6 عصر 5000U/BID و تکرار سایر دستورات. ساعت 11 به علت گزارش WBC=3100 مشاوره عفونی درخواست می شود. به علت نبود متخصص عفونی متخصص زنان با متخصص داخلی تلفنی صحبت می کند و ایشان ذکر می کند آنتی بیوتیکها مناسب می باشد جواب کشتها پیگیری شود و CBC روزانه چک شود. ساعت 13:45 پرستار بخش با متخصص زنان تماس می گیرد و جواب

آزمایشات چک مجدد را اطلاع می دهد: WBC=10,580 Hb=11--9.5 PLT=198,000--136,000

LDH=324 Cr=0.7 Urea=17

و ایشان دستور می دهد CBC فردا صبح چک شود و مادر بعد از PO شدن راه برده شود. علائم حیاتی ساعت 13: BP=90/50 HR=99

یادداشت پرستار شیفت عصر مادر بعد از PO شدن از تخت پایین آورده شد ولی قادر به راه رفتن نبود. طبق اظهار شفاهی پرسنل ، مادر دوبار خودش از تخت پایین آمده و راه رفته بود. یادداشت شیفت شب : "مادر در ابتدای شیفت تیار نبود BT=37. در ساعت 23:45 بیمار از سردرد و تنگی نفس شاکی بود. علائم حیاتی چک شد: BP=60/40 PR=110 با پزشک معالج تماس گرفته شد ولی جواب نداد 10 دقیقه بعد با متخصص زنان آنکال تماس گرفتم و ایشان ساعت 24 مادر را ویزیت کرد". طبق یادداشت متخصص زنان آنکال مادر

هوشیار واریانته بود و از سردرد شاکی بود. برای مادر ECG گرفته می شود و یک لیتر سرم نرمال سالین + یک عدد دگزامتازون انفوزیون می شود. آزمایشات CBC, BUN, Cr, Na, K و مشاوره قلب و داخلی، عفونی و بی هوشی درخواست می گردد. آنکال داخلی و عفونی وجود نداشت. پزشک زنان معالج ساعت 0:55 بامداد مادر را ویزیت کرده بود و دستورات اکسیژن نازال - مونیتورینگ قلبی و کنترل فشارخون هر 5-10 دقیقه بصورت دستی - وسایل احیا بالای سر بیمار باشد - سرم رینگر-گرافی پرتابل سینه و شکم - بیمارگرم نگه داشته شود - elevation پاها - اندازگیری برونده ادراری و اطلاع در صورت کمتر از 30 سی سی در ساعت - رزرو و تزریق 2 واحد پکدسل ایزوگروپ - تزریق تتابولین -

ساعت 2 بامداد با پیشنهاد متخصص قلب دوپامین بادوز $10-15 \mu/\text{min}$ شروع می شود. یادداشت متخصص قلب: مادر II و توکسیک و تاکیکارد است و ریه ها پاک می باشد. برای مادر شوک سپتیک مطرح است. BP=80/50 HR=110-120 BT=36 O2Sat=96%

و توصیه می کند مادر به مرکز مجهز اعزام شود. متخصص بی هوشی ساعت 1:15 مادر را ویزیت کرده بود ولی دستور خاصی نداده بود. قبل از اعزام فشارخون مادریکبار 120/60 اندازه گیری شده بود به همین خاطر دستور Tapper دوپامین در حین اعزام نوشته می شود.

مادر ساعت 3 بامداد با هماهنگی قلبی و همراهی ماما به بیمارستان آموزشی اعزام می شود.

علامت حیاتی قبل از اعزام: BP=120/60 HR=110 U/O=150cc

آزمایشات: WBC=21,900 Hb=9.2 PLT=134,000 Urea=20 Cr=0.7

PT=13 PTT=32 INR=1 SGOT=30 SGPT=22 LDH=265

BIL_T=0.9 BIL_D=0.2 BS=196 Na=144 K=3.5 B/C=E.coli U/C=Neg

مادر ساعت 4:50 بامداد در اورژانس بیمارستان آموزشی با سطح تریاژ 2 به رزیدنت سال 1 ارجاع می شود. مادر توسط رزیدنت سال 1 و 2 ویزیت شده و با همراهی ایشان به ICU برده می شود. ساعت 5:10 در بخش ICU پذیرش می شود. درموقع ورود علامت حیاتی: BP=96/57 PR=121 RR=45 BT=36.5 O2Sat=96% اکسیژن و بدون اکسیژن O2Sat=88 بود. مادر دیسترس تنفسی و شکمی داشت. شکم تندرست داشت. ادرار برقرار بود. در یادداشت رزیدنت سال 2 زنان ، RR=50 و BT=35.6 شده است.

مادر ساعت 5:15 توسط رزیدنت بی هوشی ویزیت می شود. برای مادر دستورات: NPO - مونیتورینگ قلبی ریوی - رزرو 5 واحد پکدسل کراس مچ شده ، 5 واحد FFP و 5 واحد پلاکت - کنترل I/O - اکسیژن نازال 3L/min با ماسک - 500 سی سی رینگر بصورت Free و سپس 500 سی سی دیگر در 1 ساعت بعد و 3 لیتر در 24 ساعت - آمپول آمپی سیلین، جنتامایسین، کلیندامایسین - انفوزیون سرم دوپامین -

تزریق هیدروکورتیزون 200 میلی گرم وریدی-انفوزیون لووفد-ABG-مشاوره داخلی-مشاوره قلب و عفونی-گرافی ایستاده و خوابیده شکم-سونوگرافی رحم ،ضمانم،شکم ولگن-

ساعت 6:30 به علت دیسترس تنفسی مادر با بی هوشی عمومی انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. برای کنترل همدینامیک CVP Line تعبیه کرده و CXR درخواست می گردد. مشاور داخلی بصورت تلفنی اظهار می کند اقدامات لازم انجام گرفته و نیاز به اقدام بیشتر نیست. مشاور قلب ساعت 6:40 مادر را ویزیت کرده و بعد از انجام اکو توصیه می کند مادر بقدر کافی سدیت شود- در صورت BP<90/60 دوپامین انفوزیون شود-اکوی کنترل بعد از Stable شدن-چک CTNI وBNP -پروپیلاکسی DVT وPTE چک CBC,Cr,Na,K. دراکو

LV EF=49-52% بود در نوار قلبی تاکی کاردی سینوسی داشت. در سمع ریه ها نرمال بود. در ساعت 7:15 بادیستور رزیدنت زنان یک واحد پکد سل ترانسفوزیون می شود. مادر توسط 2 نفر از اساتید زنان ویزیت شده و توصیه به مشاوره جراحی و کشت ترشحات سرویکس می شود.

ترانسفوزیون واحد دوم 9 شروع می شود. مادر ساعت 9 دچار VT می شود (نبض داشت) برای مادر یک نوبت شوک داده شده و آتروپین و لیدوکائین داده می شود. در صورتی که سینوسی می شود. رزیدنت بی هوشی برای مادر پروتکل آمیودارون شروع می کند. به فلوئ ICU اطلاع داده می شود ویزیت اساتید محترم درخواست می گردد. مادر ساعت 9:15 توسط فلوئ ICU به همراه اتند بی هوشی ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان : علایم حیاتی : BP=120/83 با اینوتروپ HR=90 O2Sat=91% CVP= 20 در معاینه مادر هوشیار نیست و با تحریک درد ناک حرکت Withdrawal دارد. نیمه چپ شکم تند رمی باشد. پای چپ بیمار دردناک است. تزریق واحد دوم پکدسل بادیستور فلوئ ICU متوقف و تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده می شود..

ABG: PH=7.32 PCO2=24 HCO3=12.4

Cr=1.3 Urea=31 WBC=27,000 Hb=9 INR=1.2 Fib=440 Lactat=83

دستورات فلوئ ICU: Tapper کردن انفوزیون دوپامین و ادامه انفوزیون اپی نفرین و حفظ MAP<75- انفوزیون پنتوپرازول- انفوزیون نرمال سالیان براساس CVP -چک Cr,Urea هر 12 ساعت-تعبیه NGT-درخواست آزمایشات CRP,ESR,B/C,U/A,U/C,Procalcitonin

Elevation سر-ویزیت اساتید عفونی-انفوزیون فنتانیل ، میدازولام، پرسدکس -پیگیری مشاوره جراحی

در ویزیت ساعت 11 به علت گزارش ادم ریه در CXR پرتابل و فشارخون پایین با فلوئ ICU می گیرند و ایشان توصیه می کند انفوزیون دوپامین شروع شود و انفوزیون آدرنالین با دوز 0.1µ/kg شروع شود و از متخصص بی هوشی OK هیستریکتومی گرفته شود.

ساعت 14 مادر توسط اتند ریه و عفونی ویزیت می شود.

یادداشت اتند عفونی : مادر تب دار نیست .انتهاها گرم وبدون موتیلینگ است.ایکتریک نیست. BP=120/80 با اینوتروپ می باشد .

PH=7.32—7.20—6.96 HCO3=12.4—8.6—4.9 پیشنهاد می کند:هیستریکتومی اورژانس انجام گیرد ودوز آنتی

بیوتیکها به آمپی سیلین 2g/Q4h،کلیندامایسین 600mg/q6h،جنتامایسین 80mg/q12h تغییر یابد.

توصیه های فوق تخصص ریه :پرسدکس وفنتانیل hold شود-انفوزیون پروپوفول ومیدازولام با دوز 1mg/h -انفوزیون لووفد-

ABG یکساعت بعد.مادر ساعت 15 با حضور اتند آنکال وفلوی پریناتولوژی جهت هیستریکتومی به اتاق عمل منتقل می شود.علائم حیاتی

در بدو ورود به اتاق عمل

BP=47/25 PR=115 O2Sat=69% بود.بعداز اصلاح فشارخون وساجوراسیون عمل ساعت 15:30 با بی هوشی

عمومی شروع می شود.در شکم 20-30 سی سی مایع خونی وجود داشت که نمونه برداشته می شود.علائمی از پرفوراسیون نبود قوام

رحم نرم بود وحالت خمیری نداشت.رحم ولوله های فالوپ براشته شده وعمل ساعت 16:10 پایان می یابد ومادر ساعت 16:50 با فشار

خون BP=113/50 وPR=131 از اتاق عمل به بخش ICU منتقل می شود.در اتاق عمل یک واحد پکدسل و2 لیتر سرم نرمال سالین

برای مادر تزریق می شود.فشارخون درمحدوده BP=100/40 بود. بتدریج هوشیاری مادر کاهش یافته واسیدوز تشدید می

یابد.مادر توسط اتند ریه ویزیت شده وباصلاحدید ایشان جهت مراقبت بیشتربا همراهی رزیدنت زنان وبی هوشی به ICU جنرال منتقل

می شود.ABG: PH=6:81 PCO2=61

HCO3=4.1 BE=-24

آزمایشات الزهرا: WBC=27,000—43,000—50,000 PMN=94% PLT=115,000 Cr=1.3—1.4

LDH=495 BIL_T=0.8 BIL_D=0.2 ESR=12 CRP=1+ Alb=2.6 PT=13.4

PTT=40 Procalcitonin>100 CTNI=2.6 BNP=26614 TSH=2.4 P=5.3—8

کشت ترشحات سرویکس E.coli رشد می کند.

مادر موقع پذیرش در ICU جنرال موتیلینگ اندامهای تحتانی وتنفس gasping داشت.در ساعت 0:45 بامداد دچار ارست قلبی تنفسی

شده واحیا می شود.برای مادر مشاوره نفرولوژی شده و یکبار همودیالیز باروش SLED شده وبعداً به علت ادامه آنوری وعدم اصلاح

فشارخون با صلاحدید اتند نفرولوژی،به دستگاه CRRT وصل می شود.2 بار دچار ارست قلبی تنفسی شده واحیا می

گردد.مادر در چهارمین روز بستری در بخش ICU جنرال دچار افت ساجوراسیون شده با تعویض لوله تراشه موقتاً اصلاح می شود ومجدداً

کاهش می یابد ودر ساعت 13:45 دچار ارست قلبی تنفسی شده وفوت می کند.

در سونوگرافی بد ساید شکم مقدار جزئی مایع آزاد شکم وجود داشت واکوژنسیته پارانشیم کلیه ها افزایش یافته بود.

تستهای روماتولوژیک منفی بودند.

PTT=46PT=27

Fib=281

BIL_D=0.7BIL_T=2.1

SGPT=3355

SGOT=3553

CPK-MB=142

CPK=3706

LDH=3046

INR=3.85

علت مرگ شوک سپتیک می باشد. در اتوپسی آمبولی ماسیو رد شده است.

توضیحات اساتید:

1. آنتی بیوتیکهای شروع شده برای بیمار مناسب بودند.
2. مادر با 3 روز تاخیر مراجعه کرده است.
3. بیمار با ترشحات بد بو و تب و لرز و جنین درحال دفع مراجعه کرده و اولین تشخیص در این بیمار سقط عفونی می باشد و می بایست در اسرع وقت جنین وجفت خارج شده و بیمار بصورت دقیق مانیتور گردد تا در صورت نیاز (تغییر علایم حیاتی و شروع سیر سرازیری) سریعاً هیستریکتومی شود.
4. برای عفونت واضح صبر کردن برای تاثیر آنتی بیوتیک اشتباه است. مادر در فاز باکتری می مراجعه کرده بود.
5. باید هیستریکتومی زودتر انجام می شد ولی احتمالاً تاثیری در سیر بیماری نداشت.
6. همیشه خارج کردن بافت عفونی کمکی به سیر بیماری نمی کند.

مورد بیست و یکم (تاخیر در احیا)

خانم 32 ساله، ساکن شهر، BMI=23، G2P1، سابقه یکبار سزارین 6 سال پیش، سابقه بیماری و مصرف داروی خاصی را نمی دهند. حاملگی خواسته بود. مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام شده است. مادر در هفته 38 بارداری بادرستور پزشکی مراقب جهت سزارین الکتیو (تکراری) در بیمارستان بستری می شود. موقع مراجعه (ساعت 5:50 بامداد) علایم حیاتی BP=130/100 PR=80 FHR=140 داشت. مادر در بخش زایمان بستری شده و بعد از انجام آزمایشات روتین و تزریق سفازولین ساعت 10:25 با ویلچر به اتاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی قبل از عمل نرمال بود. عمل راس ساعت 10:30 با بی حسی اسپینال شروع شده و 11:30 خاتمه می یابد حاصل زایمان نوزاد دختر به ظاهر سالم با آپگار 9/10 بود. در اتاق عمل مشکل خاصی قید نشده است. مادر بعد از ریکواری ساعت 13:15 با فشارخون BP=100/70 و PR=90 به بخش منتقل می شود. مسکن استفاده شده پتیدین و شیاف دیکلوفناک سدیم بود. ساعت 00:40 بامداد (13 ساعت بعد از عمل) PO شده با کمک کمک بهیار در کنار تخت می نشیند (پاهایش آویزان بود). 10 دقیقه بعد (ساعت 00:50) ناگهان مادر اظهار می کند دارم خفه می شوم و دچار حرکات غیر عادی اندامها شده و روی تخت می افتد. مامای شیفت با صدای کمک بهیار بر بالین مادر آمده و مادر را به پهلوی چپ خوابانده و Airway در دهانش می گذارند و اکسیژن داده می شود (طبق اظهار ماما، ایروی بدون مشکل خاصی در دهان گذاشته شد). طبق یادداشت مامای بخش، مادر خروج کف از دهان داشته و دهان و فک مریض قفل شده بود و دستها خیس بودند. استفراغ نداشت. مادر سیانوزه بود و gaze به یک طرف داشت. با پزشک اورژانس و بخش ICU تماس تلفنی گرفته می شود (کد احیا زده نشده است). مادر با همان تخت و در حال آمبوزدن و ماساژ قلبی توسط پزشک اورژانس به بخش ICU منتقل شده و ساعت 1:00 بامداد تحویل بخش داده می شود (مادر علایم

حیاتی داشت). مادر بلافاصله توسط متخصص داخلی (پزشک مقیم ICU) انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می گردد و به پزشک معالج (زنان) اطلاع داده می شود. مادر بعد از انتوباسیون دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا می شود. حرکات تشنجی مادر ؟ توسط پزشک اورژانس و متخصص داخلی رویت نشده است.

یادداشت متخصص داخلی : بیمار در ساعت 1 بامداد در وضعیت سیانوز مرکزی و محیطی با تنفس های **gaspings** پذیرفته شد. سریعاً انتوبه شده و تحت **MV** قرار گرفت و بقیه دستورات توسط پزشک معالج و متخصص بی هوشی داده شد. بیمار لحظه به لحظه شرایط مطلوب پیدا می کرد و **ABG** های سریال گواه سیرکولاسیون و اکسیژناسیون بهتر بود. مردمکها ابتدا آنیزوکوریک بودند و در انتهای **CPR** ایزوکوریک و راکتو به نور شدند. عملیات احیا 30 دقیقه ادامه داشت و مادر تحت اقدامات ساپورتیو قرار گرفت. **BP=120/73**

PR=78

یادداشت پزشک معالج : بدنبال تماس از بیمارستان بلافاصله به بیمارستان رفتیم. بیمار سیانوز مرکزی و محیطی داشته و انتوبه بود (صورت کبود بود). تنفس **gaspings** داشت. عملیات **CPR** در حضور متخصص بی هوشی ادامه یافت و 30 دقیقه تا **Stable** شدن علایم بالینی طول کشید. برای مادر **NGT** تعبیه شده و محتویات معده تخلیه می شود و جهت برطرف شدن دیستانسسیون شکم رکتال تیوب گذاشته شد. سایر دستورات: سرم نرمال سالین **1L/stat** - آمپول دکزامتازون **8mg/Stat** و سپس **8mg/q8h** - اسکن اسپیرال مغز - سوند فولی - تعبیه لاین شریانی از شریان رادیال - مشاوره داخلی اعصاب و ویزیت روزانه متخصص داخلی. **ABG: PH=6.8**

PO2=36 PCO2=93

یادداشت ساعت 3 بامداد (متخصص زنان): حال عمومی مادر نسبتاً بهتر شده و به تحریکات درد ناک پاسخ می دهد. **UV=600cc** و روشن می باشد. خونریزی واژینال ندارد. علایم حیاتی **Stable** می باشد. **PR=128**. با توجه به شروع ناگهانی دیسترس تنفسی با احتمال آمبولی ریه، آمپول هپارین با دوز **5000u/Stat** سپس **1000u/h** شروع می شود و سی تی آنژیوی عروق ریه بعد از **Stable** شدن درخواست می شود.

ساعت **6:30** به علت دیستانسسیون شدید شکم مشاوره جراحی عمومی درخواست می شود. طبق یادداشت مشاور جراح : شکم کاملاً نرم و دیستانسسیون خفیف دارد. ترشحات معده صفراوی می باشد. افت قابل توجه هموگلوبین ندارد. رنگ پوست طبیعی است. **BS** بصورت ضعیف مثبت است و علایم شکم حاد ندارد. پیشنهاد می کند چک سریال هموگلوبین و سونوگرافی سریال شکم انجام شود. مادر توسط 3 نفر نرولوژیست بصورت جداگانه ویزیت می شود. مشاور اول (**6:20**): شروع تشنج توام با اورا بوده است و با تحریکات دردناک حالت دکورتیکه می گیرد و مردمکها به علت میدازولام میوزیس می باشد با توجه به اینکه سابقه اپی لپسی را نمی دهد، تشنج می تواند در زمینه اختلال متابولیکی و پروسه عفونی و... باشد و پیشنهاد می کند مادر فنی تونیزه شود و **KCL+گلوکونات کلسیم + آمپول فنی تونین** شروع گردد. مشاوره از نظر جراحی عمومی شود و با توجه به **BT=38** و **WBC** بالا مشاوره عفونی درخواست گردد. بعد از اسکن مغز انوکسپارین با دوز **60mg/Bid/S.C** شروع شود. ایشان بعد از رویت اسکن مغز در ساعت **7:40** و عدم رویت ضایعات هموراژیک

پیشنهاد می‌کندهپارین با دوز 1000u/h انفوزیون شود. آمپول انوکسپارین قطع و آمپول دگزامتازون هر 6 ساعت و آمپول مروپنم، کلیندامایسین، سیتی‌کولین، قرص مادوپار (لوودوپا) ادامه یابد.

متخصص عفونی ساعت 8:35 مادر را ویزیت می‌کند. طبق یادداشت ایشان مادر تب‌دار نیست BT=37.1 و شدیداً تاکیکارد است HR=160، دیسترس تنفسی دارد و در معاینه رال و کراکل ندارد CXR نرمال است. در شکم نفخ دارد و تندرینس نیست. ترشحات معده خونی و ادرار

هماچوریک است. PTT=110 و INR=1.5 و LFT مختل است (ALT=60 AST=310) و WBC=17,400

PMN=93%

Ca=7.5 P=2.2 برای مادر تشخیصهای آمبولی ریه سندروم هلمپ، ترومبوفلیت عروق لگن و ترومبوز عروق مغزی مطرح است و پیشنهاد می‌کند در صورت تب بالای 38 درجه کشت خون انجام گیرد-سونوگرافی لگن از نظر ترومبوفلیت و MRV جهت بررسی CVT درخواست گردد-آمپول وانکومایسین 500mg/q6h، آمپول مروپنم 1g/q6h، آمپول آمپی‌سیلین سولباکتام 3g/q6h شروع و کراتینین هر 24 ساعت کنترل شود. ویزیت مشاور داخلی (9:15): مادر در فاز Deep Coma می‌باشد. GI Bleeding دارد و تعبیه 2 رگ مناسب داشته‌چک Hb, Hct -رزرو 4 واحد پکسل ایزوگروپ کراس مچ شده و ترانسفوزیون پکد سل در صورت افت هموگلوبین زیر 7.5- رژیم NPO و انفوزیون پنتا پرازول -شستشوی سوند معده و فولی تا Clear شدن - چک آنزیمهای کبدی و تستهای انعقادی و CBC روزانه- فعلاً، هپارین hold شود.

ویزیت متخصص قلب: در معاینه اسپاسم شدید عضلانی دارد در اکوکاردیوگرافی مشکل خاصی ندارد و پیشنهاد میشود کلسیم یونیزه و PTH بصورت

اورژانس اندازه گیری شود. با نظر متخصصین زنان از ساعت 8 بامداد برای مادر سولفات منیزیم شروع می‌شود.

یادداشت پزشک مقیم (ICU) در ساعت 8:35: مادر متعاقب راه رفتن بصورت ناگهانی دچار تشنج شده و کاهش هوشیاری و سیانوز می‌شود. در معاینه مادر هوشیار نیست GCS=3. بیمار در وضعیت دکورتیکه می‌باشد و پاسخ به تحریکات درد ناک نیز بصورت دکورتیکه

می‌باشد. BP=130/60 HR=140 ECG=PSVT(Abnormal) O2Sat=93% RR=30 تنفس پارادوکس

دارد و خشونت نسبی در ریه‌ها دارد. ABG: PH=7.27 PCO2=24 HCO3=10 WBC=17,900

مشاور ریه: دراکو داپلر DVT ندارد. برای مادر آمبولی ریه مطرح نیست و برای مادر مشاوره نروسرجری جهت کرانیوتومی اورژانس درخواست می‌کند و ایشان نظر می‌دهند کرانیوتومی کمکی به بیمار نمی‌کند.

مشاور نرولوژی 2: مادر در وضعیت Light Coma قرار دارد. دوپل میوز و راکتیو به نوراست رفلکس اکولو سفال منفی است. علایم تحریک منتر ندارد. حالت دسربره دارد. رژیدیت ندارد. اندامهای تحتانی بصورت هیپر اکستانسیون می‌باشد. برای مادر سرم- انفوزیون سریع

مانیتول 20% 300cc/Stat سپس 100cc/q4h -آمپول دگزامتازون 4mg/q6h و ریدی -آمپول سیتوکولین هر 6 ساعت order می‌کند.

مشاور نرولوژی 3: مادر در وضعیت Light Coma قرار دارد. مردمکها میوتیک بدون واکنش به نور - اکولوسفال بصورت ضعیف مثبت است - کف پای دبل اکستانسور است. در ICU تشنج نداشته است. در CT Scan مغز، کاهش منتشر دانسیته مغز (ادم مغزی) ونواحی هیپودنس متعدد مربوط به ایسکمی سربرال در پارانشیم نیمکره های مغزی و نیمکره راست مخچه مشاهده می شود که احتمالاً در زمینه هیپوکسی مغز می باشد در حال حاضر مادر دچار آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک شدید می باشد. درمورد اتیولوژی تشنج بصورت مشخص نمی توان اظهار نظر کرد و مسائلی مانند اکلامپسی و CVT را باید مد نظر داشت و پیشنهاد می کند: سولفات منیزیم تا پایان 24 ساعت ادامه داده شود.

روز دوم بعد از احیا: هوشیاری مادر از نصف شب بتدریج کاهش یافته و حوالی 3 بامداد وارد فاز Deep Coma می شود. تنفس خودبخودی ندارد. هپارین بصورت پروفیلاکتیک دریافت می کند. به علت افت فشار لنوفد شروع شده است. برای مادر سطح داروهای آنتی اپی لپتیک - تکرار سی تی اسکن مغز - سی تی آنژیوی عروق کاروتید اکستراکرانیال و اینترنال و سیستم رتروبرایزیری و ونوگرافی عروق کاروتید و آزمایشات روماتولوژی درخواست می شود.

روز سوم بعد از احیا: مادر تنفس خودبخودی ندارد GCS=3 است. مردمکها دبل میدریاز و بدون واکنش به نور می باشد (میدازولام قطع شده است) در سی تی اسکن کنترل ادم مغزی بیشتر شده است و سرم مانیتول بمدت 12 ساعت Hold شده و سپس با دوز قبلی شروع می گردد. آمپول دکزامتازون 8mg/q8h وریدی تجویز می شود. مادر ساعت 6:20 بامداد دچار برادیکاری و سپس ارست قلبی تنفسی شده و فوت می کند. مادر به پزشکی قانونی ارجاع می شود ولی به علت عدم رضایت اولیای دم اتوپسی انجام نمی گیرد.

آزمایشات: Hb= 12 — 10.6 PLT=165,00--115,000 WBC=7,600--12,400 Pro=Neg ادرار

SGOT=85 Cr=0.8 Urea=21 INR=1 PTT=45 PT=12.5

K=4.41 Ca=7.6 P=1.9 Alb=3.5 ALP=160 SGPT=138

BS=196 Mg=2.2 Na=151.5

تستهای روماتولوژیک منفی بودند.

سطح داروهای آنتی اپی لپتیک: phenobarbital=0.7 phenytoin=2.8 Carbamazepim=0.044

Sodium Valporate=5.74

داروهای مورد مصرف در بیمارستان فنی تونین-میدازولام-فنتانیل-

اسکن اسپیرال مغز (اول): کانونهای هیپودنس در بازال گانگلیای راست و ناحیه پاریتال راست مشاهده می شود. سیستم بطنی فشرده است و کاهش مختصر دانسیته مغز بطور منتشر قابل رویت است.

آنژیوگرافی اسپیرال شراین اینترا کرانیال: شکل و عروق گردن، شکل و دیامتر عروق کاروتید مشترک و بولب کاروتید و سگمان سرویکال کاروتید داخلی و دیامتر شراین و رتبرال در حد نرمال است تنگی و انسداد واضح دیده نشد. در سی تی آنژیوی مغزی، هیچگونه ورود ماده کنتراست به داخل شراین سربرال مشاهده نمی شود.

در سی تی اسکن اسپیرال بعمل آمده از ریه، مایع جنبی مختصر در هردو نیم سینه همراه با کدورت در قاعده ریه چپ مشاهده می شود. راههای صلی باز است و شکل و دانسیته قلب و عروق اصلی مدیاستن نرمال است. در بررسی کالر داپلر و پالس داپلر و **Gray Scale** وریدهای اندامهای تحتانی و لگن ترومبوز دیده نمی شود.

در گرافی ساده شکم (پرتابل) احتمال مایع آزاد صفاقی در ناودان پاراکولیک چپ گزارش شده بود.

CXR نرمال بود.

علت مرگ آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک در زمینه نامعلوم می باشد .

توضیحات اعضای کمیته:

1. تیتراگزارش شده برای داروهای آنتی اپی لپتیک با روش های موجود در آزمایشگاههای ما به منزله **Negative** بوده و ارزش ندارد .

2. روند احیا مشکل داشته و باید کد احیا زده و مادر در بخش انتوبه می شد .

3. اتیولوژی تشنج؟ مشخص نیست و تاخیر در احیا سبب ایجاد آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک شده است.

مورد بیست و دوم

خانم 29 ساله، اهل شهر، متاهل (ازدواج موقت) با سابقه عمل کوچک سازی معده (SIEEVE) به علت چاقی مفرط (117 کیلو) حدود 6 ماه قبل، سابقه افسردگی شدید و آنورکسی بعد از عمل معده (حدود 40 کیلو وزن کم کرده بود)، سابقه بیماری ریوی (ILD) بستری در بخش ریه سال قبل) - سابقه عمل های متعدد زیبایی و اختلال شخصیتی، ساعت 00:55 بامداد با شکایت ضعف و بی حالی توسط اورژانس 115 به بیمارستان الف آورده می شود. در موقع ورود علائم حیاتی: **BP=120/80** **O2Sat=98%** بود بیمار با سطح تریاژ 3 به اورژانس منتقل می شود. در شرح حال نامبرده اظهار کرده مجرد است و در منزل سقط غیر قانونی جنین 5 ماهه، 4 روز قبل داشته است ولی هیچ مدرکی دال بر بارداری ارائه نکرده بود. در معاینه بیمار توسط اینترن (ساعت 1:20 بامداد) شکم نرم و تندرست در قسمت تحتانی داشته ولی قلب و ریه نرمال نوشته شده است. علائم حیاتی: **BP=110/60** **PR=100** **RR=16** **BT=36.6** ثبت شده است. نبض اندامها قرینه و 2+ و خونریزی و اژینال + می باشد. برای بیمار دستورات سرم نرمال سالین یک لیتر، آمپول مترونیدازول، سفتریاکسون، رانیتیدین و آپوتل ویریدی، درخواست آزمایشات **CXR-βHCG, CBC, BS, BUN, Cr, Na, K, U/A, U/C, B/C, VBG**، سونوگرافی شکم و لگن جهت بررسی مایع آزاد شکم، **ECG**، تعبیه سوند فولی **Order** می شود.

Hct=23.4 Hb=7.3 RBC=2.35*10⁶ Neut=90.7 WBC=9400 BS=199

Na=138 Cr=1.3 Urea=33 PLT=156,000 MCHC=31.2 MCH=31.1 MCV=99.6

βHCG= + K=3.4

HCO₃=19.8 PCO₂=30.6 PH=7.41 :VBG

برای بیمار درخواست مشاوره داخلی می شود. رزیدنت داخلی بیمار را ویزیت کرده و یادداشت کرده بود : فشارخون نرمال و قلب تاکیکارد نیست. ملتحمه Pale است. بیمار تست بتا مثبت دارد و خونریزی شدید واژینال دارد (درحالیکه درنت انترن تعداد پد مصرف شده درروز به اظهار بیمار 2 عدد بود). برای بیمار مسائل زنان دراولویت می باشد و نیاز به اقدام اورژانسی نیست. بیمار ساعت 5:30 به مرکز الزهرا اعزام و در بیمارستان ب با سطح تریاژ 3 پذیرش می شود. در معاینه توسط رزیدنت سال 2 و 3 زنان ، شکم نرم و بدون تندرنس و خونریزی در حد آلودگی اسپوکولوم و کول بسته توصیف شده است. آثار دستکاری و ترشحات بدبو وجود نداشت. بیمار با احتمال سقط عفونی در بخش جراحی بستری می شود. در سونوگرافی رحم و ضمامم ، ابعاد واکوژنسیته رحم نرمال با ET=5mm و بدون بقایا ، تخمدانها طبیعی و فاقد توده آدنکس و مایع آزاد اتدک در کلدوساک خلفی گزارش شده بود. βHCG =30 بود. درگرافی ایستاده شکم اتساع گازی درلوپهای روده و رکتوم مشهود بود.

در ساعت 15 به علت تاکیکاردی PR=120 برای بیمار مشاوره داخلی اورژانس، چک HHb ، آزمایشات D.Dimer, TSH, ABG, ECG BS درخواست و هپارین شروع می شود. تب نداشت و فشارخون و ریت تنفسی نرمال ثبت شده است (درچارت علایم حیاتی از بدو ورود بیمار تاکیکاردی و تاکی پنه ثبت شده بود). مشاوره داخلی مادر را ویزیت کرده یادداشت کرده بود: بیمار مضطرب است ، تب دار نیست. درسمع ریه راست رال و در ریه چپ کاهش صدا وجود دارد. PR=126 RR=30

O₂Sat=93% بدون اکسیژن وبا اکسیژن O₂Sat=98% می باشد. D.Dimer=1.5. و توصیه می کند در صورت Hb<8 واحد پکدسل تزریق شود- انفوزیون آمپول هپارین طبق پروتکل انجام گیرد و سی تی آنژیوی ریه ، اسپیرومتري و کنترل HHb هر 8 ساعت

درخواست شود. ABG: PH=7.41 PCO₂=30.1 HCO₃=19

WBC=8500 RBC=2.6*10⁶ Hb=8.4 MCV=97.7 PT=12 PTT=39 INR=1

TSH=2.62 βHCG=72 الایزا Cr=0.9 در کنترل بعدی βHCG =Neg

در CXR تصویر قلب نرمال و زاویه جنبی چپ بلانت و تصویر تشکیل سطح در قسمت تحتانی نیم سینه چپ گزارش شده بود.

در CT آنژیوی ریه آمبولی ماسیو ردو پلورال افیوژن قابل توجه در همی توراکس چپ با کلاپس لوپ تحتانی ریه و تشکیل کیست در سیگمان بازال وجود داشت .

عصر برای بیمار 2 واحد پکدسل تزریق شده سوند فولی برای کنترل I/O تعبیه می شود.

روز دوم بستری: بیمار هوشیار واریانته است. تب دار نیست. خونریزی در حد لک بینی است. گاهی تاکی کاردی و تاکی پنه دارد. بعد از آماده

شدن جواب سی تی آنژیوی ریه ویزیت داخلی جهت انتقال به بیمارستان ج درخواست می شود. رزیدنت داخلی بعد از ویزیت بیمار در ساعت 23:25 یادداشت کرده بود. بیمار سرفه و خلط دارد ولی تب دار نیست. تحت درمان با هپارین پروفیلاکسی و کپسول داکسی سیکلین

است. رژیم مایعات دارد. ساچوراسیون بدون اکسیژن 90% می باشد. در اندامهای تحتانی ادم +2 و اختلاف سایز در حد 2.5 سانتیمتر دارد.

پیشنهاد می کند: آزمایشات LFT, CTNI, Cr, BUN, Na, K, درخواست و انفوزیون آمپول هپارین 1000 واحد هر ساعت - سگه داشتن

PTT=60-80 - تزریق هیدروکورتیزون 100mg/stat - اسپری سالبوتامول، سروتاید و واتروونت - سونوگرافی کالرداپلر وریدی اندامهای

تحتانی - مشاوره قلب جهت انجام اکو انجام گیرد. برای بیمار ساعت 1:45 بامداد (مورخ 96/9/26) دستور انتقال به بخش ICU داده می

شود. بعد از انتقال به ICU توسط مشاور قلب ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان بیمار تنگی نفس و ارتوپنه شدید داشت و Chest Pain

نداشت. BP=140/90 HR=125 RR=51 بود. به علت کاشت ناخن ساچوراسیون قابل اعتماد نیست. در نوار قلبی تاکی کاردی

سینوسی دارد. سمع قلب نرمال و بیمار از درد پشت و دست چپ شاکی است که با تنگی نفس شروع شده است. تب دار نیست. پیوری

دارد. در اکوی بدساید پلورال افیوژن ماسیو دارد. RV EF کاهش یافته است.

دستورات مشاور قلب: انفوزیون آمپول لازیکس 10mg/h - چک روزانه BUN, Cr, Na, K - ویزیت مجدد عصر - Tap مایع پلور - انتقال

به بخش ریه با توجه به سابقه بیماری ریوی - ادامه هپارین با توجه به احتمال PTE.

جهت انتقال بیمار به بخش ریه برای مادر مشاوره ریه درخواست می شود: یادداشت مشاور ریه: بیمار هوشیار ولی ILL است. با کانول بینی

اکسیژن می گیرد O2Sat=97% BP=130/100 HR=135 BT=37 RR=52. ایشان با نظر اتند محترم توصیه می کند

بیمار توسط سرویس بی هوشی انتوبه شده و به ICU 5 بیمارستان امام رضا منتقل شود. بیمار و خانواده ابتدا اجازه انتوباسیون نمی داد

ندوبالآخره ساعت 13 راضی شده و انتوبه می شود. طبق یادداشت متخصص بی هوشی نیم سینه چپ بیمار بسیار درد ناک بود و اجازه

معاینه نمی داد.

بیمار پس از هماهنگی ساعت 14:30 به بخش ICU 5 به صورت اینتوبه منتقل می شود. علایم حیاتی بدو ورود:

BP = 130/98 , HR = 130 , RR = 35 , BT = 37 و O2sat = 98 % می باشد. دستورات بستری شامل چک آزمایشات

روتین PT P T T تستهای کبدی - U/A - LDH - کپسول داکسی سایکلین - کپسول هماتینیک - CXR - اسپری سروتاید و

سالبوتامول - آمپول سفتریاکسون و پنتازول - انفوزیون لازیکس - انفوزیون هپارین - چک Ca - Mg هفته ای دوبار , VBG

اورژانس و روزانه - BS گلوکومتری (141) و وصل به ونتیلاتور.

جواب آزمایشات :

Hb = 10.1 WBC = 12.4000 HCO3 = 19.1 PCO2 = 37.7 PH = 7.32 VBG :

PTT = 14.1 INR = 1.23 plt = 84000 Hct = 34.9

Ca = 39 Urea = 40 Cr = 0.88 SGOT = 9 SGPT = 7 Alkp = 270

منفی = U/A Mg = 1.7 T = 9.1 Na = 142 K = 3.7

ساعت 19:00 انفوزیون هپارین و انفوزیون لازیکس DC و آمپول انوکسپارین 80 میلی گرم هر 12 ساعت و لازیکس 20 میلی گرم هر 8 ساعت و Tap مایع پلور وچک BHCG order می شود (Tap مایع پلور به علت آذیتاسیون و unstable بودن بیمار انجام نمی شود . (BHCG ارسال نشده بود) .

طبق سونوداپلر قطر وریدهای طرف راست طبیعی بوده و جریان خون , تمام طول و پهنای وریدهای فوق راپر کرده و نقص و پرشدگی یا ترومبوز در آنها وجود ندارد .

نومین روز بستری: ساعت 7:00 به علت پلاکتهای پایین (84000) لام خون محیطی تهیه می شود ولی به علت کیفیت نامناسب ارسال نمی شود . ساعت 10:00 طبق دستور رزیدنت داخلی ویال منیزیوم سولفات 5 سی سی هر 8 ساعت به دستورات دارویی بیمار اضافه می شود . Tap 11:30 مایع پلور تحت گاید سونو و ارسال از نظر cell count , اسمیر و کشت , LDH , پروتئین و ADA و ارسال خون همزمان از نظر LDH و پروتئین و CXR بعد از انجام Tap مایع order می شود. (نمونه ارسال نشده بود). ساعت 13 chest CT و CT شکم و لگن با کنتراست خوراکی وریدی اورژانس درخواست می شود (که انجام نشده بود) . ساعت 15 ویزیت زنان انجام می شود که طبق یادداشت ایشان بیمار case سقط نبوده و از سرویس زنان مرخص می باشد . ساعت 15 بیمار دچار تاکی کاردی می شود بادستور رزیدنت داخلی , آمپول آدنوزین و ورپامیل تزریق می شود که موثر واقع نبوده و بیمار تحت پروتکل آمیودارون قرار می گیرد . سفتریاکسون DC و مروپنم شروع می شود . کشت خون در دو نوبت , U/A , U/C , سونوگرافی شکم و لگن , CXR , پرتابل و CBC اورژانسی توسط ایشان order می شود .

جواب آزمایشات : K = 3.8 Na = 142 P = 5.5 Ca Ion=1 Mg = 1.7 LDH = 655
Plt = 81000 Hct = 34.5 Hb = 10.4 Cr = 0.84 Urea = 43 WBC = 17.600

U/C و U/A = ارسال نشده بود جواب کشت خون = منفی

جهت انجام CT شکم و لگن مگلو مین گاوژ می شود ولی به علت تاکی کارد بودن بیمار جهت انجام CT شکم و لگن منتقل نمی شود . طبق نوت رزیدنت داخلی طبق هماهنگی با فلوی ریه ؟ و طبق نظر ایشان جهت انجام برونکوسکوپی لوله تراشه به شماره 8 تغییر می یابد . و باتوجه به ساچوریشن پایین و برادیکاردی و آسیستول امکان انجام برونکوسکوپی در حضور کادر برونکوسکوپی و فلوی ریه وجود نداشت . بیمار از ساعت 21:30 تا 23:45 تحت CPR قرار گرفت . آتروپین , اپی نفرین , بی کربنات و باتوجه به ادم احتمالی بیمار 50 میلی گرم لازیکس تزریق می شود . به علت ریتم VF سه نوبت شوک با 200 ژول داده می شود که موفقیت آمیز نبوده است .

ساعت 9:30 ABG : PH = 7.34 PCO2 = 40.2 HCO3 = 21.4
ساعت 23:00 ABG : PH = 6.94 PCO2 = 74.6 HCO3 = 15.3

1. بیمار اختلال شخصیتی داشته و حاملگی وسقط نامحتمل است (خیالی بوده است)
2. عدم اخذ شرح حال درست و انحراف مسیر تشخیص، سبب غفلت از مشکل اصلی بیمار (مشکل ریوی) شده است.
3. تزریق آدنوزین و وراپامیل اشتباه بوده است.
4. علت مرگ با احتمال بالا پنوموتوراکس بوده است.
5. بیمار حتماً باید اتوپسی می شد. (نامشخص بودن علت مرگ و مشکل قانونی)

مورد بیست و سوم (کاردیومیوپاتی)

خاتم 33 ساله، خانه دار، دیپلم، خیلی چاق با BMI=40 و قد 154 سانتیمتر، G_2P_2 ، سابقه یکبار سزارین 7 سال قبل، سابقه هیپو تیروئیدی و تحت درمان بالووتیروکسین تحت نظر متخصص داخلی و حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مجتمع سلامت و بصورت نامرتب انجام گرفته بود (5 بار). 2 بار هم توسط متخصص زنان مراقبت شده بود و ایشان توصیه کرده بود به علت چاقی شدید، در بیمارستان مجهز ختم بارداری داده شود. مادر به علت سابقه سزارین در هفته 38 بارداری (38w, 5d) در بیمارستان سطح 2b با بی حسی اسپینال سزارین شده و روز بعد مرخص شده بود. در پرونده مشکل خاصی قید نشده و هپارین هم تجویز نشده بود. بعد از زایمان 2 بار در مرکز سلامت مراقبت شده بود. در طی مصاحبه همسر متوفی درد سینه گهگاهی را در مادر ذکر کرده است. مادر 25 روز بعد از زایمان بعد از ظهر ساعت 13:22 به علت احساس تنگی نفس به بیمارستان جنرال سطح 2 مراجعه کرده و با سطح تریاژ 5 به پزشک اورژانس ارجاع داده می شود. به دستور پزشک برای مادر EKG اخذ شده و نسخه دارویی (کتورولاک، نروبیون و اسکازینا تجویز می شود. بعد از تزریق آمپولها مادر مرخص می شود. پرونده تشکیل نشده بود.

علائم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ: $O_2Sat=95\%$ PR=127 BP=136/94 RR=14 بود. شرح حال نوشته شده توسط پزشک اورژانس در برگ تریاژ: ریه ها Clear بدون دیسترس تنفسی، اندامها فاقدادم و قلب تاکیکارد می باشد. مادر بعد از دریافت سرم؟ با حال عمومی خوب مرخص شد.

مادر مجدداً نصف شب ساعت 1:45 با مدام با تنگی نفس شدید و تعریق سرد توسط همراهان به اورژانس آورده شده و با سطح تریاژ 2 مستقیماً به اتاق CPR هدایت می شود. در معاینه کراکل فاین تا قله ریه شنیده می شد.

علائم حیاتی موقع پذیرش: $O_2Sat=80\%$ PR=123 BP=131/94 RR=18 ثبت شده است.

دستورات پزشک اورژانس: اکسیژن نازال با ماسک 10-15L / min - تعبیه لاین وریدی و سرم نرمال سالین 500cc - مانیتورینگ قلبی ریوی و پالس اکسیمتری مداوم - اخذ EKG - آمپول هیدروکورتیزون 200 میلی گرم Stat - اسپری سالبوتامول و آترونت - آمپول لازیکس 40 میلی گرم Stat - سرم TNG 5µ/min (به علت افت فشار شروع نشده بود) - سونداژ مثانه، مشاوره داخلی. در طی سونداژ ادراری خارج نشده بود. بعد از 20 دقیقه مجدداً 40 میلی گرم لازیکس تزریق شده بود.

در ساعت 2 با مدام با متخصص داخلی تماس گرفته می شود و ایشان ساعت 2:10 بر بالین مادر حاضر شده و ویزیت متخصص قلب راتوصیه میکند. (اقدام خاصی نمی کند) موقع حضور ایشان $O_2Sat=89\%$ با ماسک و اکسیژن 15L/min بود. متخصص قلب ساعت 2:20 مادر را ویزیت کرده بود. طبق یادداشت ایشان: مادر شدیداً دیسترس داشت با RR=30-40، اندامها سرد و مرطوب

بودند و نبض رادیال بصورت ضعیف لمس می شد. درسمع ریه ها کراکل فاین داشت و در اندامهای تحتانی اختلاف سایز وجود نداشت. ایشان برای مادر اکوی بدساید انجام می دهد در حین اکو دچار افت فشار خون و ساچوراسیون به زیر 60 شده و نوراپی نفرین و دوپامین تجویز می گردد. یافته های اکو کاردیوگرافی: $EF=25\%$ LV سایز RV نرمال بود و پولورال افیوژن خفیف وجود داشت. در ساعت 2:25 درخواست مشاوره بی هوشی شده و مادر ساعت 2:35 توسط متخصص بی هوشی با هیپر و نتیلایسیون انتوبه می شود با تزریق فنتانیل، اتومیدیت، سوکسینیل کولین. همزمان با انتوباسیون مادر دچار ارست قلبی تنفسی (آسیستول) شده و عملیات احیا شروع و تا ساعت 3:30 ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد. از لوله تراشه ترشحات فراوان صورتی رنگ خارج می شد. لازم به ذکر است تکنسین بی هوشی تقریباً از بدو ورود مادر بر بالین مادر حضور داشت.

آزمایشات: ALT=22 PLT=508,000 WBC=13,100 Hct=39.8 Hb=13.2
ALP=277 Na=140 Ca=10.6 BS=190 Urea=27 Cr=1.1 AST=26
BE=-6 HCO3=18.9 PO2=40 PCO2=32 PH=7.38 VBG

علت مرگ با توجه به گزارش اولیه اتوپسی کاردیومیوپاتی Post Partum می باشد.

طبق گزارش پزشکی قانونی عروق اصلی ریه فاقد ترومبوز بود و ادم شدید ریه واحتقان شدید کبد مشهود بود.

توضیحات اعضای کمیته:

1. با وجود چاقی شدید و Score 3 در نمره دهی پروفیلاکسی ترومبو آمبولی، بعد از سزارین برای مادر هپارین شروع نشده بود.
2. مرکز بهداشت در کنترل مادر کوتاهی کرده و در پرونده بهداشتی مادر بعنوان مادر پرخطر شناسایی نشده بود.
3. در مراجعه اول به اورژانس با توجه به درخواست نوار قلبی و شکایت بیمار، حداقل سطح تریاژ مورد نظر سطح 3 می باشد و می بایست برای بیمار پرونده تشکیل شده و به طب اورژانس ارجاع داده می شد.
4. Rate قلبی مادر موقع مراجعه بالا بود و پزشک اورژانس می بایست بعد از تجویز دارو حداقل ریت قلبی مادر را مجدداً کنترل می کرد.
5. مادر دیر انتوبه شده است.

مورد بیست و چهار (سندروم هلپ)

خانم 37 ساله، با سواد دیپلم، $G2P1$ ، سابقه یکبار سزارین 7 سال پیش، سابقه GDM از هفته 25-26 و تحت درمان با متفورمین، سابقه یکسال نازایی و حاملگی با دارو، سابقه هپاتیت B در پرو IHD در مادر متوفی و حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان و بصورت مرتب انجام گرفته است. مادر در هفته 34-35 بارداری به علت درد اپی گاستر و فشار خون بالا به مطب پزشک مراقب مراجعه کرده و با معرفی ایشان به اورژانس بیمارستان ریفال مراجعه می کند. مادر ساعت 21:20

با سطح تریاژ 3 پذیرش می شود. در موقع مراجعه مادر از درد اپی گاستر شاکی بود و $BP=160/110$ $PR=81$

داشت. علایم زایمانی نداشت. برای مادر سولفات منیزیم شروع شده و 20 میلی گرم هیدرالازین تزریق می شود و مادر بصورت اورژانسی با دستورات: چک علایم حیاتی هر 4 ساعت - رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ - کنترل علایم زایمانی - آمیول بتامتازون - چک قند خون و اجرای پروتکل انسولین - انفوزیون سولفات منیزیم 2g/h و درخواست آزمایشات پره اکلامپسی و سونوگرافی پروفیل، در اتاق زایمان بستری می شود. در ساعت 23:20 به علت فشار خون $BP=170/110$ یک دوز لابتالول وریدی (20 میلی گرم) تجویز می شود.

روز دوم بستری: مادر علایم زایمانی ندارد. فشار خون در محدوده $BP=130-150/80-90$ می باشد. در سونوگرافی ریت قلبی جنین منظم و میزان مایع نرمال و پروفیل $8/8$ بود. به علت آلبومینوری منفی، پروتئین و کراتینین ادرار 24 ساعته درخواست می شود. $Cr(24)=1534$ $Pr(24)=177$ $Cr/Pr=0.07$ بود. برای مادر آمپول هپارین با دوز $5000IU/TDS/S.C$ شروع می شود. عصر به علت علایم سینوزیت کپسول آموکسی سیلین تجویز می شود.

روز سوم بستری: مادر علایم زایمانی ندارد. ساعت $9:20$ سولفات منیزیم $D.C$ شده و مادر ساعت 18 بادیستور انتد به بخش $H.R$ منتقل می شود. به علت بالا بودن قند خون 2 بار انسولین رگولار تزریق می شود. در سونوگرافی افزایش مقاومت عروق نافی و رحمی و کاهش جریان شریان MCA گزارش شده بود.

روز چهارم بستری: ساعت $11:30$ مادر از سردرد و دردابی گاستر شاک می باشد. به رزیدنت اطلاع داده شده و ایشان یک عدد استامینوفن تجویز کرده و پروتئین ادرار درخواست می شود. با مصرف قرص سردرد بهتر می شود. فشارخون های ثبت شده :

ساعت 9: $BP=140/90$ ساعت $12:145/90$ ساعت $15:150/80$ $BP=150/95$ می باشد. به رزیدنت اطلاع داده شده و

ساعت $17:50$: $BP=180/100$ و مادر از دردابی گاستر شاک بود به رزیدنت اطلاع داده می شود. رزیدنت ساعت 18 بر بالین مادر آمده و یک عدد آمپول لابتالول تزریق می شود. در کنترل مجدد فشارخون $BP=145/90$ بود. به علت درد شدید اپیگاستر به فلوی پریناتولوژی اطلاع داده می شود و ایشان دستور شروع سولفات منیزیم، تزریق آمپی سیلین و انتقال مادر به اتاق عمل جهت سزارین را می دهد. مادر ساعت $18:15$ بدون سونداژ و با تخت خودش به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت $18:40$ با بی هوشی عمومی شروع می شود. در موقع شروع بی هوشی فشارخون $BP=233/112-124$ و $PR=64$ بود. حاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم با آپگار $9/10$ بود. عمل ساعت $19:25$ تمام شده و مادر هوشیار و با $BP=170/110$ $PR=71$ به ریکاوری منتقل می شود. در طول عمل مقدار

خونریزی 1000 سی سی و مقدار ادرار 300 سی سی با دریافت لایکس ثبت شده است. در برگ بی هوشی دیسترس تنفسی (فانکشن کلاس IV) $BP=231/118$ $PR=64$ $RR=18$ و آزمایشات روز دوم بستری : $PLT=140,000$ $Cr=1.1$ $SGPT=18$ $SGOT=25$ $Hb=12.7$ قید شده است. مادر ساعت $20:15$ با فشارخون $BP=190/110$ $PR=68$

واکستوبه به بخش ICU منتقل می شود. در بدو پذیرش در بخش ICU مادر هوشیار بود علایم حیاتی : $BP=200/100$ $PR=63$ $RR=20$ $O_2Sat=95\%$ و ریتم قلب سینوسی بود. مادر از دردمحل عمل و معده شکایت داشت. فشار داخل شکم 18 و مقدار خونریزی در حد $P.P$ بود. مادر ساعت $21:30$ دچار حرکات تشنجی تونیک کلونیک ژنرالیزه با خروج کف از دهان و $gaze$ چشمها شده و با تزریق 5 میلی گرم دیازپام کنترل می شود. ساعت 22 فشارخون $BP=192/118$ و $BS=147$ می باشد. برای مادر لابتالول تزریق و با توصیه مشاور پریناتولوژی انفوزیون سولفات منیزیم $2g/h$ شروع شده و مشاوره نرولوژی درخواست می شود. مادر در ساعت $22:30$ مجدداً دچار تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه می شود. برای مادر 5 میلی گرم دیازپام وریدی

تزریق می شود. همزمان با تشنج مادر دچار خونریزی شدید واژینال و محل انسزیون می شود. به فلوی کشیک اطلاع می دهند. ایشان ورزیدنت ارشد بر بالین مادر حاضر شده و 2 واحد پکدسل و 4 واحد FFP درخواست می کنند. ماساژ رحمی شروع و 5 عدد میزو پروستول رکتال تعبیه و 30 واحد سنتو تزریق می شود و محل انسزیون پانسمان فشاری می شود. به علت ادامه خونریزی از محل انسزیون پک محل تا 2 ساعت ادامه داده می شود. برای مادر توسط رزیدنت بی هوشی CVP لاین تعبیه می گردد. اتند آنکال ساعت 23 بر بالین مادر حاضر می شود. به علت افت هوشیاری مادر توسط ICUman اینتوبه می شود (23:30). با دستور ICUman 2 واحد پکدسل، 4 واحد FFP، 4 واحد پلاکت و 2 گرم فیبرینوژن و یک عدد آمپول PCC، آمپول لازیکس، بی کربنات و کلرید سدیم هیپرتونیک تزریق می شود. مادر از ساعت 22:20 ادرار نداشت. رزیدنت نرولوژی برای مادر درخواست MRI و MRV بعد از Stable شدن می کند.

بعد از تشنج دوم ABG: PH=7.04 HCO3=8 BE=-20 بود و مادر به تحریکات دردناک پاسخ نمی داد (واکنشی در قبال ماساژ و پک محل عمل نداشت). آزمایشات: Hb=8.8 PLT=135,000 Cr=1.3 INR>6 PTT>120
PT>36 Fib<81 و در CXR مشکل خاصی نداشت.

ساعت 1 بامداد: رحم جمع است و خونریزی فعال کنترل شده است و در حد خونریزی تیره بصورت Oozing وجود دارد. پرونده ادراری ندارد. مادر با سرم گرم، گرم نگه داشته می شود. BP=120/80 PR=85

ساعت 7 بامداد: وضعیت هوشیاری مادر بهتر شده است و با صدای بلند چشمهایش را باز می کند. جریان ادرار برقرار شده است ولی همچونیک است. 2 واحد پکدسل و 2 واحد FFP برای مادر درخواست و تزریق می شود.

Hb=6.2 PLT=80,000 Cr=1.5 Urea=51 INR=5.8 PTT=54 PT=34.6

ساعت 9: در سونوگرافی بدساید مایع آزاد فراوان در شکم و لگن مشاهده می شود. برای مادر مشاوره قلب، نفرولوژی و هماتولوژی (به علت مشاهده چند عدد (few) شیسیتوسیت در لام خون محیطی) درخواست می شود. مادر ساعت 12 در حد BT=38.2 تب دار شده است. مد دستگاه ونتیلاتور روی Spont تنظیم شده است ولی دیسترس دارد (O2Sat=95% (RR=21 و مد ونتیلاتور دوباره به SIMV تغییر داده می شود. جریان ادرار از ساعت 12 برقرار شده است ولی اولیگوریک است. در ساعت 14:40 مادر دچار برادیکاری شده (PR=20-30) و ارست قلبی می کند. بعد از احیای قلبی مادر ساعت 16 با صلاح دید اتند پریناتولوژی و اتند مسنول و پزشک مسنول ICU با تشخیص شوک هموراژیک جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل می شود. طبق ثبت برگ بی هوشی مادر در بدو ورود دوبل میدریاز بدون واکنش به نور بود و تنفسهای غیر موثر داشت BP=87/41 PR=63 بود. بدن ادم ژنرالیزه داشت و ایکتریک بود. با شروع انفوزیون پکدسل انسزیونهای قبلی باز شده و محل عمل بررسی می گردد. در ناحیه زیر جلد خونریزی و هماتوم نداشت. داخل شکم حدود 2 لیتر خون کهنه وجود داشت. لخته و خونریزی فعال وجود نداشت. رحم نسبتاً جمع و رنگ پریده و ایکتریک بود. در لمس سطح کبد صاف بود. بعد از شستشو و تعبیه همواگ شکم بسته می شود. حجم ادرار در طول عمل 30-40 سی سی بود. برای مادر در طول عمل 2 واحد پکدسل، یک واحد FFP، یک واحد پلاکت، یک لیتر نرمال سالین تزریق شده و انفوزیون دوپامین، لنوفد شروع شده بود. مادر بعد از پایان عمل اینتوبه و با

آموبیگ تحویل ICU داده می شود با علایم حیاتی : BP=120/68 HR=113. برای مادر 3 و یال PCC تزریق می شود. مادر

آنوریک است تنفس خودبخودی ندارد. انفوزیون لازیکس شروع می شود. درمشاره نرولوژی ته چشم نرمال گزارش شده است (رزیدنت)
خونریزی واژینال ندارد و محل پانسمان خشک است.

مادر ساعت 3:55 روز ششم بستری دچار PSVT شده (HR=170) و آمپول آدنوزین تزریق می شود ولی اصلاح نمی شود. آمیودارون شروع می شود. با دستور متخصص ICU برای مادر یک نوبت پلاسمافرزیس انجام می گیرد. مادر در ساعت 16 با همراهی متخصص ICU ورزیدنت زنان جهت CRRT و بررسی نرولوژیک به بخش ICU اجنرال بیمارستان امام رضا منتقل می شود. در اورژانس امام رضا در بررسی نرولوژیک مردمکها دوبل میدریاز بدون واکنش به نور و رفلکسهای اکولوسفال منفی و کف پایی دوبل آبله بودند. در معاینه چشم ادم پایی نداشت و در اسکن مغزی علایم ادم شدید مغزی و خونریزی در BG سمت راست IVH و هیدروسفالی وجود داشت. برای مادر مشاوره نروسرجری جهت تخلیه همتوم درخواست می شود و مشاور پاسخ می دهد با توجه به عدم وجود رفلکسهای مغزی و ساقه مغز بیمار از عمل سودی نمی برد. در فلومتری جریان خون مغزی وجود نداشت. مادر ساعت 16:30 روز بعد دچار ارست قلبی شده و نهایتاً ساعت 17:30 فوت می کند.

ALT=18—610—689—1256—2145

آزمایشات: AST=25—149—3400—4,000

BIL_D=12.6 LDH=422—5840---6500--7551

PLT=140,000—135,000—60,000—80,000

Uric Acid=10.5

Ca=7 P=10

CRP=2+

HBS Ag=Neg

BIL_{ID}=9 WBC=12,000

procalcitonin=18.9

Lactat=62

LAC=Neg

Anti Phospholipid Ab=1.3

در ساعت 21 روز چهارم بستری نمونه ها شدیداً همولیز داشتند.

تستهای روماتولوژیک منفی بودند. در اکوکاردیوگرافی مشکل خاصی وجود نداشت.

علت مرگ با توجه به گزارش اسکن مغز، خونریزی مغزی ICH+IVH و خونریزی بازال گانگلیا در زمینه هیپرتانسیون بدخیم می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر از ساعت 17:50 لغایت 22:30 فشارخون بالا داشته و داروی خاصی تجویز نشده است (غیر از چند دوز لابتالول و هیدرالازین)
2. با توجه به خطر بالای دکولمان و احتمال مرگ جنین، عمل سزارین در شرایط فشارخون بالا قابل توجه است.
3. علایم بیمار با DIC همخوانی دارد و با احتمال زیاد علت خونریزی شکمی DIC می باشد.
4. در ICH ته چشم تغییر چندانی ندارد و تشخیص خونریزی یا ادم مغزی با معاینه ته چشم مشکل می باشد.
5. عمل لاپاراتومی با اصرار متخصص ICU برای کاهش فشار روی وناکوا و بهبود Preload بود.

مورد بیست و پنج (پره اکلامپسی)

خانم 39 ساله، ساکن یکی از روستاهای اصلی با سواد ابتدایی، BMI=28, G₄P₁Ab₂، سابقه یکبار سزارین و 2 بار کورتاژ و مصرف

آسپرین به علت سقط حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری درخانه بهداشت و مطب یکی از اساتید زنان در تبریز و یکبار نیز در شهرستان بصورت مرتب انجام شده است. فشارخون های مادر در محدوده نرمال بود.

مادر در هفته 37-38 بارداری به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان سطح 1 مراجعه می کند. موقع مراجعه (9:10) مادر هوشیار واریانته بود. انقباضات رحمی داشت. علائم Severity نداشت. علائم حیاتی: BP=165/110 PR=80

TV:2-3cm/30-40%/Cephalic/II-3 FHR=145 بود. در معاینه واژینال: BT=37 RR=20
برای مادر NST انجام و آزمایشات روتین درخواست می شود. به علت گزارش پروتئین اوری + 3 مادر توسط متخصص زنان ویزیت شده و با تشخیص پره اکلامپسی 10mg هیدرالازین وریدی و دوز اولیه سولفات منیزیوم تزریق شده و مادر را برای انتقال به اتاق عمل جهت سزارین اورژانسی آماده می کنند. در اتاق عمل (10:35) BP=140/90 PR=72 ثبت شده است. عمل ساعت 10:55 با بی حسی اسپینال شروع شده و نوزاد پسر با آپگار 9/10 بدنیامی آید. یادداشت متخصص زنان: "در فیلد عمل چسبندگی بسیار شدید عضله و فاشیا به عضله رحم وجود داشت. طوریکه به زحمت محلی برای خروج جنین پیدا کردم. بازشدگی مختصر در محل برش قبلی رحم وجود داشت و سر جنین از زیر سرور دیده می شد. محل خروج جفت دچار خونریزی شدید شده و سوچور زده شد. رحم قابل خارج شدن از شکم نبود. محل های چسبندگی خونریزی شدید داشت که ترمیم و یک عدد همواگ در محل تعبیه شد." بعد از اتمام عمل در ساعت 11:40 مادر به ریکاوری منتقل شده و ساعت 13:50 به بخش تحویل داده می شود. در طول اقامت در ریکاوری فشارخون در محدوده BP=160/90 و PR=80 ثبت شده است. در بخش علائم حیاتی BP=145/100 PR=120 RR=20 و مقدار خونریزی در حد P.P. قید شده است. دستورات بعد از عمل: آمپول سفازولین-آمپول جنتامایسین -آمپول انوکسپارین 40mg/d - مشاوره داخلی و قلب . مشاور قلب تلفنی به ماماتوصیه می کند فشارخون هر نیم ساعت کنترل و قرص متیل دوپا TDS شروع گردد. تست های پره اکلامپسی درخواست شود و در صورت فشارخون بالای 140 سرم TNG انفوزیون گردد. ایشان ساعت 18:05 مادر را ویزیت می کند. مشاور داخلی نیز ساعت 23:15 مادر را ویزیت می کند و توصیه می کند برای مادر پره اکلامپسی مطرح است و سولفات منیزیوم با دوز 2g/h برای 24 ساعت ادامه داده شود، قرص متیل دوپا بصورت TDS شروع گردد و در صورت عدم کنترل فشارخون آمپول هیدرالازین Stat تزریق و سپس بصورت خوراکی ادامه داده شود. در برگ پرستاری بعد از عمل با مانیتورینگ در شیفت عصر ریت قلبی همواره بالای PR>110 و فشارخون بالا گاهی تا حد BP=175/120 ثبت شده است ولی پرستار شیفت شب ریت قلب را در محدوده نرمال ثبت کرده است؟ ولی فشارخون همچنان بالا بود. میزان برون ده ادراری خوب و ترشحات درن 100 سی سی بود. عصر نوزاد به علت آسپیراسیون به بیمارستان سطح 2 اعزام می شود. متخصص زنان به مادر توصیه می کند بهتر است ایشان نیز همراه نوزاد به آن بیمارستان اعزام شود ولی مادر قبول نمی کند.

روز دوم بستری: خونریزی در حد P.P است ولی فشارخون بالاست BP=130-153/80-105. عصر با دستور شفاهی متخصص زنان 20 میلی گرم لازیکس تزریق شده بود. مادر اصرار به ترخیص دارد ولی متخصص زنان اجازه نمی دهد. روز سوم بستری درن درآورده شده

و مادر بدون تجویز داروی فشارخون با BP=130/70 مرخص می شود. آزمایشات: Hct=34 Hb=11.5

Urea=17 Cr=0.8 LDH=407 BIL_D=0.2 BIL_T=1.3—0.9 WBC=12,600

Alb=2.5 Fib=440 SGOT=37 SGPT=39

مادر بعد از ترخیص به علت بستری بودن نوزاد به عنوان همراه به بیمارستان می رود.

2 روز بعد از ترخیص ساعت 19:45 مادر با شکایت طپش قلب، تنگی نفس ناگهانی و احساس دلنتگی به اورژانس بیمارستان مراجعه و با

سطح تریاژ 2 به پزشک اورژانس ارجاع داده می شود. علائم حیاتی ثبت شده: PR=160 BP=180/110 RR=19

O₂Sat=91% می باشد. برای مادر ECG اخذ شده و قرص ایندرال 20 میلیگرم- قرص کاپتوپریل 25 میلی گرم زیر زبانی و سپس قرص

TNG 2 عدد زیر زبانی و متورال 50mg-- آمپول لازیکس- آمپول اسکازینا- آمپول دیازپام- آمپول نروبون تجویز می شود. در نوار قلبی تاکی

کاردی سینوسی داشت. 30 دقیقه بعد مادر با فشارخون BP=120/80 و PR=95 با توصیه به مراجعه سرپایی به متخصص قلب

و زنان مرخص می شود (طبق اظهار سوپروایزر کشیک دستورات دارویی توسط پزشک در سرنسخه نوشته شده و پرونده تشکیل نشده

بود. مادر یک ساعت بعد (22:10) با دیسترس تنفسی، بی قراری، سیانوز و افت هوشیاری (GCS=13) مجدداً به اورژانس مراجعه

و مستقیماً به اتاق CPR هدایت می شود. در برگ تریاژ علائم حیاتی: BP=135/90 PR=124 RR=30

O₂Sat=69% ثبت شده است. در شرح حال، همراهان حرکات شبیه تشنج و قفل شدن دهان و استفراغ را در مسیر ذکر کرده

بودند ولی در موقع مراجعه مادر صحبت می کرد و می گفت دارم خفه می شوم. برای مادر اکسیژن 5L/m با ماسک وصل شده و لاین وریدی

با سرم 1/3، 2/3 تعبیه و نوار قلبی آزمایشات روتین، LFT، Cr، Urea و مشاوره داخلی درخواست می شود. متخصص داخلی ساعت

22:35 مادر را ویزیت می کند. یادداشت متخصص داخلی: مادر آریته ویی قرار است. درسمع ریه ها رال سمع می شود. لبها سیانوزه

و تعریق سرد دارد. برای مادر مشاوره قلب درخواست کرده و متخصص قلب ساعت 22:50 مادر را ویزیت می کند. مادر ساعت 22:55 با

دستور متخصص قلب توسط تکنسین بی هوشی انتوبه می شود (45 دقیقه بعد از ورود). طبق اظهار شفاهی ایشان، ترشحات فراوان از لوله

تراشه خارج می شد. یادداشت متخصص قلب: مادر انتوبه است. مردمکها مید پوزیشن و بدون پاسخ به نور می باشد و برای مادر ICH مطرح

می باشد و پره اکلامپسی / اکلامپسی و آسیب راسیون نیز محتمل است. دراکو LV EF=55% PAH=40 (فشار پولمونری) می باشد. برای

مادر احتمال PTE کم است و توصیه می کند سرم TNG، آمپول لیدوکائین Stat تزریق، مشاوره زنان درخواست شده و مادر اعزام

شود. متخصص زنان با استاد معین جهت اعزام مادر به بیمارستان سطح 3 تماس می گیرد. برای مادر هیدروکورتیزون، هپارین، سولفات

منیزیم، لیدوکائین، نوراپی نفرین 5 عدد، پروتامین سولفات، هیدرالازین، آتروکوریوم و تیوپنتال تجویز شده بود. مادر با علائم حیاتی

BP=140/90 با نوراپی نفرین، PR=90 O₂Sat=85% ساعت 23:50 با همراهی نرس و تکنسین بی هوشی اعزام می

شود. حدود 15 دقیقه بعد از خروج از اورژانس مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و به اورژانس بیمارستان شهرستان همجوار منتقل

و بلافاصله به اتاق CPR هدایت و عملیات احیا شروع می شود. مادر به عملیات احیا پاسخ داده و توسط متخصص قلب اکو می شود. درسمع

قلب S₃ سمع می شد وترشحات لوله تراشه کف آلود ومادر آنوری داشت. مادر بعداز انجام CT مغز با تشخیص PPCM (-EF=20) (25%) به بخش CCU منتقل می شود. بیمار در بدو ورود به CCU دچار برادیکاردی شده واحیا می شود در ABG ساعت 1:30 : PH=6.96 CO₂=76.1 PO₂=%64 HCO₃=16.8 در بخش مادر چند بار ارست کرده ونهایتاً ساعت 10:30 فوت کرده وجسد جهت اتوپسی به پزشکی قانونی تحویل داده می شود. در CT اسکن مغز مشکل خاصی نداشت.

آزمایشات : WBC=15.600 Neut=54% Hb=13.6 HCT=44.7 Cr=1 Urea=29
Na=138 LDH=772 ALP=372 SGPT=129 SGOT=121 BIL_D=0.2 BIL_T=1.1
K=5.2

علت مرگ باتوجه به اتوپسی وسیر بالینی ، ادم حاد ریةARDS در زمینه پره اکلامپسی می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. با توجه به اینکه اکوکاردیوگرافی دوم بعداز ارست قلبی تنفسی بوده ،پایین بودن EF دلیل PPCM نیست.
2. دادن متورال ،کابتوپریل زیر زبانی ولایکس برای مادر کار غیر علمی واشتباه بوده ومادر بایستی بستری می شد وتحت مراقبت شدید قرار می گرفت.
3. سیر بالینی بیمار با پره اکلامپسی سازگار است.
4. متیل دوپا وهیدرالازین بعداز زایمان جایگاهی در کنترل فشارخون ندارندو بهتر است از کانال کلسیم بلوکرها استفاده شود.
5. مادر در طول بستری در بیمارستان داروی آنتی هیپرتانسیونمی گرفته وباید هنگام ترخیص نیز داروتجویز می شد ویا حداقل بصورت مرتب کنترل می شد.

مورد بیست وشش (کبد چرب حاملگی)

خاتم 35ساله، ساکن شهر ،خانه دار، باسوادپنجم ابتدایی، BMI=27، G₂P₁، سابقه یکبار NVD 7سال قبل، وحاملگی خواسته بود. مراقبت پیش از بارداری داشته ومراقبت دوران بارداری درمجمع سلامت (2بار) و متخصص زنان درمطب خصوصی انجام گرفته ومشکل خاصی درپرونده نداشت (FBS=82 Cr=0.8).مادر به علت درد ران پای چپ در هفته 27 بارداری به مجتمع سلامت مراجعه کرده وبا شک به DVT به متخصص زنان ارجاع می شود. 3 هفته بعد به علت سردرد به کلینیک مراجعه کرده وبه علت فشارخون بالا (BP=160/110) به مرکز آموزشی درمانی ارجاع داده می شود.مادر ساعت 1بامداد توسط همسر به بیمارستان آورده شده وبا سطح تریاژ 2 به رزیدنت ارجاع می شود.موقع مراجعه مادر از ادم اندامهای تحتانی وافزایش فشارخون از 3 روز قبل شاکی بود.علائم حیاتی : BP=160/100 PR=108 RR=17 FHR=140 BT=39 بود.مادر ساعت 1:15 توسط رزیدنت سال 1ویزیت شده وبعداز شروع سولفات وتزریق یک دوز هیدرالازین با تشخیص پره اکلامپسی بستری اورژانس اتاق زایمان می شودو ساعت 2 بامداد با فشارخون BP=140/90 به اتاق زایمان منتقل می شود.درمعاینه واژینال کول بسته بود ومادر علایم زایمانی نداشت.دستورات اتاق زایمان :کنترل علایم حیاتی هر 4 ساعت وفشارخون هر 2 ساعت ،رزرو 2واحدپکدسل ایزوگروپ ،کنترل علایم Severity،کنترل I/O،آمپول بتامتازون 2دوز،درخواست آزمایشات پره اکلامپسی،کلیوی ، CBC,U/A,U/C ،انفوزیون سولفات

منیزیوم 2g/h، مونیتورینگ FHR، NST، 6 ساعت. ساعت 5 برای مادر دستورپیگیری مدارک و سونوی BPP گذاشته می شود. ساعت 8.30 به علت Cr=1.9 دوز سولفات به 1g/h کاهش و چک مجدد آزمایشات درخواست می شود (رزیدنت سال 1 جواب آزمایشات پره اکلامپسی و کلیوی را ساعت 7:30 رویت و مهر کرده بود). فشار خون ثبت شده BP<140/90 بود

جواب آزمایشات: WBC=9000 Hb=12.6 PLT=134,000 Cr=1.9 Urea=26 SGOT=448

SGPT=455 LDH=828 Pro=Neg ادرار

در ساعت 10 اتند مسنول بیمار دستور انتقال مادر به اتاق عمل با تشخیص سندروم هلمپ را می دهد ولی اتاق عمل به علت خالی نبودن از پذیرش مادر خودداری می کند. مادر ساعت 11:20 به اتاق عمل منتقل می شود. در برگ مراقبت قبل از عمل BP=130/80 PR=84 RR=17 و شکایت مادر از سردرد و تاری دید قید شده بود. عمل ساعت 11:45 با بی هوشی عمومی و برش LML شروع شده و 12:45 خاتمه می یابد. حاصل زایمان نوزاد دختر پره ترم با آپگار 9/7 بود. مشکل خاصی در طی عمل نداشت. در شروع بی هوشی BP=158/107 PR=115 بود و در طی عمل فشار خون در محدوده BP=140/80 ثبت شده است. برونده ادراری 225 سی سی و روشن بود. در VBG ساعت 11:45 (شروع عمل): PH=7.14 PCO2=43 HCO3=15.7 BE=- 13 بود.

مادر ساعت 12:50 با BP=177/111 PR=120 وارد ریکاوری شده و ساعت 13:30 اکستوبه، هوشیار و با BP=143/90 PR=107 به بخش ICU منتقل می شود. در ریکاوری خونریزی واژینال غیر معمول نداشت. طبق یادداشت متخصص ICU در موقع ورود مادر لتارژیک ولی اریانته بود، در سمع قلب و ریه مشکل نداشت و در ABG اسیدوز داشت. علائم حیاتی BP=138/84 HR=104 O2Sat=94% بود. برای مادر رزرو 2 واحد پکدسل کراس مچ شده، 5 واحد FFP، 5 واحد پلاکت ایزوگروپ، ادامه سولفات منیزیوم و قرص متیل دوپا Order 250mg/TDS می شود. آزمایشات ساعت 14:30:

ALP=1667 LDH=985 BILT=6.4 BILD=4.57 P=6.6

عصر ساعت 17:45 جواب آزمایشات انعقادی با خط بحرانی به اطلاع رزیدنت بی هوشی رسانده می شود (PT=18.2 PTT=69 INR=2). مادر هوشیار بود و خونریزی نداشت. علائم حیاتی Stable با RR=19-21 بود. دیورز برقرار بود ولی ادرار ایکتریک بود. در ABG اسیدوز داشت. ساعت 12 شب مادر راه برده می شود.

روز دوم بستری: طبق یادداشت پرستار در ساعت 5:40 بامداد، شکم دیستانت و ولی نرم است از دوبینی گهگاهی شاکی است. قادر به پایین آمدن از تخت نیست (از سرگیجه به هنگام پایین آمدن شاکی است). نمونه های ارسالی شدیداً لیز گزارش شده است.

در ABG: PH=7.2 PCO2=18.3 HCO3=7.3 BE=-20 بود. به دستور متخصص ICU یک عدد آمپول ویتامین K تزریق می شود. یادداشت ساعت 11:30: مادر لتارژیک و آنوریک شده است با وجود تزریق 100 میلی گرم لازیکس، 10 سی سی ادرار دارد. برای مادر یک لیتر نرمال سالین STAT انفوزیون شده و شرایط بیمار به اطلاع اتند زنان و متخصص ICU رسانده شده و توسط

ایشان مشاوره نفرولوژی و سونوگرافی شکم، لگن و کلیه درخواست می شود. مشاور نفرولوژی ساعت 11 مادر را ویزیت کرده برای مادر ARF در زمینه پره اکلامپسی مطرح میکند و توصیه می کند مادر مایعات بنوشد، شیاف دیکلوفناک و سایر NSAID ها و سایر داروهای نفروتوکسیک تجویز نشود. قرص متیل دوپا و رناژل قطع شود و سرم نرمال سالین یک لیتر در عرض 1 ساعت انفوزیون و سپس سرم H/S 500cc هر 8 ساعت به همراه یک ویال بیکربنات مشروط به جواب VBG تجویز شود. عصر 5 واحد FFP برای مادر تزریق می شود. در سونوگرافی کبد مختصری بزرگ (کبد چرب گرید 1)، طحال و مجاری صفراوی نرمال و کلیه ها اکوژنسیته افزایش یافته با ضخامت پارانشیم 9mm و مایع صفاقی آزاد با حجم بسیار زیاد گزارش می شود. مادر ساعت 21:25 دچار استفراغ خونی (کافی گراند) و جهنده شده در حد 50 سی سی می شود. برای مادر NGT تعبیه می کنند. در حین تعبیه NGT، 200-250 سی سی خون روشن خارج می شود. معده با نرمال سالین شستشوداده شده و 80 میلی گرم پنتا پرازول تزریق و انفوزیون 8mg/h شروع می کنند (برای مادر هپارین شروع شده بود و بعد از بروز هماتمز D.C می شود). برای مادر مشاوره گوارش درخواست می شود. با توصیه مشاور (رزیدنت داخلی) مادر ساعت 23 جهت آندوسکوپی به همراه انترن به بیمارستان جنرال برده می شود. در آندوسکوپی مری و معده سالم و چند عدد اروزیون در بولب دنودنوم گزارش شده بود. عروق واریسی نداشت.

روز سوم بستری: تنفسهای مادر منقطع است، شکم کاملاً دیستانت می باشد ولی گاردینگ و ریباند ندارد. فشار داخل شکم 18 می باشد. برای مادر Tap درمانی برای کاهش دیسترس در حدود 2.5 لیتر انجام می شود. در معاینه ریه ها کاهش صدا در قاعده ریه ها وجود دارد. RR=30 PR=58 O2Sat=88% بدون اکسیژن. خونریزی غیر عادی در محلهای تزریق ندارد ولی ملنا دارد. دیورز دارد کراتینین بیمار در حال افزایش است. آزمایشات: Hb=7 Cr=2.3 PLT=100,000 و در لام خون محیطی شیسیتوسیت نداشت. در ساعت 9 به علت دیسترس تنفسی و افت ساچورا سیون مادر انتوبه شده و تحت ونتیلاسیون با مد SIMV قرار می گیرد. توسط متخصص ICU برای مادر لنوفد (به علت افت فشار خون)، 4 واحد FFP، 10 میلی گرم ویتامین K، 2 گرم فیبرینوژن و هیدروکورتیزون شروع می شود. بعد از کنترل تستهای انعقادی CVP لاین تعبیه می شود. در CXR پرتابل تصویر قلب بزرگ، کدورت در نواحی میانی و تحتانی ریه ها و محو شدگی زوایای جنبی و حدود دیافراگم گزارش می شود. برای مادر مشاوره قلب و گوارش درخواست می شود.

مشاوره قلب: در اکو کاردیوگرافی مشکل خاصی ندارد. در نوار قلبی ریتم قلب جانکشنال است. و در ریه ها مادر در فاز ARDS قرار دارد. علیرغم دریافت لنووفد BP=103/44 PR=60 است.

مشاور گوارش سونوگرافی کالرداپلر عروق شکم، آندوسکوپی مجدد، آنالیز مایع صفاقی برای بررسی نوع ترشحات و چک تستهای روماتولوژیکی و انتقال مادر به ICU ریه را توصیه می کند.

جواب آزمایشات: PH=7.08 PCO2=26 HCO3=7.7 BE=-20 Hb=6.9 PLT=80,000

Alb=2.3 Mg=7 Na=130 K=4.8

برای مادر 2 واحد پکدسل، 5 واحد FFP تزریق می شود و مشاوره ریه جهت انتقال مادر درخواست می شود. مشاوره ریه برای مادر AFLP را مطرح کرده و یادداشت می کند با توجه به Unstable بودن بیمار فعلاً امکان انتقال نیست (PR=56 BP=88/43) و بعد از Stable کردن اقدام شود. با توصیه اتند ریه اپی نفرین به دوپامین change شده و کاتتر شالون برای مادر تعبیه می شود. مادر ساعت 23 با همراهی رزیدنت بی هوشی و با میکرونت جهت دیالیز و پلاسمافرزیس به بیمارستان امام رضا منتقل می شود.

مادر ساعت 22 در اورژانس بیمارستان امام رضا با سطح 1 پذیرش شده مستقیماً جهت دیالیز به روش SLED به بخش دیالیز منتقل می شود. مادر بعد از 6 ساعت دیالیز با علائم حیاتی: BP=130/80 PR=126 O2Sat=88% به بخش ICU ریه منتقل می شود (علائم حیاتی موقع ورود به دیالیز BP=100/50 با لنف و دوپامین PR=176 O2Sat=70% ثبت شده بود). روز اول بستری مادر در ICU ریه مردمکها ایزوکوریک و راکتو به نور بود. از روز دوم (97/6/21) دوبل میدریاز شده و رفلکسهای مغزی از بین می رود و در مشاوره نرولوژی مرگ مغزی مطرح می شود (به علت شرایط بیمار امکان انجام CT Scan نبود). در مشاوره اساتید نرولوژی آسیب شدید مغزی را ناشی از مسائل متابولیک یا خونریزی مغزی مطرح کرده بودند. در فوندوسکوپي حدود دیسک شارپ ولی بدون V.P بود. متخصص نرولوژی با توجه به LDH بالا و اسیدوز مقاوم به درمان و آنمی برای مادر TTP مطرح کرده و توصیه به پلاسمافرزیس، دیالیز و همچنین پالس تراپی کورتون به مدت 3 روز می کند. در اکوی مجدد قلب بدون مشکل با اندکی مایع پریکاردیال لوکوله گزارش شده بود. به علت تب دار شدن مادر و آنکو مایسین، سیپروفلوکساسین، مروپنم و مترونیدازول شروع می شود. مادر روز ینجم به علت خونریزی گوارشی آندوسکوپي می شود. در آندوسکوپي زخمهای متعدد بزرگ در دیستال مری و آروزیونهای متعدد در سراسر معده بدون خونریزی فعال، یک زخم بزرگ با رگ بدون خونریزی در انگولا، D1 نرمال، D2 مخاط محتقن و آروزیون منتشر وجود داشت و اسکروتراپی انجام می گیرد. مادر ساعت 20:45 همان روز (97/6/24) دچار برادیکاردی شده و ارست می کند و بعد از 45 دقیقه CPR فوت می کند.

آزمایشات:

CRP=51 C4=12 C3=60 HBS Ag=Neg Anti DNA=Neg ANA=Neg

WBC=9000—13,600—22,000—8000—3800—4800--12,600 Hb=12.6—14.2—11.2—8.2—7—6—4.3

PLT=134,000—124,000—137,000—118,000—100,000—80,000

Urea=26—21—24—27—32--35 Cr=1.9—2.2—2—2.3—3.3—

LDH=828—921—780—790—768--946 SGOT=448—435—389—247—219—85—73—76

ALP=1667—1120—1134—791—511--494 SGPT=455—519—439—283—278—76—54—40

BIL_D=4.57—3.14—2.9—3.49 --7 BIL_T=6.4—4.7—4.1—5.4--10

Fibrinogen=115 FDP=22 Amylase=452--1464 Lipase=1177--1043

BS=49—60—140—41 B/C=Neg آنالیز مایع صفاقی: LDH=290 Pro=0.9 BS=56 نمونه خون

همزمان LDH=946 Pro=4.8 BS=41 کشت مایع منفی

TG=203 Chol=73 LDL=15 HDL=17 ESR=8

علت مرگ باتوجه به سیر بالینی و گزارش اتوپسی نارسایی کبدی (AFLP) و عوارض ناشی آن می باشد

توضیحات اعضای کمیته:

1. دادن بی هوشی عمومی برای مادر اشتباه بوده و سبب بدتر شدن وضعیت بیمار شده است (بیحسی اسپینال برای بیمار ایمن تر بود)
2. اسیدوز مادر با کراتینین 1.9 و عملکرد کلیه قابل توجه نیست و به احتمال زیاد اسیدوز لاکتیک یا رابدومیولیز داشته است.
3. تشخیص سندروم هلمپ و نارسایی حاد کبدی در زمینه حاملگی مشکل بوده و افت قندخون کمک کننده می باشد.
4. اقدامات انجام گرفته در ابتدای پذیرش تا زمان عمل مشکلی در سیر بیماری نداشته است.
5. طبق راهنمای کشوری تاخیری در ختم بارداری نداشته است.

مورد بیست و هفت (MI وسیع)

خانم 37 ساله، ساکن شهر، شاغل و دیپلم، ازدواج دوم، $G_3P_1Ab_1$ ، سابقه یکبار سزارین 5 سال پیش، سابقه هیپوتیروئیدی و تحت درمان با لووتیروکسین، سابقه بستری 9 سال قبل به علت برادیکاردی سینوسی، سینکوپ، درد سینه و تعبیه پیس میکر موقت (در آنژیوگرافی تنگی قابل توجه در LAD وجود داشت)، سابقه آپاندکتومی و جراحی کیست همورائیک 2 سال پیش، سابقه بیماری دریچه ای قلب در خواهر، سابقه مصرف ایندرال، عدم تحمل قند خون در بارداری اخیر

طبق شرح عمل زایمان اول در هنگام سزارین بافت رحم خونریزی غیر عادی بصورت Oozing داشته و به همین دلیل بعد از عمل 5 واحد FFP دریافت کرده بود.

مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته و در دوران بارداری تحت مراقبت مجتمع سلامت و متخصص زنان بوده است (5 بار توسط ماما و 3 بار توسط پزشک مرکز مراقبت شده است). سابقه بیماری قلبی در پرونده مراقبت قید نشده بود. مادر در اواخر حاملگی چند بار ارجاع از طرف بهداشت به علت عدم وزن گیری مناسب به متخصص زنان، چند بار مراجعه سرپایی جهت تهیه NST به بیمارستان اسکو، یک بار بستری به علت گاستروانتریت و یکبار بستری به علت درد شکم در بیمارستان ریفال با تشخیص پره ترم لیبر که روز بعد مرخص شده بود، داشته است. مادر در هفته 25 بارداری به علت طپش قلب از طرف مرکز بهداشت به متخصص قلب ارجاع شده و اکو شده بود. طبق اظهار متخصص قلب نوار قلبی نرمال بوده و در اکو $EF=60\%$ و غیره از Mild to Moderate MR یافته پاتولوژیک نداشت (مادر 3 سال قبل نیز با برادیکاردی $HR=54$ به ایشان مراجعه کرده بود و در آنژیوگرافی یافته پاتولوژیک نداشت). مادر در هفته 37 بارداری به علت احساس سنگینی در سینه در حالیکه به عنوان همراه یکی از بستگان در بیمارستان در بخش سونوگرافی حضور داشته بطور ناگهانی دچار تشدید درد سینه شده و بلافاصله به اورژانس مراجعه می کند. مادر ساعت 16:55 تریاژ شده و با سطح تریاژ 2 به اتاق CPR منتقل می شود. علایم حیاتی ثبت شده در فرم تریاژ: BP=122/93 PR=78 $O_2Sat=98\%$ بود. مادر بعد از تریاژ توسط

طب اورژانس ویزیت شده و دستور تعبیه 2 لاین وریدی، سرم نرمال سالین 500 سی سی در عرض 2 ساعت، اخذ نوار قلبی، اکسیژن تراپی با ماسک بادوز 10 لیتر در دقیقه، گلوکومتري (BS=227)، مانیتورینگ قلبی، سونوگرافی بدساید و بررسی وضعیت جنین، اعلام کد نجم (به علت برادیکاردی جنین)، درخواست آزمایشات CBC, BUN, Cr, Na, K, LFT, ALP, LDH, VBG, BS, CTNI داده می شود. مادر از درد سینه با انتشار به پشت با ماهیت خنجری شاکی بود. هوشیاری در حد خواب آلودگی (GCS=12) و مردمکها میدریاتیک بودند و ضعف اندامهای تحتانی در حد 4/5 داشت. سمع ریه ها Clear و صدا های قلبی نرمال بود. در نوار قلبی ST Elevation در لیدهای تحتانی داشت. در سونوگرافی بدساید قلب جنین برادیکارد در حد 70-80 بود و پریکاردیال افیوژن خفیف داشت (ساعت 17:10). بعد از رویت نوار قلبی با متخصص قلب تماس تلفنی گرفته می شود. (17:16) ایشان دستور تزریق آمپول پتیدین، شروع دوپامین با دوز 5 µg/kg/min به علت افت فشار خون BP=80/puls و تعبیه کاتتر فولی را می دهد. با حضور اتند مقیم زنان جنین دوباره بررسی شده و به علت برادیکاردی جنین مشاوره اورژانسی رادیولوژی درخواست و ایشان نیز برادیکاردی جنین را تأیید می کند. با متخصص پریناتولوژی مشاوره می شود و ایشان لزوم OK متخصص قلب جهت C/S را توصیه می کند. متخصص بی هوشی اظهار می کند به علت ناپایداری همودینامیک امکان انجام جراحی وجود ندارد. در ساعت 17:43 مجدداً با متخصص قلب تماس گرفته می شود. ایشان ضمن دستور تزریق آمپول ایندروال (PR=130) و پلازیل و ادامه سرم تراپی و دوپامین ساعت 18 بر بالین مادر حاضر می شود.

یادداشت متخصص قلب : مادر در وضعیت استنوپور و شوک کاردیاک است و استفراغهای مکرر دارد. BP=70 HR=120

O2Sat=100 در اکوکاردیوگرافی با دستگاه اطفال : کل حفرات قلبی Under Filed، RV، کلابه، دیواره تحتانی و خلفی بطن چپ هیپوکنتیک و هیپر دینامیک می باشد و پریکاردیال افیوژن ماسیو با لخته های بزرگ مشاهده می شود و دیلاتاسیون قابل توجه در آنورت دیده نمی شود. حوالی ساعت 18 سونوگرافی توسط رادیولوژیست تکرار شده و مرگ جنین اعلام می شود. متخصص قلب با اتند مرکز قلب هماهنگ شده و مادر ساعت 18:40 به همراه طب اورژانس به آن مرکز اعزام و ساعت 19:03 در مرکز پذیرش می شود. مادر به اتاق CPR منتقل شده و توسط متخصص قلب ویزیت می شود. طبق یادداشت اتند قلب : مادر در وضعیت Light Coma بوده و در اندامها mottling دارد. فشار خون قابل اندازه گیری نیست. در اکو هیپرتروفی بطن چپ، EF=40% می باشد. برای مادر نوراپی نفرین با دوز 20 میکروگرم، دوپامین با دوز 10 میکروگرم، 2 لیتر سرم رینگر و 3 لیتر نرمال سالین بصورت تزریق سریع تجویز می شود. به علت دیسترس شدید تنفسی و افت فشار خون 30 سی سی مایع پریکاردی تخلیه می شود ولی تاثیری نداشت. با هماهنگی جراح و متخصص بیهوشی مادر به اتاق عمل منتقل شده (ساعت 21) و بعد از اقدامات احیاء توسط تیم بی هوشی بسرعت استرنوتومی می شود. یادداشت جراح قلب : در مدیاستن حدود 500 سی سی خون و لخته وجود داشت. MI وسیع در Post Lat با پارگی وسیع در دیواره خلفی وجود داشت که اقدام به تعبیه کاتولها و برقراری پمپ و ارست قلب، اقدام به ترمیم ناحیه خلفی و لاترال شد. به علت وسعت ناحیه MI خونریزی داشت و سپس پک شد (بافت ناحیه انفراکته غیر طبیعی بود). CT تعبیه و جلد ترمیم شد. علیرغم اقدامات انجام شده مادر ساعت 22:40 فوت می کند.

Hb=14.7 WBC=28,900 Na=142 K=4 Cr=1.08 BUN=7 BS=222 : آزمایشات

INR=1.18 PTT=30 PT=14 PLT=130 Hct=41

HCO₃=16.1 PCO₂=46.6 PH=7.14 : VBG

علت مرگ با توجه به پرونده بالینی و اتوپسی MI وسیع POST Lat می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. دراکو کاردیوگرافی بیمارستان قلب مادر LVH واضح داشت که نشانگر هیپر تانسین مزمن می باشد ولی قبلاً نه در بیمارستان ونه مجتمع سلامت فشار خون بالا برای بیمار ثبت نشده بود .
2. با توجه به گزارش ضایعه قابل توجه در LAD در سال 88 می بایست قبل از بارداری یک آنژیوگرافی کنترل انجام می گرفت.

مورد بیست و هشتم (بورکیت)

خانم 39 ساله ، شاغل ، فوق دیپلم ، سابقه یکبار سزارین 4 سال پیش ، سابقه هیپوتیروئیدی از کودکی و تحت درمان با لووتیروکسین از 4 سالگی و حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بوده است . مادر حدود 1 ماه قبل (هفته های 12-13 بارداری) دچار تورم و قرمزی هردوسینه شده و به متخصص زنان مراجعه و با تشخیص ماستیت سفالکسین تجویز می شود. یک هفته بعد به علت عدم بهبودی به متخصص زنان دیگر مراجعه کرده و توسط ایشان به جراح عمومی معرفی و بعد از سونوگرافی برستها توسط جراح سفیکسیم تجویز می شود (در سونوگرافی برست ها غیر از دیلاتاسیون شدید مجاری شیری یافته دیگری نداشت. در ناحیه آگزیلاری توده یا لنف نود وجود نداشت). با ادامه ناراحتی مادر با توصیه جراح عمومی در بخش خصوصی بستری شده و تحت درمان با پنی سیلین کریستال و گلوکزاسیلین تزریقی قرار می گیرد (مادر به بیمارستان ریفال ارجاع شده بود ولی خودشان به بخش خصوصی مراجعه کرده بودند). در معاینه برست ها متورم ، محتقن و حساس بودند ولی تبار نبود (مادر تب گهگاهی را ذکر می کرد). در آزمایشات درخواستی : WBC=12,000 Hb=8.9 Hct=25.6 PLT=170,000 Cr=1.39 Urea=54 بود.

مادر 2 روز بعد با رضایت شخصی مرخص می شود. بنابه اظهار همسر ، مادر در طی بستری در بیمارستان دچار تورم پای چپ شده بود. 2 روز بعد مادر سرپایی به مطب یکی از متخصصین عفونی مراجعه کرده و توسط ایشان به اورژانس بیمارستان جنرال (رزیدنت عفونی) ارجاع می شود. در اورژانس مادر تحت نظر گرفته شده و بعد از درخواست آزمایشات و رویت جواب آنها با کلین دامایسین خوراکی و توصیه علایم هشدار؟ مرخص می شود.

جواب آزمایشات : WBC=14,500 Neut=80.2% RBC=3.2*10⁶ Hb=8.8 Hct=26

AST=72 Urea=25 Cr=0.9 BS=72 PLT=139,000 MCV=82

Na=140 K=3.7 ALP=277 ALT=18

به علت تشدید علائم مادر در هفته 16 حاملگی مجدداً به درمانگاه عفونی مراجعه کرده وبا معرفی یکی از اساتید عفونی جهت بررسی در بخش عفونی بیمارستان بستری می شود. موقع بستری مادر هوشیار بود، از بی اشتهایی سردرد و تهوع صبحگاهی شاکی بود، III و توکسیک نبود. در سمع قلب تاکی کاردی و سوفل II-III/IV سیستولیک داشت. ریه ها Clear بود. هردوبست متورم بودند (بیشتر چپ) ولی تندر نس نداشت. روی سینه چپ پلاکهای اریتماتو وجود داشت. تب دار نبود. در معاینه ارگانومگالی نداشت. در اندامهای تحتانی ادم 2+ گوده گذار داشت. بی حسی دیستال هردوپارا ذکر می کردو قادر به حرکت نبود.

علائم حیاتی موقع بستری: BP=130/70 PR=120 RR=120 BT=37.1 بود.

برای مادر مشاوره زنان، مشاوره قلب، آزمایشات CBC, BUN, Cr, LFT, PT, PTT, INR, U/A, U/C, Alb, Ca, ESR, CRP و کشت خون در صورت تبادار شدن، سونوگرافی کبد، کیسه صفرا و مجاری صفراوی و شکم و لگن، سونوگرافی کالرداپلر عروق اندامهای تحتانی، پروتئین ادرار 24 ساعته، مشاوره گوارش جهت R/O سندروم هلمپ، مشاوره روماتولوژیک و PBS درخواست می شود.

جواب آزمایشات: WBC=18,100 RBC=3.2*10⁶ Hb=7.9 Hct=23.6 LDH=4721

PLT=121,000 BS=72 Cr=1.18 Urea=49 AST=66 ALT=11

K=3.7 Na=140 PTT=25 PT=12.5 INR=1 ESR=71 CRP=65

Alb=2.9

روز دوم بستری: در بررسی اندامهای تحتانی وریدهای ایلیاک خارجی، فمورال مشترک، عروق سطحی، پوپلیته ال، عروق دیستال هردو اندام نرمال بود. در بررسی کبد، کیسه صفرا و مجاری صفراوی، طحال، کلیه ها و عروق پورت مشکلی وجود نداشت. وریدهای کبدی، طحالی و IVC و جریان خون نرمال بود.

در سونوگرافی شکم جنین زنده با ضربان قلب منظم و سن حاملگی 16 هفته و 4 روز گزارش شده بود.

در اکوکاردیوگرافی، EF=55% بود و یافته پاتولوژیک نداشت.

یادداشت مشاور زنان: مادر از نظر مامایی نیاز به اقدام خاصی ندارد. DVT R/O و شروع پروفیلاکسی با هپارین انجام گیرد.

روز سوم بستری: مادر همچنان تاکی کاردی و تاکی پنه دارد: PR=110 BP=110/75 RR=22 BT=37.5

VBG: PH=7.44 PCO2=20.9 PO2=57.4 HCO3=14.3

با پیشنهاد سرویس زنان و قلب هپارین پروفیلاکتیک شروع شده است. برای مادر مشاوره نرولوژی و هماتولوژی و ICU ریه جهت انتقال به آن بخش درخواست می شود. با توصیه سرویس غدد دوز لووتیروکسین به 0.2 میلی گرم افزایش یافته (2 روز پشت سرهم) و TSH چک می شود.

یادداشت مشاور هماتولوژی: در معاینه ارگانومگالی و لنفادنوپاتی آگزیلاری ندارد. توصیه می شود، CBC(H1), PBS چک آلبوین، فلو سیتومتری پانل حاد اورژانسی، سونوگرافی برست ها و مشاوره گوارش انجام گیرد.

روز چهارم بستری: در لام خون محیطی توسط سرویس هماتولوژی بلاست رویت شده و توصیه به انتقال مادر به بخش انکولوژی جهت بررسی از نظر لوکمی می شود.

جواب مشاوره گوارش: باتوجه به بای سیتوپنی و رویت بلاست در خون محیطی و تاکی کاردی و تاکی پنه برای مادر بیشتر لوسمی و بی‌ماریهای روماتولوژیک مطرح است. پیشنهاد می شود مادربه ICU منتقل شده و تستهای کبدی بصورت روزانه چک شود.

مشاوره نرولوژی: مادر هوشیار واریافته است. قدرت عضلانی اندامهای فوقانی نرمال و تحتانی 2/5 می باشد. DTR هر چهار اندام تشدید یافته و کف پای دویل آبله است. از چند روز قبل بی اختیاری ادراری را ذکر می کند. حس ناحیه پرینه Intact می باشد. پیشنهاد می شود برای مادر MRI مغزی، ستون فقرات سرویکال و لومبار، EMG و NCV تستهای واسکولیتی و مشاوره نروسرجری درخواست گردد. یادداشت مشاور زنان: مادر در حال حاضر از نظر مامایی نیاز به اقدام اورژانسی ندارد.

عصر مادربه بخش ICU ریه (تخت مادران پرخطر) منتقل و به علت تب دار شدن توسط رزیدنت داخلی مروینم، سیپروفلوکساسین، آلوپورینول، سرم نرمال سالین تجویز می شود. BT=39 بود.

روز پنجم بستری: مادر تب دار است. در روی انگشت شصت پای چپ زخم مشاهده می شود. با مشاهده سلولهای بلاست در لام خون محیطی و گزارش B Cell لوکمی در فلو سیتومتری با تائید 3 اتند هماتولوژی برای مادر درخواست ختم بارداری جهت شروع شیمی درمانی بصورت اورژانسی انجام می گیرد. در مشاوره زنان، اتند آنکال اظهار کرده بود نامه انکولوژیست و مشاوره ختم بارداری 2 روز دیگر به درمانگاه مادران پرخطر ارسال شود.

برای مادر هیدروکسی اوره و دگزامتازون TDS شروع می شود. WBC=25,950—27,520 Blast=9%--13%

ESR=72 PLT=94—76*10³ Hct=25% Hb=8.4 RBC=3.17*10⁶

در سونوگرافی پرستها ماستیت دوطرفه گزارش شده بود.

روز ششم بستری: سرویس زنان شروع اینداکشن جهت ختم بارداری را با توجه به شرایط بالینی مادر به صلاح مادر نمی داند ولی گروه هماتولوژی ختم بارداری برای شروع شیمی درمانی راضوری اعلام می کند. با تائید ALL توسط اساتید محترم انکولوژی، هیدروکسی اوره قطع و دگزامتازون High Dose ادامه داده می شود. ساعت 11:30 صبح به علت دیسترس تنفسی مادر اینتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. پس از هماهنگی اتند انکولوژی و اتند زنان ساعت 15:10 اینداکشن توسط رزیدنت زنان شروع شده و مادر 10 دقیقه بعد دچار برادیکاردی و ارست قلبی شده و بعد از یک ساعت عملیات احیا فوت می کند.

جواب آزمایشات:

فلوسیتومتری: Immature B Cell CD19=62% CD20=63% CD22=neg

Cr=1.26 Urea=41 Uric Acid=13.1 AST=102—94 ALT=22—14

ALP=297--286 LDH=1272 BIL_T=1.1 BIL_D=0.5

علت مرگ با توجه به فلوسیتومتری لوسمی حاد تیپ ALL L3 High grade (بورکیت) می باشد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر 1.5 ماه طلایی را با تشخیص ماستیت عفونی ؟ ازدست داده است در حالیکه ماستیت عفونی دوطرفه در زن غیر شیرده محال است(علت تورم برست ها انفیلتراسیون سلولهای بدخیم بوده است).
2. از اول مراجعه به مطب پزشکان مادر کم خونی داشته که علت آن باید بررسی می شد.
3. دگزامتازون با دوز بالا و هیدروکسی اوره جزو درمان اصلی لوکمی می باشد.
4. علت برادیکاردی و ارست قلبی احتمالاً هیپر کالمی در اثر تومور لیزیس سندروم بعداز شروع دگزامتازون می باشد(دگزامتازون با دوز بالا سیتولیز است).
5. در مادران باردار اکثراً AML شایع است و وقوع ALL نادر بوده و پروگنوز بدی دارد.
6. با توجه به اینکه بعداز شروع کموتراپی به علت افت مگاکاریوسیتها کنترل خونریزی مشکل است بهتر است قبل از شروع شیمی درمانی مادر ختم بارداری داده شود.
7. در مادران کریتیکال برای نجات جان مادر اساتید باید خودشان تشکیل تیم داده و راساً به درمان مادر اهتمام بورزند و پزشک معالج مسنول هماهنگی برای تشکیل تیم درمانی می باشد.
8. پزشک (اتند) وظیفه شان MANAGE بیمار است نه نوشتن مشاوره
9. طبق نظر پزشکی قانونی در موارد کریتیکال برای نجات جان مادر می توان اول ختم بارداری داد و بعداً مدارک را برای پزشکی قانونی ارسال کرد.
10. طبق قانون بین المللی پزشکی قانونی تمام موارد مرگ مادر باید به پزشکی قانونی ارجاع داده شود حتی اگر علت مرگ مشخص باشد (جزو موارد 19 گانه).

مورد بیست ونهم (پانکراتیت)

خانم 40 ساله با مدرک دکترا ، BMI=32، G4P2 ، سابقه 2 بار سزارین 17 و 14 سال قبل ، سابقه پره ترم لیبر در هفته 34 ، سابقه آپاندکتومی ، سابقه سنگ کلیه 2 سال قبل ، سابقه فامیلی هیپرلیپیدمی ، سابقه هیپوتیروئیدی و مصرف لووتیروکسین از چند سال قبل (در بارداری فعلی TSH=13.6) و آنمی فقر آهن Hb=9.3 در سه ماهه دوم بارداری فعلی ،

مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام گرفته و در 20 روز آخر افزایش فشارخون داشته است. طبق اظهار همسر در اواخرچندین بار به مطب پزشک مراقب مراجعه کرده بود. مادر در هفته 34-35 بارداری حوالی ساعت 15 بعداز پیاده روی دچار درد ناگهانی در شکم شده و به کلینیک مراجعه می کند . در آنجا به علت افزایش فشارخون سرم و آمپول تزریق می شود و مادر به منزل برمی گردد. به علت ادامه درد شکم و تهوع و استفراغ مجدداً ساعت 21 به کلینیک مراجعه کرده و از آنجا به بیمارستان ارجاع داده می شود . مادر ساعت 21:15 به اورژانس مامایی بیمارستان الف مراجعه می کند. موقع وروداز درد شکم ، سردرد و درد پهلوشاکی بود و 2 بار استفراغ خونی در منزل را ذکر کرد(مادر سابقه ناراحتی معده از 9 سال پیش را می داد). علایم زایمانی نداشت . فشارخون متغیر بود. علایم

حیاتی بدو ورود : BP=100/80 PR=70 RR=18 BT=37.2 ثبت شده است. شرح حال مادر به اطلاع پزشک

زنان رسانده می شود وبا توصیه ایشان برای مادر آزمایشات CBC,Hb,U/A درخواست می شود.

جواب آزمایشات: Hb=18.2 Hct=36 PLT=270,000 در آنالیز ادرار Pro=Neg Blood=3+

WBC=10-12. مادر ساعت 22:15 با جواب آزمایشات در اورژانس معاینه مجدد می شود. علایم حیاتی ثبت شده

BP=130/80 RR=22 PR=97 FHR=160. برای مادر توصیه به بستری می شود ولی مادر در بستری مردد

بود. متخصص زنان ساعت 23:55 به علت فشارخون BP=149/97 و گزارش پروتئینوری 3+ مادر را ویزیت می کند. همسر بیمار به

علت اینکه در بدو پذیرش 2 میلیون پول نقد خواسته شده بود حاضر به بستری کردن مادر نبود. مادر با توضیح اینکه ایشان از نظر مامایی

وزایمان مشکلی ندارد با ویلچر به اورژانس جنرال جهت ویزیت پزشک عمومی ارجاع می شود. مادر ساعت 00:55 با بامداد با سطح 3 در

اورژانس پذیرش توسط پزشک اورژانس دستورات: تهیه لاین وریدی، سرم نرمال سالین یک لیتر، آمپول رانیتیدین، آمپول دیمترین، آمپول

پتیدین، آمپول آپوتل و سفتریاکسون به علت علایم سرماخوردگی درخواست آزمایشات

CBC,BS,TG,Chol,PT,PTT,INR,Na,K,LFT,BUN,Cr گذاشته می شود. علایم حیاتی ثبت شده نرمال بود.

جواب آزمایشات: TG=3651 Chol=470 PT=12 INR=1 PTT=25 و آنزیمهای کبدی افزایش یافته

با مشخص شدن جواب آزمایشات پزشک اورژانس ساعت 2:10 با متخصص زنان صحبت کرده و مادر به اورژانس مامایی ریفر می شود

. مادر با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کرده با وسیله شخصی به بیمارستان ب می رود. ساعت 3:26 در اورژانس بیمارستان ب

تریاز شده وبا سطح 2 تریاز جهت R/O پره اکلامپسی به رزیدنت سال 1 ارجاع می شود. علایم حیاتی ثبت شده BP=140/90

PR=110 RR=17 FHR=140 BT=36.8 می باشد. در معاینه علایم زایمانی نداشت. مادر از درد

اپی گاسترو استفراغ شاکمی بود و تغییر رنگ ادرار از حدود یک ماه قبل به رنگ صورتی را ذکر می کرد. رزیدنت بعد از ویزیت مادر را با

دستورات تهیه NST و درخواست آزمایشات آنالیز ادرار تستهای پره اکلامپسی -چک علایم حیاتی هر 4 ساعت و فشارخون هر 2 ساعت -

رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ و کراس مج یک واحد- کنترل درد اپی گاستر و تنگی نفس -سرم رینگر 500cc سریع و یک لیتر هر 8 ساعت

-آمپول رانیتیدین، کنترل I/O هر 6 ساعت، آمپول دیمترون، اخذ رضایت هیستریکتومی و مانیتورینگ FHR در بخش زایمان بستری می

کند. در سال 5:30 رزیدنت سال 2 مادر را ویزیت کرده سونوگرافی BPP، سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری و کپسول سفالکسین 500 هر

6 ساعت را به دستورات دارویی اضافه می کند. در ساعت 6:30 مادر توسط رزیدنت سال 3 ویزیت شده و تهیه نوار قلبی، سونوگرافی

شکم، لگن و وضعیت بارداری درخواست میکند. طبق ثبت مامای مراقب مادر در ساعت 5 بامداد درد شدید شکم داشت. فشارخون ثبت شده

در آن ساعت BP=110/80 بود. در معاینه ساعت 8 شکم دیستانت و بدون تندر نس گزارش شده بود. مادر ساعت 8:50 به علت درد شدید

اپی گاستر، تهوع و استفراغ و پروتئینوری 3+ با دستور اتند با احتمال پره اکلامپسی شدید و همانوم ساب کپسولر به اتاق عمل منتقل می

شود. قبل از انتقال مادر به اتاق عمل (ساعت 8 صبح) تشخیص پانکراتیت حاد نیز مطرح شده و درخواست مشاوره جراحی شده بود ولی

جراح از حضور در بیمارستان و ویزیت مادر امتناع کرده بودند. عمل راس ساعت 10 با بی هوشی عمومی (به علت فیزیک بیمار و انتوباسیون مشکل با LMA و ونتیله شده بود) و برش LML شروع می شود و یک نوزاد پره ترم با آپگار 9/10 بدنیا می آید. در بدو اینداکشن بی هوشی فشارخون BP=210/140 بود. در داخل شکم مایع اندک سفید رنگ وجود داشت که نمونه برداری می شود. بعد از اتمام سزارین مادر توبکتومی شده و کبد بررسی می شود که مشکلی نداشت. عمل ساعت 10:45 تمام شده و مادر بعد از درآوردن لوله تراشه ساعت 12 با علایم حیاتی PR=119 BP=145/96 به بخش ICU منتقل می شود. در اتاق عمل ABG: PH=7.06 PCO2=54 HCO3=15.3 بود.

برای مادر مشاوره گوارش و غدد درخواست می شود و مشاور گوارش پیشنهاد می کند بعد از تعبیه کاتتر شالدون مادر جهت پلاسمافریز به ICU ریه منتقل و پروفیلاکسی هپارین شروع گردد. یادداشت مشاور گوارش: مادر در ریکاوری می باشد. آزیته و III است.

علایم حیاتی: BP=140/80 PR=130 RR=30 O2Sat=92% می باشد
آزمایشات: Hb=17.5 WBC=11700 PLT=266,000 PTT=25 PT=11 INR=1
ALT=3470 AST=1370 BS=149 BILD=0.4 BILT=1.4 Cr=0.8 Fib>484
LDH غیر قابل ارزیابی Amylase=478 Lypase=846 K=4.3 Ca=8.1
Alb=5.4 TG=5440 Chol=920 در لام خون محیطی شیتوسیت منفی بود

ICU بخش ABG: PH=7:30 PCO2=20 HCO3=9.8
درسونوگرافی پرتابل شکم کبد و مجاری صفراوی نرمال و پانکراس برجسته بود (با قطر AP=36mm).

مشاور غدد پیشنهاد می کند پلاسمافریز هرچه سریعتر شروع شده و تا سطح TG<500 ادامه داده شود. در صورت تاخیر پلاسمافریز، انفوزیون انسولین رگولار و سرم دکستروز 5% شروع شود.

اقدامات انجام گرفته در ICU: شروع انفوزیون سولفات منیزوم با دوز 2g/h (ساعت 12:15) - گذاشتن 3 عدد شیاف میزوپروستول رکتال - تعبیه NGT (ترشحات صفراوی بود) - شروع هپارین پروفیلاکسی - شروع سفتازیدیم، مترونیدازول و آمپول لازیکس 10mg/TDS و مشاوره تلفنی با اتند مشاور جراحی (طبق نظر مشاور نیاز به مداخله جراحی ندارد و درمان کنسرواتو کافی می باشد).
مادر بعد از تعبیه کاتتر دیالیز ساعت 17:30 منتقل می شود.

مادر ساعت 19 در بخش ICU ریه با دستورات: شروع پلاسمافریز - گرافی پرتابل شکم، CXR - چک تری گلسیرید و کلسترول بعد از هرنوبت پلاسمافریز - ویزیت روزانه زنان، گوارش و غدد - چک کلسیم - چک CTNI به علت درد شکم بستری می شود.

در ICU ریه توسط فلو و اتند گوارش و اتند جراحی ویزیت می شود. یادداشت اتند جراحی: مادر نیاز به اقدام جراحی ندارد و درمان کنسرواتو لازم دارد. مادر حوالی ساعت 1 با مدام به علت ARDS و جهت جلوگیری از خستگی تنفسی انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. باتوصیه اتند گوارش مروپنم شروع می شود.

روز دوم بستری: مادر انتوبه است. با صدا زدن چشمهایش را باز می کند. در سمع ریه ها کاهش صدا در قاعده هر دو ریه دارد. قلب تاکیکارد است. شکم دیستانت و دردناک می باشد. در CT Scan شکم با کنتراست وریدی مایع آزاد قابل توجه شکمی و لگنی و تورم پانکراس در تمام طول خود با تشدید کمتر در تنه نسبت به سایر جاها و تجمع مایع در اطراف پانکراس در رتروپریتون که مطرح کننده پانکراتیت شدید همراه با Acute Fluid Collection میباشد و ترومبوز پارشیل در ورید طحالی - پلورال افیوژن قابل توجه در هر دو نیم سینه با کلاپس پاسیوریه زیرین - طحال مختصری بزرگ گزارش می شود.

فشار داخل شکمی 22 سانتیمتر آب است برای مادر مشاوره قلب و اتندینگ جراحی جهت بررسی از نظر سندروم کمپارتمان شکمی درخواست می شود که توسط سرویس جراحی رد شده و درمان کنسرواتو توصیه می شود. به علت گزارش ترومبوز در ورید طحالی دوز هپارین پروفیلاکتیک به دوز درمانی تبدیل می شود. انفوزیون سولفات منیزیم با دوز 1g/h و پلاسمافریزس ادامه دارد.

علامت حیاتی: O2Sat=90% با Fio2=100 BP=146/92 BT=38

برای مادر مشاوره عفونی درخواست شده و توسط ایشان توصیه به تهیه کشت خون، ادرار و ادامه آنتی بیوتیک می شود.

دراکوکاردیوگرافی بدساید EF=50% و کلاپس IVC گزارش می شود.

عصر به علت PLT=143,000 انفوزیون هپارین به هپارین زیر جلدی تبدیل می شود و با توصیه مشاور جراحی اکترنوتاید 50 زیر جلدی هر 8 ساعت شروع می شود و انفوزیون سولفات منیزیم قطع می گردد.

روز دوم بستری: مادر هوشیار نیست (سدیت می شود). تاکیکارد و تبادراست. BP=130/81 PR=129 BT=38

خونریزی ندارد. ریه ها Clear است و کاهش صدا در قاعده ریه ها دارد. در حال دریافت اکترنوتاید، مروپنم، وانکومايسين، انسولین و هپارین و گلوکونات کلسیم می باشد.

عصر ساعت 17:45 موقع تغییر پوزیشن بیمار لوله تراشه خارج می شود (انتهای لوله داخل دهان بود) رزیدنت داخلی بلافاصله جهت انتوباسیون بر بالین مادر حاضر می شود ولی موفق به انتوباسیون نمی شود (به علت وضعیت فیزیولوژیک بیمار) با ماسک اکسیژن رسانی ادامه می یابد. ساعت 18 کد احیا زده می شود. تیم نیز موفق به انتوباسیون نمی شود و ساعت 18:10 به سرویس بی هوشی اطلاع داده شده و رزیدنت بی هوشی بعد از یکبار امتحان برای لوله تراشه LMA تعبیه می کند. طبق اظهار رزیدنت بی هوشی موقع رسیدن ایشان بر بالین مادر O2Sat=47% بود و گردن و صورت مادر شدیداً متورم و آمفیژوماتو و دهان و مسیر لوله پر خون بود (حتی تیغه لارنگوسکپ خونی بود). مادر ساعت 18:35 ارست قلبی تنفسی کرده و عملیات احیا شروع می شود. مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و فوت می کند. علیرغم تاکید مبنی بر ارجاع تمام مادران فوت شده به پزشکی قانونی جهت اتوپسی برای مادر گواهی فوت و جواز دفن صادر می شود. در پرونده الزهرا در جند جا عبارت Difficult Intubation قید شده بود.

جواب آزمایشات: WBC=1500—1200 BLAST=7% Hb=15.1—12.9—10.4

Cr=0.52—1.4 PLT=222,000—158,000 TG=4578 iPTH=54

CTNI=Neg CRP=1+

Ca=0.9—0.72

K=4.4

P=8.4—5.4—2.1

علت مرگ: پارگی تراشه در اثر تلاش های مکرر برای انتوباسیون سبب خفگی و مرگ بیمار شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. با توجه به هموگلوبین و هماتوکریت بالا در بدو مراجعه به بیمارستان الف وب مادر شدیداً دز هیدراته بوده و اولین اقدام دادن حجم کافی بود.
2. پانکراتیت یک پروسه خودمحدود شونده است و اقدام جراحی لازم ندارد (جراحی سبب آزاد شدن آنزیمهای لیز کننده قوی شده و پروسه را بدتر می کند) و اقدامات درست و کنترل بیماری در مراحل اول مانع پیش روی پروسه بیماری می شود.
3. تری گلیسرید بالای 3000 یک پدیده نادر بوده ولی مورد توجه پزشکان واقع نشده است.
4. علیرغم بخشنامه پزشکی قانونی و کمیته دانشگاهی مبنی بر ضرورت اتوپسی تمام موارد مرگ مادر در بیمارستان برای مادر جواز دفن صادر شده است.

مورد سی ام (خونریزی داخل شکم)

خانم 40 ساله، ساکن روستا، ورزشکار، دیپلم، $G_4P_2AL_2$ ، BMI=23.8، سابقه 2 بار زایمان طبیعی 14 و 12 سال قبل و یک بار سقط در هفته 8 بارداری بصورت خودبخودی و بدون کورتاژ، سابقه عمل دیسکوپاتی کمری 10 سال قبل و حاملگی ناخواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت و مطب متخصص زنان از هفته 7 بصورت مرتب انجام شده و چند بار هم به بیمارستان مراجعه کرده بود (جهت غربالگری سندروم داون و آمنیو سنتز). طبق اظهار همسر متوفی، زایمان دوم سخت بوده است. مادر در هفته 39 و 5 روز به مطب متخصص مراجعه کرده و توسط ایشان جهت ختم بارداری به بیمارستان معرفی می شود. مادر روز بعد حوالی ساعت 9 به بلوک زایمانی مراجعه کرده و بستری می شود. مادر موقع بستری درد مختصر کمرا ذکر می کرد علایم حیاتی نرمال و NST Reactive بود. در معاینه کول Ripe و رحم فاقد انقباض بود. در ساعت 10 صبح متخصص زنان دستورات: تعبیه لاین وریدی با یک لیتر سرم رینگر، تهیه NST، کنترل علایم حیاتی هر 3 ساعت و FHR هر 15 دقیقه و درخواست آزمایشات CBC, BG را می دهد.

بعد از بستری حوالی ساعت 12 کیسه آب پاره شده و با دستور متخصص زنان بعد از شروع آمپی سیلین اینداکشن با 10 واحد در لیتر و 4 قطره شروع می شود (ساعت 12:15). در پرونده، دستور استیمولیشن در صورت کنتراکشن نامناسب نوشته شده بود. در ساعت 13:20 به علت شروع انقباضات فعال اینداکشن با 10 قطره ادامه داده می شود (معاینه واژینال/TV: 3cm/40%). در ساعت 16 دیلاتاسیون و افاسمان کامل شده و مادر با ویلچر به اتاق زایمان منتقل می شود (طبق اظهار ماما مادر از درد شدید کمرا شکای بود). بعد از انتقال بر روی تخت ژنیکولوژی، در حین زایمان مادر بصورت ناگهانی اظهار می کند خسته شدم و تشنه ام و دچار رنگ پریدگی و افت فشار خون و هوشیاری شده و FHR شنیده نمی شود (ساعت 16:20). به متخصص زنان و بی هوشی که در بلوک زایمانی حضور داشتند اطلاع داده می شود. ابتدا توسط متخصص بی هوشی اکسیژن و پوزیشن داده شده و کد احیا زده می شود. تیم احیا بر بالین مادر حاضر شده و مادر با برانکارد به اتاق عمل منتقل می شود. باشک به خونریزی داخلی عمل بلا فاصله با بی هوشی عمومی شروع شده و پس از برش شکم مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا می شود و بعد از 10 دقیقه علایم حیاتی برمی گردد. در هنگام باز کردن شکم (16:30) خونریزی شدید

ولخته های فراوان وجود داشت (6-7 لیتر خون). خون درخواست شده واز متخصص جراح عمومی درخواست کمک می شود. بعداز باز کردن رحم جنین بدون علایم حیاتی وبریچ خارج می شود. نوزاد به مدت 50 دقیقه توسط گروه ،احیا می شود ولی پاسخ نمی دهد . شرح عمل متخصص زنان: به علت خونریزی شدید داخل شکم پک شد ورحم بررسی گردیدیک راپچر به اندازه 2-3 سانتی متر در فوندوس درچند لحظه مشاهده شدو اقدام به هیستریکتومی ساب توتال شد. جراح در اواخر هیستریکتومی در اتاق عمل حاضر می شود.برش فاین اشتاین شکمی که بصورت مورب تاناف کشیده شده بود چند سانتیمتر بطرف بالا امتداد داده شده وپدیگولها چک می شود. بعداز درآوردن پک ها کبد وطحال اکسپوز می شودوخونریزی فعالی نداشت(21 عدد لنگاز و20 عدد گاز معمولی). برای چند لحظه با افزایش دوز لنوفد فشارخون تا حد $BP=120/80$ رسانده شده وخونریزی بررسی می شود .خونریزی فعالی مشاهده نشده وشکم بسته می شود.برای مادر 6واحد پکدسل،3واحد FFP،3واحد کرایو،3واحد پلاکت،3.5لیتر نرمال سالین و1.5لیتر رینگر،یک ویال گلوکونات کلسیم و200میلی گرم هیدروکوتیزون تزریق می شود(اولین واحد پکدسل ساعت 17:40 تزریق شده بود). در طول عمل فشارخون درحد- $BP=60-70/30$ با انفوزیون لنوفد ثبت شده است وتنفس نامنظم بود.عمل راس ساعت 19:30 تمام شده واز متخصص داخلی درخواست مشاوره می شود .طبق یادداشت مشاور داخلی در ساعت 20:30مردمکها دوبل میدریاز با واکنش به نورضعیف،رنگ پریده واندامها سرد بود.فشارخون غیرقابل اندازه گیری بود و $HR=120$ وعلایمی به نفع DIC نداشت.

بعداز مشاوره با متخصصین ICU الزهرا وتعبیه CVP Line وتزریق 5ویال سدیم هیپرتون مادر ساعت 21:35 انتوبه با علایم حیاتی : $PR=125$ $BP=65/40$ $BT=36$ $RR=16$ $O_2Sat=98\%$ وبا همراهی متخصص زنان ویی هوشی ازبیمارستان مبدا به قصد مرکز ریفرال خارج می شود. فرم پارتوگراف،فرم تریاژوکلأ پرونده بعداً تکمیل شده است.

آزمایشات: $PT=21$ $INR=2.2$ $PLT=187,000$ $Hb=11.9$

مادر ساعت 22:20 پذیرش شده وبلافاصله به بخش ICU منتقل می شود.مادر موقع رسیدن تنفس Gaspng داشت وهیپوترم بود.علایم حیاتی موقع تحویل : $BP=120/75$ $PR=225$ $RR=10-12$ نامنظم $O_2Sat=91\%$

$CVP=5$ $BT=36$ هوشیاری درحد Light Coma ومردمکها دوبل میدریاز بدون واکنش به نور بود.ریت قلبی قبل از اقدام درمانی خاص سینوسی در حد $PR=125$ می شود. مادر به مونتیورینگ قلبی ریوی و ونتیلاتور وصل شده وگلوکونات سدیم،5واحد

پکدسل،5واحد FFP 5واحد پلاکت و3گرم فیبریینوژن درخواست وترانسفوزیون می شود.در ABGبدو پذیرش $PH=6.87$ $PCO_2=24$ $HCO_3=4.4$ $BE=-29$ بود.نمونه خون محیطی همولیز بود.6ویال بیکربنات سدیم ویک ویال ویتامین

Kتزریق می شود.به علت پایین بودن فشارخون علیرغم دریافت 50μ لنوفد ،انفوزیون ادرنالین شروع می شود ولی فشارخون همچنان پایین بود.

جواب آزمایشات بیمارستان ریفرال: Hb=5.4 PLT=148,000 Cr=1.4 Urea=21

BS=60 INR=2.9 PT>100 Fib<81 Na=141 Mg=3 k=7.5

P=13.6 Ca=7.4 LDH=1522 SGOT=362 SGPT=282 BIL_T=0.6

مادر توسط اتند ICU واتند زنان واتند پرینتولوژی ویزیت می شود. در ساعت 23:25 مادر در حضور اتند ICU دچار تشنج تونیک کلونیک شده با تزریق 10 میلی گرم قطع می شود. به علت دیستانسیون شکم برای مادر NGT تعبیه می شود که ترشحات فراوان خونی داشت. معده با سرم شستشوداده شده و انفوزیون پنتوپرازول شروع می شود. مادر انوریک بود و در اندامها ضایعات تاوولی وسیع و متعدد دیده می شد. در سونوگرافی بدساید مایع متوسط در فضای موریسون و اسپلنو رنال وجود داشت (ساعت 00:33). به علت بالا بودن فسفر، کسپول رناژل 800 میلی گرم TDS شروع شده بود. مادر ساعت 2:50 دچار برادیکاردی شده و آسیستول می شود. عملیات احیا بلافاصله شروع شده و ریتم قلبی سینوسی می شود. مادر مجدداً در ساعت 3:50 برادیکارد شده و ساعت 4:10 فوت می کند.

علت مرگ شوک هموراژیک می باشد ولی محل دقیق خونریزی مشخص نشده است (احتمالاً عروق طحالی)

توضیحات اعضای کمیته:

1. پروسه خونریزی قبل از باز کردن شکم و در طول لیبر شروع شده بود و درد شدید کمر به احتمال قوی ناشی از پروسه خونریزی بوده است که مورد توجه قرار نگرفته است.
2. پارگی گزارش شده توسط متخصص زنان لاسراسیون جای انگشتان پزشک در هنگام هیستریکتومی می باشد که به اشتباه محل پارگی گزارش شده و عدم پارگی رحم در اتوپسی نیز تائید شده است (دسیدوا و میومتر سالم بوده است).
3. منشا خونریزی به احتمال قوی آنورسم شریانی یکی از احشا شکمی بوده که شناسایی نشده است.
4. ضایعات پوستی در اندامها ممکن است ناشی از شوک هموراژیک باشد
5. در هنگام اتوپسی حدود 2.5 لیتر خون سیال و 500 سی سی لخته در داخل شکم وجود داشته است و این بدین معنی است که بعد از هیستریکتومی خونریزی ادامه داشته است.
6. بیماری که در شوک است و داروی سمیاتو میمتیک (لنوفد و...) می گیرد میبایز دویل ارزش ندارد.
7. مراقبت داخل اتاق زایمان احتمالاً خوب نبوده است (علام حیات و پار توگراف درست و به موقع ثبت نشده است)
8. دادن لنوفد زیاد به نفع بیمار نبود چون خون زیادی در داخل عروق نبود.
9. اعزام بیمار در وضعیت ناپایدار اشتباه بوده است.
10. اگر پارگی رحم اتفاق افتاده باشد بصورت نرمال باید خونریزی واژینال داشته باشیم مگر اینکه جنین مسیر عبور خون را مسدود کرده باشد.
11. در برگ درخواست اتوپسی تشخیص احتمالی و تشخیصهای افتراقی برای راهنمایی موارد مورد بررسی نوشته شود.

خانم 33 ساله، ساکن شهر، خانه دار، دیپلم، G4P3AL3 ، سابقه 3 بار سزارین 7 و 4 و 3 سال قبل ، حاملگی خواسته بوده است .
مراقبت دوران بارداری بصورت مرتب انجام شده و مشکل خاصی نداشت.

مادر در هفته 39 با معرفی پزشک مراقب جهت سزارین در بیمارستان الف بستری میشود.

موقع مراجعه (9 AM) کول بسته بود. علایم زایمانی و انقباضات رحمی نداشت. علایم حیاتی: BP=120/80 PR=83 بود. دستورات
حین بستری: چک CBC-BG- رزرو 2 واحد خون ایزوگروپ - آمپول هپارین 5000 واحد زیرجلدی و آمپول سفازولین 2 گرم وریدی
و مشاوره بی هوشی.

مادر ساعت 10:50 جهت سزارین به اتاق عمل منتقل میشود. عمل با بیهوشی عمومی انجام گرفته و حاصل نوزاد پسر زنده ترم با آپگار 9/10
بود. طبق یادداشت کارشناس بیهوشی مادر ساعت 12:25 به ریکاوری منتقل شده و ساعت 12:55 هوشیار به بخش تحویل داده میشود (نیم
ساعت مادر بین اتاق عمل و بخش زایمان بلا تکلیف بوده است) و بر اساس یادداشت ماما مراقب بعد از عمل خونریزی واژینال در حد P.P
بود. در دستورات بعد از عمل آمپول هپارین ، سفازولین ، جنتامایسین، آمپول مترونیدازول و عدم انجام ماساژ رحمی وجود داشت .
علایم حیاتی ثبت شده در برگ کنترل علایم حیاتی بشرح ذیل می باشد.

ساعت 13:30	PR=83	RR=19	BP=100/60
ساعت 13:45	PR=80	RR=18	BP=100/65
ساعت 14	PR=81	RR=18	BP=100/60
ساعت 16:30	PR=86	RR=18	BP=110/65
ساعت 17:30	PR=110	RR=18	BP=100/65

یادداشت ماما مراقب: مادر در ساعت 17:30 دچار تنگی نفس ، افت ساچوراسیون و تاکی کاردی شد (O2Sat=90% HR=110)

(BP=100/60) ابتدا برای مادر پوزیشن و اکسیژن داده شد. مادر تهوع و استفراغ داشت و در معاینه سمت راست شکم دردناک
بود. خونریزی واژینال در حد منس بود. ساعت 17:40 به پزشک معالج اطلاع داده شد و ایشان گفتند تاکی کاردی به علت استفراغ می باشد
و برای مادر آمپول سایمیتدین و پلازیل تزریق شود. ساعت 17:50 به متخصص زنان مقیم اطلاع داده می شود و ایشان 17:55 بر بالین
مادر حاضر می شود. یادداشت پزشک مقیم : مادر هوشیار و آژیته است . از تنگی نفس، درد سینه و احساس خفگی شکمی است . شکم در لمس
تأخودی دیستانت است و یک بافت سفت در قسمت راست شکم لمس می شود. خونریزی واژینال در حد منس می باشد. ادرار بیمار
هماچوریک است (100 سی سی) و بر اساس اظهار ماما مراقب از نیم ساعت قبل شروع شده است. علایم حیاتی : BP=80/50

HR=137 می باشد. دستورات پزشک مقیم : تعویض سوند ادرار- اکسیژن نازال 3-4 لیتر - سرم رینگر 1l/Stat - رزرو 2 واحد پکد

سل ایزوگروپ -مشاوره قلب وسونوگرافی اورژانس جهت بررسی شکم ومحل عمل از نظر هماتوم -چک آزمایشات
CBC,Ur,Cr,HHB:

با متخصص زنان معالج مجدداً تماس گرفته می شودوايشان ساعت 18:10بربالین مادر حاضر می شود.

درسونوگرافی شکم مایع فراوان شکمی وهماتوم لگنی به نفع خونریزی داخل شکم گزارش می شود(حدود 2 لیتر).مشاور قلب ساعت
18:45 مادر را ویزیت می کند. یادداشت مشاور قلب :مادر Stableولی رنگ پریده است وتوصیه می کند سرم نرمال سالین یک لیتر
و2واحد پکدسل ایزوگروپ کراس مچ شده تزریق شود.علائم حیاتی : HR=105 BP=95/P O2Sat=97%بدون

اکسیژن .

Hb=7.7(ساعت جواب دهی آزمایشگاه 18:10)

مادر ساعت:18:50 با حضور پزشک مقیم وپزشک معالج وبا علائم حیاتی : PR=110 BP=95/60 RR=18 جهت لاپاراتومی
تجسسی به اتاق عمل منتقل می شود.عمل با بی هوشی عمومی وبرش طولی شکم شروع شده وبعداز باز کردن شکم ،هماتوم مثانه (به
اندازه پرتغال تامسون)ورتروپریتون درناحیه ایلایک راست وچپ(بیشتر چپ) وجود داشت ولی خونریزی فعال(Expansion
هماتوم)نداشت.هماتوم ها تخلیه شده به علت Oozing درسمت چپ 3عدد سرجی سل در محل گذاشته می شود(به اندازه هماتوم اشاره
نشده است).بعد از تعبیه یک عدد سوند نلاتون درفیلد عمل ،شکم بسته می شود(جراح عمومی درا واسط عمل در اتاق عمل حاضر می شود
بدون دست شستن).دراتاق عمل 5لیتر نرمال سالین ورینگر و2واحد پکدسل تزریق شده بود(ساعت شروع اولین کیسه پکدسل ساعت
18:30 ثبت شده بود).عمل ساعت 20:50 تمام شده ومادر با علائم حیاتی : BP=145/90 HR=121 واکستوبه

ساعت21:35 بصورت هوشیار با علائم حیاتی BP=140/90 HR=103 O2Sat=99% به بخش ICU فرستاده می
شود.دراتاق عمل ساعت 20 برای مادر300 میلی گرم هیدروکورتیزون وریدی ویک عدد آمپول کلر فنیرامین عضلانی تزریق شده
بود.حجم برونده ادراری در اتاق عمل 250 سی سی ثبت شده است.مادر بعداز ورود به مانیتور وصل می شود.ریتم قلب NSR وگاهی
TSR بود.O2Sat=95% بدون اکسیژن بود.درابتدای ورود به بخش ICUبرونده ادراری 300 سی سی وهماچوریک وترشحات درن
کاملاً خونی و200 سی سی بودکه به دستور پزشک معالج هردو تخلیه می شودو 4 واحد FFP در خواست شده قبلی تزریق می
شود.نیم ساعت بعداز ورود به ICU (در ساعت 22)مادر دچار خونریزی شدید واژینال شده وتوسط متخصص زنان مقیم معاینه واژینال
می شود.3عدد میزوپروستول رکتال ویک عدد زیر زبانی گذاشته می شود.به پزشک معالج نیز اطلاع داده می شود.به علت شدید تر شدن
خونریزی وتاکیکاردی شدید HR=160 ساعت 22:20 انفوزیون80 واحد اکسی توسین (40 واحد داخل یک لیتر سرم رینگر و40
واحد دیگر داخل سرم 1/3،2/3)شروع می شود.در ساعت 23 به علت ادامه خونریزی و HR=180 یک عدد آمپول مترژین عضلانی
ویک عدد مترژین وریدی (بادستور متخصص بی هوشی به فاصله 10دقیقه از تزریق اول)تزریق می شود.

ساعت 22:15 چهارواحد پکدسل و 4 واحد FFP درخواست می شود. واحد سوم پکدسل ساعت 22:55 در ICU و واحد چهارم 23:05 شروع شده و ساعت 23:55 هردو تمام می شود. (متاسفانه پرونده در خیلی جا هامخدوش شده و زمان دقیق درخواستها و ترانسفوزیون مشخص نیست.) براساس یادداشت پرستار ICU میزان خونریزی در ICU حدود 3 لیتر برآورد شده بود. در ساعت 23:01 مادر تاکیکارد شده (HR=190) و به دستور متخصص بی هوشی 2 سی سی لیدوکائین تزریق می شود و یک دقیقه بعد 2 سی سی دیگر تزریق می شود. در ساعت 23:20 با دستور شفاهی متخصص بی هوشی یک سی سی فنتانیل تزریق می شود. پزشک معالج با استاد معین مشاوره کرده و مادر ساعت 23:55 به همراه متخصص زنان، ماما و تکنسین بی هوشی به بیمارستان ب اعزام می شود. قبل از اعزام مادر افت فشار پیدا کرده BP=70/30 با دستور متخصص بی هوشی انفوزیون لنوفد با دوز 15µl شروع می شود در مسیر اعزام یک واحد پکدسل و 4 واحد FFP تزریق شده و یک واحد پکدسل بعد از رسیدن به اورژانس ب تزریق شده بود.

آزمایشات بیمارستان الف : Hb=12.3 اولیه ساعت 18 PLT=137,000

علامه حیاتی قبل از اعزام : BP=90/50 PR=130 RR=19 O2Sat=98% و استنوپور GCS=12

مادر ساعت 00:45 هوشیار و با علامه حیاتی : BP=115/98 با لنوفد PR=189 RR=20 O2Sat=98% در اورژانس بیمارستان ب پذیرش و توسط اتند مقیم زنان ورزیدنت مقیم ICU ویزیت می شود. یادداشت رزیدنت بی هوشی: مادر ILL و خواب آلود است ملافه های زیر بیمار خونی می باشد. ادرار همچوریک و حدود 250 سی سی می باشد. ترشحات درن 500 سی سی و کاملاً خونی است. برای مادر ABG تهیه شده و یک گرم گلوکونات کلسیم تزریق می شود (به علت ترانسفوزیون ماسیو و K=5.5 و موج T بلند در نوار قلبی) جواب ABG: PH=7.36 CO2=17.3 HCO3=10 BE=-15.3. ترانسفوزیون یک واحد خون همراه مادر با دستور رزیدنت بی هوشی شروع شده و به علت اسیدوز 2 ویال بی کربنات نیز تزریق می شود. 2 ویال NaCl هیپرتون و 100 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق و لنوفد مجدداً شروع و درخواست رزرو 10 واحد FFP، 4 واحد پکد سل و 10 واحد پلاکت می شود (در اتاق عمل متوجه وجود لنوفد در یکی از سرمهای مادر می شوند).

یادداشت سرویس زنان : مادر هوشیار و ill است. سمع قلب تاکیکارد است در سمع ریه کراکل در قاعده ریه ها سمع می شود. ارتفاع رحم حدود 28-30 هفته می باشد. واژن با یک لنگاز پک شده است. محل انسزیون خشک می باشد.

با درخواست اتند مقیم زنان ساعت 1:08 مادر جهت بررسی به اتاق عمل منتقل شده و با سداسیون گاز موجود در واژن درآورده می شود. طبق یادداشت اتند زنان گاز کاملاً خونی بود. با درآوردن آن لخته های خونی فراوان (حدود 600-700 سی سی) از رحم خارج شد. رحم شل بود و داخل رحم نیز لخته های فراوان بود. بعد از تخلیه لخته ها ابتدا 2 عدد آمپول F2a و یک عدد مترژین و 40 واحد سنتو سینون تزریق شده و به علت ادامه خونریزی سوند بکری با 350 سی سی حجم گذاشته شد. بعد از تعبیه بالن بکری خونریزی کنترل شده و واژن با 2 عدد لونگاز پک شده و مادر پس از ریکآوری در اتاق عمل به ICU منتقل می شود. براساس دستور سرویس بی هوشی فقط FFP 2 گرم فیبرینوژن تزریق می شود. موقع ورود مادر به ICU (ساعت 2:25) مادر تنفس خود بخودی داشت و تب دار بود. علامه حیاتی :

O2Sat=98% بود.

BT=39

RR=22

HR=126

BP=128/81

مادر حدود 20 دقیقه بعد از ورود به ICU حین خونگیری دچار تائیکاردی سینوسی می شود. پزشک مقیم ICU ابتدا کاروتید را ماساژ داده و به علت عدم پاسخ دهی دستور می دهد 6 میلی گرم آدنوزین تزریق شود. HR تا حد 160 پائین آمده و مجدداً به بالای 200 می رسد. با آنند ICU آنکال تماس گرفته می شود و ایشان توصیه می کند برای مادر حجم داده شود و محصولات خونی با نسبت 1:1:1 تزریق گردد. و در صورت اطمینان از عدم خونریزی برای تصحیح تائیکاردی آمیودارون شروع شود. بعد از شروع آمیودارون بدلیل تغییر ناگهانی در شرایط بیمار و افت SBP (SBP=87) تزریق دارو Hold می شود. همزمان سرویس زنان بیمار را ویزیت و تصمیم به لاپاراتومی گرفته می شود. مادر ساعت 3:35 با پالس 200 و فشار خون BP=91/58 غیر هوشیار به OR منتقل شده و حین اینداکشن بی هوشی آسیستول شده و عملیات احیا شروع می شود. بدلیل ماساژ قلبی انتوباسیون میسر نشده و LMA تعبیه می شود. بعد از 15 دقیقه احیا، پالس بیمار برقرار شده و جراحی ادامه داده می شود. قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل با آنکال دوم زنان و آنند پریناتولوژی تماس گرفته شده و هر دو تاکید به لاپاراتومی می کنند. آنکال دوم زنان ساعت 4:10 بر بالین مادر حاضر می شود.

ساعت 3:40 با حضور آنند مقیم لاپاراتومی شروع شده و بعد از باز کردن شکم حدود 50-70 سی سی خون لخته وجود داشت. رحم بزرگ بود و 500 سی سی هماتوم در ناحیه ایلایک راست و 200 سی سی در سمت چپ وجود داشت که با توصیه مشاور جراحی با 20 عدد لنگاز پک می شود. با حضور آنند جراحی در اتاق عمل فیلد عمل بررسی شده 10 عدد لنگاز دیگر در لگن گذاشته می شود. در حین ترمیم جدار مادر دچار VT شده و ارست قلبی می کند. بعد از 30 دقیقه عملیات احیا پاسخ نداده فوت می کند. بعد از احیا اول برای مادر CVP Line تعبیه شده و 4 واحد FFP و 2 واحد پکدسل و 2 عدد ویال سدیم هیپرتون تزریق شده بود.

جواب سونوگرافی ساعت 2:42: مایع آزاد شکمی به مقدار متوسط تا فراوان در فضای موریسون مشاهده می شود.

جواب آزمایشات: ABG (3:43) PH=7.06 HCO3=10.2 PCO2=35.4 BE=-20.3

آزمایشات بیمارستان ب: WBC=10,100 Hb=5.3 PLT=46,000 Bil T=1.3 Urea=28 Cr=1.4

Ca=7.7 P=6.5 Na=139 K=4.3 SGOT=43 SGPT=8 LDH=905 Alb=2.3

PT=16.9 PTT=41 INR=1.6 Mg=1.9

مقام محترم رئیس دانشگاه و شرکت اکثر مدعوین در تاریخ 98/5/23 تشکیل و ابتدا پرونده متوفی س. قربانی بررسی گردید.

علت مرگ نامبرده شوک هموراژیک به علت خونریزی می باشد. در اتوپسی شواهدی از Extension برش سزارین در سمت چپ، خون سیال در حدود 500 سی سی، رنگ پریدگی طحال و کبد، هماتوم خلف صفاق، شواهد ARDS و ATN گزارش شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. دستور عدم انجام ماساژ رحمی کار غیر علمی می باشد.

2. از همان اول شروع مشکل، مادر در شوک هموراژیک کلاس III — IV بود و مادر باید سریع ارزیابی شده و احیا می شد.

3. در تمام مراحل Mismanagement هم از طرف سرویس زنان و هم سرویس بی هوشی صورت گرفته است (مادر بخوبی ارزیابی و درمان نشده است)
4. جراح عمومی حاضر در اتاق عمل بیمارستان الف باید مدیریت هماتوم و خونریزی رتروپریتون را شخصاً انجام می داد.
5. علایم حیاتی مادر موقع اعزام بسیار Unstable بود.
6. متخصص زنان بیمارستان ب می بایست از همان اول با اتند آنکال پیشکسوت واتند پریناتولوژی مشورت می کرد .
7. علت خونریزی در ICU بیمارستان الف، مشکل انعقادی به علت درمان نامناسب شوک بوده است.
8. علت افت فشار خون در بیمارستان الف آسیب عضله قلب به علت کاتکولامین ریلیزناشی از شوک هیپوولیک خوب درمان نشده بوده و استفاده از لنوفد برای افزایش پرونده قلبی روش مناسبی نبود .
9. وقتی پرونده مخدوش است از نظر قضایی مخفی کاری صورت گرفته و اعضای درگیر در پرونده محکوم می باشد.

مورد سی و دوم (ترومبوآمبولی ماسیوریه)

خانم 39 ساله ، G5P3Ab1، سابقه 3 بار سزارین ، 3/4 LMP=.. با پیروید های منظم .

بیمار در تاریخ 13/3/.. به علت تشدید خونریزی و درد شکم ساعت 11:20 به بیمارستان A مراجعه و با سطح تریاژ 2 جهت ویزیت به اورژانس داخلی ارجاع داده می شود. مادر از هیپرمنوره ، تهوع ، استفراغ ، سرگیجه و درد شکم در ناحیه RUQ با انتشار به ران شاکی بود

و در معاینه این ناحیه تندرست داشت. تب دار نبود. علایم حیاتی: BP=100/65 PR=75 RR=18

برای بیمار با تشخیص رنال کولیک، دستورات تعبیه لاین وریدی ، سرم نرمال سالین یک لیتر، آمپول آپوتل ، آمپول اندانسترون و پتیدین وریدی ، چک آزمایشات CBC, β.HCG, U/A و سونوگرافی رحم و ضامانم ، سونوگرافی کلیه ها و مجاری ادرار گذاشته می شود.

به علت گزارش توده هایپو اکو به ابعاد 35*47 میلی متر در کلدوساک خلفی مدیال به تخمدان راست و احتمال EP ، مادر بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده مشاوره جراحی و 2 واحد پکدسل کراس میج شده جهت تزریق خواسته می شود.

جواب آزمایشات : β.HCG=650 Hb=10.4 WBC=7100 PLT=221,000

برای مادر OGT و سوند فولی تعبیه می شود. مادر 200 سی سی ادرار روشن داشت.

بعد از ویزیت مشاور جراحی با سرویس زنان هماهنگ شده و مادر در حال دریافت واحد اول پکد سل ساعت 15:30 به بیمارستان B منتقل می شود. علایم حیاتی حین انتقال: BP=113/79 PR=64 RR=18 O2Sat=96% BT=37

مادر ساعت 15:55 وارد اورژانس بیمارستان B شده و با سطح تریاژ 1 به متخصص زنان ارجاع داده می شود. بعد از ویزیت متخصص زنان مادر با تشخیص EP با دستورات رزیدنت سال 3 : کنترل علایم حیاتی هر 4 ساعت و کنترل فشارخون هر 2 ساعت -رزرو 2 واحد

پکدسل ایزوگروپ - کنترل درد شکم ، تهوع ، استفراغ - کنترل خونریزی واژینال ، کنترل I/O ، چک BUN, CBC, LDH, LFT ، چک HHB, Cr، ویزیت هر 4 ساعت رزیدنت سال 2 و اطلاع به رزیدنت سال بالا به محض ورود به بخش در بخش جراحی بستری می شود

در ساعت 18:45 با نظر اتند بخش سونوگرافی TVS از نظر محل وسایز EP و وجود مایع در شکم ولگن با توصیه اینکه روی شکم فشار وارد نشود، درخواست می شود.

گزارش سونوگرافی: ضخامت اندومتر طبیعی و فاقد ساک حاملگی در داخل رحم می باشد و سونوگرافی قبلی را تائید می کند.

بدنبال گزارش سونوگرافی و تمایل مادر به TL مادر کاندید لاپاراتومی شده و ساعت 2 بامداد به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 2:05 با بی حسی اسپینال و برش LML شروع می شود. در داخل شکم حدود 250 سی سی لخته و 500 سی سی خون روشن و EP پاره شده به اندازه 5 سانتیمتر در لوله سمت چپ وجود داشت. سالیترکتومی راست و TL سمت چپ انجام می گیرد. بعد از شستشوی محل، شکم بسته شده و مادر ساعت 3:30 با فشارخون BP=113/60 PR=65 به ریکاوری منتقل و ساعت 4:15 تحویل بخش داده می شود. دستورات بخش: کنترل علایم حیاتی هر 15 دقیقه تا 2 ساعت، سپس هر 2 ساعت CBR- تا 6 ساعت با حرکت پاها در بستر، رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ، کنترل خونریزی - کنترل I/O - کنترل تهوع، استفراغ، سرم رینگر 2L/24h - آمپول هپارین 5000U/S.C/TDS شش ساعت بعد از عمل - آمپول سفازولین - آمپول پتیدین BID - آمپول پلازیل PRN - شیاف دیکلوفناک 100 میلی گرم هر 8 ساعت در صورت لزوم. (مادر 3 دوز هپارین دریافت کرده بود). آخرین ویزیت 17 ساعت بعد از عمل: مادر هوشیار است. شکم نرم و فاقد تندرنس و دیستانسیون می باشد. نبضهای اندامها سیمتริก می باشد.

علایم حیاتی ثبت شده: ساعت 14 BP=100/70 PR=88 RR=18

ساعت 18: BP=95/70 PR=80 RR=18

ساعت 22: BP=90/65 PR=88 RR=18

ساعت 2 (نصف شب): BP=95/60 PR=84 RR=18

مادر ساعت 3:35 بامداد بصورت ناگهانی دچار ارست قلبی شده و حدود 1.5 ساعت احیا می شود ولی پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات:

در اورژانس: β .HCG=700 Hb=10.6 Hct=31.7 Urea=22 Cr=0.9 SGOT=23

SGPT=10

بعد از ارست: Cr=1.3 Urea=14 P=8.5 Ca=8.2 K=3.4 SGOT=427 SGPT=315

ALP=308 LDH=1734 PT=14.5 PTT=47 INR=1.4 Alb=3.6 Mg=3

در ABG: PH=7.08 PCO2=28.5 HCO3=8.7 BE=- 21.5

علت مرگ براساس گزارش اتوپسی نارسایی تنفسی به علت ترومبوآمبولی ریه (Saddle) می باشد.