

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

مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت توسط ماما صورت گرفته و مرتب مراقبت شده بود. وزن گیری مادر در دوران بارداری نامناسب بوده وزیر صدک پنجم بود (از نظر اقتصادی در سطح پایین می باشند). مادر در هفته 39 حاملگی جهت کنترل بارداری به مرکز بهداشت مراجعه می کند. مامای مراقب بعد از سمع قلب به علت FHR=106 مادر را جهت انجام NST اورژانس به بیمارستان ارجاع می دهد. مادر ساعت 10:30 صبح به درمانگاه بیمارستان مراجعه می کند و NST اخذ می شود. ماما ی درمانگاه بعد از اخذ NST بدون اطلاع به پزشک مادر را مرخص می کند (NST ناقص برداشته شده بود و قابل قضاوت نبود). در پرونده درمانگاه، فشارخون مادر FHR=143 BP=100/70 و سن حاملگی 39 هفته قید شده و توصیه های لازم به مادر داده میشود؟ و پس خوراند به مرکز بهداشت داده نشده است (مادر اظهار می کند مامای درمانگاه توصیه کرده روزانه 3 ساعت پیاده روی داشته باشد و زعفران دم کرده مصرف کند). مادر 10 روز بعد به علت شروع دردهای زایمانی ساعت 13 به درمانگاه بیمارستان مراجعه می کند مادر توسط مامای درمانگاه معاینه می شود. FHR=143 BP=100/70 GA=40W, 3D TV: 2-3cm/30%/C//M و مادر کاهش حرکات جنین را رد می کرد. به مادر توصیه می شود به حامله سرا (واقع در بیمارستان) برود و ساعت 15 برای معاینه مجدد بیاید و توصیه می شود در صورت تشدید درد و بیابارگی کیسه آب و یا خونریزی زودتر مراجعه کند. مادر به همراه خواهرش به حامله سرا رفته و ساعت 15:20 برای معاینه مجدد به درمانگاه برمی گردد. در معاینه TV: 4-5cm/50%/C//I-3 FHR=124 بود و کنترکشن های فعال داشت. برای مادر پرونده تشکیل شده و مادر به همراه یکی از بستگان جهت بستری بصورت سرپایی به زایشگاه فرستاده می شود. مادر ساعت 15:50 وارد بخش زایمان شده بعد از تعویض لباسها ساعت 16:00 بر روی تخت دراز می کشد. و ساعت 16:05 به فتال مانیتور وصل می شود. در ساعت 16:05 از روی مانیتور FHR=123 ثبت شده است. ماما که برای برداشتن چسب جهت چسباندن پروب به استیشن می رود بعد از بازگشت متوجه افت ضربان قلب جنین تا حد FHR=105-110 می شود. برای مادر اکسیژن داده و به پهلوی چپ می خواباند ولی ضربان قلب جنین به 70-80 افت می کند. ساعت 16:15 با متخصص زنان که در اتاق عمل بود تماس می گیرد و ایشان توصیه می کنند برای مادر اکسیژن و پوزیشن Left Lateral و سرم داده و NST گرفته شود. ماما صدای قلب جنین را با سونیکیت امتحان می کند و صدای قلب جنین رانمی شنود و ضربان ثبت شده با نبض قلب مادر هماهنگی داشت. بلافاصله با متخصص زنان تماس می گیرد (ساعت 16:18) و متخصص با لباس اتاق عمل بر بالین مادر حاضر می شود. ساک جنینی زده می شود و مکنونیوم غلیظ خارج می شود. مادر توسط متخصص زنان و ماما با تخت بدون تعبیه رگ و سونداژ به اتاق عمل منتقل می شود و متخصص کودکان و تیم احیا نوزاد به اتاق عمل فراخوانده می شود. در اتاق عمل علایم حیاتی مادر HR=120 BP=110/70 بود. عمل با بیهوشی عمومی و برش LML ساعت 16:28 شروع شده و نوزاد پسر با آپگار صفرو بندناف دورگردن بدنیا می آید. طبق اظهار متخصص کودکان و زنان جفت و بندناف ترومبوزه بود و تمام پرده های جنینی و بندناف و جفت رنگ مکنونیوم گرفته بود ولی ماسره نبود، حجم مایع آمینوتیک نرمال ولی مکنونیومی غلیظ لجنی بود. عملیات احیا موثر نبود. طبق اظهار متخصص کودکان جنین آنومالی ظاهری و یا تغییرات خاص مانند هیدروپیس و یا ادم نداشت و وزن نرمال داشت. مادر بعد از اتمام عمل و ریکاوری به بخش منتقل شده و در تاریخ 94/10/5 با وضعیت خوب مرخص می شود.

Comment:

1. در هفته 39 بجای ارجاع مادر به متخصص زنان جهت بررسی و اقدام لازم، NST درخواست شده است.

2. بجای NST، نوار قلبی اخذ شده است که سلامت جنین با آن قابل قضاوت نیست و مادر بدون ویزیت متخصص زنان مرخص شده است.

خانم 2

متوفی خانمی است 19 ساله، ساکن روستای سیاری، BMI=22، G1P0، سابقه آپاندکتومی 2 سال پیش، سابقه چندبار اختلال هوشیاری و مصرف کاربامازپین تحت نظر متخصص نرولوژی از حدود 1 سال قبل (اطرافیان، تشنج مادر را بصورت اختلال هوشیاری همراه با فریاد زدن ذکر می کنند که بدون خروج کف از دهان بوده و چند دقیقه طول می کشیده است). مادر یکسال قبل از حاملگی بدنبال خوردن صبحانه برای اولین بار دچار اختلال هوشیاری شده و به بیمارستان مراجعه می کند. بعد از اقدامات اولیه به مرکز آموزشی اعزام می شود. در هنگام مراجعه به اورژانس علائم حیاتی نرمال بود. آریته ویبی قرار و تب 39 درجه داشت و هوشیاری کاهش یافته بود. در بررسیها لوکوسیتوز WBC=16,000 داشت. در مایع LP گلبول سفید نداشت و گلوکز و پروتئین نرمال بود. CT Scan مغز نرمال بود. بعد از ویزیت رزیدنت نرولوژی و عفونی با احتمال مسمویت دارویی به بیمارستان دیگر اعزام می شود. بیمار 3 روز در بیمارستان بستری بوده در طی بستری تب دار نبود. علائم حیاتی نرمال بود. تهوع و اسهال داشت. برای مادر رانیتیدین و پلازیل تجویز می شود و مشاوره روانپزشکی انجام می گیرد و مادر با متوکلوپرامید و رانیتیدین با توصیه مراجعه به درمانگاه مرخص می شود. در MRI مغز و MRV ضایعه فضاگیر، لخته و آنومالی عروقی وجود نداشت.

سایر آزمایشات: آزمایشات کبد و کلیه نرمال بود. CK=724 CPK=552 CPK-MB=24 کشت خون منفی بود

بعد از آن چند بار با شکایت تپش قلب به اورژانس مراجعه کرده و ایندرال و کلردیازپوکساید تجویز شده بود. مادر در دوران حاملگی 2-3 بار دچار حمله تشنجی شده و به بیمارستان برده می شود ولی به علت شلوعی اورژانس منصرف شده و به مطب متخصص مغز و اعصاب برده می شود و توسط ایشان **Calcicare, VitD3** و کاربامازپین تجویز می شود.

حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 15 توسط تیم سلامت شروع شده و 6 بار توسط ماما و 5 بار پزشک تیم مراقبت شده بود. مادر 5 بار به متخصص زنان و 4 بار متخصص مغز و اعصاب و یکبار متخصص داخلی ارجاع شده بود. توسط متخصص نرولوژی قرص کاربا مازپین شروع شده بود.

نامبرده در هفته 33 حاملگی به علت درد زایمانی به بیمارستان مراجعه کرده و به علت پره ترم لیبر و سابقه تشنج به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود. بعد از درخواست آزمایشات، سونوگرافی بیوفیزیکیال، مشاوره نرولوژی و تزریق 2 دوز بتامتازون به علت نداشتن مشکل خاص و نبود علائم زایمانی روز بعد با توصیه مراجعه به درمانگاه اعصاب مرخص می شود. یک روز بعد از ترخیص مادر با شکایت آبریزش ساعت 19 به بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. در موقع پذیرش علائم حیاتی: BP=120/80 PR=86 BT=37 FHR=145

بود. مادر هوشیار واریانته بود و درسمع قلب و ریه مشکل خاصی نداشت. در معاینه واژینال TV: 1F/N/C/Leak/-3 و GA=33-34W بود. مادر به علت آبریزش واضح در بخش زایمان بستری شده و منتظر پیشرفت زایمان می شوند. به علت نبود انقباضات موثر اینداکشن شروع می شود. برای مادر به علت سابقه تشنج مشاوره نرولوژی درخواست می شود. طبق یادداشت ایشان، مادر یافته عصبی پاتولوژیک نداشت و توصیه می شود با توجه به عدم کنترل مناسب بیماری و کاهش آستانه تشنج بادر، آمپول دیازپام بصورت Standby بالای سر مادر باشد و در صورتیکه تشنج ژنرالیزه بیشتر از 5 دقیقه باشد ویریدی تزریق شود. یک ساعت قبل از زایمان 1 گرم فنی تونین انفوزیون شود و کاربامازپین با دوز 400 میلی گرم روزانه بصورت 100-200 تجویز گردد و دوز دارو هر 3 روز 100 میلی گرم افزایش یابد (تا 600 میلی گرم). الکتروولیتها چک شود و تا حد ممکن از داروهای کاهنده

آستانه تشنج استفاده نشود. ساعت 14 روز بعد به علت افت طولانی در قلب جنین اینداکشن قطع می شود و برای مادر سرم ، اکسیژن و پوزیشن L.L داده می شود و 1 گرم فنی توئین داده می شود. در ساعت 15:30 بعد از تهیه NST اینداکشن با دوز نصف (30 قطره در دقیقه) شروع می گردد. در ساعت 22 به علت عدم پیشرفت زایمان با وجود انقباضات موثر مادر جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. در اتاق عمل فشار خون BP=110/60 بود. عمل با بیحسی اسپینال شروع شده و حاصل عمل نوزاد دختر پره ترم با وزن 2650 گرم و آپگار 9/10 بود که به بخش NICU منتقل می شود. مادر بعد از اتمام عمل به ریکاوری منتقل شده و با حال عمومی خوب به بخش منتقل می شود و 3 روز بعد از زایمان مرخص می شود. آزمایشات و علائم حیاتی مادر در طول بستری نرمال بود. مادر بعد از ترخیص جهت شیردهی نوزاد پره ترم خود در بیمارستان در اتاق مادران اقامت می کند. 7 روز بعد از زایمان حوالی ساعت 22 مادر در حین صحبت با تلفن همراه دچار تشنج می شود. توسط سایر مادران روی تخت خوابانده شده و به نرسینگ NICU اطلاع داده شده و بعد از اقدامات اولیه توسط متخصص کودکان و پرستاران بخش ، کداحیا زده می شود. تشنج مادر بصورت تونیک کلونیک بود و مادر دنبال آن دچار ارست قلبی تنفسی شده و ماساژ قلبی شروع می شود. طبق یادداشت متخصص بی هوشی : مادر در ابتدا نبض و تنفس نداشت و پس از چند دقیقه ماساژ قلبی نبض برگشت و مادر بابرانکار به ICU منتقل شد. پس از چند دقیقه نبض مجدداً لمس نشد. مادر به مانیتور وصل شد و در مانیتور ریتم قلب VF بود. D.C شوک داده شد و آدرنالین ، آمیودارون و بیکربنات تزریق شد. در ABG اسیدوز شدید داشت. مادر نتوبه شده بود.

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

در نوار قلبی QRS پهن داشت و ریتم قلب بین VF و VT متغیر بود با شک به PMVT سولفات منیزیوم 2 دوز (5 سی سی) تزریق شد. با وجود دریافت 1g (20mg/kg) فنوباریتال ، انفوزیون میدازولام با دوز 14mg/h و تزریق 1mg/kg پروپوفول تشنج ادامه داشت. به علت افت فشار خون دوز داروها قابل افزایش نبود. دستور تلفنی متخصص بی هوشی انفوزیون میدازولام قطع و 3-4 cc سدونال تزریق می شود. مادر توسط متخصص قلب مدیریت می شد و از متخصص داخلی ، نرولوژی و بی هوشی و زنان مشاوره گرفته شده بود. در اکو کاردیوگرافی علایمی به نفع PTE نداشت. ترشحات لوله تراشه خونی بود و در NGT ترشحات Coffee ground وجود داشت. مادر در ساعت 2:10 با ماداد دچار برادیکاردی شدید شده و توسط متخصص قلب CPR می شود.

در ساعت 2:30 با ماداد علایم حیاتی ثبت شده : BP=136/80 HR=130 O2Sat=90% (بیمار دوپامین دریافت می کرد).

مادر در ساعت 6:15 دچار VF شده و به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

توضیحات اعضای کمیته:

1. در بستری یکسال قبل بیمار، مشکل management وجود دارد و بیمار بدون بررسی کافی و با درمان علامتی رها شده است.
2. نوار مغزی ، MRI ، MRV و CT Scan مغزی نرمال رد کننده تشنج و صرع نیست همچنان که وجود آنومالی در مطالعات پاراکلینیکی تأیید کننده نیست.
3. مادر بعد از ترخیص با احتمال زیاد داروهایش را بصورت مرتب مصرف نکرده است.
4. تظاهر بالینی ، کاهش هوشیاری و فریاد زدن نشانگر تشنج تونیک می باشد.
5. در بیماران تشنجی که کاربامازپین و لاموتریزین مصرف می کنند مرگ ناگهانی و غیر منتظره (SUDEP) بیشتر دیده می شود و علت آن ناشناخته است.

6. مراقبت های پس از زایمان و آموزش عمومی و بالابردن دانش خانواده ها درخصوص مراقبت از خود یکی از راهکارهای کاهش مرگ

و میر مادران می باشد.

خاتم 3

متوفی خانمی است 30ساله ، ساکن روستا ، G_2P_1 ، $BMI = 23.6$ ، سابقه یکبارسزارین 5 سال پیش به علت فشارخون بالا، سابقه مصرف نامرتب لوژارتان به علت فشارخون بالا قبل از بارداری دوم (فشارخون درچندبارمراجعه درحد 130-140/80-90 بود 3سال قبل از حاملگی توسط فوق تخصص کاردیولوژی اکوکاردیوگرافی و تست ورزش شده و مشکل خاصی نداشته است. وسیله پیشگیری کاندوم بوده و حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری از هفته 6 درخانه بهداشت شروع شده و 7بار توسط بهورز ، 2بار توسط ماما و 2بار توسط پزشک مرکز بهداشتی مراقبت شده بود. دراولین مراقبت به علت سابقه مصرف لوژارتان و $BP=130/80$ به متخصص داخلی ارجاع شده ولی پس خوراندن داشت. مادر اظهار می کرد متخصص داخلی گفته نیازی به مصرف دارو نیست. آزمایشات اوایل حاملگی و هفته 28 نرمال بود. مادر به علت

سابقه سزارین در هفته 38 حاملگی جهت تعیین وقت عمل به مطب متخصص زنان مراجعه می کند و ایشان به علت بالا بودن فشار خون مادر ($BP=140/90$) برگ بستری فوری صادر می کند. مادر بلافاصله بستری شده و آماده عمل سزارین می شود. دستور حین بستری : سرم رینگر-کنترل فشارخون هر 4 ساعت-آزمایشات Hb-CBC-BG -آمیپول سفازولین-آمیپول هپارین 5000 واحد زیرجلدی. دربرگ پذیرش علت بستری فشارخون بالا ذکر شده ولی آزمایشات پره اکلایمپیسی درخواست نشده بود. (ساعت بستری 12:05) مادر بعد از اقدامات اولیه ساعت 14 به اتاق عمل منتقل می شود.

علائم حیاتی در اتاق عمل : $BP=145/90$ PR=80 RR=18 BT=37 عمل راس ساعت 14:30 با بی حسی

اسپینال شروع شده و حاصل زایمان پسر نوزاد ترم با وزن 2850 گرم و آپگار 9/10 بود. مادر ساعت 15:30 به ریکاوری منتقل شده و ساعت 17 به

بخش تحویل داده می شود. علائم حیاتی موقع تحویل : $BP=136/82$ HR=64 O2Sat=96% و خونریزی درحد P.P بود. درطول عمل

فشارخون در محدوده نرمال بود .

دستورات بعد از عمل : NPO تا 8 ساعت- CBR تا 8 ساعت- کنترل علائم حیاتی هر یک ساعت تا 2 ساعت سپس هر 4 ساعت- سرم رینگر +30

واحد سنتوسینون-آمیپول سفازولین 1g/q8h تا 3دوز سپس کپسول سفالکسین-آمیپول هپارین 5000U/TDS/S.C چهار ساعت بعد از عمل- مسکن

PRN-چک Hb فردا صبح. طبق اظهار خانواده مادر از روز دوم دچار درد ناحیه گردن (طرف چپ) شده که با مصرف مسکن و ژل موضعی بهبود

نداشته است ولی در پرونده اشاره ای به شکایت بیمار نشده و 6 مرتبه شیاف دیکلوفناک استفاده شده بود. مادر 42 ساعت بعد از عمل با دستور تلفنی

متخصص زنان مرخص می شود (متخصص زنان مادر را قبل از ترک بیمارستان ویزیت کرده بود). درطول بستری علائم حیاتی در محدوده نرمال

ثبت شده بود. مادر بعد از ترخیص همچنان از درد گردن شاکی بود. طبق اظهار خانواده، مادر عصر بعد از استحمام

ساعت 17 دچار درد ناگهانی در ناحیه اپی گاستر شده و بدنبال آن سردرد ، سرگیجه و تاری دید را ذکر می کرد. مادر را به مطب پزشک عمومی می

برند بر اساس اظهارات پزشک، مادر در منزل دویارچ دوغ مصرف کرده بود (طبق توصیه کادر بیمارستان) و باشکایت احساس خفگی و فشار در ناحیه گلو مراجعه کرده بود. فشار خون $BP=110/80$ بود و اریتم حلق داشت و چون مادر احساس خفگی را از روز قبل ذکر می کرد با تشخیص فارنژیت، آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم وریدی - آمپول کلرفنیرامین عضلانی، قرص لوراتادین و شربت دیفن هیدرامین جهت غرغره تجویز می کند. مادر بعد از اتمام درمان به منزل برمی گردد. بعد از بازگشت به منزل مادر بیحال بود و حالت درازکش را تحمل نمی کرد. حوالی ساعت 3 نصف شب مادر بدحال شده به اورژانس 115 اطلاع می دهند. هنگام رسیدن اورژانس مادر علایم حیاتی نداشت ضمن شروع عملیات احیا مادر به بیمارستان منتقل می شود ولی متأسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و 5 صبح فوت مادر اعلام می شود. در اتوپسی تامپوناد قلبی به علت پارگی آنوریسم شریان آنورت علت مرگ گزارش شده است.

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

توضیحات اعضای کمیته:

1. تغییرات هورمونی در حاملگی می تواند زمینه را برای ایجاد آنوریسم آنورت فراهم کند.
2. فشار خون مزمن هم زمینه ساز ایجاد آنوریسم آنورت می باشد و در بیمار هیپر تانسو دیسکشن آنوریسم آنورت بعد از هفته 36 کاتاستروفیک است و زنده ماندن بیمار نادر و در حد **Case Report** می باشد و در مورد این مادر به شکایت بیمار توجه کافی نشده و مشکل بیمار به موقع تشخیص داده نشده است.
3. احساس خفگی و برونکواسپاسم به علت تحریک عصب واگ در جدار ادوانتیس آنورت یکی از علایم دیسکشن آنورت می باشد و مادر بارداری که احساس خفگی و درد واضح گردن مخصوصاً یک طرفه داشته باشد می بایست مشاوره قلبی و یا داخلی شود.
4. بعد از بی حسی اسپینال بیمار تا 3 هفته ممکن است افت فشار خون داشته باشد و پاییین بودن فشار نمی تواند مسایل قلبی عروقی را رد کند.

خاتم 4

خاتم 42 ساله، اهل وساکن شهر، $G_5P_1Ab_3$ با سابقه سزارین و مصرف متورال و آلپرازولام به علت پرولاپس دریچه میترال به علت حاملگی 38 هفته و 4 روز به درمانگاه بیمارستان مراجعه و جهت سزارین الکتیو بستری می شود. مادر بعد از اقدامات روتین و گرفتن دوز پروفیلاکسی اندوکاردیت به اتاق عمل منتقل و ساعت 11:45 با بی حسی اسپینال و برش عرضی سزارین میشود. در طول عمل و ریکاوری مشکل خاصی نداشت. مادر بعد از عمل کارکرد شکمی نداشته و از درد شکم شاکی بود. در معاینه دیستانتیون شکم بدون ریباند و تندرنس وجود داشت. علایم حیاتی نرمال بود و تب دار نبود. روز دوم بستری با تجویز دونوبت شیاف بیزاکودیل و یک نوبت شیر منیزیوم یک مقدار دفع مدفوع داشته ولی دیستانتیون شکم زیاد شده و BS افزایش می یابد. ظهر با جراحی عمومی مشاوره تلفنی می شود و ایشان ذکر می کند الکترولیت های بیمار چک شود و NPO بماند. بعد از کنترل الکترولیت ها مجدداً با متخصص جراحی تلفنی صحبت می شود.

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

ایشان دستورات: سرم 2/1، 3/3 - سرم دکستروز $KCL+$ - تعبیه NGT و تزریق سولفات منیزیوم 50% به میزان 5 سی سی را توصیه می کند و ذکر می کند فعلاً عجله نکنید فردا صبح مادر را ویزیت خواهیم کرد. بعد از تعبیه NGT حدود 20 سی سی ترشحات خونی خارج می شود. برای مادر مشاوره

حضور جراحی عمومی نوشته شده و مادر ساعت 19:30 با آمبولانس جهت مشاوره به بیمارستان جنرال فرستاده می شود و ساعت 22:30

در اورژانس توسط رزیدنت طب اورژانس ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان : علائم حیاتی: BP=110/80 PR=89 RR=16

O2Sat=95% BT=37.2

مادر هوشیار و آریانته است. شکم دیستانت است ولی تندر نس و گاردینگ ندارد و دستورات : تعبیه لاین وریدی و سرم نرمال سالین یک لیتر در عرض 2 ساعت - چک آزمایشات روتین و انعقادی و آمیلاز - CXR و گرافی ایستاده و خوابیده شکم - VBG - ECG - تعبیه سوند فوی و ویزیت سرویس جراحی عمومی تجویز می کند. مادر ساعت 22:40 توسط رزیدنت جراحی عمومی ویزیت می شود.

یادداشت مشاور جراحی عمومی : شکم دیستانت و در معاینه نرم است. تندر نس و گاردینگ ندارد. کارکرد شکمی نرمال است. گرافی شکم نرمال است و مقداری مایع آزاد در داخل شکم وجود دارد که با عمل روز قبل قابل توجه است. لکوسیتوز و افت هموگلوبین وجود ندارد و برای بیمار سندروم Ogilvie (انسداد کاذب کولون) مطرح است. اختلالات الکترولیتی بر طرف شود و تحت نظر باشد. اقدام اورژانس جراحی نیاز ندارد و برای مادر دستورات نرمال سالین و آمپول رانیپیدین تجویز می گردد.

بیمار ساعت 1 بامداد مجدداً توسط سرویس اورژانس ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان : در معاینه شکم کاملاً دارای ریباند و تندر نس است و دیستانت می باشد. در گرافی نمای Small bowel obstruction و سطح مایع و هوای متعدد دارد. از طرفی بیمار اگرچه یک نوبت اجابت مزاج داشته ولی Gas passing ندارد و اتند اورژانس با اتند مقیم جراحی تلفنی صحبت می کند. مادر با توصیه اتند جراحی در بخش جراحی بستری می شود. مادر روز دوم بستری در بخش جراحی (ساعت 2 بامداد بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل و تحت لاپاراتومی قرار می گیرد. در شکم پریتونیت در زمینه پرفوراسیون خم کبوی کولون وجود داشت که همی کولکتومی راست و آناستوموز ایلیو کولیک انجام می شود و مادر بعد از 5 روز با حال عمومی خوب مرخص می شود. مادر یک روز پس از ترخیص با شکایت تنگی نفس به اورژانس مراجعه و با تشخیص احتمالی PTE در بخش ICU ریه بستری و با R/O آمبولی و بر طرف شدن مشکل بیمار مرخص می شود.

خاتم 5

خانم 21 ساله، ساکن شهر، دانشجو، خیلی چاق با BW=120kg ، G2P0 و در حاملگی اول قطب جنینی تشکیل نشده بود (حاملگی پوچ). سابقه طپش قلب و مصرف ایندرال بصورت نامرتب داشت (ریت قلب اغلب 110-120 بود و پدیر متوفی پیوند قلب شده بود). حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان بصورت مرتب انجام گرفته و مشکل خاصی در پرونده پزشکی نبود. مادر به علت درد های عضلانی و بی حالی به پزشک معالج مراجعه کرده و آنتی بیوتیک تجویز می شود (در همان ایام مادر متوفی به علت سرما خوردگی شدید یک هفته در بستر بود). 2 روز بعد بصورت بی هوش و فاقد علائم حیاتی ساعت 14:49 توسط اورژانس 115 به بیمارستان آورده می شود (ساعت اطلاع به اورژانس 115، 14:14 بود). (طبق اظهار اطرافیان، مادر یادداشت گذاشته بود که من شب نتوانستم بخوابم و صبح منوبیدار نکند و همسر بعد از برگشت از سرکار متوجه می شود مادر خوابیده و در اطراف دهانش ترشحات صورتی دارد و با صدا کردن بیدار نمیشود). موقع پذیرش در بیمارستان انتوبه بود و لاین وریدی داشت (توسط همکاران 115 انتوبه شده بود). علائم حیاتی نداشت بدن گرم و سیانوزه بود. مردمکها دابل میدیاز و بدون واکنش به نور بود. جنین فاقد قلب بود. همراه مادر سابقه علائم سرما خوردگی در 3-4 روز اخیر رمی داد. بلافاصله عملیات احیا شروع می شود. ولی کار ساز

نبود. در سونوگرافی بدساید که حین احیا انجام گرفته بود یک جنین بدون قلب حدود 27-28 هفته وجود داشت. به علت سابقه سرماخوردگی طبق دستورالعمل آنفلوانزا نمونه گلو گرفته شده و جسد به پزشکی قانونی تحویل داده می شود. نمونه گلو از نظر آنفلوانزای H1N1 مثبت بود. در اتوپسی اولیه مشکل خاصی وجود نداشت.

توضیحات اعضای جلسه :

- 1- با اینکه نمونه گلو از نظر H1N1 مثبت بوده با توجه به سیر بالینی علت مرگ آنفلوانزا نمی باشد.
- 2- با توجه به وزن بالا و سیر بالینی **Obstructive Sleep Apnea** یکی از تشخیصهای علت مرگ می تواند باشد.
- 3- با توجه به سابقه آریتمی و مصرف ایندرال و بیماری قلبی در پدر، **MI** ویا آریتمی های کشنده قلبی می تواند علت مرگ باشد.

خاتم 6

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

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مطب متخصص زنان شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. یکبار هم در مرکز بهداشت مراقبت شده و به علت بزرگی تیروئید آزمایش **TSH** درخواست شده ولی جوابش در پرونده نبود. مادر ساعت **21:10** با شکایت درد زایمانی و کاهش حرکات جنین و آبریزش به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند. در معاینه مادر علائم زایمانی ، خونریزی و آبریزش نداشت. تست نیتراژین منفی بود. علائم حیاتی :

BP=110/85 **PR=120** بود. برای مادر **NST** و پروفیل بیوفیزیکال درخواست می شود. **NST** راکتیو بود ولی پروفیل انجام

نمی دهد. مادر اصرار زیاد به بستری شدن داشت ولی به علت اینکه سن حاملگی **40** هفته و **5** روز بود بستری نکرده و ساعت **23** مرخص می شود. **2**

روزی بعد مجدداً (هفته **41** بارداری) با شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه و بستری می شود. در هنگام پذیرش (ساعت **12:16**): در معاینه

واژینال **TV:2-3cm/Ripe/C/II-3** بود. **NST** راکتیو بود و رحم کنتراکشن فعال داشت ولی خونریزی و آب ریزش نداشت. علائم حیاتی

: **BP=140/80** **PR=86(110)** **RR=17** **FHR=135** بود. مادر در لیبر تحت نظر گرفته می شود. در طول لیبر فشارخون

، ریت قلبی مادر و جنین نرمال ثبت شده است. در ساعت **17:40** به علت درد شدید برای مادر **50** میلی گرم پتیدین و **20** میلیگرم هیوسین تزریق شده

بود و ساعت **18:30** به علت بی قراری مادر همراه ایشان بر بالین مادر فرا خوانده شده بود (برای دادن آرامش). در ساعت **17**، **2** گرم آمپی

سیلین وریدی تزریق شده بود. ساعت **20** زایمان وارد فاز فعال شده و **00:12** علائم زایمانی کامل می شود. مادر با ویلچر به اتاق زایمان منتقل شده

و **00:15** زایمان توسط رزیدنت با اپی زیوتومی مدیولاترال صورت می گیرد. حاصل زایمان نوزاد دخترترم با آپگار **9/10** و وزن **3210** گرم بود. جفت

ساعت **00:25** خارج می شود. موقع خروج جفت رحم جمع بوده و خونریزی در حد **P.P** بود. **10** دقیقه بعد رحم آتونیک شده و خونریزی واژینال

شروع می شود. ماساژ رحمی توسط ماما شروع شده و توسط رزیدنت کوراژ انجام می گیرد و مقداری بقایای جفت و پرده های جفتی خارج می شود. به

علت ادامه خونریزی (حدود **1500** سی سی) ساعت **00:50** با ممداد به رزیدنت سال **2** اطلاع داده می شود. اکسیژن نازال وصل و رگ دوم با برانول سبز

گرفته می شود. ماساژ دودستی شروع و یک عدد پروستاگلاندین **F2α** تزریق می گردد. **5** عدد شیاف میزوپروستول نیز رکتال گذاشته می شود. موقع

حضور رزیدنت سال **2** (ساعت **1:05**): رحم کمی شل بود، **BP=90/60** **PR=110** بود. از رگ دوم **20** واحد سنتو سینون تزریق کرده و یک

عدد آمپول مترژین و **10** واحد سنتو سینون عضلانی تزریق می شود. مادر سونداژ شده و کنترل برونده ادراری گذاشته می شود. **2** واحد پکد سل رزرو

شده درخواست می شود. به رزیدنت ارشد اطلاع داده می شود. طبق یادداشت رزیدنت ارشد (**1:15**): رحم آتونیک می باشد و **BP=85/60** **PR=126**

50cc = حجم ادرار است. با تزریق دوز دوم پروستاگلاندین F2α و دودوز مترژین رحم جمع شده و خونریزی کنترل می شود. (دوز دوم

ساعت 1:30 و دوز سوم ساعت 2 Order شده بود). مادر هوشیار بود ولی از ساعت 1:15 بی قرار شده بود. سپس محل اپی ترمیم و مادر جهت مانیتورینگ به لیبر برده می شود. اولین واحد پکد سل درخواستی ساعت 2:10 آماده می شود ولی رگ خوبی برای تزریق سریع خون وجود نداشت. از پرسنل اتاق عمل و NICU جهت گرفتن رگ مناسب کمک خواسته می شود ولی موفق نمی شوند. مشاوره طب اورژانس و جراحی عمومی جهت کات داون و تعبیه کاتتر درخواست می شود. در ساعت 2:30 به علت افت فشار خون تا حد BP=65/50 از متخصص بی هوشی کمک خواسته می شود. طبق یادداشت ایشان (ساعت 2:40): مادر در وضعیت پره ارست ناشی از شوک هیپوولمیک می باشد. ملتحمه کاملاً Pale بوده و نبضهای محیطی لمس نمی شود. مادر توسط متخصص بی هوشی انتوبه می شود. در ساعت 2:57 با اتند آنکال زنان تماس می گیر ند و ایشان ساعت 3:13 بر بالین مادر حاضر می شود.

یادداشت اتند آنکال: مادر انتوبه بوده و توسط آمبویگ و نتیله می شود. نبضهای محیطی غیر قابل لمس و فشار غیر قابل اندازه گیری می باشد. HR=130 در مانیتور بود. مادر یک برانول سبز و یک برانول صورتی دارد که از برانول سبز خون Pushed می شود. از محل های تزریق خونریزی مداوم داشت که با پک کردن کنترل می شد. رحم سفت بوده و فاقد خونریزی واژینال بود. دستور می دهند یک واحد FFP تزریق شود. از اساتید دیگر زنان نیز کمک خواسته می شود. به دنبال تزریق خون مجدداً رحم آتونیک شده و خونریزی رحم شروع می شود. به علت عدم امکان جراحی در آن وضعیت سوند بکری داخل رحم گذاشته میشود. قبل از رسیدن رزیدنت جراحی، استاد معین زنان اقدام به کات داون از بالای قوزک پامی کند (ساعت 4:20) و 5 دقیقه بعد رزیدنت جراحی بر بالین مادر حاضر شده و اقدام به تعبیه کاتتر از ورید صافن دیستال از بالای مچ پای چپ می کند ولی به علت بروز V.T و شروع عملیات احیا موفق نمی شود و اقدام به اکسپلور و ریڈصافن در محل اینگوائینال چپ می کنند.

مادر ساعت 4:35 آسیستول شده و ساعت 5:15 فوت می کند. طبق یادداشت رزیدنت طب اورژانس مادر در 10 دقیقه آخر عملیات احیا دوپل میدریاز شده و پوست حالت موتیلینگ پیدا کرده بود. جسد مادر جهت اتوپسی به پزشکی قانونی ارجاع شده است. در مجموع یک لیتر نرمال سالین و یک لیتر رینگر، 4 واحد پکدسل و 3 واحد FFP بصورت Pushed ترانسفوزیون شده بود. پرونده ادراری حدود 150-180 سی سی در عرض 4 ساعت بود. گزارش پزشکی قانونی: علت اصلی مرگ شوک هموراژیک بوده ولی در نمونه های تهیه شده از ریه متوفی دبریهای مایع آمینوتیک وجود دارد که در صورت وجود علائم بالینی می تواند نشانه آمبولی مایع آمینوتیک باشد.

جواب آزمایشات:

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

توضیحات اعضای کمیته:

1. به اتند آنکال زنان دیر اطلاع داده شده است.

2. زمانیکه تزریق داخل وریدی مشکل باشد (به علت کلابه شدن عروق) تزریق داخل استخوانی بهترین جایگزین است.

3. درشوک هموراژیک دقیق اولیه خیلی حیاتی است و زمانیکه بیمار بی قرار و **Confused** شده و هیپوتانسیون رخ می دهد یعنی

شوک وارد مراحل پیشرفته شده و نجات دادن بیمار خیلی مشکل است.

خاتم 7

خاتم 30 ساله، ساکن روستای اصلی ، ، با سواد خواندن و نوشتن، **G3P2** ، سابقه یکبار سقط و یکبار زایمان واژینال و سابقه صرع و تحت درمان با کاربامازپین داشته و حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت بصورت مرتب انجام شده و در هفته 32 بارداری به علت شروع دردهای زایمانی در مرکز آموزشی بستری و زایمان طبیعی می کند و روز بعد بدون مشکل مرخص می شود. مادر بعد از ترخیص یکبار مراقبت شده و مشکلی نداشته است. مادر 20 روز بعد با شکایت تب و لرز، سرفه، سردرد و درد عضلانی به خانه بهداشت مراجعه کرده و توسط پزشک خانواده ویزیت شده و دارو تجویز می شود **BP=90/60** بود (در پرونده بهداشتی قید شده مادر به علت **III** بودن و سابقه صرع به متخصص ارجاع می شود). طبق اظهار همسر متوفی ، به متخصص مراجعه می کند ولی ایشان گفته نیازی به بستری نیست. مادر مجدداً 8 روز بعد به علت تنفس مشکل و بی حالی به پزشک خانه بهداشت مراجعه کرده و برای مادر قرص سرماخوردگی ، کوآموکسی کلاو و اکسپکتورانت و دکسترومتورفان تجویز می شود . 2 روز بعد ساعت **21:45** به علت تنگی نفس به اورژانس بیمارستان ریفرال آنفلوانزا آورده می شود . موقع پذیرش هوشیار بود ، درسمع قلب تاکیکارد بود و درسمع ریه کاهش صدا در ریه چپ داشت و کراکل در هر دو ریه سمع می شد. علایم حیاتی: **BP=90/60 PR=130 BT=38 RR=22 O2Sat=55%** بدون اکسیژن و با ماسک **O2Sat=75%** بود. مادر دربدو ورود به واحد **CPR** منتقل می شود ولی بعد از رویت **CXR** با شک به آنفلوانزا به اتاق ایزوله منتقل می شود.

در **CXR** کدورت شدید هر دو ریه و پلورال افیوژن ریه چپ وجود داشت. در آزمایشات: **WBC=16,700 PMN=72% Hb=10.5**

Hct=33.5 PLT=724,000 BUN=28 Cr=0.7 FBS=155 PT=14.9

PTT=25 INR=1.3 D.Dimer=0.6 CTNI=Neg بود. برای مادر نمونه گلو اخذ و داروهای

اوسلتامیویر، وانکومايسين، سفیپیم، سیپروفلوکساسین و انوکسپارین با شک به ترومبو آمبولی ریه شروع می شود. مادر در ساعت **23:30** دچار تشنج تونیک و کلونیک ژنرالیزه می شود. با دیازپام تشنج کنترل شده و مادر انتوبه می شود. مجدداً در ساعت **00:15** با مدام تشنج کرده و والپروات سدیم شروع می شود. مادر با شک به آنفلوانزا **H1N1** و عدم وجود تخت خالی ساعت **3:21** با مدام به بخش **ICU** ریه بیمارستان دیگر اعزام می شود. علایم

حیاتی قبل از اعزام: **BP=110/80 PR=130 O2Sat=97%**

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

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

هوشیاری در حد **Light Coma** بود . قلب درسمع تاکیکارد و فاقد سوفل و صدای اضافی بود. درسمع ریه کراکل فاین و رونکوس در هر دو ریه وجود داشت. مردمکها قرینه و راکتیو به نور بود. مادر بعد از ورود به ونتیلاتور با مد **SIMV** وصل شد. بعد از بستری برای مادر پروتکل آمیودارون شروع و سپس قطع می شود. در طول بستری علیرغم دریافت اکسیژن **100%** ساچورا سیون اکسیژن همچنان پایین می ماند. فشارخون بتدریج کاهش یافته و با وجود دریافت لنوفد افزایش نمی یابد. برونده ادراری خوب بود. مادر در ساعت **8:30** دچار برادیکاردی و سپس آسیستول می شود و به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات : WBC=5900 Hb=10.9 Hct=36.8 PLT=717,000 ESR(1h)=117
 CRP=2+ K=4.9 Na=141 PT=16.5 PTT=38 INR=1.48 FBS=98
 BUN=17 Cr=0.9 (6:23)ABG PH=7.04 PCO2=77 HCO3=20.8
 BE=-11 نمونه گلو از نظر آنفلوآنزای H1N1 منفی بود.

توضیحات اعضای جلسه :

- 1- در CXR پنوموتوراکس وجود داشته ولی مورد توجه واقع نشده است. علت افت شدید ساچوراسیون اکسیژن دریدو ورود به ICU بررسی نشده است.
- 2- رزیدنت کشیک می بایست رزیدنت ارشد و اتند آنکال را در جریان بیمار قرار می داد و هنگام ترک بخش؛ بیمار را به رزیدنت بعدی تحویل می داد.
- 3- پزشک خانواده در ارجاع به موقع مادر به بیمارستان ریفرال کوتاهی کرده است.
- 4- علت مرگ مادر یک پنومونی ویرال تنها و Pure نبوده بلکه ARDS کمپلیک می باشد.

علت مرگ پنومونی کمپلیک می باشد. **Complicated Pneumonia due to ---bacterial infection**
Tension Pneumothorax

خانم 8

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

مراقبت دوران بارداری توسط متخصص زنان بصورت مرتب انجام گرفته و مشکل خاصی نداشت. آزمایشات درخواستی نرمال بود. مادر در هفته 36 بارداری حوالی ساعت 15 دچار درد شکم شده و به همسر خود اطلاع می دهد بعد از مراجعه همسر به منزل ساعت 20:36 با 115 تماس می گیرند و همکاران 115 بعد از تعبیه یک لاین وریدی می خواهند مادر را به مرکز آموزشی ببرند ولی مادر قبول نکرده و شخصاً به بیمارستان دیگر مراجعه می کند (ساعت رسیدن اورژانس 115 ساعت 21:43 ثبت شده است). مادر در ساعت 21:30 توسط ماما درمانگاه ویزیت شده و برگ بستری نوشته می شود. علائم حیاتی توسط ماما BP=104/98 و FHR =101-120 اندازه گیری شده است. مادر ساعت 21:35 توسط متخصص زنان ویزیت می شود. در آن موقع مادر هوشیار و شدیداً Pale بود. تهوع و استفراغ داشت و از درد شدید شکم در ناحیه RUQ شکای بود. در معاینه و اژینال خونریزی نداشت و انقباضات رحمی داشت. علائم حیاتی BP=100/60 PR=80 FHR =140-180 بود.

و در معاینه و اژینال TV:2cm/Ripe/C//Mobil بود. مادر با دستورات NST ، کنترل علائم حیاتی و FHR ورزرو دو واحد خون در بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود. در هنگام اخذ NST متوجه برادیکاردی جنین شده و بعد از اقدامات اولیه با احتمال دکولمان جفت و یا پارگی محل اسکار قبلی رحم، مادر بلافاصله با برانکارد به اتاق عمل فرستاده می شود. عمل ساعت 21:58 با بی هوشی عمومی شروع شده و بعد از باز کردن پوست و پریتون در داخل حفره شکم مقداری خون وجود داشت. بعد از ساکشن خون ، محل اسکار قبلی رحم بررسی می شود که مشکلی وجود نداشت. رحم با برش روی سگمان تحتانی باز شده و نوزاد با آپگار پایین وزن 2850 گرم خارج می شود که بعد از احیا با آپگار 9/10 به NICU تحویل داده می

شود. بعداز خروج جفت ، رحم بدقت بررسی می شود پارگی نداشت. بعداز کوراژرحم بسته می شود. درضمن سوچور رحم متخصص زنان متوجه توده حجیم با قوام سفت شبیه کبد در ناودان پاراکولیک راست می شود که از لگن تا زیر کبد کشیده شده بود. بلافاصله متخصص زنان آنکال ، متخصص جراحی عمومی و یکی از متخصصین زنان با سابقه نیز جهت کمک به اتاق عمل فرا خوانده می شود و با یکی از اساتید زنان نیز مشاوره تلفنی می شود. ایشان توصیه می کنند هماتوم تا حد امکان پک شود و اگر امکان داشته باشد شرایین یوترین ولیگامان انفانادیبولوپلویک لیگاتور شود. رحم جمع بود و پایه هماتوم از بالا به پایین بود و در محل برش رحم خونریزی وجود نداشت درضمن معاینه پریتونن روی هماتوم پاره شده و خون روشن فراوانی تخلیه می شود (از ته هماتوم خون روشن فوران می کرد). چند لیگاتور دوپل در محل عروق خونریزی دهنده انجام می گیرد و با شک به خونریزی از شبکه پامپنیفرم چند سوچور محکم در محل خونریزی زده می شود و محل با 6 عدد لنگاز پک شده و انسزیون شکم بسته می شود. بعداز اتمام عمل با وجود ترانسفوزیون 10 واحد پکدسل ، 4 واحد FFP و پلاکت و سرم در طول عمل، فشارخون پایین مانده و اصلاح نمی شود. به علت افت شدید هموگلوبین در حد $Hb=5$ و دیستانسیون شکم با شک به پارگی آنورسم عروق بزرگ شکمی مشاوره جراحی و جراحی قلب و عروق شده و توسط ایشان سوچورها بازویک برش وسیع میدلاین شکم داده می شود (ساعت 2 بامداد) و یک متخصص بیهوشی باگرایش جراحی قلب و عروق به اتاق عمل دعوت می شود. طبق یادداشت جراح ، هماتوم وسیع بوده و موقعیت رتروپریتونن داشت و از محل هماتوم خونریزی و Oozing وجود داشت. به دلیل وسیع بودن و شکننده بودن هماتوم و فشارخون پایین ($BP=57-60/30-40$) و اسیدوز شدید متابولیک ، چند لنگاز دیگر در محل خونریزی گذاشته شده و شکم بسته می شود. عمل ساعت 3:15 بامداد تمام شده و مادر ساعت 3:30 جهت مراقبت به ICU منتقل می شود. موقع ورود به ICU مردمکها دوپل میدیاز بوده و با وجود ادامه ترانسفوزیون خون و دریافت دوپامین و اپی نفرین همودینامیک ناپایدار بود. چند دقیقه بعد دچار برادیکاردی شده و عملیات احیا انجام می گیرد ولی پاسخ نداده و ساعت 4 فوت مادر اعلام می شود.

درکل برای مادر 19 واحد پکدسل-10 واحد FFP-5 واحد کرایو- پلاکت 7- لیتر سرم نرمال سالین و 2.5 لیتر رینگر تزریق شده بود و پرونده ادراری 200 سی سی ولی روشن بود. اولین پکدسل ساعت 22:35 وصل شده بود.

آزمایشات:

		LFT=N	U/A=Normal	Hb=14.1	هفته 35 بارداری:
Urine Pro=2+	PLT=270,000	WBC=14,500	Hct=38.2	Hb=12.4	قبل از عمل:

جواب اتوپسی: آسیب عروق کف لگن

توضیحات اعضای کمیته:

1. بیمار در مراجعه کرده است و در زمان انتقال به اتاق عمل میزان هموگلوبین خیلی پایین بوده (در حدود $Hb=5$) و هموگلوبین گزارش شده در بدو پذیرش کاذب می باشد (به علت هیپوولمی و تغلیظ خون) که بعداز دریافت سرم و کریستالوئید اصلاح شده است.
2. در خونریزی های حاد میزان هموگلوبین شاخص خوبی برای تخمین میزان خونریزی نمی باشد.
3. مادر از نظر مامایی مشکلی نداشته و بیشتر مشکلات عروقی و یا تروما برای مادر مطرح است و برای هماتومهای رتروپریتونن کار زیادی نمی توان کرد (میزان مورتالیتته بالای 90% می باشد).

4. مادربا درد RUQ و بیسپار Pale مراجعه کرده و می بایست قبل از باز کردن شکم، مشاوره جراحی می شد و احیا

(reanimation) مادر مقدم بر نجات جنین می باشد.

5. علت عدم گسترش هماتوم شوک مادر بوده و بعد از تزریق سرم و دادن حجم و بالا رفتن فشارخون، خونریزی شروع شده است. با

توجه به فوران خون از کف هماتوم، خونریزی شریانی و با احتمال خیلی زیاد پارگی آنوریسم عروق شکمی مطرح می باشد.

خانم 9

خانم 42 ساله، ساکن شهر، BMI=23.5، G₂P₁. سابقه یکبار زایمان طبیعی 8 سال پیش و LBW، حاملگی خواسته بود.

مراقبت قبل از بارداری داشته و به علت هیپوتیروئیدی (TSH=35.5) از یکماه قبل از بارداری لو تیروکسین روزانه یک عدد توسط متخصص داخلی

تجویز شده بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 در مرکز بهداشت شروع شده و 8 بار توسط کاردان مامایی و 3 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک

مرکز مراقبت شده بود. فشارخون در محدوده نرمال بود ولی وزن گیری نوسان دار بود. مادر در ماه 4 بارداری مصرف لو تیروکسین را با نظر متخصص

داخلی قطع کرده ولی یکماه بعد به علت افزایش TSH با نصف قرص شروع می کند. آزمایشات: اوایل بارداری هفته 28 نرمال می باشد. مادر در

هفته 40 بارداری با شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه می کند. در هنگام پذیرش (ساعت 15): علائم حیاتی نرمال بود. در معاینه واژینال

TV:3cm/30%/C//I-3 بود. NST راکتیو بود و رحم کنتراکشن فعال داشت. مادر در لیبر تحت نظر گرفته می شود. در طول لیبر فشارخون، ریت قلبی

مادر و جنین نرمال ثبت شده است. در ساعت 22:30 علائم زایمانی کامل شده و مادر به تخت ژنیکولوژی منتقل می شود. در روی تخت FHR=100

بود. بعد از دادن اپی زیوتومی مادر بصورت ناگهانی دچار سیانوز و کاهش هوشیاری و بالاخره ارست تنفسی و قلبی؟ می شود (ساعت 22:45) برای مادر

اکسیژن نازال و سرم رینگر وصل کرده و ماساژ قلبی شروع می شود. با هماهنگی اتاق عمل و متخصص بی هوشی مادر جهت سزارین با برانکارد به اتاق

عمل منتقل می شود. با حضور متخصص بی هوشی مادر انتوبه شده و عمل ساعت 22:50 با بی هوشی عمومی و برش LML شروع می شود. در زمان

شروع عمل BP=60/Puls PR=170 بود. حاصل سزارین نوزاد شل با آپگار 5/7 بود که بعد از احیایه مراغه اعزام می شود. خونریزی

و هماتوم وجود نداشت. بعد از اتمام عمل و شروع تنفس خود بخودی (ساعت 24) مادر اکستوبه شده و توسط متخصص قلب و ویزیت می شود. مادر ساعت

00:25 با علائم BP=50/33 PR=175 O₂Sat=98% به بخش ICU جهت بررسی اکوکاردیوگرافی منتقل می شود. مادر در

ICU به ماتیور وصل شده و توسط پزشک ICU ویزیت می شود. بعد از انجام اکوکاردیوگرافی Bed Side برای مادر سرم تراپی شروع می

شود. در گزارش اکوکاردیوگرافی مشکل خاصی وجود نداشت. مادر در هنگام ورود به بخش ICU هوشیار بود و قادر به صحبت کردن بود. منگ بود ولی

دیسترس نداشت. به شدت Pale بود و خونریزی واژینال داشت. در کیسه ادرار 10 سی سی ادرار خونی وجود داشت. سونو بیمار تعویض می شود ولی

تغییری در پرونده ادرار نمی کند. برای مادر ماساژ دودستی رحم شروع و 3 واحد پکد سل و 5 واحد FFP ایزوگروپ و کراس مچ شده توسط متخصص

زنان درخواست می شود. 40 واحد سنتوسینون داخل یک لیتر سرم تجویز می گردد. به علت ادامه خونریزی 50 واحد دیگر سنتوسینون تجویز، 5 عدد

شیاف میزوپروستول رکتال گذاشته می شود ولی خونریزی قطع نمی شود (رحم حالت آتونیک داشت). 3 عدد آمپول مترژین نیز تزریق می شود (آمپول

پروستا گلاندین F₂α وجود نداشت). علیرغم انفوزیون 4 لیتر سرم پرونده ادراری ناچیز بود. برای مادر با احتیاط 5 میلیگرم لازیکس و ریدی درد نوبت

به فاصله 45 دقیقه تجویز می گردد. ولی تغییری در پرونده نداشت. ریه ها Clear بود. 200 میلیگرم هیدروکورتیزون تزریق می گردد. برای مادر

آزمایشات **ABG, CBC, PT, PTT, INR, Cr, BUN, K, Na** درخواست می شود. به علت کالیبره نبودن دستگاه آنالیز گازهای شریانی انجام نمی گیرد. در ساعت 1:15 مادر دچار افت هوشیاری و افت ساچوراسیون در حد 86% می شود. مادر بلافاصله توسط پزشک ICU انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می شود با وصل به ونتیلاتور ساچوراسیون به 95% افزایش می یابد. با آماده شده پکد سل ها یک واحد ICU ترانسفوزیون می شود و دو واحد دیگر به پرستار اتاق عمل تحویل داده می شود. متخصص قلب با استناد معین قلب مشورت می کند و ایشان ذکر می کند با توجه به شرایط بیمار جبران حجم و قطع خونریزی در اولویت می باشد و در صورت شک به آمبولی مایع آمینوتیک اکسیژن پرفشار تنها درمان در شرایط حاضر می باشد. در ساعت 1:30 به علت عدم افزایش فشارخون و ادامه خونریزی مادر جهت هیستریکتومی به اتاق عمل منتقل می شود. در زمان ورود به اتاق عمل مادر دچار ارست قلبی تنفسی می شود. طبق یادداشت متخصص بی هوشی مادر در زمان استقرار در روی تخت اتاق عمل فاقد پالس و فعالیت الکتریکی قلب بود و مردمکها دویل میدریاز و بدن واکنش به نور بودند. همزمان با عملیات احیا لاپاراتومی شروع می شود. شکم فاقد خون و هماتوم بود و از محل برش خون جاری نمی شد. مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و فوت می کند. شکم بدون انجام هیستریکتومی بسته شده و جسد به پزشکی قانونی منتقل می شود. علت مرگ بر اساس گزارش پزشکی قانونی آمبولی مایع آمینوتیک می باشد.

جواب آزمایشات:

	Hct=30.4	Hb=12.3	PLT=174,000	WBC=6,200	قبل از زایمان	
	Hct=26.4	Hb=8	PLT=200,000	WBC=19,000	بعد از زایمان	
Uric	Acid=6.3	BIL=0.26	SGPT=139	SGOT=145	Urea=22	Cr=1.3
	Na=145	K=4.2	BS=240	TG=287	Chol=132	

توضیحات اعضای کمیته:

1. زنانیکه هیپوتیروئیدی دارند و قصد بارداری دارند باید تا نرمال شدن TSH (TSH=2.4) حاملگی را به تاخیر بیندازند و در دوران حاملگی نیز TSH و هورمونهای تیروئیدی هر ماهه و قبل از زایمان و بعد از زایمان کنترل شود. کم کاری تیروئید سبب **Fetal Loss** و زایمان زودرس می شود. در مورد این مادر با توجه به اینکه 20 روز قبل از زایمان TSH=7.9 بود هیپوتیروئیدی نمی تواند در مرگ مادر نقش داشته باشد.
2. با توجه به پارتوگرام زایمان در مادر از نوع زایمان سریع بوده و احتمال آمبولی مایع آمینوتیک در این موارد بیشتر از نرمال می باشد
3. با توجه به ارست تنفسی مادر در روی تخت زایمان بهتر بود انتوباسیون نیز در اتاق زایمان انجام می شد.
4. با توجه به تشخیص آمبولی مایع آمینوتیک و احتمال حوادث بعدی اکستوباسیون مادر و انتقال به بخش ICU اشتباه بوده و بایستی مادر در اتاق عمل manage می شد.
5. خونریزی رحمی به علت هیپوکسی ناشی از ارست تنفسی و آمبولی مایع آمینوتیک (توکسیسیته مایع آمینوتیک) بوده و غیر قابل اجتناب بود.

خاتم 10

خانم 24 ساله، ساکن شهر، با سواد متوسطه، BMI=20، G1P0، کیس شناخته شده سیروز کبدی و کاندید پیوند کبد، تحت نظر فوق تخصص گوارش (ایشان تاکید کرده بود نباید حامله شود ولی مادر از روشهای کنتراسپشن مطمئن استفاده نمی کرد). مادر مراقبت پیش از بارداری نداشت و حاملگی خواسته بود (همسر متوفی از بیماری ایشان اطلاع نداشته است). نامبرده بدنبال اطلاع از بارداری به مرکز بهداشت مراجعه نموده و از آنجابه کلینیک تخصصی شهرستان ارجاع می شود. مادر چند روز بعد به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده و یک روز دربخش زنان تحت نظر گرفته می شود. بعد از انجام آزمایشات مرخص شده و به صورت سرپایی به کلینیک مادران پرخطر ارجاع می شود. مادر به درمانگاه پرخطر مراجعه و جهت ختم بارداری به پزشکی قانونی معرفی می شود. بعد از انجام مراحل قانونی در بیمارستان دانشگاهی بستری می شود. موقع بستری: در معاینه سمع قلب و ریه نرمال بود و در شکم آسیت وجود داشت (Shifting Dullness مثبت بود).

علامت حیاتی: BP=110/70 PR=88 RR=18 BT=37 بود.
 آزمایشات: PLT=61,000 Hb=9.4 PT=16.8 PTT=36 INR=1.6 Fib=202 Cr=0.7
 SGPT=36 SGOT=60 TSH=3.4 بود

درسونوگرافی چند سنگ در کیسه صفرا وجود داشت. ضخامت کیسه صفرا در حداکثر نرمال بود و کبد چروکیده بود. ارگاتومگالی نداشت. بعد از بستری 5 واحد پلاکت، 3 واحد FFP و 2 واحد پکدسل و یک عدد ویتامین K عضلانی تزریق و مشاوره بی هوشی و داخلی درخواست شده و بعد از تایید آنها مورخ 94/9/18 بنا به توصیه متخصص داخلی با تزریق 4 واحد پلاکت، 2 واحد FFP و یک واحد پکدسل و یک عدد آمپول ویتامین K با بی هوشی عمومی در ساعت 13:25 ختم بارداری داده می شود. سن بارداری در موقع ختم حدود 11 هفته بود. مادر بعد از ریکاوری با علامت حیاتی Stable به بخش ICU منتقل می شود. دستورات بخش ICU: رزرو 4 واحد پکدسل (3 واحد کراس مچ شده) - رزرو 10 واحد پلاکت - رزرو 10 واحد FFP - تعبیه سوند فولی و کنترل I/O - کنترل V/B و مشاوره داخلی روزانه.

در بخش ICU علامت حیاتی: BP=118/79 PR=75 O2Sat=97% بود و در نوار قلبی T invert وجود داشت.

روز دوم بعد از عمل: مادر هوشیار و علامت حیاتی Stable است. تب دار نیست و خونریزی فعال و اژینال ندارد.

دوروز بعد با نظر متخصص داخلی به بخش منتقل شده و روز بعد با نظر متخصص داخلی با داروهای اسپیرونولون 25 میلی گرم هر 12 ساعت، لازیکس 40 میلی گرم روزانه و پردنیزولون 25 میلی گرم هر 12 ساعت مرخص می شود. مادر 2 روز بعد از ترخیص در منزل فوت می کند و برگ فوت توسط پزشک عمومی یکی از مراکز نوشته می شود.

علت مرگ با احتمال زیاد اختلالات انعقادی در زمینه سیروز کبدی (ترومبوسینوسهای وریدی مغزی و یا شکمی) بوده است.

- پریتونیت باکتریال SBP در تشخیص افتراقی قرار دارد.

توضیحات اعضای جلسه:

1. در بیماران مزمن کبدی قبل از هر اقدام تهاجمی باید آندوسکوپی Screening برای بررسی گرید واریس مری انجام شود و در صورت

وجود واریس مری گرید III جهت جلوگیری از خونریزی قبل از هر اقدام باند لیگاسیون انجام شود.

خانم 11

خانم 32 ساله، ساکن شهر، دبیلیم، G1P0. سابقه 6 سال نازایی، سابقه افسردگی و مصرف فلوکستین، حاملگی خواسته بود.

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

TV:2-3cm/30%/Nc/r/-3 برای مادر NST و پروفیل بیوفیزیکیال درخواست می شود. NST به علت نبود ماتیوتورخالی انجام نمی گیرد و در سونوگرافی پرزنتاسیون بریج و اندکس مایع 6 بود و در اسکور پروفیل 8/8 بود. مادر به علت نبود تخت خالی در بخش زایمان، در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. مادر ساعت 13:30 به بخش زایمان منتقل شده و به علت پرزنتاسیون بریج، پره ترم لیبر و پیشرفت زایمان بعد از سونداژ و تهیه نمونه آزمایشات روتین بصورت اورژانسی جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. از ساعت 10:15 لغایت 13:30 فقط FHR کنترل شده بود. موقع انتقال به اتاق عمل: علائم حیاتی: BP=130/80 PR=80 RR=12 BT=37 بود و معاینات قلب و ریه نرمال ثبت شده بود. در معاینه واژینال 1-2-5cm/50-60%/TV داشت.

عمل راس ساعت 14:20 با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان نوزاد پره ترم با آپگار 9/10 بود. بعد از سوچور رحم و ترمیم پریتون احشایی رزیدنت متوجه خونریزی از محل میوم بزرگ می شود. در سونوگرافی میومهای متعدد کوچک گزارش شده بود. به رزیدنت چیف اطلاع می دهند و ایشان نیز به فلوی پریناتولوژی اطلاع می دهد. به علت عدم کنترل خونریزی با نظر فلوی محترم، میوم خونریزی دهنده را که قطر 4*5cm داشته و ساب سروزال و پدیدکوله بوده رکت می کند. ولی خونریزی قطع نمی شود دوباره با فلوی پریناتولوژی تماس می گیرند و ایشان به اتاق عمل آمده محل های خونریزی را سوچور می زند. به علت Oozing از محل سوچور پودر رسپاندر ریخته شده و عمل در ساعت 16:30 خاتمه داده می شود. در اواخر عمل (ساعت 16) به علت طولانی شدن عمل و برگشت حس بیمار، بی هوشی عمومی داده می شود. در انتهای عمل مادر دچار افت فشار خون (؟) و افت ساچوراسیون اکسیژن و PVC های مکرر می شود. فشارخونهای ثبت شده در چارت بی هوشی در همان زمان 100/80 بود. در ABG اسیدوز شدید داشت (PH=6.92 PCO2=71 PO2=99 HCO3=14.6 BE=-18 O2Sat=91%).

7 ویال بی کربنات تزریق می شود. اسیدوز تاحدودی اصلاح می شود به علت عدم توانایی در اکستوبه کردن مادر ساعت 18:15 مستقیماً از اتاق عمل به ICU منتقل می شود. در اتاق عمل 4 لیتر سرم رینگر تزریق شده بود و 800 سی سی ادرار داشت. موقع انتقال به ICU علائم حیاتی مادر Stable بود (BP=120/80 PR=90 و ریتم قلب سینوسی بود). برای مادر مشاوره داخلی درخواست شده و با نظر فلوی پریناتولوژی یک واحد پکدسل ترانسفوزیون می شود (بعد از اتمام عمل خونریزی واژینال در حد P.P بود). طبق یادداشت مشاور داخلی (ساعت 20:30): مادر انتوبه بوده و سدیت می باشد. BP=122/80 HR=102 و ABG: PH=7.26 PCO2=39 O2Sat=100% است. در سمع ریه ها کراکل نرم بصورت منتشر در هر دو ریه سمع می شود. در گرافی سینه سایز قلب نرمال و پرخونی و ادم دور ناف دوطرفه گزارش شده است که با بالین بیمار هم خوانی ندارد و دستورات تنظیم Setting و نیتلاتور روی فشار مثبت کنترل I/O - آمپول لازیکس 40mg Stat و سپس 40mg هر 12 ساعت. انفوزیون آمینواسید 125 میلی گرم در عرض یک ساعت (Alb=2.6) - چک آزمایشات BUN, Cr, CBC, Na, K - اکستوباسیون بیمار در صورت

Clear شدن ریه در سمع را توصیه می کند. برای مادر جهت اکو و بررسی وضعیت قلب، مشاوره قلب نیز درخواست می شود. مشاور قلب اکو بدساید انجام می دهد. یادداشت مشاور قلب: در سمع قلب سوفل III/VI سیستولی در LSB وجود دارد و برای مادر PTE مطرح می باشد. شرایطی که منجر به آمبولی شده احتمالاً بیماری قلبی بوده است و PPH در تشخیص افتراقی مطرح می باشد.

جواب اکو: **LVEF=50%** کاهش **RVEF** **RVP=95mmHg** **TRV=85mmHg** **Modrate TR** **RVE,RAE**
توصیه می شود: در صورت نداشتن کنتراندیکاسیون از نظر مامایی، هپارین فول دوز شروع شود (5000 واحد دوز اولیه و سپس انفوزیون **2mg/h** - (1000U/h) **PTT>60** - ننگه داشته شود. درخواست **D-Dimer** - انجام **CT** آنژیوگرافی در صورت **Stable** شدن مادر - انفوزیون لازیکس **2mg/h** - کنترل **Hb, I/O** - انتقال به **ICU** ریه و در صورت عدم انتقال تلاش برای اکستوبیه کردن مادر.

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

در شرح حال اخذ شده توسط اتند آنکال، همراهان اظهار می کنند مادر در 2 ماه اخیر تنگی نفس فعالیتی داشته و قادر به انجام کارهای منزل نبوده است و اغلب اوقات استراحت می کرده است. برای مادر مشاوره دوم قلب جهت انتقال به **CCU** درخواست می شود. رزیدنت مشاور قلب بعد از ویزیت مادر با نظر استاد آنکال پاسخ می دهد در حال حاضر با توجه به همودینامیک **Stable** فقط درمان آنتی کوآگولانت لازم است و به محض **Stable** شدن، **CT** آنژیوگرافی ریه انجام گیرد. جهت انتقال به **ICU** ریه مشاوره شود. در صورت رد شدن آمبولی ریه جهت بررسی **Severe PH** مجدداً ویزیت شود. برای مادر مشاوره ریه درخواست می شود. بعد از هماهنگی رزیدنت داخلی با **ICU** ریه، مادر ساعت **1:45** با ماداد با آمبولانس **115** و همراهی رزیدنت سال **1 و 2** زنان و رزیدنت بی هوشی بصورت انتوبیه و ونتیلیسیون با میکروونت به بیمارستان جنرال منتقل می شود.

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

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

مادر ساعت **2:45** به **ICU** ریه منتقل شده و به ونتیلاتور وصل می شود. موقع پذیرش در **ICU** ریه شدیداً بی قرار بود. دیسترس تنفسی و تعریق شدید داشت. در سمع ریه کراکل منتشر در هر دو ریه سمع می شد. به رزیدنت داخلی اطلاع می دهند و رزیدنت زنان بصورت ثابت بالای سر بیمار مستقر شده و هر نیم ساعت مادر را ویزیت می کند. رزیدنت داخلی، همان دستورات بیمارستان قبلی + سرم **h/s** + ویال **50% DW (BS=80)** را **order** میکند.

علامت حیاتی ثبت شده همواره در حد **BP=115-120/90** **PR=130-140** ثابت بود ولی ساچورا سیون اکسیژن گاهی به **94%** می رسیده است با **FIO2=60%**. مردمکها **Reactive** بودند. برونده ادراری نرمال بود. خونریزی و اژینال در حد **p.p** بود و شکم فاقد دیستانسیون و تندرینس بود.

مادر ساعت 7 با ماداد دچار برادیکاردی شده و ارست قلبی می کند. به رزیدنت داخلی و زنان اطلاع می دهند و عملیات احیا شروع می شود. با وجود ادامه عملیات تا حدود **45** دقیقه پاسخ نمی دهد. و مادر فوت می کند. جسد مادر جهت اتوپسی به پزشکی قانونی منتقل می شود.

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

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

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

INR=1.3 PTT=57 PT=14.5 Hct=49.1 Hb=15.7 WBC=31,400
 P=7.2 Urea=32 Cr=1.4 LDH=1144 ALP=325 SGPT=11 SGOT=46
 Mg=1.8 Na=147 K=5.2

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادرکیس پرخطر برای حاملگی بوده و اگر قبل از بارداری شناسایی می شد احتمالاً اجازه حاملگی داده نمی شد. میزان مرگ و میر در این افراد خیلی بالاست.
2. مادر به علت داشتن میومهای متعدد (هرچند کوچک) از اول باید توسط یک تیم جراحی باتجربه مدیریت می شد نه رزیدنت سال 2
3. مدیریت جراحی و بی هوشی مادر در اتاق عمل صحیح نبوده و این موضوع باعث تشدید بیماری زمینه ای مادر شده است (مادر در اتاق عمل دچار اسیدوز تنفسی شده و در این شرایط بیمار بلافاصله انتوبه شود و یا اگر قبلاً انتوبه شده هیپر ونتیله گردد. تجویز 7 واحد بی کربنات مشکل بیمار را زیاد کرده است)
4. خونریزی از پدیکول میوم به علت فشار بالای وریدی بوده و مقدار خونریزی به علت عدم مدیریت صحیح دقیق برآورد نشده است.
5. در ICU ریه، رزیدنت داخلی می بایست به فلوی ریه و اتند آنکال اطلاع می داد.
6. در آمبولی ریه $TRV < 50 \text{ mmHg}$ می باشد.
7. در پرونده بیمارستانی مادر مشکل مستند سازی وجود دارد (با وجود افت فشار و ساچوراسیون در حین بی هوشی (طبق شواهد) فشارخون های ثبت شده در محدوده نرمال بود)
8. اکستوباسیون زود هنگام مادر تصمیم اشتباهی بوده و نمی بایست برای آن تلاش می شد.

خاتم 12

خانم 25 ساله، لیسانس، BMI < 20، G₂P₁. سابقه سزارین 4 سال پیش و حاملگی ناخواسته بود.

مراقبت دوران بارداری بصورت منظم در مطب متخصص زنان صورت گرفته و پرونده بهداشتی ندارد. طبق اظهار خانواده از شروع ماه هشتم بارداری از درد شکم شاکی بود و در اواخر نیز ظاهر ایکتریک و پولی دیبسی داشت ولی FBS و GTT نرمال بود.

همسر متوفی در هفته 37-38 بارداری حوالی ساعت 16 با پزشک معالج تماس تلفنی گرفته و شروع دردهای زایمانی مادر را ذکر می کند و پزشک توصیه می کند به علت سابقه سزارین سریعاً به بیمارستان مراجعه کرده و بستری شود. مادر با تاخیر، ساعت 21 به بیمارستان مراجعه میکند. موقع مراجعه هوشیار بود. از درد شدید شکم در سمت راست شاکی بود. علائم حیاتی نرمال (BP=130/80 PR=78 FHR=144) بود و انقباضات رحمی فعال داشت. مادر توسط ماما ی بلوک زایمانی معاینه می شود. در معاینه واژینال: دیلاتاسیون و آفاسمان کامل بود. پرزنتاسیون سفالیک و ایستاسیون صفر بود. در معاینه ساک پاره شده و مایع روشن بود. مادر برای زایمان واژینال گذاشته می شود. سر جنین تا ایستاسیون +2 نزول می کند ولی با وجود دادن اپی زیاتومی زایمان پیشرفت نمی کند و حتی واکيوم نیز گذاشته می شود ولی مادر همکاری نمی کند (نمی خواست زایمان طبیعی

بکند) پزشکی با احتمال پارگی نافص رحم از محل اسکار قبلی، مادر را بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل کرده و عمل راس ساعت 21:30 با بی هوشی عمومی شروع می شود (علایم حیاتی قبل از شروع عمل BP=90/60 HR=110 بود). حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار پایین و وزن 3450 گرم بود که بعد از احیا به بخش منتقل می شود. در محل عمل چسبندگی وسیع داشت و مثانه ادماتو بود. برش محل عمل به سمت چپ اکستنشن داشت که سوچور زده می شود و خونریزی تا حد ممکن کنترل می شود (طبق اظهار کمک جراح 10 عدد لنگاز و 20 عدد گاز مصرف شده بود). شکم با گذاشتن درن بسته شده و عمل ساعت 23 پایان می یابد ولی مادر بیدار نمیشود. بنابراین در اتاق عمل با آمیو بگ و نتیله شده و 2 واحد پکد سل برای ترانسفوزیون درخواست می شود. اولین کیسه خون ساعت 23:30 وصل می شود. طبق اظهار متخصص بی هوشی بعد از اتمام عمل فشار خون پایین بود و مادر بشدت هیپوترم بود. تنفس بیمار نامنظم بود به همین علت با آمبوگ کمک تنفسی می شد، حتی از متخصصی بی هوشی دوم مشاوره گرفته شد. (متاسفانه مستندات حوادث اتاق عمل ناقص می باشد). برای مادر 3 لیتر سرم رینگر تزریق می شود ولی برونده ادراری 50 سی سی در عرض 5 ساعت بود. برای مادر تستهای انعقادی ویا ABG درخواست نشده بود و Hb=8.3 در ساعت 1:45 با مدام بود.

به علت عدم برگشت هوشیاری مادر و دیستانسیون شکم، ساعت 6 صبح با احتمال خونریزی داخل شکم، با تزریق کتامین مجدداً شکم بازمی شود. بعد از باز کردن سوچور ها داخل شکم در رتروپریتون خونابه و هماتومهای کوچک وجود داشت. روده ها بشدت ادماتو بودند و تعبیه NGT تاثیری در شدت تورم روده ها نداشت. بعد از تخلیه هماتوم و کنترل خونریزی کف لگن با دولنگاز پک شده و عمل هیستریکتومی انجام می گیرد. به علت پایین بودن فشار خون (BP=60-70) 6 واحد پکد سل درخواست و ترانسفوزیون می شود. مادر بعد از اتمام عمل همچنان در اتاق عمل مراقبت می شود. به علت ادامه ترشحات سروزی از درن و عدم افزایش فشار خون از متخصصین جراح عمومی مشاوره درخواست می شود. بعد از ویزیت مادر توسط دو جراح عمومی، تصمیم به لاپاروتومی تجسسی گرفته می شود. عمل سوم در ساعت 11:30 صبح توسط متخصص جراحی عمومی با برش مید لاین شروع می شود. در داخل شکم لخته و خون روشن وجود داشت و خونریزی بصورت Oozing از رتروپریتون و محل استمپ هیستریکتومی وجود داشت. پس از کنترل خونریزی و هموستاز با تعبیه دو درن ساعت 13 شکم بسته می شود و 2 واحد خون کامل، 5 واحد FFP و 2 واحد پلاکت تزریق می شود (PT=27 PTT=64 INR=3.7 PLT=111,000) بعد از اتمام عمل و تزریق خون و فرآورده، تنفس و رفلکسهای مادر برمی گردد ولی اولیگوری اصلاح نشده و با متخصص داخلی جهت انتقال بیمار به بخش ICU مشاوره می شود. بعد از ویزیت مشاور داخلی، به علت برگشت نسبی هوشیاری و Fight مادر، توسط متخصص بی هوشی اکستوبه می شود ولی تحمل نکرده و با تزریق 30 میکروگرم فنتانیل مجدداً انتوبه می شود و مستقیماً از اتاق عمل به بخش ICU منتقل می شود (مادر حدود 18 ساعت در اتاق عمل بود). موقع پذیرش در ICU (ساعت 16) مادر انتوبه و سدیت بود. مردمکها سیمتریک و راکتیو به نور بود. بدن سرد بوده و نبضهای محیطی ضعیف بود. قلب تاکیکارد بوده و همودینامیک ناپایدار بوده و فشار خون وابسته به انفوزیون لنوفد بود. BP=100/60 HR=130. در سمع ریه ویزینگ دوطرفه و کراکل کورس داشت. RR=32 O2Sat=98% و در ABG: (PH=7.05 PCO2=26 HCO3=7) بود. در ملتحمه سوب ایکتر داشت و در کیسه ادرار 500 سی سی ادرار وجود داشت (از اتاق عمل با این حجم تحویل گرفته شده بود). ادم اندامها راداشت. مادر بعد از پذیرش به ونتیلاتور بامد SIMV وصل می شود. ساعت 20 ترشحات NGT خونی شده و با دستور متخصص داخلی، معده با 2 لیتر سرم شستشو و یک عدد آمپول پنتوپرازول تزریق و سپس با دوز 8mg/h انفوزیون می شود. محل پانسمان به علت خیس شدن چند بار تعویض می گردد. Hb=9.3 WBC=1,700 PLT=32,000 Hct=26 بود. 10 واحد پلاکت و 2 واحد FFP درخواست می شود. به علت هیپوترمی مادر با چند عدد پتو پوشانده می شود. هوشیاری مادر

بتدریج بهتر شده و صبح روز بعد به حد (GCS=9) می رسد ولی همودینامیک همچنان ناپایدار بود و فشارخون وابسته به لنوفد بود و برونده کلیوی کم بود (150 سی سی در عرض 6 ساعت).

روز سوم بستری: مادر در فاز استنوپور است و همودینامیک همچنان ناپایدار می باشد $O_2Sat=96\%$ $HR=110$ $BP=80/40$. تاکی پنه و $BT=39.5$ دارد. برای مادر **CVP Line** تعبیه می شود. برونده ادراری ندارد و شکم دیستاتنه می باشد ولی گاردینگ ندارد. ترشحات درن سمت چپ خونابه و سمت راست از نظر ترکیب شیمیایی شبیه ادرار است. محل پانسمان به علت خیس شدن چند بار تعویض می شود و بر روی سینه و پروگزیمال اندامها پتشی و پورپورا وجود دارد. $PLT=20,000$ و $PT=19.8$ $INR=2.1$ بود. در **CXR** ادم ریه وجود دارد. یک زخم سوختگی در روی دست چپ به اندازه $10*10$ سانتیمتر که در اتاق عمل ایجاد شده مشاهده می شود. به علت بی قراری سدیت شده و دستور کشت خون و ادرار و آمپول وانکوماسین و سیپروفلوکساسین **Order** می گردد (قبلاً مترونیدازول و ایمی پنم دریافت می کرده است). عصر بتدریج دچار افت هوشیاری شده و حوالی ساعت 20 شب به فاز **Deep Coma** می رود. مردمکها دوبل میدریاز و بدون واکنش به نور می شود و ساچورا سیون اکسیژن با $FI_2=100\%$ به 88% می رسد. برای مادر مشاوره ریه و نرولوژی درخواست می شود. مشاوره ریه با توجه به سیر بالینی احتمال **ICH** و یا هیپوکسی شدید مغزی طی ساعات گذشته را مطرح می کند و توصیه می کند بیمار از نظر ریوی مراقبت شود و جهت برقراری ادرار 200 سی سی نرمال سالین به همراه 40-60 میلی گرم لازیکس هر 15 دقیقه انفوزیون شود و چند بار تکرار شود. لام خونی محیطی از نظر شیسیتوسیت بررسی گردد. طبق تجویز جراح عمومی 200 میلی گرم هیدروکورتیزون، 8 پاف اسپری سالبوتامول، اسپری آترونت و سروتاید و 8 میلی گرم دکزامتازون داده می شود. مشاور نرولوژی که در ساعت 20 مادر را ویزیت کرده بود طبق یادداشت ایشان مادر هیچ یک از علائم زیستی **CNS** را ندارد. مردمکها دوبل میدریاز و نان راکتیو می باشد و اقدام خاصی لازم نیست.

روز چهارم بستری: وضعیت همودینامیک همچنان ناپایدار بوده و وابسته به لنوفد می باشد. به علت تاکی کاردی با دادن فنتانیل جهت کاهش ریت قلب، دوپامین نیز شروع می شود. مردمکها دوبل میدریاز و بدون واکنش به نور می باشد. به تحریکات درد ناک پاسخ نمی دهد. ادم ژنرالیزه شدید دارد. در ساعت 9 با مدام مشاور نرولوژی درخواست می شود. طبق یادداشت مشاور: مادر در فاز **Deep Coma** قرار دارد. مردمکها دوبل میدریاز بوده و ریسپانس واضح به نور ندارد. ته چشم ادماتو بوده و حاکی از ادم ژنرالیزه است و توصیه می کند دکزامتازون، فنی تونین و رانیتیدین شروع شود و در صورت عدم پاسخ 2 بار به فاصله 6 ساعت **EEG** اخذ شود. حوالی ساعت 12 ظهر طی گزارش تلفنی از شبکه وجود مادر بدحال در بیمارستان به معاونت درمان گزارش می شود. تیم معاونت درمان بلافاصله در بیمارستان مذکور حاضر شده و با کسب رضایت از اطرافیان، مادر با آمبولانس مجهز 115 و میکروونت به بخش **ICU** ریه منتقل می شود. یکی از اساتید زنان با مدیر محترم گروه جراحی و اساتید بخش نرولوژی، ریه و نرولوژی جهت مدیریت درمان مادر هماهنگ شده و یک تیم فوق تخصصی تشکیل می شود. مادر توسط استاد مقیم نرولوژی ویزیت می شود. متأسفانه علائم فعالیت **CNS** وجود نداشت. در اکوپر تابل $EF=50\%$ بود و یافته ای به نفع **PTE** نداشت. به علت **Brain Death** بودن مادر، لاپاراتومی تجسسی منتفی شده و کار زیادی قابل انجام نبود. مادر روز دوم بستری در **ICU** ریه فوت کرد.

جواب آزمایشات:

آزمایشات قبل از عمل انجام نشده است.

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

Urea=40 Cr=1.7—2.2 CTNI=2 CKMB=140

گزارش پزشکی قانونی: تابلوی فوت DIC و علت مرگ نارسایی ارگانه‌های بدن ناشی از شوک هیپوولمیک تشخیص داده شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

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

خاتم 13

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

مراقبت پیش از بارداری داشته و یکسال قبل از بارداری به علت کلسترول و تری گلسیرید بالا ($TG=277$ $Chol=212$) به پزشک ارجاع شده بود ولی پس خوردن نداشت. مراقبت دوران بارداری از هفته 9 در خانه بهداشت شروع شده و 6 بار توسط بهورز ، 10 بار توسط ماما و 6 بار توسط پزشک مرکز بهداشتی مراقبت شده بود و 3 بار نیز به به متخصص زنان ارجاع شده بود. در پرونده بهداشتی فشارخون مادر در تمام مراقبتها نرمال قید شده بود ولی وزن گیری نوسان دار بود. در هفته 27 حاملگی توسط پزشک به علت ادم و افزایش وزن ناگهانی به بیمارستان ارجاع فوری شده بود ولی پس خوردن نداشت و پیگیری هم نشده بود (مادر مراجعه نکرده بود).

در آزمایشات اوایل حاملگی و هفته 27 غیر از پیوری مشکل دیگری نداشت و پزشک مرکز کپسول سفالکسین تجویز کرده بود. در سونوگرافی معیارهای رشد چهارگانه نرمال بود. آخرین مراقبت (7 روز قبل از فوت) توسط ماما در خانه بهداشت انجام شده بود. $BP=100/70$ بود. برای مادر U/A درخواست می شود و توصیه می شود با جواب آزمایش به پزشک مراجعه کند. طبق اظهار اطرافیان ، متوفی در چند ماه اخیر از خستگی زودرس شاکی بود و از حدود یک هفته قبل سوزش سردل و درد سینه با انتشار به بازوی چپ را ذکر می کرد. مادر در هفته 32 حاملگی شب ساعت 23:15 هنگام صرف شام بدنبال بلند شدن بصورت ناگهانی دچار ارست شده و بی هوش می شود. مادر را با وسیله شخصی به بیمارستان می برند و در اورژانس پزشک اعلام می کند مادر خیلی وقت است که تمام کرده است.

در اتوپسی 500 سی سی مایع شفاف در پریکارد و هیپرتروفی بطن چپ وجود داشت. علت مرگ کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک و آریتمی قلبی گزارش شده است.

تشخیص علت مرگ : آریتمی خطرناک در زمینه کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک (HMD)

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

خانم 14

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

مراقبت پیش از بارداری داشته و در پرونده سلامت یکبار فشارخون 160/80 ثبت شده و به همین علت به متخصص داخلی ارجاع شده بود و ایشان کنترل های مرتب را توصیه کرده بود. فشارخون توسط ایشان BP=110/70 اندازه گیری شده بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 7 حاملگی در خانه بهداشت شروع شده و 9 بار توسط بهورز، 14 بار توسط ماما و 5 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. مادر در هفته 21 حاملگی به علت طپش قلب و تنگی نفس به متخصص قلب ارجاع شده و توسط طب اورژانس ویزیت شده بود دربرگ پس خوراند $O_2Sat=98\%$, NSR و بدون علائم PTE ثبت شده بود. چندین بار به علت ضعف و بی حالی شدید و تهوع و استفراغ به متخصص زنان و داخلی ارجاع شده و فشارخون گاهی بالا ، درحد BP=130-125/85-90 ثبت شده است (پدر خانواده افسرده و معتاد می باشد). تستهای کبدی، تیروئیدی ، کلیوی ، قند و CBC نرمال بود. متخصص زنان در هفته 24 حاملگی به علت بی حالی شدید و علائم گوارشی (اسهال) دستور بستری داده بود ولی مادر قبول نکرده بود.

و در هفته 37 نیز به علت اظهار آبریزش ارجاع فوری به بیمارستانهای دانشگاهی شده بود ولی مراجعه نکرده بود (مادر همکاری خوبی نداشت). 5 روز بعد مجدداً به علت ضعف و بی حالی شدید توصیه به بستری می شود ولی قبول نمی کند. یک هفته بعد در (هفته 39 حاملگی) با شروع دردهای زایمانی با برگ ارجاع بهداشت به بیمارستان مراجعه کرده و بستری می شود. موقع پذیرش (ساعت 13:30) : مادر هوشیار بود. علائم حیاتی نرمال بود و درسمع قلب و ریه مشکل خاصی نداشت.

در معاینه واژینال TV:2cm/30%/C//Mobil بود. مادر با دستورات NST ، کنترل علائم حیاتی و FHR و رزرو دو واحد خون در بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود و 8:20 بامداد روز بعد زایمان طبیعی می کند. جفت 8:25 خارج می شود. حاصل زایمان نوزاد پسر با آبیگار 9/10 و وزن 3200 گرم بود. بعد از خروج جفت، رحم کوراژ شده و تحت نظر گرفته می شود. در ساعت 10 در هنگام تعویض لباس مادر، ماما متوجه خونریزی، رنگ پریدگی و بیحالی مادر شده و به متخصص زنان اطلاع می دهد. علائم حیاتی مادر : BP=90/60 PR=80 بود. با کمک کادربی هوشی و بخش اطفال برای مادر 3 رگ بزرگ گرفته شده و سرم تراپی شروع می شود. سوند فولی تعبیه می شود و پرونده ادراری 30 سی سی بود. متخصص زنان ساعت 10:45 بر بالین مادر حاضر می شود. یادداشت متخصص زنان : در معاینه خونریزی رحمی در حد دفع لخته بوده و رحم آتون می باشد. طبق دستور ایشان مادر جهت بررسی محل خونریزی به اتاق عمل منتقل می شود و 2 واحد خون با کراس مچ صحرائی درخواست می گردد. (10:50) در معاینه سرویکس پارگی نداشت و رحم شل بود. ضمن ماساژ دستبستی رحم یک عدد مترژین عضلانی ، یک عدد آمپول ویتامین K ، 110 واحد اکسی توسین تزریق و 5 عدد میزوپروستول رکتال گذاشته شده و به متخصص زنان مشاور و متخصص بی هوشی اطلاع داده می شود. مادر در زمان انتقال به اتاق عمل هوشیار واریانته بود و صحبت می کرد ولی شدیداً رنگ پریده و توکسیک بود. مادر در بدو ورود به اتاق عمل به مانیاتور وصل شده و علائم حیاتی

O2Sat=95% و پرونده ادراری حدود 100 و خونی بود. سوند ادراری تعویض شده و 120 میلیگرم BP=87/46 HR=135

لازیکس در 6 دوز تزریق می شود. با قطع ماساژ دودستی خونریزی رحمی ادامه داشته و از محل برانولها خونریزی وجود داشت. با حضور متخصص زنان مشاوره عدد آمپول پروستاگلاندین F2α تزریق و تستهای انعقادی و FFP درخواست می شود.

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

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

4 واحد پکدسل (245 واحد) کراس مچ صحرائی بوده) و 4 واحد FFP ترانسفوزیون شده (شروع ساعت 11:45) و به علت ادامه خونریزی با استاد معین تماس گرفته می شود. با توصیه ایشان در ساعت 13 تصمیم به هیستریکتومی گرفته می شود. در زمان شروع عمل (ساعت 13:10) خونریزی از محلهای تزریق قطع شده بود و علائم حیاتی: BP=99/60 HR=135 O2Sat=97% بود. عمل با بی هوشی عمومی شروع شده و در طی

عمل بعد از خارج کردن رحم ساعت 13:35 مادر دچار VT شده و ارست قلبی تنفسی می کند. ضمن احیای مادر توسط متخصص بی هوشی و طب اورژانس عمل ادامه می یابد و بعد از 4 دقیقه مادر به عملیات احیا پاسخ داده، ریتم قلب سینوسی می شود. بعد از بستن پریتونن با توصیه متخصص بی هوشی جلد وزیر جلد باز گذاشته شده و محل پانسمان فشاری می شود. عمل ساعت 14:45 خاتمه یافته و مادر انتوبه جهت ادامه مراقبت به یک اتاق خالی منتقل می شود. در حین عمل تزریق خون و FFP ادامه داشته است. بعد از احیا فشارخون وابسته به دوپامین شده و مردمکها دوبل میدریاز می شود. در ABG, VBG های مکرر اسیدوز متابولیک ادامه داشت و با شک به نارسایی کلیه، هیدراتاسیون انجام می گیرد ولی اسیدوز برطرف نمی شود. مقدار ادرار از ابتدای شروع خونریزی (ساعت 10 صبح) تا ساعت 16:45 1500cc که اغلب خونی بود. برای مادر جهت بررسی احتمال آمبولی ماسیو و یا تامپود (وابستگی فشارخون به دوپامین) مشاوره قلب درخواست می شود.

ساعت 16: علائم حیاتی Stable است و تنفسهای خودبخودی دارد. به تحریکات دردناک پاسخ می دهد و جریان ادرار برقرار است. با توجه به پلاکت 51000، 12 واحد پلاکت درخواست می شود. مشاوره قلب مادر را ویزیت کرده و توصیه می کند هیدراتاسیون با 3 لیتر نرمال سالین و 5 واحد پکدسل انجام گیرد (بانظر پزشک معالج) - با بالا رفتن فشارخون، سرم دوپامین Tapper شود و اسیدوز بیمار برطرف گردد. دراکو علائمی به نفع ترومبو آمبولی وجود نداشت. ABG ساعت 12: PH=7.17 PCO2=27 HCO3=9.6 O2Sat=97% مادر ساعت 16:30 مجدداً ارست کرده و از لوله تراشه، NGT و سوند فولی خونریزی واضح داشت. تزریق پلاکت و پکدسل و ffp تاثیری نکرده و مادر ساعت 18:15 فوت می کند. در مجموع 7 واحد پکدسل - 5 واحد FFP و 5 واحد پلاکت تزریق شده بود.

جواب آزمایشات:

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

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

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

BIL=2.2

توضیحات اعضای کمیته:

1. پارتنو گراف صحیح ترسیم نشده و روند زایمان باید بصورت دقیق بر روی نمودار نشان داده شود.

2. کوراژ بدون اندیکاسیون کار اشتباه می باشد در صورت اطمینان از خروج کامل جفت نباید رحم کوراژ شود.
3. زمانیکه بیمار آتونیک به اقدامات اولیه پاسخ نمی دهد باید سریعاً جهت هیستریکتومی اقدام شود و در مورد این بیمار هم در تشخیص خونریزی توسط ماما و هم اقدام به هیستریکتومی توسط متخصص زنان تاخیر وجود داشته است.
4. دوز پروستاگلاندین $F2\alpha$ در خونریزی ناشی از آتونی رحمی تا 8 دوز می باشد و به علت کمبود دارو در فارماکوپه کشور در اغلب بیمارستانها این مقدار دارو وجود ندارد.
5. در بیماریکه در شوک هیپو ولیمیک می باشد تزریق لازیکس برای برقراری ادرار کار صحیح نمی باشد و باید حجم کافی داده شود. گزارش پزشکی قانونی: تمام یافته های کالبد گشایی به نفع DIC می باشد و علت مرگ DIC ناشی از شوک هیپوولیمیک می باشد.

خانم 15

خانم 43 ساله ، ساکن روستای سیاری ، BMI=29 ، $G_4P_1A_0$. سابقه دوبار سقط و یکبار IUDF در ماه هشتم حاملگی ، سابقه هیپرتانسیون مزمن و مصرف آنتولول ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از از بارداری داشته و به علت دوبار سقط و یکبار IUDF انوکسپارین تجویز شده بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری توسط تیم سلامت و بخش خصوصی (متخصص زنان) انجام شده و مرتب مراقبت شده بود. در اولین مراقبت فشارخون BP=160/100 داشته و توسط متخصص زنان متیل دوپا تجویز شده بود. با وجود مصرف مرتب دارو (250mg/q12h) فشارخون در اغلب مراقبتها بالا بوده (140-145/80-85) و هر بار به متخصص زنان ارجاع شده بود. ولی فشارخون های یادداشت شده در برگه پس خوراند نرمال بود. مادر در هفته 20 بارداری به درمانگاه حاملگی پرخطر ارجاع شده و از آنجا به بیمارستان قلب ارجاع شده بود. مادر بعد از مراجعه به اورژانس مرکز قلب نوار قلبی و پالس اکسی متری اخذ و یک عدد قرص متیل دوپا داده می شود. BP=150/90 بود. بعد از 15 دقیقه با معرفی به درمانگاه مادران پرخطر مرخص می شود. در نوار قلبی PAC و PVC داشت.

آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود و فقط عفونت ادراری گزارش شده بود. طبق اظهار اطرافیان مادر در هفته 22 حاملگی در حین صرف شام ساعت 22 شب بطور ناگهانی با کشیدن آه بلند بی هوش می شود. قبل از آن سردرد و درد سینه نداشته و فقط دلشوره داشت. ساعت 22:10 به اورژانس 115 اطلاع می دهند و مادر را با ماشین همسایه به طرف شهر می برند. در وسط مسیر اورژانس 115 مادر را تحویل می گیرد (22:21) در زمان تحویل مادر علائم حیاتی نداشت ، مردمکها دوپل میدیاز بودند. ولی بدن گرم بود بلافاصله عملیات احیا شروع شده و ولاین و ریدی تعبیه می شود. مادر ساعت 22:45 به بیمارستان تحویل داده می شود و عملیات احیا تا ساعت 23:30 ادامه می یابد ولی پاسخ نداده فوت می کند. جسد به پزشکی قانونی تحویل داده می شود.

در اتوپسی انسداد شدید عروق کرونری راست و چپ گزارش شده است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر علائم ایسکمی نداشته و این گمراه کننده بود.

2. در مراقبت پیش از بارداری و دوران بارداری به علت فشارخون مزمن و سابقه IUDF در ماه 8 بارداری و سن بالا باید به متخصص

قلب ارجاع می شد.

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

خانم 16

متوفی خانمی است 18 ساله ، G_1P_0 ، بدون سابقه بیماری و حاملگی خواسته . مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری شروع شده است و مرتب مراقبت شده بود . آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بود . در هفته 22 حاملگی به علت پیلوفریس در بیمارستان بستری شده بود . آخرین مراقبت در هفته 28 حاملگی انجام شده بود و فشارخون درج شده $BP=120/60$ بود .

متوفی در هفته 31-32 حاملگی ساعت 23:30 به علت شروع دردهای زایمانی به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه و به علت پره ترم لیبر باتریق آمپول بتامتازون ، آمپول آمپی سیلین و سولفات منیزیوم با هماهنگی به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود . موقع اعزام : $BP=100/60$ ، $PR=80$ ، $RR=20$ ، $BT=37^{\circ}C$ بود .

بیمار ساعت 2:10 صبح پذیرش می شود . موقع پذیرش : بی حال بود . سمع قلب و ریه نرمال بود . سردرد داشت ولی سایر علائم severity نداشت . $BP=140/70$ و در کنترل بعدی $BP=170/110$ ، $FHR=120$ ، $PR=86$ بود .

در معاینه و ژینال : دیلاتاسیون 2Finger ، $EFF=40\%$ ، ساک سالم و رحم فاقد انقباض فعال بود . برای بیمار یک دوز هیدرالازین وریدی تزریق می گردد . در آنالیز ادرار : پروتئین اوری +2 ، $WBC=10-12$ و کست گلوومرولار گزارش شده بود . به علت عدم کنترل فشار خون هر 15 دقیقه یک دوز هیدرالازین وریدی تزریق می شود . در ساعت 4:00 am به علت عدم شروع انقباضات فعال و برادیکاردی جنین درمانی تورینگ و NST نان راکتیو بیمار بصورت اورژانس جهت C/S به اتاق عمل برده می شود . ساعت شروع عمل 4:35 و اتمام عمل 5:35 و نوع بی حسی ، اسپینال بود . در حین عمل فشار خون همچنان بالا بود ($BP=170-180/90-110$) . حاصل زایمان ، نوزاد پسر پره ترم (31-32 هفته) و IUGR با بیماری قلبی با آپگار 4/8 در حال دفع مکنیوم و مایع آمنیوتیک ، مکنیومی رقیق و در حداقل نرمال بود . بیمار ساعت 6:00 به بخش تحویل داده می شود .

دستورات بعد از عمل : کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه تا 2 ساعت - کنترل فشار خون ، V/B ، I/O ، ست احیا بالای سر بیمار باشد ، 10 واحد اکسی توسین هر 12 ساعت عضلانی تزریق گردد ، ادامه سولفات منیزیوم ، هپارین 5000 واحد هر 12 ساعت و درخواست آزمایشات کبدی . ساعت 8 صبح : علائم حیاتی stable ، ادرار هماچوریک 100 سی سی

ساعت 11 صبح : بیمار بیقرار است احساس تشنگی دارد . علائم severity ندارد . در سمع ریه ها مختصری کاهش صدا در قاعده ریه ها دارد . سمع قلب نرمال ، $BP=160/100$ ، $PR=80$ ، $Hb=11.1$ ، $RR=16$ ، $Plat=60000$ ، پرونده ادراری در حد 30 سی سی در ساعت است . ادرار هماچوریک می باشد .

دستورات : آمپول هیدرالازین state - 20 میلیگرم آمپول لازیکس state - وضعیت نیم نشسته - اکسیژن - مشاوره داخلی - ABG - تست روزانه آنزیم های کبدی ، محدودیت پروتئین ، تزریق 10 واحد پلاکت ، کنترل مرتب فشارخون و در صورت $BP>140/90$ قرص متیل دوپا داده شود . در ساعت 13 برای بیمار درخواست پذیرش در ICU شده و 13:45 منتقل می شود .

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

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

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

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

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

ساعت 6:15 روز بعد (25 ساعت بعد از سزارین) بطور ناگهانی دچار افت ساچوراسیون ($O_2Sat=70\%$) و کاهش سطح هوشیاری می شود. در ABG اسیدوز تنفسی شدید داشت و در سمع ریه ها کراکلهای خشن در قاعده ریه ها سمع می شد. با تشخیص ادم ریه 40 میلی گرم لازیکس در چهار دوز (مجموعاً 160 میلیگرم) و مورفین تزریق می گردد.

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

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

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

ساعت 15: بیمار در کوما عمیق است ، رفلکس ساقه مغز ندارد. کیسه ادرار خالی است (پرونده ادراری ندارد) . برای بیمار دویوتامین شروع می شود. (با کنترل CVP).

روز سوم بستری کلیه ها شروع به کار می کنند و بتدریج اوره و کراتینین به حد طبیعی برمیگردند ولی بیمار تا 69 روز در بخش ICU در حالت مرگ مغزی مانده و با ارست قلبی فوت می کند.

خانم 17

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

آخرین مراقبت در هفته 36 بارداری و 4 روز قبل از فوت در مرکز بهداشتی درمانی انجام شده و مادر به دلیل پروتئینوری +1 به متخصص زنان ارجاع شده بود . مادر در 2 هفته آخر بارداری ادم پا داشته است و در روزهای آخر ادم در مچ دستها هم دیده می شد.

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

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

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

عصر همان روز ساعت 5 با جواب اکو به مطب متخصص زنان (پزشک مراقبت کننده) مراجعه می نماید و ایشان مادر را به بیمارستان ب ارجاع می دهند . بلافاصله مادر را به بیمارستان می رسانند . موقع پذیرش در اورژانس مرکز ب (ساعت 17:45) : مادر هوشیار و اوریناته بود ولی تنگی نفس داشت. در معاینه ریه ها **Clear** بودند و در سمع قلب سوفل سیستولیک III/VI در کانون آئورت سمع می شد. فاقد علایم زایمانی و **Severity** بود. اختلاف سایز دواندام تحتانی در حد یک سانتی متر بود. (مادر وجود هرگونه علامت را انکار می کرد)

علایم حیاتی : $BP=90/60-135/85$ $PR=88$ $RR=32$ $SPO2=94\%$ $FHR=120-100$
 $GA=36$ $BT=36.5^\circ$

برای مادر **NST** انجام می دهند. به علت افت قلب جنین به 100 در حین انجام **NST** مادر در بخش زایمان بستری می گردد (ساعت 18:40) با دستورات : فتال مانیتورینگ- اکسیژن نازال - کنترل علایم حیاتی و سونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت جنین و جفت- درخواست آزمایشات - درخواست **NST** , **ECG** , **ABG** - درخواست مشاوره داخلی و قلب . در **NST** ، **beat to beat variation** نرمال بود.

در ساعت 20 اتند مقیم که برای معاینه مادر به بخش تشریف می آورد متوجه برادیکاردی جنین (تا حد $FHR=60$) شده و دستور سزارین اورژانس و ختم حاملگی می دهد. (همزمان با پذیرش بیمار ، خانم باردار دیگر دچار آتونی رحمی شده و جهت هیستریکتومی به اتاق عمل منتقل شده بود).

مشاور داخلی توصیه به شروع آنتی بیوتیک پروفیلاکسی اندوکاردیت می دهند ولی به علت سابقه حساسیت مادر به پنی سیلین تزریق نمی شود. مادر بلافاصله به اتاق عمل منتقل و عمل راس ساعت 20:15 با بی هوشی عمومی و برش **LML** شروع شده و حاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم با آپگار 1-0 بود که چند دقیقه بعد فوت می کند. مایع آمینوتیک خونی بود. به هنگام برش جدار شکم مقداری مایع شفاف خارج می شود. در برش رحم سمت راست خونریزی فعال داشت که با سوچور کنترل می شود. جفت دکولمان 70-80% داشت طول بند ناف طبیعی بود. بعد از هموستاز رحم بسته می شود. در حین فشار دادن رحم، خونریزی متوسط وجود داشت. در حین بستن جدار شکم مادر دچار افت فشار ($BP=54/32$) و افت ضربان قلب در حد ($PR=50-60$)

(می شود. عملیات احیا با کمک رزیدن قلب و رزیدنت ارشد زنان و بی هوشی شروع می شود (رزیدنت قلب از اول شروع عمل بر بالین مادر حضور داشت). سونودفولی تعبیه می شود ولی ادراری خارج نمی گردد. به اتند مقیم زنان اطلاع می دهند و ایشان بلافاصله در اتاق عمل حاضر می شود. مادر به عملیات احیا پاسخ می دهد و ریتم قلب سینوسی می گردد ولی شکم بشدت دیستانت بود. برای مادر **Tap** شکم می کنند. ولی مایع خارج نمی شود .

NGT گذاشته می شود و محتوی آن مواد غذایی بود (دیستانتسیون شکم کاهش نمی یابد) برای مادر سونوگرافی **Bed Side** انجام می شود. تجمع غیر طبیعی ویا هماتوم در شکم وجود نداشت ولی پلورال افیوژن ماسیو داشت. برای مادر خونگیری جهت انجام آزمایشات **CBC** و تستهای انعقادی انجام می گیرد. از محل ورود سوزن ها و واژن خون جاری بود (علایم **DIC**). برای مادر دو واحد **FFP** و یک واحد **PC** با احتیاط تزریق می گردد (دراکوی

Bed Side حجم داخل قلب کم بود با $EF=35-40\%$ و سایز $IVC=1cm$ بود. تستهای کبدی و انعقادی مختل بود.

جواب آزمایشات (ساعت 20):

LDH=583

SGPT=92

SGOT=68

Uric Acid=7.6

Hb=12.8

Fibrinogen=303

INR=1.1

PTT=39

PT=12.6

PLT= 165,000

Cr=1

Urea=40

Urine Proteins=2+

مادر تا ساعت 24 همچنان آنوریک می ماند و ساعت 24 با همراهی رزیدنت زنان و رزیدنت قلب و اتند بی هوشی جهت **CCU Care** به بیمارستان ج منتقل می شود. مادر ساعت 00:30 بامداد به اورژانس مرکز ج می رسد در حالیکه فاقد علائم حیاتی بوده و ریت قلب VT بود و خونریزی شدید واژینال و ترشحات خونی در لوله تراشه و NGT داشت. عملیات احیاء تا ساعت 1:00 بامداد ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد. علائم حیاتی قبل از اعزام:

PR=140

BP=88/67

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

توضیحات اعضای محترم جلسه :

- حاملگی برای مادر کنتراندیکه بود.
- مادر و خانواده به علت مسایل فرهنگی وجود هرگونه بیماری و مشکل را انکار می کردند .
- پزشک تیم سلامت (مراقب) و متخصص زنان باید در زمان مراقبت (قبل از بارداری و دوره بارداری) مادر را بصورت کامل معاینه و بررسی می کردند.
- متخصص قلب بعد از اکوکاردیوگرافی باید بلافاصله مادر را به بیمارستان قلب اعزام می کرد.
- از لحظه ورود مادر به اورژانس بیمارستان ب ، باید بصورت جدی مراقبت می شد.

خاتمه 18

متوفی خانمی است 30 ساله ، اهل وساکن روستای سیاری ، باسواد پنجم ابتدایی و دامدار، G_2P_1 ، سابقه سزارین 3 سال قبل. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری نداشته ، در هفته 37 بارداری طبق LMP توسط پزشک و مامای تیم سلامت ویزیت می گردد و طبق یادداشت ایشان مشکلی نداشت . ماما برای تعیین سن دقیق حاملگی و وضعیت عمومی آزمایش و سونوگرافی درخواست می کند و تاکید می کند به علت سابقه سزارین باید در بیمارستان زایمان کند. ولی مادر جهت انجام آزمایشات مراجعه نمی کند.

متوفی در حدود 10-15 روز قبل از زایمان به علت کتک کاری دچار خونریزی شده بود ولی به پزشک مراجعه نکرده بود.

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

علت فوت : خونریزی زایمانی به علت چسبندگی جفت و احتمالاً پارگی رحم

متوفی خانمی است 24 ساله ، ساکن شهر، $G_{2P_1} Ab_0$ ، زایمان اول چهار سال پیش و به روش NVD بوده است. از دوران کودکی عفونت گوش میانی (COM) داشت. روش پیشگیری IUD بوده و به علت تمایل به حاملگی درآورده شده بود. حاملگی خواسته بود مراقبت دوران بارداری از هفته ششم بارداری در مرکز شروع شده بصورت مرتب مراقبت شده است و دوباره پزشک مرکز ارجاع شده (یکی 19 روز قبل از زایمان به علت کاهش وزن ارجاع شده و ایشان آموزش تغذیه صحیح را داده بود و یکبار نیز در روز قبل از زایمان که از سستی و کمرختی هر چهار اندام شاکمی بود ارجاع شده و قرص کلسیم تجویز شده بود (!!!). در هفته 23 حاملگی در سونوگرافی کلیه ها، هیدرونفروز و هیدروویوتر پروگزیمال حالب راست گزارش شده بود که بیشتر از حد فیزیولوژیک بود وزیر نظر متخصص ارولوژی بود. تمام فشارخون های اندازه گیری شده در محدوده نرمال بودند.

متوفی در هفته 36 حاملگی با شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه و زایمان طبیعی انجام می دهد. حاصل زایمان نوزاد پره ترم آغشته به مکونیم غلیظ با آپگار 5-6/10 و وزن 1800 گرم بود. بنابر یادداشت مامای عامل زایمان مقدار مایع آمنیوتیک بسیار کم بود در حالیکه قبلاً آپریزش نداشت و ساک حاملگی حین زایمان پاره شده بود؟! مادر 12 ساعت بعد از زایمان با علایم stable مرخص می شود. بعد از مرخص شدن از بیمارستان سردرد داشته که بتدریج افزایش یافته وضعف، تهوع و استفراغ نیز به تابلوی بیماری اضافه می شود. بیمار با این شکایت به کلینیک ارتش (بیمه ارتش می باشند) مراجعه و فقط استامینوفن و پلازیل تجویز می گردد. با ظهور تاری دید و کاهش هوشیاری (یکبار در منزل دچار falling شده بود) 10 روز

بعد از زایمان به اورژانس بیمارستان جنرال مراجعه می کند. موقع پذیرش : BP=110/70 PR=76 BT=36.5°C RR=15

هوشیاری در حد لتارژی، کف پای دوپل فلکسور، علایم تحریک مننژ بصورت خفیف داشت. برای بیمار سی تی اسکن مغز درخواست می شود. جواب اسکن: ادم پارانشیم مغزی + منطقه هیپودنس در تمپورال چپ بود. بیمار جهت R/O ترومبوز سینوسهای وریدی مغزی در بخش داخلی بستری می شوند. دستورات حین بستری : NPO, RBR, آمپول هپارین فول دوز (4000 واحد هر چهار ساعت)، آمپول پلازیل، سفتریاکسون 2 گرم هر 12 ساعت، آمپول دگزامتازون 8 mg هر 8 ساعت، پتیدین PRN، درخواست آزمایشات بود.

عصر روز بستری در بخش حرکات غیر ارادی و اسپاسم داشته که توسط پزشک اورژانس ویزیت شده و آمپول فنی تونین mg/bid elevation سر به میزان 45 درجه تجویز شده بود.

روز دوم بستری: تب دار است (BT=37.5°C)، دچار حرکات تشنجی شده و کف پای دوپل اکستانسور می شود. جهت انجام MRI ویاسی تی اسکن با کنتراست با بیمارستانهای سطح 3 صحبت می کنند ولی موفق به اخذ پذیرش نمی شوند. ستاد هدایت هم از بیمارستان زنان پذیرش گرفته بود. منتها به علت اینکه مشکل بیمار مربوط به CNS بود نه زنان، بیمار اعزام نمی شود. برای بیمار باتشخیص افتراقی آنسفالیت هرپسی آمپول آسیکلوویر 500 میلیگرم هر 8 ساعت شروع می شود.

روز سوم بستری: حال عمومی خوب، لتارژیک، بابنسکی سمت راست مثبت و علایم تحریک مننژ دارد. برای بیمار LP انجام می دهند که آنالیز مایع CSF به شرح ذیل می باشد:

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

شب بیمار چندین بار دچار تشنج تونیک کلونیک می شود. ساعت 6 صبح روز چهارم بستری برای بیمار دستورات آمپول دیازپام 10 میلیگرم ، state افزایش دوز فنی تونین ، فنوباریتال 1گرم در 200cc انفوزیون در عرض 20 دقیقه و سپس 200 میلیگرم روزانه عضلانی ، انتقال به ICU ، در صورت عدم کنترل تشنج ، انفوزیون میدازولام تا 3 میلیگرم در ساعت داده می شود. تشنج با میدازولام کنترل می شود. ساعت 30 : 9 صبح به علت تنفسهای نامنظم انتوبه و به ونتیلاتور وصل می گردد. بیمار همچنان دچار پلی اوری می شود (U/O=5500cc در مقابل دریافت 2200cc مایع) و هوشیاری کاهش 4-5 = GCS می شود . رفلکس مردمکها نسبت به نور بتدریج از بین می رود ولی اندازه آنها نرمال بود. برای بیمار مترونیدازول 500 میلیگرم هر 8 ساعت وریدی شروع می شود و به علت کنترل حملات تشنجی میدازولام Tapper می شود.

روز پنجم بستری: بیمار تاکیکاردی شده HR=147 تب نیز افزایش می یابد و دمای بدن به 39.3 می رسد و پلی اوری نیز همچنان ادامه می یابد (U/O=3700cc در مقابل دریافت 2450cc مایع) . درد و طرف سینه اکیموز و پیتشی ظاهر می گردد. برای بیمار استامینوفن ، ایندرال 20 mg دوبار در روز و وانکومايسين شروع می شود.

روز ششم بستری : مقدار ادرار کاهش یافته بیمار دچار افت فشار خون می شود. ایندرال قطع ، و دوپامین شروع می شود .

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

روز هشتم بستری: بیمار اولیگوریک شده و BUN و Cr افزایش می یابد. بدن ادماتوشده و دمای بدن به بالای 40 ° c می رسد. فشار خون BP=75/30 Na=152 . برای بیمار لازیکس 20 mg تزریق می گردد. شب دچار ارست قلبی شده و احیاء میشود و روز بعد مجدد ارست کرده و فوت می کند.

خاتم 20

متوفی خانمی است 18 ساله ، اهل وساکن روستای اصلی ، خانه دار ، G₁P₀ ، سابقه چند بار خون دماغ شدن در بچگی راداشت . مراقبت دوران بارداری از هفته 9 حاملگی شروع شده و بصورت مرتب توسط تیم سلامت مراقبت شده است. آزمایشات اوایل بارداری هفته 27 نرمال بود.

Hb=10.5 ,12

مادر در هفته 37 حاملگی ساعت 1:20 بامداد با شکایت آبریزش به زایشگاه بیمارستان الف مراجعه می کند. موقع پذیرش در زایشگاه انقباضات رحمی داشته و در معاینه واژینال خونریزی نداشت ، TV: 3cm/30%/R/-2 . مادر به علت داشتن مکونیوم غلیظ در مایع آمنیوتیک با درخواست

آزمایشات روتین ، رزرو خون ، تعبیه سوند فولی و وصل سرم رینگر در ساعت 1:35 به اتاق عمل فرستاده می شود. علایم حیاتی : BP=110/70

BT=37

RR=17

PR=77

عمل بلافاصله با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان نوزاد دختر حدوداً ترم 3 با آپگار 8/10 می باشد. در طی سزارین مشکل خاصی نداشته

است . مادر ساعت 2:45 با وضعیت Stable به بخش منتقل می شود.

دستورات بعداز عمل: NPO تا 8 ساعت-سرم 2/1,3/3 یک لیتر، سرم رینگر یک لیتر، سرم قندی یک لیتر +30 واحد سنتوسینون، در عرض 24 ساعت-آمیپول کفلین-آمیپول مترونیدازول-آمیپول جنتامایسین -کنترل هموگلوبین وهما توکریت 6 ساعت بعداز عمل- سوندفولی 8 ساعت بعداز عمل درآورده شود. از زمان انتقال به بخش تا ساعت 7:40 صبح فقط فشارخون دوبار توسط کمک بهیار کنترل شده بود (BP=100/60) و PR و میزان خونریزی ثبت نشده بود.

طبق اظهار همراه بیمار، شب مادر خونریزی داشت (دوبسته پوشاک مصرف شده بود) "دوبار به پرستار کشیک مراجعه کردم ولی اعتنایی نکرد". در ساعت 7:45 صبح (5 ساعت بعداز سزارین) موقع تعویض شیفت، مامای کشیک متوجه رنگ پریدگی شدید و تنگی نفس مادر می شود. پوشاک مادر کمی خیس بود و در اثر ماساژ مقداری لخته خارج می شود. برای مادر اکسیژن نازال داده می شود و از مامای مجرب جهت معاینه کمک می خواهد. برای مادر تعیین گروه خونی کرده و دو واحد خون درخواست می شود و سوند فولی تعبیه می گردد. موقع معاینه، ماما متوجه خونریزی از محل انسزیون سزارین می شود. رحم کاملاً جمع بود و خونریزی در حد پریود بود؟ در محل ورود برانول اکیموز به اندازه 8*6 سانتی متر وجود داشت BP=90/50 و PR=120% O2 Sat=85% (بدون اکسیژن). در ساعت 8:30 به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان ساعت 8:40 مادر را ویزیت می کند. مادر ساعت 9:00 جهت بررسی محل سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. زیر بی هوشی عمومی سوچور جلد وزیر جلد باز و رحم بررسی می شود. حدود 100 سی سی خون داخل شکم بود و لخته وجود نداشت. رحم که جمع بود و دوستی ماساژ داده شده و یک عدد پروستا گلاتدین F2α تزریق می گردد.

دو واحد پکد سل (تنها موجودی گروه خونی -O در بانک خون بیمارستان) و 2 واحد FFP ترانسفوزیون می شود (شروع ترانسفوزیون ساعت 10:00 بود) و یک واحد خون تازه نیز از همکاران فصد و تزریق می شود. از سازمان انتقال خون درخواست خون شده و آمیبولانس را جهت آوردن خون به مرکز استان می فرستند. به علت خرابی دستگاه، شب CBC نشده بود. متخصص زنان با اساتید محترم جهت اعزام مادر تلفنی مشاوره می کند و ایشان توصیه می کنند برای مادر خون تزریق گردد. همچنین از متخصص محترم جراح عمومی درخواست کمک می شود و ایشان ساعت 10 در اتاق عمل حاضر می شود. موقع حضور جراح، متخصص زنان در حال بستن زیر جلد بوده که با حضور ایشان سوچورها دوباره چک می شود. طبق یادداشت جراح عمومی مادر در شوک بود و فشارخون غیر قابل اندازه گیری بود. خونریزی واژینال شدید داشت و اندامها سرد بودند. برای مادر از ورید ساب کلاوین راست CVP Line گذاشته می شود که Fail می شود. مجدداً از ورید جوگولار اقدام می شود ولی گاید خم شده و موفق نمی شوند. ورید بازلیک چپ کات دادن شده و به علت نبود کاتتر از ست عروقی لاین وریدی برقرار می شود. به علت عدم قطع خونریزی در ساعت 11:45 به پیشنهاد جراح شکم با برش میدلاین باز و شرانین ایلپاک داخلی و شریاتهای یوترین دو طرف لیگاتور می شود. با این اقدام خونریزی واژینال قطع می شود. در بررسی شکم هماتوم رترو پریتونن و یا داخل شکم وجود نداشت. در انتهای عمل ادم شدید دیواره شکم، اندامها و دیستانسیون معده ایجاد شد که با فشار مستقیم هم خالی نشد. از NGT، لوله تراشه و محلهای ورود برانولها خون جاری بود. به علت بدحالی مادر و اسیدوز شدید و همچنین قطع خونریزی واژینال، هیستریکتومی صورت نمی گیرد. محل عمل ساعت 13 بسته می شود. به علت مسدود شدن لاین عروقی موجود ورید بازلیک راست هم کات دان می شود. 6 واحد پکدسل و 6 واحد FFP آماده شده و ترانسفوزیون شروع می شود. مادر ساعت 13:45 دچار ارست قلبی شده به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

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

قبل از سزارین : Hb=7.8 Hct=27.3 PLT=57,000 توضیح اینکه نمونه بعد از 7 ساعت آزمایش شده بود.
 00/6/10 (8 ساعت): Hb=6.8 Hct=24.5 PLT=46,000
 U/A : Pro=3+ Blood=3+ RBC=many
 SGPT=115 SGOT=111 ALP=348 Bil=4.5 PTT=300 PT=34
 INR=10
 لام خون محیطی: Aniso =3+ Poikilocytosis=2+ Target cell=1+
 PLatlet=low

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

اشکالات وارد بر پرونده:

1. بیمار شب مورد بی توجهی واقع شده و خونریزی وسیع داشته است (کنترل علائم حیاتی دقیق صورت نگرفته است)
2. در دستورات پزشک باید کیفیت کنترل علائم حیاتی قید شود و نوشتن طبق روتین بخش بر اساس بخشنامه های موجود اشتباه می باشد.
3. علائم حیاتی بیماری که تازه سزارین شده باید توسط پرستار یا ماما دقیق اندازگیری و ثبت گردد و ثبت مقدار خونریزی و ژینال و قوام رحم الزامی است .
4. کمک بهیار حق کنترل علائم حیاتی بیمار را ندارد .
5. با وجود رحم جمع عمل دوم بی مورد بود.

خانم 21

متوفی خانمی است 41 ساله ، ساکن روستای اصلی ، BMI=20.1 ، AL₆ P₇ G₈ ، آخرین زایمان 7 سال پیش به روش NVD و در بیمارستان بود . برای پیشگیری از LD بصورت نامرتب استفاده میکرده است . سابقه بیماری و مصرف دارو نداشته ، حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 بارداری شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. مشکل خاصی در پرونده بهداشتی قید نشده بود . دوبار بعلت سن بالای مادر سونوگرافی جهت بررسی آنومالی درخواست شده بود و مشکل خاصی نداشت. در آزمایشات اوایل حاملگی UTI داشته و بصورت سرپایی درمان گرفته بود و بقیه آزمایشات نرمال بودند. بیمار در هفته 41 حاملگی با معرفی بهورز جهت زایمان به بیمارستان شهرستان مراجعه و بستری میگردد.

درموقع پذیرش در بیمارستان (ساعت 12 ظهر) :

PR= 79

BP= 110/70

BT= 36.6

FM= Good

FHR= 134

G.A= 41

(براساس سونوگرافی اوایل حاملگی)

رحم انقباضات موثر داشت .

Dil = 3 cm

Eff = 40%

Sac = Intact

POS= Cephalic

Station = -2 درماینه واژینال:

دستورات حین بستری : درخواست آزمایشات Hb , Hct , BG ، رزرو دو واحد خون ایزوگروپ و سرم رینگر K.V.O 500cc

بیمار در لیبر تحت نظر گرفته شود . در ساعت 16:00 ساک خودبخود پاره میشود و بدنبال آن زایمان وارد مرحله فعال میشود . در ساعت 19:40 علایم زایمانی کامل شده و ضمن انتقال بیمار به اتاق زایمان به متخصص زنان اطلاع میدهند. در ساعت 20:10 در حضور متخصص زنان توسط ماما زایمان طبیعی انجام میدهد و حاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار 9/10 به ظاهر سالم بود . بلافاصله بعد از خروج جنین بیمار دچار خونریزی شدید میشود. بابرانول طوسی از دست دیگر بیمار رگ گرفته و نیم لیتر سرم رینگر حاوی 40 واحد سنتوسینون سریع انفوزیون میشود . بلافاصله جفت خارج شده ، ماساژ دو دستی رحم انجام میدهند و کیف یخ روی رحم گذاشته میشود . ساعت 20:20 يك عدد آمپول مترژین عضلانی تزریق میشود و چهار واحد خون ایزوگروپ درخواست میگردد. يك عدد شیاف میزو پروستول رکتال گذاشته میشود . رحم بصورت کامل کوراژ و کول بررسی میگردد. موردی از نظر پارگی ندیده بودند.

فشارخون بیمار دچار افت میشود (BP = 80/40) در ساعت 20:40 با تشخیص آتونی رحم ضمن ماساژ رحمی جهت ادامه اقدامات بیمار را به اتاق عمل منتقل میکنند. طبق گزارش متخصص بی هوشی بیمار با شوک هیپوولمیک و فشارخیلی پائین BP= 50/p وارد اتاق عمل شد، برای بیمار تزریق خون و سرم نرمال سالین و رینگر شروع شده و بابیهوشی عمومی راس ساعت 21:15 دقیقه شکم بابرش میدلاین باز و هیستریکتومی و سالپینگوآفرکتومی(رزکسیون لوله و تخمدان) چپ انجام میگردد. در سمت چپ بر روی لیگامان کاردینال يك هماتوم به ابعاد 6×5 سانتی متر وجود داشت که به ترورپیتوان گسترش یافته بود. ضمن يك کردن محل هماتوم از متخصص جراحی عمومی درخواست کمک میشود و ایشان بیان میکنند که نیاز به اکسپلور کردن ناحیه نیست و با سه عدد لنگاز محل را تامپون میکنند. عمل ساعت 22:30 پایان می یابد . دراتاق عمل از ساعت 21:00 ترانسفوزیون خون شروع شده و 5 واحد پکدسل ، 2 واحد خون کامل ، 4 واحد FFP ، 10 لیتر سرم نرمال سالین ، 5 لیتر رینگر و يك لیتر دکستروز ، 10 میلیگرم ویتامین k وریدی و يك عدد ترانس آمین وریدی ، سرم دوپامین با دوز

10-50 میکروگرم تزریق شده بود . حجم ادرار حدود 2000 سی سی بود، علیرغم دریافت مایعات فراوان فشارخون در طول عمل همچنان پائین و در نوسان بود. بیمار ساعت 00:10 بامداد جهت مراقبت ویژه به CCU منتقل میشود . موقع انتقال HR= 109 BP=100/60 بود . از سه رگ سرم و خون میگرفت ، بعلت نوسان فشارخون مشاوره اورژانسی قلب میشود و متخصص قلب ساعت 00:30 بامداد بیمار را ویزیت میکنند . طبق یادداشت ایشان فشار خون بیمار پائین و تاکیکارد است و بیمار شدیداً pale میباشد BP=50/20 در ECG تغییرات ایسکمیک ندارد . شکم متسع میباشد، باتوجه به شواهد فوق بیمار شوک هیپوولمیک دارد و توصیه میشود خون و سرم جایگزین گردد و دوپامین با دوز 15-20 µg شروع شود . برای بیمار دستورات دارویی : NPO ، سرم NS 3 Lit ، آمپول کلیندامایسین 600mg /q6h ، آمپول جنتامایسین 80mg/ q8h ، مترونیدازول 500mg/q8h ، آمپی سیلین 1g/q6h توسط متخصص زنان داده میشود . سوند فولی بعلت انسداد تعویض میگردد. بعلت دیستانسیون شکم رکتال تیوپ و NGT زده میشود.

فشارخون در ساعت 1:00 بامداد دوباره افت کرده و $SBP=50-60$ برای بیمار سرم رینگر و NS و یک واحد خون بصورت سریع انفوزیون میشود. Hb اورژانسی درخواست میگردد که $Hb=10$ بود. بعلت عدم افزایش فشارخون سرم دوپامین با دوز $10 \mu g$ شروع میشود و تا ساعت 2:20 بامداد فشارخون نسبتاً Stable شده و بیمار به هوش می آید و از درد شکایت میکند. برای بیمار یکعدد شیاف دیکلوفناک سدیم گذاشته میشود. برای بیمار آزمایشات BS, BUN, Cr, PTT, PT درخواست میشود. بعلت کمبود خون در بیمارستان با مرکز ریفرال جهت اعزام بیمار هماهنگ شده و درحین اعزام (ساعت 3:00 بامداد) درحضور تیم اعزام دچار ارست تنفسی شده و بدنبال آن افت شدید فشارخون وافت هوشیاری میشود، بلافاصله انتویه شده و از طریق آمبویگ با اکسیژن خالص ونتیله و یک واحد خون نیز وصل میگردد. بعلت وضعیت بیمار از اعزام منصرف شده و بیمار رابه اتاق عمل منتقل میکنند (ساعت 3:30) در ساعت 3:35 توسط جراح عمومی و متخصص زنان لاپاراتومی مجددشده، خون (خونابه) داخل شکم تخلیه و لنگازها برداشته میشود. از تمام محلهای جراحی قبلی oozing داشت و چون محل خونریزی مشخص نبود. محلهای oozing با 20 عدد لنگاز پک شده و شکم بسته میشود. در طول عمل یک ویال پروتامین سولفات، یکعدد آمینوفیلین، 2 ویال کلسیم 10% و 5 میلیگرم ویتامین k وریدی، 6 واحد پکدسل A- و یک واحد پکدسل O- و چهار واحد FFP تزریق میشود. ساعت اتمام عمل 4:15 بامداد و برونده ادراری 900 سی سی بود.

ساعت 4:30 بامداد بیمار با آمبویگ به ICU منتقل شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل میگردد. موقع پذیرش در ICU $BP=116/65$ بود و چند دقیقه بعد فشارخون دچار افت شده و دوپامین شروع میشود برای بیمار یک لیتر سرم رینگر لاکتات، 10 واحد کرایو و یک واحد پکدسل تزریق میگردد. فشارخون موقتاً افزایش و دوباره افت میکند. 5 واحد کرایو و یک لیتر رینگر تزریق میشود. بیمار بعد از انتقال به ICU دچار آنوری میشود.

ساعت 7:00 صبح هوشیاری درحد ساب کوما بوده و مردمک ها دوپل میدریاز و بدون پاسخ به نور میباشد. ادم دور پلک و ملتحمه دارد، ترشحات NGT قهوه ای رنگ است. علایم حیاتی: $BP=50/P$ ، $HR=150$ ، $PT=25$ ، $PTT=75$ ، $PLT=89/000$

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

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

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

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

آزمایشات : قبل از زایمان

Urea=25 ، **Cr=0.6** ، **Hct=42** ، **Hb=14**

آزمایشان ساعت **10** :

PT= 25	PTT=79	ALP=570	Bil= 1.6	SGOT=180	SGPT=115	
K = 3.7	P=7	Ca= 0.9	Na=148	Cr= 0.6	Urea=20	INR=2.9
	Keton=neg	Alb=3+	GLU=3+	PH=5	S. G=1025	U/A

تشخیص های احتمالی:

1- DIC مخفی که با جدا شدن جفت آشکار شده است

2- خونریزی زایمانی که به علت عدم جبران تبدیل به **DIC** شده است

توضیحات :

1- اقدامات اولیه ریانیماسیون نا کارآمد بوده است.

2- تجویز یک عدد شیاف میزوپروستول کافی نبود و می بایست حداقل چهار عدد مصرف می شد (علت مصرف یک عدد، نبود دارو در بیمارستان بیان شد . بیمارستان باید همیشه دپوی کافی داشته باشد.)

3- ترکیب سرم و فرآورده های خونی داده شده مناسب نبود.(می بایست بعد از تزریق **5** واحد پکدسل ، به ازای تجویز هر واحد پکدسل ، یک واحد پلاکت و یک واحد **FFP** تزریق شود. بعد از تزریق **4-5** لیتر سرم در صورت وجود علائم هیپوولمی تجویز خون ضروری است.)



MISOPROSTOL

Recommended Dosages

800µg	Induced abortion¹ 800µg vaginal 12 hrly (max x3)			
	Missed abortion 800µg vaginal 3 hrly (max x2) OR 600µg sublingual 3 hrly (max x2)			
600µg	Incomplete abortion^{2,3} 600µg oral single dose			PPH treatment & prophylaxis⁶ 600µg oral or sublingual single dose
	Cervical ripening pre-instrumentation 400µg vaginal 3 hrs before procedure	Induced abortion^{1,4}: interruption of pregnancy 400µg vaginal 3 hrly (max x5)		
400µg		Intrauterine fetal death⁴ (13-17 wks) 200µg vaginal 6 hrly (max x4)		
200µg		Intrauterine fetal death⁴ (18-26 wks) 100µg vaginal 6 hrly (max x4)		
100µg			Intrauterine fetal death⁵ (27-43 wks) 25-50µg vaginal 4 hrly (max x6)	
50µg			Induction of labour^{2,5} 25µg vaginal 4 hrly (max x6) OR 20µg oral solution 2 hrly (max x12)	
25µg				
Care with previous uterine scar and caesarean section				
1st Trimester		2nd Trimester		3rd Trimester
				Postpartum

Check for updates at www.figo.org and www.misoprostol.org

Notes: 1. Only use where legal

2. Included in the WHO Model list of essential medicines

3. Leave to work for 1-2 weeks unless bleeding or infection

4. Halve dose if previous caesarean section

5. Do not use if previous caesarean section:

Make sure you use the correct dosage - overdose can lead to complications

6. Oxytocin is first line as it is more effective than misoprostol

Recommendations from the Bellagio Group (Weeks & Faundes Int J Gynaecol Obstet 2007;99 (s2):S156)

خانم 22

متوفی خانمی است 32 ساله، ساکن شهر، خانه دار با سواد پنجم ابتدایی، BMI = 33، سابقه تشنج و افسردگی داشته و تحت درمان با فلوکستین و سدیم والپروات بوده و بطور متوسط هر 10 ماه یکبار حمله تشنجی داشته است. G₂P₁، زایمان قبلی 10 سال قبل بروش سزارین بوده و بچه سیانوزه بدنیا آمده بود. حاملگی خواسته بود و از اول حاملگی تحت مراقبت متخصص مغز و اعصاب بوده و والپروات سدیم مصرف می کرده است.

از اوایل حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت قرار گرفته و مرتب مراقبت شده بود. همزمان به متخصص زنان نیز مراجعه می کرد. در طول بارداری 6 بار سونوگرافی شده بود و هیچ مشکلی در جنین وجود نداشت. یکبار در هفته 9 حاملگی زمین خورده و دچار درد در ناحیه شکم شده بود. در سه ماهه دوم حاملگی چندین بار فشار خون تا حد $BP=140/80$ داشته است ولی پروتئین ادرار منفی بود.

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

خانم 23

متوفی خانمی است 35 ساله، ساکن شهر، با سواد پنجم ابتدایی، $G_3P_2A_1$ ، $BMI=23$ ، سابقه مرده زایی در یازده ماه قبل و یکبار سزارین حدود 11 سال قبل را دارد. مصرف دارو و یاسابقه بیماری خاصی را نمی دهد. به علت تمایل به بارداری از هیچ روش کنتراستپشن استفاده نمی کرد. حاملگی اخیر خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 12 شروع شده و 5 بار توسط کاردان بهداشت خانواده و یکبار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود و مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود. آزمایشات اوایل بارداری و هفته 30 نرمال بود. دوبار به علت سابقه جنین آناتسفال به متخصص زنان ارجاع شده بود. مادر در هفته 39 حاملگی ساعت 13:15 به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه و بستری می شود.

موقع بستری: $BP=100/60$ $FHR=140$ در معاینه واژینال: دیلاتاسیون 3 سانتیمتر - افاسمان 40%- ایستاسیون 2- ساک سالم بود.

به علت سابقه سزارین، بعد از اقدامات اولیه و اخذ آزمایشات روتین به اتاق عمل منتقل و ساعت 14:15 با بی حسی اسپینال تحت عمل سزارین قرار می گیرد. شکم بابرش عرضی باز می شود. امتنوم چسبندگی شدید به جدار قدامی رحم داشت و گوشه سمت چپ رحم هماتوم داشت که تخلیه می شود و به علت ادامه خونریزی سالیپترکتومی چپ صورت می گیرد. محل برش خونریزی داشت بعد از گذاشتن سرجی سل و چند بار کنترل محل عمل بسته می شود. حاصل زایمان نوزاد دختر ترم و بظاهر سالم با آپگار 9-8 آغشته به مگونیوم غلیظ بود. به علت نوسان فشارخون در اتاق عمل درخواست خون شده و یک واحد پکد سل وصل و بیمار ساعت 16 به ریکاوری منتقل و حدود 10 دقیقه بعد با هوشیاری نسبی و $BP=110/70$ و دستورات دارویی: یک لیتر سرم رینگر +30 واحد سنتو سینون- آمپول سفازولین- آمپول جنتامایسین- آمپول مترونیدازول- آمپول ترامادول PRN- کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه و کنترل خونریزی واژینال (عدم ماساژ رحم) به بخش منتقل می گردد. در ساعت 18:15 (حدود 2 ساعت بعد) به علت افت فشار خون بیمار $BP=80/50$ و نبضهای فیلی فورم به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهند یک لیتر سرم رینگر بصورت Free انفوزیون شده و به ماما زایشگاه جهت بررسی اطلاع دهند. 25 دقیقه بعد متخصص زنان بیمار را ویزیت می کند، سرم رینگر (200 سی سی انفوزیون شده بود) قطع و یک لیتر سرم دکستروز 5% + یک ویال گلوکز 50%+ آمپول B.Complex وصل می شود. به علت نوسان فشارخون سیستولی در حد 80-90 یک

واحد پکدسل ترانسفوزیون و سوند ادراری تعویض می گردد. برونده ادراری در حد 25 سی سی بود (ازاول سوندگذاری جمعاً 450 سی سی بود) متخصص زنان خونریزی واژینال و رحم را کنترل می کند. خونریزی واژینال وجود نداشت و رحم جمع بود (طرف راست سفت بود ولی طرف چپ سفت نبود و درد داشت و شکم متقارن نبود). علیرغم تزریق خون و سرم برونده ادراری افزایش نمی یابد. بیمار به شدت Pale بوده و تعریق شدید داشت و نبضها همچنان فیلی فورم بودند. BP=100/60 و O₂Sat=90% بود. ساعت 20 متخصص بی هوشی نیز بر بالین بیمار حاضر می شود. نیم ساعت بعد فشارخون افت کرده و به BP=70/40 می رسد. به متخصص زنان اطلاع می دهند. ایشان بیمار را به اطاق عمل انتقال داده و مشاوره اورژانس جراحی عمومی می کند. جراح ساعت 21:20 بیمار را در اتاق عمل ویزیت و شخصاً سونوگرافی پرتابل می کند (از متخصص سونوگرافی درخواست کمک نمی شود). طبق یادداشت ایشان : شکم نرم و دیستانسیون خفیف دارد. در سونوگرافی در حد قابل رویت مایع آزاد وجود ندارد. BP=120/80 PR=110 و O₂Sat=96% و توصیه میکند بیمار به شدت گرم نگه داشته شود (چون هیپوترم است) - 2 واحد پکدسل و 4 واحد FFP و 3 لیتر سرم بصورت TDS تزریق شود. بیمار به بخش برگردانده می شود. یک واحد پکد سل و 4 واحد FFP تزریق می شود و متخصص زنان تزریق واحد دوم رانویپ به جواب هموگلوبین 6 ساعت بعد می کند. بیمار را به مانیتور وصل می کنند. تا ساعت 6 صبح بیمار هوشیار بوده و از درد شکم شاکی بود. بنا به اظهار خواهر بیمار، بیمار آنقدر تعریق داشت که در ساعت 4 بامداد مجبور به تعویض لباسهای بیمار می شود. علائم حیاتی مثبت شده : BP=100-110/60 PR=100-120 ادراری در شیفیت شب 1200 سی سی در مقابل دریافت حدود 5 لیتر مایع بود. در ساعت 6:30 صبح بیمار دچار افت هوشیاری، افت فشارخون و برادیکاردی می شود. سریعاً آنتوبه شده و عملیات احیا با حضور متخصص داخلی و قلب و بی هوشی انجام می شود ولی متأسفانه موثر واقع نشده و بیمار ساعت 7:00 فوت می کند. آزمایشات :

قبل از عمل: WBC=10,100 RBC=3.9*10⁶ Hb=12.1 Hct=37.4
MCH=30.9 MCV=95.4 PLT=139,000 BG=O+

درسی تی اسکن بعد از فوت: در ریه کدورت آلونولار در لوب فوقانی ریه چپ و در سگمان مدیوپازال لوب تحتانی ریه راست دیده می شود. در شکم مقداری مایع آزاد در فضای ساب دیافراگماتیک و ساب هیپاتیک و اطراف طحال و سایر نواحی شکم دیده می شود. یک هماتوم به ابعاد 12*15 سانتیمتر در لگن در مجاورت چپ رحم (مجاورت عضله پسواس) دیده می شود که باعث جابجایی پل تحتانی کلیه چپ به قدام شده است.

گزارش اتوپسی: در کالبد شکافی شکم، حفره شکم مملو از مقدار زیادی خون قرمز روشن (شریانی و حدود دولیتر) بود. تجمع خون و هماتوم وسیع به اندازه توپ هند بال در رترو پریتون وجود داشت که به نواحی اطراف آنورت تا نزدیکی کلیه چپ و سمت راست شکم و لگن گسترش یافته بود. حجم هماتوم بطور تخمینی دولیتر و سفت بود. در روی رحم محل برش عرضی سزارین و همچنین یک پارگی نسبی بخیه شده در سمت قدام فوندوس و یک پارگی نسبی بخیه شده بطول حدود دو سانتیمتر در خلف فوندوس رحم مشاهده می شد.

اشکالات وارد بر پرونده:

1- با متخصص زنان مشاوره نشده است.

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

3- تزریق FFP اندیکاسیون نداشت.

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

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

خانم 24

متوفی خانمی است 32 ساله ، ساکن شهر، لیسانس و خانه دار، بسیار چاق ، $G_2 P_{0ab} 1$ ، بدون سابقه بیماری خاص ، سابقه سقط و کورتاژ سال قبل و با IUI حامله شده است و در مدت حاملگی استراحت مطلق داشته و در مطب پزشک متخصص زنان کنترل می شده است . در آزمایشات هفته 9 حاملگی $Hb=12.2$, $FBS=79$ بود ، سونوگرافی هفته 35 حاملگی ، مایع درحد نرمال ، بدون آنومالی و پرزنتاسیون بریج گزارش شده بود . در هفته 38 حاملگی بعلت کاهش حرکت جنین باتشخیص اولیگو هیدرآمیوس و پرزنتاسیون بریج جهت سزارین بستری میشود . ساعت 8:30 صبح با راشی تحت عمل C/S قرار میگیرد و یک نوزاد پسر با آپگار (9/10) و بظاهر سالم ، مکونیومی و بدون مایع خارج میگردد. برای بیمار 1 گرم سفازولین وریدی ، سرم 2/3 و 3/1 و مسکن PRN تجویز میگردد . یک دوز انوکسپارین زیر جلدی نیز تزریق میگردد. فشار خون در مدت یک روز بستری در محدوده نرمال بود. 7/5 ساعت بعد از عمل راه رفته بود ، مادر در اتاق عمل احساس سرما داشته است . بیمار روز بعد بدون مشکل خاص بادرستورات کلیندامایسین خوراکی و مسکن مرخص میگردد. یک روز بعد به دلیل تب به مطب پزشک مراجعه میکند و آنتی بیوتیک تجویز میگردد. بیمار دوباره 5 روز بعد از عمل باشکایت تب و لرز به درمانگاه مراجعه و باتشخیص عوارض بعد از سزارین توسط متخصص زنان (پزشک معالج) با دستورات NPO :، یک عدد دگزامتازون عضلانی ، آمپول سفتریاکسون 1 گرمی هر 12 ساعت ، جنتامایسین هر 8 ساعت 80 میلی گرم ، سرم 1/3 و 2/3 ، شیاف استامینوفن و پاشویه دربخش زنان بستری میگردد. موقع بستری $BP= 140/80$, $BT= 38.8$ بود . حدود 12 ساعت بعد با حال عمومی کاملاً خوب (؟) مرخص میگردد. بیمار مجدداً روز بعد ساعت 12 ظهر با شکایت تب به بیمارستان مراجعه و بادرستورات تلفنی سرم 1/3 و 2/3 ، آمپول سفتریاکسون ($1g / q6h$) آمپول جنتامایسین $80mg / q6h$ ، قرص مترونیدازول 250 میلی گرم هر 6 ساعت وشیاف استامینوفن بستری میگردد. برای بیمار مشاوره عفونی درخواست و ایشان درجواب مشاوره Sepsis رامطرح میکنند . یادداشت مشاوره عفونی : قلب و ریه نرمال است ، حساسیت محل عمل جراحی ندارد ، اریتم نازوفارنکس دارد ، از سردرد شاکي میباشد ، تحرك مننژ ندارد و برای بیمار دستورات آمپول سفپییم $1g/q6h$ ، آمپول مترونیدازول $500 mg/q8h$ ، آمپول آمیکاسین 500 میلی گرم هر 8 ساعت، قرص سرماخوردگی هر 6 ساعت ، شربت دیفن هیدرامین ، کشت خون در دو نوبت ، سونوگرافی شکم و لگن میدهند که کشت خون منفي بود و سونوگرافی شکم و لگن نرمال بود و تجمع چرکی و مایعات نداشت .

روز سوم بستری بعلت افت فشارخون و تب دار بودن از سرویس عفونی مشاوره مجدداً درخواست میشود (تب بیمار موج بوده و گاهی به 40 درجه سانتیگراد میرسید) . جواب مشاوره : درخواست CBC , CRP , ESR , U/A , CT آنژیوگرافی از نظر آمبولی ریه ، D.Dimer نمونه گیری گلو از نظر H1N1 ، آمیکاسین D.C و آمپی سیلین 2 میلی گرم شروع شود که بعداً طی تماس تلفنی آمپی سیلین نیز D.C و وانکومایسین 500 میلی گرم شروع شده بود) . قرص ان استیل سیستینین روزی یک عدد ، شربت فروگلوبولین ، شربت مولتی ویتامین ، کپسول اوسلنامیویر 75 میلیگرم تا یک هفته ، شیاف ناپروکسن (PRN) .

در U/A : پروتئین اوری +3 و ، CRP=1+ ، PMN= %48 ، VBC= 3400 ، ESR ساعت اول 24 ، ساعت دوم 44 ، بعلت بی قراری بدستور پزشک معالج ، دیازپام وریدی تزریق میگردد.

روز چهارم بستری متخصص زنان بیمارارویزیت کرده و دستور ترخیص از نظر مامایی رامیدهد و درخواست مشاوره داخلی بعلت دیسترس تنفسی را میکند . درمعاینه متخصص داخلی ، کراکل دمی و بازدمی منتشر درهر دو ریه را داشت و BP=140/90 بود . دستورات متخصص داخلی : تزریق لازیکس 30 میلیگرم ، Stat ، درخواست اکوکاردیوگرافی و CXR و اطلاع نتایج که اکوکاردیوگرافی نرمال بود و در CXR : بزرگی بطن چپ و تراکم بال پروانه ای درپاراهیلر دو طرف با گسترش به نواحی محیطی داشت ، زوایای جنبی باز بود و تشخیص ادم آئونولر با احتمال پنومونیت ثانویه گزارش شده بود. برای بیمار درخواست ویزیت متخصص عفونی و متخصص ریه میکنند . دستورات متخصص عفونی: کپسول آزیترومایسین ، آمپول هیدروکورتیزون 200 گرم وریدی ، پیگیری جواب آزمایش H1N1 +تکرار بقیه دستورات . یادداشت متخصص ریه : بیمار تنگی نفس و تاکی پنه و سیانوز محیطی دارد ، ریه ها پاک است کدورت موجود در CXR تیپ ARDS است در ABG انجام شده = PAO2 87% و دستور میدهند آمپول متیل پردنیزولون 60mg/q6h ، انوکسپارین 40 mg/12h زیر جلدی تزریق گردد و بیمار به ICU منتقل شده و انوبه و به ونتیلاتور وصل گردد. در ICU ، 20mg لازیکس وریدی تزریق میگردد . ریه ها ساکشن شده و سوند معده و سوند مثانه تعبیه میگردد.

روز ششم بستری : بیمار ill و تب داراست ، در CXR کدورت ریه ها زیاد شده است . در ABG اسیدوز دارد . کلرور پتاسیم 7/5 میلی اکی والان درهرلیتر تزریق میگردد.

بعلت افزایش کراتینین Cr=2 و پروتئین اوری (Pr = 1054 mg ادرار 24 ساعته) درخواست مشاوره نفرولوژی میکنند ایشان درجواب مشاوره احتمال ATN نفروتوکسیک و یا پره اکلامپسی واکلامپسی رامطرح میکنند وتوصیه میکنند از تجویز داروهای نفروتوکسیک خودداری گردد. دستورات نفرولوژیست : سونوگرافی کلیه ها ، چک روزانه K,Na, BUN, Cr و فعلاً اقدام خاصی ضرورت ندارد.

بعلت بی قراری بیمار میدازولام 4میلی گرم انفوزیون میکنند . بعلت افت فشارخون یک لیتر سرم در عرض دوساعت تزریق شده + 20 میلیگرم لازیکس و 5µg/kg دوپامین شروع میشود. با پیشنهاد متخصص عفونی آزمایشات لوپوس درخواست میشود که همگی منفی بودند.

روز هفتم بستری بعلت افزایش BSطبق پروتکل انسولین تزریق میکنند و با متخصص قلب بعلت شک به DVT دراندام تحتانی مشاوره میکنند و ایشان DVT وسیع اندام تحتانی چپ (ساق و ران) راتائید میکنند و بعلت چاقی شدید و پوزیشن بیمار، اکو کاردیوگرافی انجام نمیدهند . توصیه میکنند ازدز هیدراتاسیون بیمار جلوگیری گردد، انفوزیون لازیکس قطع گردد و هپارین با Overlap وارفارین ادامه یابد (تا آن روز هپارین تزریق نشده بود) بمنظور سرم تراپی بهتر ورید صافن وورید بازیلر در دو مرحله جداگانه دراتاق عمل Cut down میشود و Line وریدی تعبیه میگردد . برای پیشگیری از کمبود منیزیوم 3 سی سی سولفات منیزیوم 20% هر 8 ساعت عضلانی تجویز میگردد.

ویزیت متخصص عفونی: کراکل ظریف در قاعده ریه راست وجود داشت و BT= 38.5 . BP= 130/80.

Cr=2 ، GFR =72% ، لنفوپنی با کانت 525 توصیه میشود . اوره و کراتی نین روزانه کنترل شده و جواب برای تعدیل دوز داروها اطلاع داده شود ، سایر دستورات : کنترل روزانه Na , K و کلسیم و منیزیوم، LDH ، سفیپیم و مترونیدازول D.C ، وانکومایسین به 500 میلی گرم هر 12 ساعت تعدیل ، آمپول مروپنم 500 میلیگرم هر 6 ساعت ، قرص کوتریموکسازول بالغین جهت پروفیلاکسی پنوموسیستیس کارینی (هر 12

ساعت دو عدد)، سونوگرافی شکم و لگن باتوجه به اینکه آزمایشات SLE منفي میباشد ، درخواست (H₁) CBC لام خون محيطي – پيگيري نمونه

H1N1 و ادامه درمان با اوسلتامیویر تا حاضر شدن جواب آزمایش ، درخواست آنتي فسفولیپید (IgG, IgM) و PT و آزمایشات LFT

روز هشتم بستری : وضع بیمار نسبت به روزهای قبلي ثابت تراست ، بعلت شك به سندرم کمپارتمان با متخصص ارتوپدي مشاوره میشود و ایشان در جواب مشاوره اشاره میکند سندرم کمپارتمان شروع شده است و نیاز به کالرداپلرسونوگرافي وویزیت متخصص عروق دارد و باتوجه به سپري شدن 7 ساعت از شروع تورم ، نکروز عضلات و نسوج نرم شروع شده است و در صورت فاسیوتومي ، خونريزي شديد بروز خواهد داد و بیمار نیاز به دزآرتیکولاسیون اندام تحتانی چپ دارد و در صورت صلاحديد پزشك معالج به بیمارستان آموزشی درمانی منتقل شود ولي در مشاوره جراحي عروق، ایشان ادامه هپارین درمانی با دوز 1200 lu/h راتوصیه فرمودند.

بعلت لمس آمفیژم زیر جلدي با متخصص جراح عمومي مشورت میشود و ایشان بااحتمال پنوموتوراکس CT دوطرفه تعبیه میکند که طرف چپ ترشح یا هوا نداشت و در طرف راست هوا (پنوموتوراکس) وجود داشت.

عصر آنروز انوکسپارین قطع و هپارین با دوز 5000 IU Stat و سپس انفوزیون 1000 IU/h شروع میشود . در سونوگرافي لگن ، ترومبوز

هیپوآکودر وریدهای فمورال مشترك و فمورال سطحي و عمقي و جانکشن صافنوفمورال باز بین رفتن قدرت Compressibility وریدها (Gray scale مشهود بود .

ساعت 14 بعد از ظهر همان روز به علت تاکی کاردی و HR= 167 ، RR = 38 ، BP = 155/87 ،

O₂ Sat = %78 ، با متخصص داخلی تماس میگیرند و ایشان دستور تزریق 3 میلیگرم وراپامیل وریدی بصورت آهسته رامیدهد . وراپامیل مجدداً در ساعت 16 و 19 و 19:5 دقیقه 1 میلیگرم تزریق شده بود.

روز نهم بستری : وضعیت بیمار نامناسب است ، در ABG اسیدوز متابولیک دارد ، آمفیژم زیر جلدي همچنان لمس میشود ساعت 11 صبح بعلت افزایش قند خون به 426 دوز انسولین به 8u/h افزایش می یابد.

با متخصص ریه تماس می گیرند وایشان درخواست CXR و ABG اورژانس می کند. با اطلاع جواب ABG توصیه می کند در صورت صلاحديد متخصص داخلی تراکتوستومي شود. شب ساعت 11 بعلت افت فشارخون برای بیمار دوپامین شروع میشود .

روز دهم بستری : ساعت 6:30 دقیقه صبح بیمار دچار ارست قلبي تنفسي میشود و با CPR برمیگردد. برای بیمار 3 ویال بیکربنات سدیم تزریق و اکسیژن 100% با RR=15 و دوبوتامین 10 قطره در دقیقه شروع میکنند . بیمار مجدداً ارست قلبي تنفسي کرده و به احیاء پاسخ نمیدهد و در روز 16 بعد از زایمان فوت میکنند .

آزمایشات:

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

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

رادیو گرافي شکم نرمال بود.

در سی تی آنژیو گرافي تراکم تکه ای آلونولار (patchy Alveolar Consolidation) در هر دو ریه مخصوصاً در اطراف عروق پولمونی وایر برونکوگرام وجود داشت.

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

تشخیص احتمالی علت مرگ : سپسیس در زمینه ترومبوفلیت لگنی ویا آنفلوانزای پاندمیک

ریسک فاکتورها : 1- چاقی بیمار 2- استراحت مطلق بیمار در دوران حاملگی

ایرادات وارد ه : 1- عدم پروفیلاکسی ترومبوفلیت در طول حاملگی و قبل و بعد از زایمان (باتوجه به چاقی و استراحت طولانی مدت بیمار باید هپارین

پروفیلاکسی می گرفت) 2- ترخیص زودهنگام بیمار بعد از زایمان و بستری دوم (در زایمان سزارین حداقل مدت بستری بعد از عمل 48 ساعت می باشد

و در بستری دوم حداقل 24 ساعت بعد از قطع تب و علائم بدون دریافت تب بر باید در بیمارستان می ماند.

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

4- عدم درخواست اتوپسی برای تشخیص قطعی علت مرگ

خاتم 25

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن ، دیپلم ، دارای لنفادم مادر زادی پای راست و هماتزیوم زانوی راست ، G_1P_0 . حاملگی خواسته بود. اولین مراقبت

دوران بارداری از هفته نهم بارداری شروع شده و مرتب مراقبت شده بود . چندین بار هم در در درمانگاه حاملگی پرخطر توسط متخصص زنان ویزیت

شده بود. در آزمایشات اوایل حاملگی مشکلی نداشت. ادم پا از ماه هشتم حاملگی بیشتر شده بود. نامبرده بنا به توصیه یکی از اساتید محترم با شروع

دردهای زایمانی به بیمارستان زنان مراجعه و بستری می شود. حدود 5-6 روز قبل از مراجعه به بیمارستان ، توسط متخصص داخلی 5000 واحد

هپارین هر 12 ساعت زیر جلدی شروع شده بود.

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

در معاینه و اژینال: دیلاتاسیون 3 cm ، افسان 30% ، پوزیشن سفالیک ، ساک سالم و ایستاسیون 3- و انقباضات رحم قابل توجه نبود. برای بیمار

هپارین زیر جلدی هر 8 ساعت 5000 واحد و ایندکشن با 10 واحد سنتوسینون شروع می شود. در ساعت 16:30 ساک ضمن معاینه پاره می شود. در

ساعت 3:45 و 5:30 بعد از ظهور دو بار آمپول هیوسین ، آتروپین ، پرومتازین و پتیدین 25mg تزریق شده بود. در ساعت 20:15 علایم زایمانی کامل

می شود. ولی تا ساعت 21:30 جنین نزول نمی کند. به علت تشکیل بوس شدید و مولدینگ در سر جنین با تشخیص ارست زایمانی مادر جهت سزارین

به اتاق عمل برده می شود. عمل جراحی با راشی در ساعت 22:10 شروع و ساعت 23:10 تمام می شود و حاصل زایمان نوزاد پسر زنده با آپگار

8/10 و وزن 3800 گرم بود. مادر در ساعت 23:50 با حال عمومی خوب تحویل بخش داده می شود.

دستورات بعد از عمل : کنترل خونریزی و اژینال و محل انسیزیون ، کنترل علایم حیاتی ، elevation پای راست ، سرم رینگر 3lit/24h ، CBR ، پاهای

بخصوص پای مبتلا ماساژ داده شود و در بستر حرکت داده شود. حد اکثر بعد از 8 ساعت با کمک راه برود و بعداً هر 2 ساعت بمدت 10 دقیقه حرکت کند.

روز دوم بستری بیمار از ضعف و بی حالی و افزایش تورم پای راست در قسمت پانین زانو شاکی بود و در روز سوم بستری ساعت 1:30 am (حدود

27 ساعت بعد از عمل) به علت تنگی نفس توسط رزیدنت سال اول ویزیت می شود. علایم حیاتی ثبت شده : BP=90/60

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

بیمار تغییر چندانی نمی کند. در ساعت 3:10 am پرستار بخش وضعیت بیمار را به رزیدنت سال بالا اطلاع می دهد و در ساعت 3:45 am یکی از رزیدنتهای سال اول به سفارش رزیدنت سال بالا بدون ویزیت بیمار و بدون رویت پرونده در یک برگ جداگانه دستورات سال بالا را مکتوب می کند (ABG, ECG, RPO) و در جواب پیگیری پرستار بخش، ویزیت بیمار را به صبح موکول می کند. در ساعت 4:20 am به علت بد حالی بیمار و اطلاع پرستار بخش رزیدنتها بر بالین بیمار حاضر می شوند. در این زمان بیمار حرکات تشنجی داشته و از دهانش کف خارج می شود و مردمک ها دوبل میزداید. با گذاشتن Air way با آمبو احیاء را شروع می کنند. در حین احیاء $O_2\text{Sat}=81-89\%$ با پالس اکسیمتری بود. در ساعت 4:30 توسط رزیدنت بی هوشی انتوبیه شده و احیاء ادامه می یابد. ولی متاسفانه به احیاء پاسخ نداده و در ساعت 5:00 am فوت می کند.

آزمایشات :

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

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

خانم 26

متوفی خانمی است 36 ساله، ساکن و اهل روستای اصلی، خانه دار، با سواد ابتدایی، BMI=27، $G_4P_2Al_2$ ، سابقه دوبار زایمان طبیعی داشته و آخرین زایمان 9 سال پیش بود. سابقه چندبار خون دماغ شدن در چند ماه اخیر را می داد. از IUD جهت کنتراسپشن استفاده می کرده است. حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت از هفته 12 بارداری شروع شده و 6 بار توسط بهورز، 2 بار توسط ماما و یک بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بودند.

نامبرده در سن بارداری 41 هفته و 4 روز بر اساس LMP در ساعت 10:25 با شکایت درد زایمانی و لک بینی به بیمارستان مراجعه کرده و بستری می شود. موقع بستری : FHR=135 BP=90/60

در معاینه واژینال : دیلاتاسیون 4 سانتیمتر - آفاسمان 40% - پرزنتاسیون سفالیک و ساک سالم و مویبل بود. با درخواست آزمایشات روتین و رزرو دو واحد خون، وصل سرم رینگربصورت K.V.O و درخواست سونوگرافی بیوفیزیکیال منتظر پیشرفت زایمان می شوند. در ساعت 12 ظهر با دستور تلفنی متخصص زنان، آمپول هیوسین و پرومتازین عضلانی تزریق می شود. ساعت 14 علایم زایمانی کامل میشود. در ساعت 14:30 به علت عدم پیشرفت زایمان به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان به علت حضور در اتاق عمل در ساعت 15:15 بر سر بالین مادر حاضر شده و ساعت 15:30 با تشخیص ارست نزول و تشکیل بوس زایمانی مادر به اتاق عمل برده می شود.

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

عمل ساعت 15:35 با بی هوشی عمومی (با پیشنهاد متخصص زنان) شروع می شود. حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 8/10 و وزن 3500 گرم بود. در موقع عمل لبه تحتانی محل برش 3 سانتیمتر Extension داشت که درد لایه ترمیم می شود. در گوشه سمت راست هم یک ناحیه خونریزی دهنده داشته که جداگانه سوچور زده می شود. بعد از خروج نوزاد انفوزیون 20u/lit سنتوسینون شروع و 0/2 میلی گرم مترژین عضلانی تزریق می

شود . نیم ساعت بعداز شروع عمل (بعداز خروج نوزادو تزریق مترژین) HR بیمار افزایش یافته و تا آخر عمل درحد 140- 130 باقی می ماند. عمل راس ساعت 16:50 تمام می شود. بعداز اکتوباسیون در ساعت 17 متخصص بی هوشی اطلاع می دهد که بیمار دچار شوک هیپوتانسیو شده است. به علت افت ساچوراسیون بیمار مجدداً انتوبه می شود. متخصص زنان که درحال نوشتن شرح عمل بوده است ، بلافاصله بیماررا معاینه می کند . رحم جمع بود و خونریزی در حد قابل انتظار بود باوجود این ماساژرحمی داده شده و رگ دوم گرفته می شود و سرم رینگر و دوپامین با دوز 15-30 µg/kg/min شروع می شود . بلافاصله خون درخواست شده و ساعت 17:30 ترانسفوزیون خون شروع می شود . به علت عدم جریان خوب لاین های ویدی از جراح عمومی جهت کات داون کمک خواسته می شود و ساعت 17:45 کات داون آماده می شود. برای بیمار جمعاً 5 لیتر سرم رینگر ، 5 لیتر سرم نرمال سالین ، 6 واحد پکد سل و 6 واحد FFP تزریق می شود . با این وجود کارکرد کلیه ها درحد صفر بوده و بیمار از حالت شوک خارج نمی شود. در ساعت 19 با متخصص داخلی مشاوره می شود. ایشان بعد ویزیت بیمار در اتاق عمل (ساعت 19:15) یادداشت کرده بود : بیمار انتوبه بوده و دارای تنفس خودبخودی می باشد ساچوراسیون اکسیژن بین 96%-70% متغیر می باشد. مردمکها دوبل میدریاز بوده ولی واکنش به نور دارند. ریه ها Clear و قلب تاکیکارد و ریتم سینوسی دارد HR=140 و توصیه می کند : 1- بررسی شکم از نظر خونریزی داخل پریتون و R/O شوک هیپوولمیک در زمینه خونریزی داخل شکم 2- ادامه تهویه ریوی و تزریق مایعات که در صورت آمبولی ریوی اقدام موثر همان است. متخصص زنان در مورد لاپاراتومی مجدد با متخصص بی هوشی و جراح عمومی مشاوره می کند.

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

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

متخصص زنان با اساتید محترم نیز مشاوره تلفنی می کند و ایشان تاکید به لاپاراتومی می کنند . در نهایت به علت عدم بهبودی وضعیت بیمار تصمیم به

لاپاراتومی تجسسی می کنند و از همراهان رضایت عمل درخواست کرده؟؟ ولی همراهان مادر اجازه عمل نمی دهند. بیمار ساعت 20 با T-Tube

و تنفس خودخودی با علایم حیاتی: HR=140-150 RR=40 O2Sat=80-90% به همراه متخصص زنان و تکنسین بی هوشی به بیمارستان آموزشی زنان اعزام می شود.

بیمار ساعت 21:40 با مردمک دوبل میدریاز و بدون واکنش به نور و فشار غیر قابل اندازه گیری در اورژانس بیمارستان زنان پذیرش می شود. بلافاصله کد احیا زده شده و عملیات احیا شروع می شود. ولی متأسفانه به احیا پاسخ نداده و ساعت 22 فوت مادر اعلام می شود. در سونوگرافی شکم بعداز فوت درفضاهای لگن و شکم تجمع هتروژن (هماتوم) وسیع در ناودان پاراکولیک و اطراف هردو کلیه و بین لوبهای روده مشاهده میشود. در اتوپسی نیز علت مرگ خونریزی داخل شکم با منشاء نامعلوم گزارش شده است.

تشخیص علت مرگ براساس گزارش اتوپسی و سیر بیماری شوک هیپو ولیمیک ناشی از خونریزی داخل شکمی میباشد.

اشکالات وارد بر پرونده :

1- بیمار بطور قطعی باید لاپاراتومی تجسسی می شد. (باتوجه به عدم پاسخ به تزریق سریع سرم و خون ، تاخیر در تصمیم به لاپاراتومی توجه ناپذیر است)

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

3- کار تیمی خوب نبود .

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

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

خاتم 27

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

FHR=140

BT=42°C

PR=130

BP=90/60

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

Cr=1.1

Hb=12.1

WBC=4400

Neu=80%

آزمایشات بیمارستان زنان :

SGPT=96

SGOT=200

ESR=8

PTT=51

PT=16

Urea=41

U/A: Protein=2+

Alb=3+

RBC=6-8

Fibrinogen=150

ALP=337

کشت خون وادرار منفی بود.

BT=39.6°C

BP=95/60

بیمار ساعت 3:05 صبح به مرکز دانشگاهی می رسد.علائم ثبت شده موقع پذیرش :

O2Sat=76.6%

PR=66

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

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

در مشاوره عفونی به علت $Plat=50000$ و وجود پروتئین در ادرار سندرم HUS رامطرح می کند.

در ساعت 5:30 بامداد بیمار را علیرغم آنوریک و ایکتریکی بودن و علائم نورولوژیک به علت تب و لرز و خروج ترشحات آبکی از واژن با شک به کوریو آمینیت بدون هماهنگی به بیمارستان طالقانی اعزام می کنند. علایم حیاتی هنگام اعزام :

BP=95/40 PR=54 RR=48 BT=39.8°C

بیمار ساعت 6:10 به بیمارستان طالقانی می رسد. موقع پذیرش در اورژانس طالقانی : هوشیاری در حد Stupor بود. قادر به تکلم نبود. تنفسهای سطحی داشت. جنین در واژن در حال دفع بود. قسمتی از جنین توسط رزیدنت خارج می گردد ولی سر جنین باقی می ماند. برای بیمار 20 واحد اکسی توسین داخل سرم انفوزیون می کنند. با صلاح دید رزیدنت ارشد بعثت III بودن بیمار و نیاز به ICU همراه با رزیدنت سال 2 وست احیا به بیمارستان ریفرال زنان اعزام می کنند.

بیمار ساعت 7:15 در اورژانس آن مرکز پذیرش می شود. موقع پذیرش هوشیاری در حد لتارژی بود. خونریزی نسبتاً شدید واژینال داشت. سوند ادراری خارج شده بود و یک IV Line ضعیف داشت. سر جنین در واژن و بدن آن خارج از واژن بود. شکم نرم بود و در لمس عمقی حساسیت منتشر بخصوص در RUQ داشت. ایکتر منتشر داشت و اطراف چشمها ادماتو بود. در سمع ریه ها کراکل در قاعده هر دو ریه سمع می شد. سمع قلب نرمال بود. جنین وجفت توسط رزیدنت خارج شده و خونریزی کنترل، سوند فولی تعبیه می شود ولی ادرار خارج نمی شود. (آنوریک بود). علایم حیاتی :

BP قابل اندازه گیری نبود. قابل اندازه گیری نبود. HR=136 BT=38.9°C

بعد از تزریق سرم بصورت شوت فشار خون اصلاح می شود. طبق دستور اتند محترم بیمار به بخش ICU منتقل می شود. O2Sat=92% RR=36

دستورات دارویی : کلیندامایسین 900mg/q8h، جنتامایسین 80mg/q8h و آمپی سیلین 2g/q6h، آمپول هیدروکورتیزون 200mg و تکرار دوساعت بعد. در ساعت 8 صبح توسط متخصص بی هوشی ویزیت می شود و احتمال ARDS رامطرح می کنند و دستور پالس اکسی متری مداوم و کنترل I/O ادراری می دهند.

دستورات ساعت 8:30 درخواست آزمایشات : HBS Ag, HCV, BS, CBC, LFT, Bile, Cr, BUN, D-Dimer, Na, K, Ca, P, LDH, HIV, Ab تستهای تیروئیدی، تستهای انعقادی، آنتی فسفولیپید آنتی بادی، الکتروفورزیس پروتئین، سونوگرافی کبد و شکم، ABG, CXR و مشاوره عفونی، مشاوره داخلی، مشاوره گوارش، رزو 10 واحد FFP، رزو 10 واحد پلاکت و 5 واحد خون ایزوگروپ

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

دوویال دکستروز 20%، 25 آمپول بیکربنات سدیم (10 عدد داخل سرم و 15 عدد وریدی) تزریق می گردد. سرم حاوی دوپامین که در مراغه شروع شده بود به علت افزایش فشار خون BP=135/85 موقتاً قطع می کنند.

ساعت 10 صبح : بیمار همچنان تب دار و آنوریک است . به علت افت ناگهانی ساجوراسیون اکسیژن ($O_2Sat=70\%$) میدازولام و آتروکوریوم تزریق کرده و انتوبه می کنند و به ونتیلاتور با سیستم SIMV وصل می کنند.

ساعت 10:45 صبح : به علت افت فشارخون ($BP=65/40$) دوپامین و دوبوتامین با دوز $14\mu g/Kg/min$ شروع می شود.

برای بیمار NGT تعبیه شده و به علت ترشحات Coffee ground ، معده بایک لیتر سرم شستشو داده می شود. بعداز Clear شدن ترشحات آمپول رانیتیدین تزریق و شربت لاکتولوز گاوژ می شود.

در ساعت 11:10 ریتم قلبی بیمار به VT و سپس VF تبدیل شده و دچار ارست قلبی می شود بلافاصله عملیات احیا شروع شده و به احیا پاسخ می دهد. علایم حیاتی برمی گردد ولی مردمکها دوپل میدریاز و $GCS=3$ می شود.

ساعت 11:25 : مشاور محترم گوارش تشخیصهای احتمالی DIC ، شوک سپتیک و هپاتیت فولمینانت را مطرح کرده و انتقال به مرکز قلبی را توصیه می کنند در دستورات قطع کردن کلیندامایسین و تجویز مروپنم ، وانکومایسین و پنتاپروزول و تزریق 10 واحد پلاکت و 2 واحد FFP ، گاوژ لاکتولوز و سونوداپل عروق کبدی ، طحال و سیستم پورت را توصیه می کنند.

ساعت 12 : بیمار از محل برا نولها و واژن خونریزی دارد. 3 واحد FFP ، 9 واحد پلاکت و یک واحد پکد سل ترانسفوزیون و 20 واحد اکسی توسین عضلانی تزریق می گردد.

ساعت 13 : به علت ادامه آنوری و بی قراری بیمار $80mg$ لاریکس در دو دوز ، یک عدد ترامادول و $10mg$ پنتازوسین تزریق می شود. ساعت 15 : بیمار در کوما عمیق است کیسه ادرار خالی است . خونریزی واژینال دارد و رحم شل می باشد. برای بیمار 2 واحد FFP 20 واحد اکسی توسین عضلانی و یک عدد آمپول مترژین تزریق می گردد . به علت ادامه خونریزی ماساژ رحمی داده شده و کوراژ می شود ولی چیزی خارج نمی گردد.

سرم حاوی دوپامین و دوبوتامین با دوز $14\mu g/Kg/min$ در جریان است . سرم حاوی بیکربنات در حال انفوزیون است . Setting و ونتیلاتور به CMV با $TV=500$, $RR=12$, $Fio_2=80\%$ تعویض می شود.

بیمار در ساعت 16:05 دچار آسیستول قلبی شده و ارست می کند و متاسفانه علیرغم 45 دقیقه اقدامات احیا فوت می کند.
آزمایشات:

Cr=2.5	INR=6.8	PTT=85	PT=35	PLT=50,000	WBC=12,400
Alb=2.4	LDH=6436	ALP=178	SGPT=110	SGOT=1126	Urea=63
$T_4=0.4$	Bile Direct=4.8	Bile Total=4.9	HCV Ab=Neg	HBS Ag=Neg	
Coombs Direct=Neg	BT=2	CT=4	Uric Acid=7.2	TSH=198	$T_3=11.7$
Anti Phospholipid Ab=14.7	K=3.8	P=5.4	Na=134	Ca=8	Fibrinogen<94

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

متوفی خانمی است 21ساله ، ساکن واهل روستای اصلی ، خانه دار با سابقه قالی بافی، BMI=24، Case شناخته شده لوپوس از حدود 3 سال قبل با درگیری کلیه ها وفشارخون بالا ، $G_3P_2A_1$. سابقه دوبار زایمان واژینال داشته و فرزند دوم یکسال قبل به علت فشار خون بالا در هفته 24 در بیمارستان مرده دنیا آمده بود.(فاصله حاملگی با بارداری قبلی حدود یکسال می باشد)

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

به بیمار توصیه شده بود حامله نشود واز روشهای هورمونی جهت کنتراسپشن استفاده نکند .بعداز حاملگی دوم برای بیمار IUD تعبیه می شود ولی یکماه بعد با خونریزی شدید دفع می شود. روش کنتراسپشن کاندوم بود. حاملگی خواسته بوده با LMP نامعلوم .از هفته چهارده بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت ، تیم سلامت ونفرولوژیست بوده وچندین بار به علت فشار خون بالا،عدم افزایش مناسب وزن به متخصص زنان ارجاع شده بود . درطی بارداری پروتئین ادرار همواره در حد 1-2 گرم واسید اوریک درحد 5-5.2 نگه داشته بود .درطی حاملگی متیل دوپا روزانه 5 عدد وپردنیزولون وآزا تیوپرین مصرف می کرده است در هفته 37 بارداری براساس سونوگرافی اوایل حاملگی توسط نفرولوژیست جهت R/O پره اکلامپسی وختم حاملگی به مرکز آموزشی درمانی ارجاع داده می شود . مادر3روز بعد ساعت 21 به بیمارستان مراجعه و بستری می شود.

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

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

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

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

مادر3روز بعداز زایمان بدون مشکل خاص وبا وضعیت Stable مرخص می شود. بعداز ترخیص طبق دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته دوبار درخانه بهداشت مراقبت شده بودوجهت مراقبت بیماری زمینه ای ارجاع غیر فوری شده بود.درهردمراقبت فشارخون درمحدوده نرمال بود. مادر روز سی ام زایمان جهت مراقبت نوزاد به خانه بهداشت مراجعه کرده بود ومشکلی نداشت. مادر 33 روز بعداز زایمان ساعت 9 صبح ، با شکایت علایم سرماخوردگی ، سرفه وتنگی نفس به مرکز بهداشت مراجعه می کند.بیمار دیسترس شدید وارتوپنه داشت ودرمعاینه هردوریه کراکل سمع می شد. درضمن معاینه بیمار بدنبال سرفه دچار هموپتیژی با خون روشن فراوان می شود طوری که چادر ولباسهای بیمار آغشته می شود.(خون دفعی بدون مواد استفراغی بود) . علایم حیاتی : BP=190/120 PR=89 RR=28.

برای بیمار IV Line با سرم نرمال سالین گرفته شده واکسیژن نازال با 4- 3 لیتر دردقیقه وصل وبلافاصله به همراه پزشک با آمبولانس فوریتهای پزشکی به بیمارستان انتقال داده می شود. در مسیر انتقال توسط تکنسین فوریتهای پزشکی ،برای بیمار اسپری سالبوتامول واکسیژن بادوز بالا داده می شود.بیمار ساعت 9:37 به اورژانس بیمارستان می رسد وبلافاصله به اتاق CPR منتقل می گردد. درهنگام ورود به اورژانس هوشیار بود.علایم

حیاتی : BP=100/70 PR=60 O2Sat=60% هردو ریه پر بودند.

ساعت 9:45 دچار است قلبی می شود. بلافاصله آنتوبه شده و عملیات احیا شروع می شود ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد. در هنگام آنتو باسیون کف صورتی آغشته به خون از ریه ها خارج می شد. درخواست اتوپسی نشده بود.

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

توضیحات اعضای کمیته :

- 1- فشارخون بالا با پالس ریت قید شده در مرکز بهداشت هم خوانی ندارد.
- 2- برای بیمار ادم ریه مطرح بود و بیمار از درمان ادم ریه و کاهش فشارخون سود می برد.
- 3- بیمار در اثر شعله ور شدن بیماری زمینه ای فوت کرده است.
- 4- مادر باید قبل از ترخیص از بیمارستان توسط پزشک معالج (نفرولوژیست) ویزیت می شد.
- 5- برگ فوت توسط پزشک اورژانس تکمیل شده بود و باید به پزشکی قانونی ارجاع می شد.

خاتم 29

متوفی خانمی است 41 ساله، ساکن روستای اصلی، بی سواد و قالیباف، G_1P_0 ، به علت هیپرمنوره تحت درمان با LD قرار داشت. یکسال قبل از حاملگی باشکایت تپش قلب و خستگی زودرس توسط پزشک تیم سلامت ویزیت شده و با تشخیص آنمی فقر آهن، قرص فروس سولفات روزانه 3 عدد و اسید فولیک تجویز می شود. سه ماه بعد با علائم قبلی (خفیفتر) + میالژی مراجعه می کند و دوباره قرص آهن و پروفن تجویز می شود. همچنین به علت لمس توده پستان درخواست ماموگرافی شده بود ولی جوابش در پرونده موجود نبود. حاملگی خواسته بود. آزمایشات اوایل بارداری (هفته 16 حاملگی)

: Hb=9.3 و MCV=67 MCH=19

در U/A : WBC=many U/C: E.Coli

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

از ماه پنجم حاملگی تحت مراقبت خانه بهداشت قرار گرفته و 8 بار توسط ماما و 3 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده و یک بار به علت عدم وزن گیری به متخصص زنان ارجاع شده بود. چندبار هم به بیمارستان الزهرا جهت سونوگرافی، آزمایش، مراقبت و NST مراجعه کرده بود.

در طول بارداری دوبار سونوگرافی شده (یکی هفته 16 و یکی هفته 31 برای پروفیل بیوفیزیکی که 8 از 8 بود). برای مادر برگ ارجاع به بیمارستان جهت زایمان نوشته شده و توصیه شده بود که با شروع دردهای زایمانی و یا بروز علائم خطر حتماً به بیمارستان مراجعه کند. دردهای زایمانی شروع می شود ولی از مراجعه به بیمارستان خودداری کرده و به ماما محلی دوره ندیده جهت گرفتن زایمان اطلاع می دهند. مادر در ساعت 5 صبح زایمان می کند (وزن نوزاد حدود 2/800 کیلو گرم بود). حدود 1.5 ساعت بعد، مادر بد حال شده و بی قرار می شود. در این مدت چندین بار ملحفه های زیر مادر را به علت خیس شدن با خون عوض می کنند. برادر متوفی با مشاهده وضعیت ایشان خود ساعت 7:45 با پای پیاده به مرکز بهداشت که در چند کیلومتری روستا قرار گرفته، مراجعه و به پزشک کشیک اطلاع می دهد که خواهرش در منزل زایمان کرده و از ایشان درخواست ویزیت خواهرش در منزل را می کند. خاتم دکتر از ایشان می خواهد مادر را سریعاً به مرکز برسانند. به علت ممانعت شوهر و نبود وسیله نقلیه، ساعت

9:45 با ماشین یکی از گردشگران مادر را در حالت دوپل میدریاز و ارست قلبی تنفسی به مرکز بهداشت می رسانند. عملیات احیا سریعاً شروع می شود ولی متأسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

خانم 30

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

نامبرده بدنبال حاملگی ناخواسته (حدوداً 5-6 هفته) در تاریخ 10/15 به مطب مامایی رفته و با دستکاری اقدام به سقط نموده بود . روز بعد بعلت درد شکم و عدم دفع کامل محصولات حاملگی دوباره به مطب ایشان رفته بود و دوباره دستکاری، تزریق و جایگذاری شیاف به رحم انجام شده بود .مادر ساعت 21 مورخ 10/16/باشکایت خونریزی شدید به اورژانس بیمارستان زنان مراجعه کرده و قبل از تریاژ به اتاق معاینه فرستاده می شود. بلافاصله یک لیتر سرم رینگر سریع انفوزیون شده و مادر توسط رزیدنت سال اول معاینه می گردد. مادر از درد شکم مخصوصاً LLQ و سوپرا پوبیک با انتشار به کمروتھوع و استفراغ شاکی بود. سردرد و سرگیجه داشت. هوشیار واریانته بود. iii بود ولی توکسیک نبود. در معاینه کول 1-2 سانتی متر باز بود و خونریزی واژینال در حد آلودگی اسپکولوم داشت. شکم نرم و فاقد تندرns بود. رنگ واژن و سرویکس نرمال بود. (مادر در ابتدا دستکاری را انکار می کرد ولی در بخش به دستکاری توسط ماما و همچنین به راه رفتن یک فرد روی شکمش اشاره کرده بود). علایم حیاتی: BP=100/70 (تست challenge منفی بود) PR=82 BT=36.2 . بعد از اتمام سرم مادر با برانکارد و بیماربر به سونوگرافی فرستاده می شود . در سونوگرافی تجمع هتروژن با حجم حدود 38 سی سی در داخل کایوته رحم وجود داشت و آدنکسها نرمال گزارش شده بود. بعد از برگشت از سونوگرافی برای مادر دستور بستری تحت نظر نوشته شده و سرم سنتو شروع می شود. در ساعت 23:15 ماما در ضمن کنترل مادر متوجه دیستانسسیون شکم مادر شده و به رزیدنت اطلاع می دهد. در معاینه مجدد واژن بشدت ادماتو و اکیموتیک بود. برای مادر دستور بستری در بخش جراحی نوشته می شود و مادر در ساعت 23:40 توسط مامای اورژانس و بیماربر به بخش جراحی منتقل می شود.

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

دستورات بخش : NPO - کنترل علایم حیاتی هر 4 ساعت - کنترل درد شکم و خونریزی واژینال- سرم رینگر- رزرو 4 واحد پکدسل ایزوگروپ و 3 واحد کراس مچ شده - آمپول سفازولین ، جنتا مایسین ، کلیندامایسین - درخواست آزمایشات CBC, PT, PTT, LFT, Alb, - مشاوره اورژانس جراحی - سونوگرافی شکم و لگن اورژانس .

به علت گزارش مایع آزاد شکمی (فضای موریسون) در سونوگرافی بدساید مادر در ساعت 1:00 بامداد جهت لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل می گردد. هنگام ورود به اتاق عمل لتارژیک ، رنگ پریده و ایکتریک بود. در حدود 400 سی سی ادرار داشت. BP=123/54 HR=102 بود . بعد از شروع ترانسفوزیون یک واحد پکد سل با کراس مچ صحرائی عمل ساعت 1:30 با حضور رزیدنت جراحی با برش میدلاین و بی هوشی عمومی شروع می شود . شکم حاوی 200 سی سی خون کهنه بود. رحم ، لوله ها، تخمدان ها و لیگمان پهن اکیموتیک بود. خلف صفاق هماتوم بزرگ داشت که با 4 عدد لنگازیک می شود. لوله فالوپ سمت چپ کاملاً متورم و گتانگرن داشت که سالپنژکتومی چپ انجام میگردد. لاسراسیون در گوشه راست رحم وجود داشت و به علت عدم کنترل خونریزی با سوچوربا گاز پک می شود. رحم تحت کورتاژ تخلیه ای قرار می گیرد و 40-30 سی سی بقایای حاملگی خارج می شود. بعد از شستشوی کافی با سرم ، رحم و جدار شکم بسته می شود. عمل ساعت 5:15 پایان می یابد. بعد از تزریق اولین پکد سل

ادراار كاملا هماچوريك شده و تزريق پكدسل دوم بلافاصله بعد از شروع متوقف مي شود. به علت آنوري تزريق لازيكس بصورت تيره (تا 180 ميلي گرم) انجام مي گيرد ولي ادراار برقرار نمي شود. براي مادر درطول عمل 4/5 ليتر كريستالوئيد، يك واحد پكدسل و 2 واحد FFP تزريق شده بود. در ABG : PH=7.11 HCO3=12.9 BE= -16 بود و 3 واحد بي كربنات و 200 ميلي گرم هيدروكورتيزون مي گردد.

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

مادر بعد از اتمام عمل ساعت 6 بامداد با پيشنهاد رزيدينت جراحي بصورت انتوبه به همراه تكنسين ورزيدينت بي هوشي به ICU جراحي بيمارستان جنرال منتقل مي شود. علايم حياتي قبل از اعزام : BP=100/70 HR=130

موقع پذيرش در مركز دوم علايم حياتي : BP=90/60 HR=130 GCS=9 O2Sat=95% مادر با تشخيص شوک

سپتيك و ATN در زمينه هياتوم لگني وسقط عفوني در بخش ICU جراحي بستري مي گردد. بعد از پذيرش مادربه و نتيلا تور با مد SIMV وصل مي شود. دو واحد FFP و يك واحد پكدسل كه همراه مادر از بيمارستان اول آورده شده بود ترانسفوزيون ميشود. دستورات ICU جراحي : NPO - سرم

1/3, 2/3 - آمپول سفترياكسون-مترونيडाازول-هپارين 5000u/BID/SC -تعبيه CXR- CVP Line -كنترل برونده ادرااري و انفوزيون لازيكس

10mg/h -تعبيه NGT -انفوزيون دو واحد FFP -چك Hb هر 6 ساعت -چك ABG هر 12 ساعت -چك

HR=170 و تاكيكاري شديد BP=60/35 و تاكيكاري شديد PT, PTT, INR, LFT, Na, K, BUN, Cr, BS -مشاوره قلب و نفرولوژي. عصر به علت افت فشار خون

مادر آماده لاپاروتومي مجدد مي گردد ولي به علت وجود مایع آزاد مختصر در سونوگرافي شكم و لگن، عمل انجام نمي گيرد. براي مادر انفوزيون لنوفد

شروع مي شود. به دليل ترشحات خوني از محل پانسمان، پانسمان فشاري انجام مي گيرد. طبق توصيه مشاور نفرولوژي جهت برقراري ادراار تزريق

آمپول لازيكس تا 1200 ميلي گرم وریدی (طبق پروتكل) انجام مي گيرد ولي ادراار برقرار نمي شود.

جواب آزمايشات : /10/17 Hb=8.7 WBC=6700 PLT=50,000 SGPT=44 SGOT=132

ALP=247 BIL=11.4 Alb=2.7 Cr=2 Urea=50 PT=23.1 PTT=54

INR=2.94

روز دوم بستري: مادر در فاز استنو پور قرار دارد. شديداً تب دار و تاكيكارد است. BT=40 HR=188 BP=139/73. موتيليگ

اندامها را دارد و همچنان آنوريك است. طبق مشاوره نفرولوژي براي مادر شوک سپتيك مطرح است و لازيكس، سفترياكسون و رانيتيدين قطع و آمپول

سيپروفلوكساسين-وانكوميسين، ايمي پنم، هيدروكورتيزون و پنتاپرازول شروع مي شود و كاتتر جهت همو دياليز تعبیه مي گردد. طبق توصيه

مشاور عفوني قبل از شروع آنتي بيوتيكا كشت خون در دونوبت درخواست مي گردد.

طبق توصيه يكي از اساتيد پلاسما فرزيس با 8 واحد FFP انجام گيرد و مادر ساعت 14:10 در حين تدارك مقدمات پلاسما فرزيس (قبل از شروع

پلاسما فرز) دچار ارست قلبي تنفسي شده و احيا مي گردد ولي 5 دقيقه بعد مجدداً ارست کرده و در ساعت 14:50 فوت مي کند.

جواب آزمايشات :

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

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

گزارش CXR: افزایش اپاسیته در نیمه تحتانی هردونیم سینه وجود دارد وزوایای جنبی هردوطرف بلانت می باشد که مطرح کننده پلورال افیوژن می باشد. گزارش سونوگرافی شکم (بعزاز عمل): مایع آزاد مختصر در فضای موریسون و اطراف طحال و انیترلوب قابل رویت است. مثانه خالی است. پلورال افیوژن جزئی در نیم سینه راست مشهود است.

توضیحات اساتید:

1. در موقع مراجعه مادر به بیمارستان، پروسه شوک شروع شده بود و DIC قبل از شروع عمل وجود داشته است.

2. راکسیون به تزریق خون باید بررسی می شد.

3. باید از محتویات کورتاژ رحمی و لوله، کشت و آنتی بیوگرام تهیه می شد.

خاتم 31

متوفی خانمی است 20 ساله، ساکن شهر، G₁P₀، بسیار چاق (102 کیلوگرم) با BMI=37.5، سابقه بیماری خاصی نداشته است. حاملگی خواسته بود. از هفته 12 حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت قرار گرفته و مرتب مراقبت شده بود و آخرین مراقبت 3 روز قبل از زایمان بود. در طول بارداری افزایش وزن زیادی نداشت (در حد 4-5 کیلوگرم). آزمایشات اوایل بارداری مشکلی نداشت. در طول حاملگی 3 بار سونوگرافی شده بود و مشکل خاصی گزارش نشده بود.

بیمار در هفته 38 بارداری با شکایت آبریزش و دردهای زایمانی به بیمارستان مراجعه و بستری می شود.

موقع پذیرش در بیمارستان (ساعت 18:30) علائم حیاتی نرمال بود. در معاینه واژینال: دیلاتاسیون 3-4 سانتیمتر، افسان 60%، پرزنتاسیون سفالیک، ساک پاره و مایع روشن بود. به علت نداشتن انقباضات فعال تحت اینداکشن قرار می گیرد. در ساعت 24 علائم زایمانی کامل می شود. در ساعت 00:25 بامداد نوزاد دختر با آپگار 9/10 و وزن 3/120 کیلوگرم بدنیا می آید. بعد از یک ساعت مادر به بخش منتقل می گردد. ساعت 9 صبح روز بعد بیمار با حال عمومی خوب مرخص می شود؟ بعد از مرخص شدن در منزل دچار سرفه و دفع خلط شده که چندبار آخر همراه با رگه های خون بوده است. سه روز بعد تب و لرز و تنگی نفس به تابلوی بیماری اضافه شده و با این تابلو به بیمارستان مراجعه و بعد از ویزیت متخصص داخلی به علت سیانوز (O₂Sat=61%) و با تشخیص پنومونی با تزریق 60 mg لازیکس، یک عدد آمپول هیدروکورتیزون، یک عدد سفتریاکسون، یک عدد آمیکاسین، یک قاشق کتوتیفن و وصل سرم و اکسیژن با آمبولانس به مرکز جنرال اعزام می کنند. موقع پذیرش در آن مرکز (ساعت 22):

BP=120/85 PR=130 BT=37.7°C RR=60 GCS=15 Sat=90% O₂ با اکسیژن.

O₂Sat=54.7 در موقع پذیرش در اورژانس

از سرفه، دفع خلط، درد قفسه سینه، درد شدید عضلانی، تهوع، دیزوری و فریکونسی شکمی بود. در لمس قسمت تحتانی شکم تندرست داشت. در معاینه ریه ها، کراکل کورس بخصوص در ریه راست و کاهش صدادر سمع ریه چپ وجود داشت. سمع قلب نرمال بود. بخیه های محل اپی باز شده بود که مجدداً سوچور زده می شود و بعد از اقدامات اولیه بیمار ساعت 00:10 بامداد با تشخیص پنومونی در بخش عفونی بستری می شود. برای بیمار

سیپروفلوکساسین ، سفپیم و هپارین بادوز پروفیلاکتیک شروع می شود ولی بعد از یک دوز تجویز ، آنتی بیوتیکها با صلاحدید اتند بخش به سفتریاکسون ، جنتامایسین ، آزیترومایسین و مترونیدازول **change** می شود.

دستورات بخش : مشاوره زنان ، سونوگرافی شکم-رحم و ضمامن ، سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی ، درخواست **D.dimer,CBC,LFT,βHCG** ،

پالس اکسی متری مداوم و **ABG** روزانه ، اسمیر خلط ، سدیمان ادراری ، آنالیز و کشت ادرار

CXR پرتابل و مشاوره برای انتقال به **ICU** ریه.

درگرافی سینه ضخیم شدن فیشر میانی و تجمع مایع در این فیشر گزارش شده بود.

در ساعت **7:45** صبح به علت تشدید دیسترس تنفسی و بیشتر شدن کراکل ها **160 mg** لازیکس و **200mg** هیدروکورتیزون **3mg** مورفین تزریق می گردد.

در ساعت **10** صبح به علت مشاهده علایم **ARDS** و ضایعات انترستیشیل و آلونلر منتشر دوطرفه درگرافی کنترل سینه با سرویس ریه مشاوره اورژانسی انجام می دهند و ساعت **11:45** در حالیکه انتوبه بوده به بخش ریه منتقل می شود . به علت نیاز بیمار به بستری در بخش **ICU** و نبود تخت خالی در **ICU** امام و سایر بیمارستانهای شهر بیمار به ونتیلاتور وصل شده و بصورت اکسترا سرویس دهی می شود.

دستورات بخش ریه : کنترل علایم حیاتی هر یک ساعت ، کشت خون در سه نوبت ، تعویض آنتی بیوتیکها به ایمی پنم – سیپروفلوکساسین –

وانکومایسین ، رزرو چهارواحد پکدسل ، مانیتورینگ دائمی قلب ، پالس اکسی متری دائم ، وصل به ونتیلاتور با سیستم **SIMV** ، **CXR** ،

مجدد ، ویزیت هر **2** ساعت رزیدنت کشیک ، شروع دوپامین به علت افت فشار خون (با دوز **5g μ**)

از ساعت **13** با وجود اتصال به ونتیلاتور **O₂Sat** در حال کاهش بود.

در ساعت **13:55** برای بیمار مشاوره زنان درخواست می شود و ساعت **17** بیمار توسط رزیدنت زنان ویزیت می گردد و پس از مشورت با اتند کشیک درخواست سونوگرافی رحم و ضمامن برای بررسی بقایای جفت می کند.

در ساعت **13** به علت بی قراری بیمار میدازولام **5mg /IV/Stat** (چهاردوز)، سپس بصورت انفوزیون **2mg /IV/h** و آمپول متیل پردنیزولون

125 میلیگرم هر **6** ساعت بصورت وریدی شروع می شود و **500** سی سی سرم نرمال سالین بصورت انفوزیون سریع و آمپول مورفین **2mg** هر **3**

ساعت گذاشته می شود. دوز میدازولام را به **5mg/h** می رسانند ولی سدیت نمی شود. در ادامه آمپول آتروکرومیوم **25mg/Stat**

و انفوزیون **4mg/min** نیز اضافه می شود و فشار **PEEP** رابه **9** می رسانند. ولی علیرغم این اقدامات بیمار همچنان بی قرار بوده ، با گروه

بیهوشی مشاوره اورژانسی می شود. در مشاوره بیهوشی توصیه شده بود **5mg** میدازولام به همراه **100μg/h** فنتانیل انفوزیون گردد و در صورت

عدم سداسیون لاجرم شلی کامل داده شده و با ونتیلاتور حمایت تنفسی گردد.

بیمار ساعت **5:45** دچار ارست قلبی بصورت آسیستول شده و احیاء می گردد ولی مجدداً دچار **V Take** شده و فوت می کند .

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

کشت خون و کشت ادرار منفی **Na=146** **K=4.4** **PLT=381000**

علت فوت : **ARDS** در زمینه احتمالی ؟؟

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

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مطب پزشکی متخصص زنان شروع شده و مرتب کنترل می شده است و 3 بار هم در مرکز بهداشت و یک بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بودند. مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود. فشارخون ثبت شده همواره در محدوده نرمال بودند.

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

BP=100/60

FHR=good : موقع بستری

عمل با بی حسی اسپینال انجام گرفته و حاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار بالا و وزن 3420 گرم بود .

PLT=142,000

Hct=41.4

Hb=13.6

WBC=8600 : عمل از قبل

آزمایشات بعد از عمل (روز دوم):

PLT=126,000

MCH=30.3

MCV=95

Hct=33.8

Hb=10.8

WBC=9,600

در گزارش جراحی ، دستورات بعد از عمل و سیر بیماری اشاره ای به خونریزی و یا سرم تراپی نشده است. برونده ادراری نرمال بود. علائم حیاتی ثبت شده بعد از عمل در 7 نوبت: BP=100/50 به مشکل خاصی در پرونده اشاره نشده بود. کل مایع تزریق شده در طول عمل 3 لیتر بود. مادر روز بعد (24 ساعت بعد از عمل) بدون توصیه خاص مرخص می شود.

مراقبت بعد از زایمان در مرکز بهداشت انجام گرفته و مشکل خاصی ثبت نشده است. یکبار هم به پزشک معالج جهت برداشتن بخیه ها مراجعه کرده بود. مادر 35 روز بعد از زایمان دچار بی اشتها، تهوع و استفراغ شده و به درمانگاه مراجعه کرده و درمان سرپایی می گیرد ولی بهبودی حاصل نشده و رفته رفته درد ناحیه سینه و اپی گاستر با انتشار به بازوی چپ و تنگی نفس به تابلوی بیماری اضافه می شود. به مطب جراح عمومی مراجعه می کند و درمان سرپایی می گیرد. 39 روز بعد از زایمان مادر به علت تنگی نفس شدید و تپش قلب به درمانگاه مراجعه و به علت افت فشار خون و تاکی کاردی با وصل سرم نرمال سالین به بیمارستان الف ارجاع می شود. موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان در ساعت 18:00 بیمار ill و توکسیک بود. تنگی نفس شدید و عطش هوا داشت. اپی گاستر و RUQ و LUQ حساس و دیستانت بود .

O2Sat=98%

RR=23

PR=126

BP=97/68 : علائم حیاتی

برای مادر مونیترینگ قلبی ریوی وصل شده و کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه، اکسیژن نازال، آزمایشات CBC, ABG، الکتروولیت ها ، مشاوره داخلی، قلب و جراحی، ECG، آمپول اسکازینا، قرص ایندرا ل 10 میلی گرم ، Order می شود.

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

آزمایشات :

K=3.5

Na=147

PLT=415,000

Hct=37.8

Hb=12.7

PMN=65% WBC=10,400

O2Sat=93% Fio2=30% PO2=66% PCO2=23 HCO3=18.7 PH=7.42 : ABG

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

دستورات مشاور جراح عمومی: NPO ، تعبیه دو عدد لاین وریدی و تزریق 1.5 لیتر سرم رینگر لاکتات ، سونداژ مثانه ورزرو 5 واحد خون ایزوگروپ . برای بیمار با احتمال خونریزی داخل شکمی Tap انجام می شود ولی خونی خارج نمی گردد. بیمار با توصیه ایشان برای بررسی خونریزی رتروپریتونن (با احتمال پارگی آنوریسم شریان طحال) جهت لاواژ پریتونن و احیا ناً لاپاراتومی و نیاز به ICU Care بعد از عمل ، ساعت 20:30 با همراه درمانی و 5 واحد خون به بیمارستان ب اعزام می شود (در بیمارستان الف تخت خالی ICU و CCU وجود نداشت).

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

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

بیمار ساعت 21:15 به بیمارستان دوم می رسد.

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

و حالت پره ارست داشت . بلافاصله پذیرش شده و مستقیماً به اتاق عمل منتقل می شود و بیا تزریق وریدی میدازولام ، فنتانیل و کتامین تحت لاواژ شکمی قرار می گیرد . حین لاواژ دچار افت شدید فشارخون شده و بیا شک به جدایی الکترومکانیکال (EMD) سریعاً انتوبه شده و عملیات احیا شروع می شود ولی متأسفانه مادر در ساعت 23 فوت می کند . در اتاق عمل BP=80/60 PR=120 بود .

در لاواژ خون واضحی وجود نداشت . در لاپاراتومی محدود (از محل لاواژ) احشاء شکم بررسی می شود که هیپاتومگالی داشت (کبد محتقن و اندازه آن حدود 2-3 برابر اندازه طبیعی بود) . در شکم و رتروپریتونن هماتوم و خون وجود نداشت و فقط مایع سروزی اندک وجود داشت . رحم و ضمائم نرمال بودند . تشخیص بالینی احتمالی کاردیو میوپاتی پست پارتوم و در اولویت بعدی PTE می باشد .

اشکالات وارد بر پرونده :

1. در چهار روز اول شروع علائم به شکایت مادر (توسط پزشک عمومی در کلینیک و جراح عمومی) توجه جدی نشده و فقط علامت درمانی شده است
2. اعزام مادر به بیمارستان دوم (سطح پائین) درست نبود .
3. به شکایت و علائم بیمار در بیمارستان الف توجه نشده است و کلاً شرح حال کامل اخذ نشده است .
4. انجام اندوسکوپی لازم نبود .
5. در مادران باردار در ماه آخر حاملگی تا پنج ماه بعد از زایمان با شکایت درد سینه و خستگی ، تپش قلب ، ادرار شبانه به طور مکرر ، تنگی نفس ، ادم و تورم ، ارتوپنه (تنگی نفس در حال دراز کشیده) ، سرفه ای که توجیهی برای آن نیست ، افزایش وزن بیش از یک تا دو کیلوگرم در هفته ، کاردیومیوپاتی و مشکلات قلبی در اولویت اول تشخیص احتمالی مطرح می باشد .

خاتم 33

متوفی خانمی است 20 ساله ، ساکن و اهل حومه شهر ، دانشجوی ، G₁P₁ ، بدون سابقه بیماری خاص . حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مطب پزشک متخصص زنان شروع شده و مرتب کنترل می شده است و 3 بار هم در مرکز بهداشت و یک بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بودند. مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود. فشارخون ثبت شده همواره در محدوده نرمال بودند.

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

BP=100/60

FHR=good : موقع بستری

عمل با بی حسی اسپینال انجام گرفته و حاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار بالا و وزن 3420 گرم بود .

PLT=142,000

Hct=41.4

Hb=13.6

WBC=8600 : عمل از قبل

آزمایشات بعد از عمل (روز دوم):

PLT=126,000

MCH=30.3

MCV=95

Hct=33.8

Hb=10.8

WBC=9,600

در گزارش جراحی ، دستورات بعد از عمل و سیر بیماری اشاره ای به خونریزی و یا سرم تراپی نشده است. پرونده ادراری نرمال بود. علائم حیاتی ثبت

شده بعد از عمل در 7 نوبت: BP=100/50 PR=72-84 به مشکل خاصی در پرونده اشاره نشده بود. کل مایع تزریق شده در طول

عمل 3 لیتر بود. مادر روز بعد (24 ساعت بعد از عمل) بدون توصیه خاص مرخص می شود.

مراقبت بعد از زایمان در مرکز بهداشت انجام گرفته و مشکل خاصی ثبت نشده است. یکبار هم به پزشک معالج جهت برداشتن بخیه ها مراجعه کرده

بود. مادر 35 روز بعد از زایمان دچار بی اشتها، تهوع و استفراغ شده و به درمانگاه مراجعه کرده و درمان سرپایی می گیرد ولی بهبودی حاصل

نشده و رفته رفته درد ناحیه سینه و اپی گاستر با انتشار به بازوی چپ و تنگی نفس به تابلوی بیماری اضافه می شود. به مطب جراح عمومی مراجعه

می کند و درمان سرپایی می گیرد. 39 روز بعد از زایمان مادر به علت تنگی نفس شدید و تپش قلب به درمانگاه مراجعه و به علت افت فشار خون و تاکی

کاردی با وصل سرم نرمال سالین به بیمارستان الف ارجاع می شود. موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان در ساعت 18:00 بیمار ill و توکسیک بود

. تنگی نفس شدید و عطش هوا داشت. اپی گاستر و RUQ و LUQ حساس و دیستانت بود .

O2Sat=98%

RR=23

PR=126

BP=97/68 : علائم حیاتی

برای مادر مونیترینگ قلبی ریوی وصل شده و کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه، اکسیژن نازال، آزمایشات CBC, ABG، الکتروولیت ها ، مشاوره

داخلی، قلب و جراحی، ECG، آمپول اسکازینا، قرص ایندرا ل 10 میلی گرم ، Order می شود.

متخصص داخلی در ساعت 18:30 بیمار را ویزیت کرده و با تشخیص احتمالی PTE در درجه اول و شکم حاد جراحی در درجه دوم درخواست آندوسکوپی

اورژانس UGI و گرافی سینه و ایستاده و خوابیده شکم می کند. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی نرمال بود. در توشه رکتال، رکتوم خالی بود. در

گرافی سینه (خوابیده) سایه قلب بزرگ به نظر می رسید.

آزمایشات :

K=3.5

Na=147

PLT=415,000

Hct=37.8

Hb=12.7

PMN=65% WBC=10,400

O2Sat=93%

Fio2=30%

PO2=66%

PCO2=23

HCO3=18.7

PH=7.42 : ABG

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

دستورات مشاور جراح عمومی: NPO ، تعبیه دو عدد لاین وریدی و تزریق 1.5 لیتر سرم رینگر لاکتات ، سونداژ مثانه ورزرو 5 واحد خون ایزوگروپ . برای بیمار با احتمال خونریزی داخل شکمی Tap انجام می شود ولی خونی خارج نمی گردد. بیمار با توصیه ایشان برای بررسی خونریزی رتروپریتونن (با احتمال پارگی آنوریسم شریان طحال) جهت لاواژ پریتونن و احیا ناً لاپاراتومی و نیاز به ICU Care بعد از عمل ، ساعت 20:30 با همراه درمانی و 5 واحد خون به بیمارستان ب اعزام می شود (در بیمارستان الف تخت خالی ICU و CCU وجود نداشت).

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

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

بیمار ساعت 21:15 به بیمارستان دوم می رسد.

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

و حالت پره ارست داشت . بلافاصله پذیرش شده و مستقیماً به اتاق عمل منتقل می شود و با تزریق وریدی میدازولام ، فنتانیل و کتامین تحت لاواژ شکمی قرار می گیرد . حین لاواژ دچار افت شدید فشارخون شده و با شک به جدایی الکترومکانیکال (EMD) سریعاً آنتوبه شده و عملیات احیا شروع می شود ولی متأسفانه مادر در ساعت 23 فوت می کند . در اتاق عمل BP=80/60 PR=120 بود .

در لاواژ خون واضحی وجود نداشت . در لاپاراتومی محدود (از محل لاواژ) احشاء شکم بررسی می شود که هیپاتومگالی داشت (کبد محتقن و اندازه آن حدود 2-3 برابر اندازه طبیعی بود) . در شکم و رتروپریتونن هماتوم و خون وجود نداشت و فقط مایع سروزی اندک وجود داشت . رحم و ضمامن نرمال بودند .

تشخیص بالینی احتمالی کاردیو میوپاتی پست پارتوم و در اولویت بعدی PTE می باشد .

اشکالات وارد بر پرونده :

1. در چهار روز اول شروع علائم به شکایت مادر (توسط پزشک عمومی در کلینیک و جراح عمومی) توجه جدی نشده و فقط علامت درمانی شده است

2. اعزام مادر به بیمارستان دوم (سطح پانین) درست نبود .

3. به شکایت و علائم بیمار در بیمارستان الف توجه نشده است و کلاً شرح حال کامل اخذ نشده است .

4. انجام اندوسکوپی لازم نبود .

5. در مادران باردار در ماه آخر حاملگی تا پنج ماه بعد از زایمان با شکایت درد سینه و خستگی ، طپش قلب ، ادرار شبانه به طور مکرر ، تنگی نفس ، ادم و تورم ، ارتوپنه (تنگی نفس در حال دراز کشیده) ، سرفه ای که توجیهی برای آن نیست ، افزایش وزن بیش از یک تا دو کیلوگرم در هفته ، کاردیومیوپاتی و مشکلات قلبی در اولویت اول تشخیص احتمالی مطرح می باشد .

خانم 34

متوفی خانمی است 27 ساله ، ساکن واهل روستای اصلی ، BMI=31.5 ، G₃P₂ AL₁ ، سابقه دوبار زایمان واژینال که نوزاد اول به علت ناهنجاری بعد از تولد فوت شده است . زایمان دوم 8 سال قبل بود . وسیله پیشگیری IUD بود و به علت تمایل به بارداری در آورده شده بود . حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مرکز بهداشت شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. در معاینات پیش از بارداری و آزمایشات دوران بارداری مشکل خاصی قید نشده بود. در طول بارداری 4 بار به علت سابقه تولد نوزاد ناهنجار، (درد شکم در هفته 17 حاملگی) و (کاهش حرکت جنین در هفته 31) و (لک بینی و کمردرد در هفته 38) ارجاع شده بود. و در ماه 6 بارداری به علت کاهش هموگلوبین ($Hb=10$, $Hct=28.3$) روزانه دو قرص آهن تجویز شده بود.

مادر در هفته 38 بارداری به علت لک بینی به متخصص جراح عمو می مراجعه و جهت سزارین الکتیو در بیمارستان شهرستان بستری می شود. عمل با بی حسی اسپینال انجام گرفته (توسط جراح عمومی) و حاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار بالا و وزن 2900 گرم بود. عمل ساعت 14:30 به اتمام رسیده و مادر 5 دقیقه بعد با وضعیت Stable به بخش تحویل داده می شود. در ساعت 17 به علت عدم تغییر پرونده ادراری به پزشک معالج اطلاع می دهند و ایشان تلفنی دستور تزریق 10mg لازیکس و انفوزیون یک لیتر سرم رینگر را می دهد. در پرونده اشاره ای به خونریزی مادر نشده است. مقدار مایع دریافتی در اتاق عمل 2 لیتر بود. علائم حیاتی ثبت شده در پرونده :

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

مادر 48 ساعت بعد از زایمان مرخص می شود. دوبار بعد از زایمان توسط بهورز مراقبت شده بود.

21 روز بعد از زایمان نوزاد با تشخیص سلولیت ناحیه دیپروسپیس در بخش NICU بستری می گردد. پنج روز بعد ساعت 10:50 شب، مادر که بعنوان همراه در بیمارستان حضور داشته با تهوع، بیحالی و سردرد شدید که از چند روز قبل شروع شده بود، به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند و بعد از تزریق یک لیتر سرم مرخص می گردد. صبح روز بعد (27 روز بعد از زایمان) در حالیکه همراه نوزاد در بیمارستان حضور داشته ساعت 8:30 صبح به علت تب و لرز، درد شکم، کاهش مقدار ادرار از یک روز قبل، سرفه، دفع خلط و تنگی نفس به اورژانس مراجعه می کند. از درد شدید پانین شکم شاکی بود و در معاینه تندرین شکم (محل عمل) داشت و در سمع ریه ها، رال منتشر و رونکوس در هر دو ریه سمع می شد. خونریزی و اژینال داشت در اندامهای تحتانی پتشی و پورپورا داشت و انتهاها سرد و دردناک و سیانوزه بودند. نبضها فیلی فرم بود. $BP=80/60$, $PR=140$

$O_2Sat=90\%$ با اکسیژن. برای مادر با احتمال پیلونفریت و ARDS دستورات: کنترل علائم حیاتی، مونیتورینگ قلبی ریوی، اکسیژن نازال 2-3 لیتر در دقیقه، تعبیه لاین وریدی با سرم رینگر، آمپول پتیدین 25mg/PRN، آمپول لازیکس 20mg/State، آزمایشات $CXR, ESR, FLT, U/C, U/A, K, Na, Cr, BUN, CBC$ تستهای انعقادی، انجام اکوکاردیوگرافی جهت R/O ترومبوآمبولی ریه، سونوگرافی شکم، CXR، کنترل I/O، مشاوره داخلی و زنان، داده می شود. بیمار به علت نبود تخت خالی در بخش داخلی زنان (؟) در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. برای مادر به علت تنگی نفس یک عدد آمپول دیگوکسین و 40 میلی گرم لازیکس و آمپول مورفین تزریق می گردد. بجای متخصص زنان به متخصص جراح عمومی (عامل زایمان) اطلاع می دهند و ایشان ساعت 8:50 دقیقه مادر را ویزیت می کند.

در اکویافته ای به نفع PTE نداشت. $EF=55-60\%$ بود و $MR=2+$ داشت. تائیکاردی سینوسی داشت. در سونوگرافی رحم و کلیه ها نرمال بودند. کبد سایز نرمال داشت و اکوژنیسیته کمی افزایش یافته بود که با کبد چرب گرید I سازگار بود. در CXR تراکم Patchy و علائم ARDS وجود داشت.

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

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

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

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

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

مادر قبل از رسیدن به بیمارستان دچار ارست قلبی تنفسی می شود. ساعت 14:30 مادر را به بیمارستان آموزشی درمانی می رسانند. موقع پذیرش در اورژانس بدون پالس بود و مردمکها دوپل میدریاز بدون واکنش به نور بودند و موتیلینگ تمام بدن را داشت، ترشحات دهان و بینی قهوه ای رنگ بودند. بلافاصله انتوبه شده و احیا پیشرفته شروع می شود ولی پاسخ نمی دهد. متوفی جهت بررسی علت مرگ به پزشک قانونی منتقل می شود ولی به علت عدم رضایت اولیای دم اتوپسی صورت نمی گیرد.

بر اساس مشاهدات بالینی و سیر بیماری تشخیص احتمالی سپتی سمی در زمینه یک کانون عفونت (1- پنومونی ویرال یا باکتریال 2- اندوکاردیت و 3- پیلونفریت) می باشد.

اشکالات وارد بر پرونده:

1. عمل سزارین مادر با وجود حضور متخصص زنان در شهرستان ، توسط جراح عمومی اشتباه می باشد.
2. دستورات تلفنی متخصص محترم جراح عمومی بدون ویزیت بیمار و اکتفا به درمان علامتی درست نبود.
3. تزریق لازیکس در کاهش برونده ادراری بعد از عمل بی مورد بود و باید مادر از نظر خونریزی مخصوصاً خونریزی داخلی بررسی می شد.
4. علائم حیاتی شامل BP ، PR ، RR و BT دقیقاً کنترل و ثبت نشده بود.
5. به وضعیت مادر در زمان حضور در بیمارستان بعنوان همراه نوزاد توجه نشده است.
6. در زمان مراجعه مادر به اورژانس فقط به تزریق سرم اکتفا شده در حالیکه می بایست شرح حال کامل اخذ و دقیق معاینه می شد.
7. نگه داشتن بیمار بد حال در اورژانس و یا بخش داخلی اشتباه بوده و مادر باید سریعاً به ICU منتقل شده و توسط یک تیم Manage می شد.
8. تزریق دیگوکسین ، مورفین و پتیدین بی مورد بود و در کل یک عدم توجه به بیمار وجود داشته است.
9. آزمایشات کلیدی برای تشخیص بیماری از قبیل LFT , U/A , U/C , PT, PTT, ABG و کشت خون برای مادر انجام نشده است.
10. اعزام مادر با وضعیت Unstable اشتباه بود و بیمار اندیکاسیون اعزام نداشت.

خاتم 35

متوفی خانمی است 24 ساله ، ساکن شهر ، G₁P₀ با حاملگی خواسته . مراقبت دوران بارداری در مطب مامایی و متخصص زنان بود (بصورت نامرتب). بر اساس سونوگرافی هفته 33 حاملگی جنین IUGR |سیمتریک داشته و اطرافیان سابقه همسر آزاری و درد قفسه سینه (گهگاه) رادر طول

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

طبق اظهار متخصص زنان درشروع احیا قلب هیپرکنتیک بودو با دست بخوبی لمس می شد ودرنمایشگر مانیتور HR=140 بود ولی نبضهای محیطی

Hb=11.1

PLT=57000 : آزمایشات

توضیحات :

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

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

- تغییرات جسد خیلی سریعتر بود که می تواند ناشی از مشکل زمینه ای از جمله عفونت های فولمینانت باشد.

- مسمومیت با مواد افیونی مخصوصاً ترکیبات محرک ازجمله اکستازی وشیشه می تواند درد سینه ،دایسکشن آنورت وهیپترمی(تغییرات

سریع جسد) ،پارگی کیسه آب وIUGR بودن جنین ،ایجادکرده و از تشخیصهای افتراقی می باشد ودر گرفتن شرح حال باید دقت شود.

خاتم 36

متوفی خانمی است 33 ساله ، ساکن شهر ، خانه دار ، BMI=33.3 ، G₃P₂Al₁ ،باسابقه زایمان زودرس ومرگ نوزاد، سابقه فشارخون بالا ومصرف متیل دوپا وآنتولول.زایمان قبل 7 سال پیش بروش سزارین می باشد. حاملگی خواسته بود.مراقبت دوران بارداری در هفته 6 حاملگی

در پایگاه بهداشتی صورت گرفته و توسط ماما و پزشک ویزیت شده بود. همچنین تحت نظر متخصص زنان و متخصص قلب و عروق نیز بوده است. اکوی قلبی هفته ششم نرمال بود. آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود. مادر از هفته هشت بارداری دچار اسهال شده که بتدریج تبدیل به اسهال خونی می شود. بیمار با این تابلو به متخصص عفونی مراجعه کرده و تشخیص اسهال آمیبی داده می شود (سه نوبت آزمایش در شهرستان از نظر آنتومبا هیستولیتیکا مثبت بود). به علت حاملگی فوراً زولیدون تجویز می شود ولی مادر به بهانه اینکه دارو از گروه C می باشد از خوردن دارو امتناع می کند. مادر به یکی از اساتید عفونی معرفی می گردد. در آزمایش مجدد آمیب رد شده و جهت بررسی تخصصی و کولونوسکوپی به متخصص گوارش معرفی می گردد. قبل از رسیدن نوبت کولونوسکوپی مادر به علت داشتن استرس و تاکیکاردی به متخصص داخلی مراجعه و جهت آمادگی قبل از کولونوسکوپی در بیمارستان جنرال بستری می گردد. در هنگام بستری ضعف و بی حالی، عدم تحمل po و تندرنس ژنرالیزه شکم راداشت و ملتحمه Pale بود. علایم

		BT=36.6	HR=100	BP=90/60	حیاتی:
Neut=85%	WBC=12,600	Hct=34	Hb=11.4:	آزمایشات:	
MCV=89.8	Urea=22	Cr=1	CRP=3+	ESR=50	RBC=3.79*10 ⁶
Na=135	PLT=277,000	MCHC=33.5	MCH=30	K=4.24	
		RBC=10-15	WBC=10-15 : S/E		

شب با متخصص گوارش هماهنگ شده و برای مادر آمادگی با قرص بیزاکودیل و پودر سوربیتول شروع می شود. روز بعد عصر (ساعت 18:30) مادر با اصرار همسر با ماشین شخصی (بعدها مرخصی با رضایت شخصی و بدون تسویه حساب) جهت انجام کولونوسکوپی به شهر مجاور می رود. در مطب متخصص گوارش قبل از انجام کولونوسکوپی دچار درد شکم و خونریزی واژینال شده و جنین سقط می شود (هفته 12 حاملگی) طبق اظهار منشی کولونوسکوپی که کاردان مامایی می باشد دفع جنین کامل بود. مادر بدون انجام کولونوسکوپی برگشته و مستقیماً به بیمارستان زنان مراجعه میکند (ساعت 21:30). در بیمارستان، طبق یادداشت ماما در مانگه کل بسته بوده و خونریزی در حد پریود بود.

BP=120/70 PR=79 BT=36.5 بعد از مشاوره تلفنی با متخصص زنان آنکال مادر را مرخص کرده و توصیه می کند روز بعد با جواب سونوگرافی مراجعه کند. در پیگیری های مکرر پرسنل بیمارستان جنرال، همسر بیمار اظهار می کند مادر حالش خوب بوده و فردا صبح جهت تسویه حساب مراجعه می کند. مادر روز بعد عصر ساعت 16:30 در ساختمان پزشکان برای نوشتن درخواست سونوگرافی در دفترچه بیمه به مطب یکی از متخصصین زنان مراجعه کرده و توسط ایشان ویزیت می شود. طبق اظهار متخصص زنان، مادر بسیار مضطرب بود ولی مشکل خاصی نداشت. ساعت 17 در مطب سونوگرافی هنگام ورود به اتاق سونوگرافی بصورت ناگهانی دچار کاهش هوشیاری شده و به زمین اصابت می کند. به متخصص داخلی که در طبقه 4 همان ساختمان در مطبش بود اطلاع می دهند. ایشان بلافاصله بر بالین مادر حاضر می شود. موقع رسیدن ایشان مادر علایم حیاتی نداشت. متخصص داخلی با کمک متخصص رادیولوژی عملیات احیاء را شروع کرده به اورژانس 115 اطلاع می دهند. اورژانس بعد از 5 دقیقه در محل حاضر شده و عملیات پیشرفته احیاء را شروع می کنند ولی متأسفانه مادر به عملیات احیاء پاسخ نمی دهد. جسد به پزشکی قانونی ارجاع داده میشود. ولی به علت عدم رضایت خانواده اتوپسی صورت نمی گیرد.

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

توضیحات :

- 1- فشار خون $BP=90/60$ برای بیمار هیپرتانسیونشانه افت فشارخون بوده و باید در بیمارستان مورد توجه واقع می شد.
- 2- با توجه به هیستوری بیمار (دفع آشکار و **gross** و طولانی مدت خون از دستگاه گوارش) تشخیص به نفع آمیبیازیس نبوده و تشخیص بیمار **IBD** می باشد.
- 3- در **IBD** احتمال اختلالات انعقادی (ترومبوز) دوبرابر می شود و آمبولی ماسیو ریوی محتمل بوده و مرگ مادر مربوط به بیماری زمینه ای می باشد
- 4- احیای مادر در مطب رادیو لوژیست با تاخیر شروع شده و می بایست در تمام مطب ها و موسسات درمانی اعم از پاراکلینیک وسایل احیای اولیه نظیر ماسک دهانی و **Air Way** وجود داشته و پزشکان آموزش لازم را ببینند.
- 5- در مرگهای غیر منتظره برای انجام اتوپسی رضایت بستگان شرط نیست .
- 6- اضطراب می تواند نشانه وضعیت پره شوک باشد و در فردی با سابقه اسهال طول کشیده که تحمل **PO** نداشته و روز قبل نیز سقط داشته ، این علامت می تواند تنها علامت شوک هیپو ولیمیک بوده و نباید سرپایی **Manage** می شد.

خانم 37

متوفی خانمی است 34 ساله ، ساکن شهر ، کشاورز ، با سواد خواندن و نوشتن ، $BMI=25$ ، $G_5P_3Ab_2Al_1$ ، سابقه یکبار مرده زایی - دوبار سقط عمدی و یک بار سزارین در 13 سال قبل دارد. در **PMH** سابقه سنگ کلیه و سنگ شکمی در چندسال قبل را دارد. خانواده سابقه فشارخون بدون مصرف دارو را می داد ولی فشار خون ثبت شده در پرونده در محدوده نرمال بودند. آخرین روش کنتراسپشن **HD** بود ولی به علت تمایل به بارداری خودش قطع کرده بود. حاملگی خواسته بود با **LMP** نامشخص. مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت بوده و دوبار توسط ماما و یکبار پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. در آزمایشات اوایل حاملگی ، $Hb=10.8$ و باکتریوری داشت . آزمایشات تکمیلی را انجام نداده بود.

بیمار در هفته 23 حاملگی طبق سونوگرافی ساعت 21 با شکایت درد شدید سینه و شکم که به پشت تیر می کشید و استفراغهای مکرر به بیمارستان مراجعه می کند . بعد از معاینه و آزمایش بیمار را به مرکز آموزشی درمانی جنرال ارجاع می دهند . در آن مرکز بعد از ویزیت به علت فشارخون بالا ($SBP=160$) و حامله بودن بیمار را به مرکز زنان ارجاع می دهند. بیمار ساعت 1:00 بامداد در درمانگاه توسط رزیدنت سال اول ویزیت می شود. علایم حیاتی موقع پذیرش : $BP=130/80$ $RR=16$ $PR=88$ $FHR=135$

از درد ناحیه سینه شاکمی بود که با تنفس و صحبت کردن زیاد میشد. در ناحیه اپی گاستر حساسیت مختصر بدون ریپاند تندرینس وجود داشت و درسمع قلب سوفل II/VI در ناحیه آپکس قلب سمع می شد. در معاینه علایم زایمانی نداشت. برای بیمار **U/A** اورژانس درخواست می شود که در ادرار پروتئین **WBC** و **trace** فراوان وجود داشت . یک عدد آمپول رانیتیدین تزریق شده و توصیه به مراجعه در شیفت صبح جهت ویزیت اساتید می شود. بیمار مجدداً ساعت 8:00 صبح به اورژانس مراجعه و توسط پزشک عمومی و رزیدنت زنان ویزیت و **EKG** درخواست می شود. در نوار قلبی مشکل

خاصی نداشت. پس از تجویز شربت آنتی اسید ساعت 9:30 به علت بی حال بودن با ویلچر به درمانگاه جهت ویزیت استاد برده می شود. استاد مشاور پس از ویزیت بیمار عنوان می کند که بیمار از نظر زنان اندیکاسیون بستری نداشته و توسط متخصص داخلی ویزیت شود. بیمار به درمانگاه داخلی برده می شود و پس از ویزیت ، متخصص داخلی با تشخیص احتمالی PTE دستور بستری در بخش ICU را می دهد درموقع ویزیت ایشان BP=90/60 PR=100 RR=20 بود . بیمار در ساعت 11:50 در حضور متخصص داخلی در درمانگاه تشنج کرده و دچار

ارست قلبی تنفسی می شود و به عملیات پاسخ نمی دهد. طبق اظهار خانواده بیمار، خواهر بیمار در جوانی مرگ مشابه داشته است.

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

توضیحات :

- 1- ارجاع بیمار به بیمارستان دیگر بدون پذیرش رسمی و معاینه دقیق غیر قابل بخشش می باشد.
- 2- دردی که بیمار را شبانه به چندین بیمارستان کشانده باید جدی تلقی شده و تمام علل ایجاد درد R/O می شد.
- 3- عدم اخذ تاریخچه پزشکی دقیق از بیمار(در صورتیکه سابقه مرگ مشابه در خواهر بیمار در نظر گرفته می شد درد بیمار جدی تلقی شده و ارزیابی دقیق می شد).
- 4- مادر باردار پرخطر با هر علتی به بیمارستان مراجعه کند باید بستری شده و سپس مشاورات لازم با متخصصین مربوطه انجام شود.

خاتم 38

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

دستورات بعد از زایمان : آمپول سفازولین ، کنترل خونریزی و کنترل علائم حیاتی ، رزرو 2 واحد خون ، 20 واحد سنتو داخل سرم . علائم حیاتی متاسفانه در پرونده ثبت نشده بود.

بعد از زایمان (20 دقیقه بعد از خروج جفت) رحم آتونیک شده و خونریزی (بصورت خون روان بارگه هایی از خون روشن بدون لخته) ، بیشتر می شود . به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان بیمار را ویزیت کرده ، ضمن بررسی کاتال زایمانی ، کوراژ و ماساژ دودستی رحم دستور تزریق مترژین ، پروستاگلاندین E2 و 50 واحد سنتوسینون داخل سرم را می دهد. خونریزی در ساعت 2:30 کنترل می شود . برای بیمار رگ دوم گرفته و سوند فولی

تعبیه می کنند. حدود 3 لیتر رینگر تزریق می گردد ولی پرونده ادراری خوبی نداشته است. پزشک متخصص با دستور ادامه ماساژ دودستی رحم ، بخش را ترک می کنند. در ساعت 3:30 به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان بیمار را ویزیت کرده و دو واحد خون باکرا س مچ درخواست می کنند. در ساعت 4:30 خونریزی دوباره شروع می شود. به متخصص زنان اطلاع می دهند. یک عدد آمپول مترژین تزریق می کنند و در این موقع دو واحد خون درخواستی به بخش تحویل داده می شود و یک ربع بعد تزریق می گردد. کمی بعد از شروع تزریق خون ، بیمار بی قرار شده و تمام برا نولهارا می کند (فقط حدود 100-150 سی سی خون دریافت می کند). در ساعت 5:40 به تکنسین بی هوشی جهت ویزیت بیمار و آماده ساختن برای عمل هیستریکتومی اطلاع می دهند. و عمل ساعت 6:00 با بیهوشی عمومی شروع می گردد. متخصص بی هوشی ساعت 6:05 در اتاق عمل حاضر می شود. بنا به یادداشت متخصص بی هوشی موقع شروع عمل بیمار فاقد نبض و فشارخون قابل اندازه گیری و لاین ویدی بود . در ضمن عمل هیستریکتومی ، برای بیمار رگ گرفته شده و همزمان با CPR عمل جراحی ادامه می یابد. در ساعت 8:00 صبح در حالیکه فوت بیمار اعلام می گردد عمل خاتمه می یابد. در تمام این مدت سوپروایزر در جریان بدحالی بیمار قرار نگرفته بود و از جراح آنکال هم درخواست کمک نشده بود .

آزمایشات : ساعت 2:30 Hb=12 Hct=36

علت فوت : شوک هیپوولمیک در زمینه خونریزی ناشی از آتونی رحم

موارد مورد بحث در پرونده :

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

خاتم 39

متوفی خانمی است 32 ساله ، اهل شهر وساکن روستای اصلی ، لیسانس پرستاری ، G_1P_0 ، $BMI = 29.5$ ، سابقه بیماری قلبی (MR) تحت کنترل پزشک و سابقه دوبار بستری در بخش CCU به علت هیپوکالمی ، هیپو منیزی ، آریتمی قلبی در اسفند سال قبل و اردیبهشت ماه و سابقه حملات مشابه قبل از ازدواج و مصرف آلداکتون ، ایندرال ، آمیودارون ، پتاسیم خوراکی و تری فلورازین دارد. به علت تمایل به بارداری از هیچ روش کنتراسپشن استفاده نمی کرد. حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت بصورت نامرتب و بخش خصوصی (متخصص زنان و قلب) بود. در آزمایشات روتین اوایل حاملگی هفته 28 غیر از UTI مشکل دیگری نداشت . در دوران حاملگی دارو مصرف نمی کرد (همکاری خوبی در درمان نداشت) .

مادر چهار ماه قبل از حاملگی با شکایت ضعف و بی حالی شدید و احساس خفگی به بیمارستان شهرستان مراجعه و با تشخیص هیپوکالمی ، هیپو منیزی و آریتمی قلبی (PVC های مکرر) در بخش CCU بستری و تحت درمان با آمیو دارون ، کلرید پتاسیم ، سولفات منیزیوم ، هیدروکورتیزون ، سرم نرمال سالین و قرص متورال قرار می گیرد. موقع مراجعه : $BP=160/90$ بود و در EKG موج U و PVC های مکرر و Q-T طولانی

وجود داشت

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

بیمار بعد از 5 روز بستری باتوصیه تیتراژ ماهانه منیزیوم و پتاسیم ونسخه دارویی مرخص می شود.

متوفی مجدداً دو ماه بعد با شکایت استفراغ ، ضعف وبی حالی به بیمارستان شهرستان مراجعه و جهت R/O سبسیس و باعلایم هیپوکالمی و بلوک

قلبی R.B.B دربخش CCU بستری می شود. موقع بستری BP=140/80 و HR=96 K=2.9 Na=142 بیمار تحت درمان

با سولفات منیزیوم ، کلراید پتاسیم ، آلداکتون ، نرمال سالین ، آمپول سفنازیدیم و آزیترومایسین قرار می گیرد. روز پنجم بستری به علت تحریکات عصبی

ممنوع الملاقات شده وتری فلورپرازین تجویز می گردد. روز بعد بیمار با نسخه دارویی مرخص می شود. بیمار جهت بررسی علت هیپوکالمی-

هیپومنیزیمی به نفرولوژیست ارجاع شده ولی علت مشخصی یافت نشده بود. گزارش اکو کاردیوگرافی Mild to Moderate MR بود.

مادر در هفته 37 بارداری به علت کاهش حرکات جنین به پزشک مراجعه و سونوگرافی درخواست می شود. روز بعد به علت گزارش اولیگو هیدر

آمنیوس (اندکس مایع 4 سانتیمتر) و SGA در بیمارستان شهرستان بستری می شود.

موقع بستری (ساعت 12:30 ظهر) : BP=90/60 PR=80 RR=19 کول خلفی وبدون دیلاتاسیون وافاسمان بود . انقباضات

رحمی نداشت. بیمار بادستورات : سرم رینگر K.V.O ، آمپول آمپی سیلین 2g وریدی نیم ساعت قبل از عمل ، آمپول جنتامایسین 160mg وریدی (طبق

توصیه متخصص قلب برای پروفیلاکسی اندوکاردیت باکتریال به علت MR) و آمپول بتامتازون 12mg عضلانی به اتاق عمل برده می شود. عمل راس

ساعت 13 با بی حسی اسپینال (مارکانین) شروع می شود. ساعت اتمام عمل 14 بود. حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 9/10 و آغشته به مکنونیوم

خفیف وبا وزن 2700 گرم بود. مادر بلافاصله بعد از اتمام عمل ساعت 14 با هوشیاری به بخش تحویل داده میشود. بیمار ظهر روز بعد ، 24 ساعت

بعد از عمل، بدون توصیه خاص مرخص می شود. درمورد سابقه بیمار و وضعیت الکتروولیت چیزی درج نشده بود و حتی آزمایشات روتین قبل از عمل هم

درخواست نشده بود. عصر همانروز ساعت 19:30 بدنبال عصبانیت دچار تنگی نفس ، ضعف وبی حالی و درد عمومی بدن شده و بعد از مصرف یک عدد

پروپرانول و تزریق آمپول اسکازینا با وسیله شخصی به درمانگاه مراجعه می کند. موقع پذیرش: بیمار قادر به خوابیدن نبوده وبی قرار بود. علایم حیاتی

BP=130/90 PR=78 02Sat=95% برای بیمار سرم 2/1،3/3 - اکسیژن - آمپول دیازپام - آمپول

هیدروکورتیزون 200mg تزریق و نوار قلبی (دروضعیت نشسته) گرفته می شود (بیمار سابقه بیماری قلبی و هیپوکالمی خود را کتمان کرده بود).

بعد از 20 دقیقه با بهبودی نسبی وضعیت بیمار، مرخص شده و توصیه می شود برای بررسی بیشتر به بیمارستان مراجعه کند ولی بیمار امتناع کرده به

روستا برمی گردد (ظاهراً نوار قلبی نرمال بود). یک ونیم ساعت بعد دوباره دچار حمله شده واحساس خفگی می کند. مجدداً به طرف شهر به راه می

افتند. در بین راه بیمار بی هوش می شود. طبق اظهار همسر بیمار، انگشتان و لبها کبود شده بود و از بینی کف می آمد. موقع پذیرش در درمانگاه (ساعت

00:30 بامداد) دوبل میدریاز وفافد علایم حیاتی بوده و عملیات احیاموثر واقع نمی شود.

علت مرگ : ارست قلبی در اثر هیپوکالمی

ایرادات وارد بر پرونده :

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

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

3- عدم درج Progress note در پرونده وکلاً بیمارستانهای غیرآموزشی

4- بیمار در طول حاملگی باید مکمل پتاسیم مصرف می کرده است و دادن آمیودارون در سنین باروری کنتراندیکه می باشد.

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

6- اتوپسی انجام نشده است.

خانم 40

متوفی خانمی است 35 ساله ، ساکن شهر ، BMI= 27.8 ، $G_3P_1 AL_1$ ، سابقه یکبار زایمان طبیعی 8 سال پیش، سابقه فشارخون

بالا در حاملگی اول (تا حد 220) و سابقه یکبار سقط ، حاملگی خواسته بود..

مادر از اوایل بارداری تحت مراقبت ماما در بخش خصوصی بوده و در هفته 23 حاملگی به علت فشارخون بالا به درمانگاه حاملگی پرخطر ارجاع می

شود. موقع مراجعه فشارخون علیرغم مصرف متیل دوپا BP=170/110 بود. برای مادر یک عدد آمپول هیدرالازین وریدی تزریق و در بخش

حاملگی پرخطر بستری می شود. در بخش سولفات منیزیوم و آسپرین 80 میلی گرم شروع کرده و دوز متیل دوپا افزایش داده می شود. در

Fibrinogen=440

Urine Pro_(24h)=418 بررسیها آنزیمهای کبدی و اسید اوریک نرمال بود.

در طول بستری فشارخون BP<140/90 بود. برای مادر یک دوز آمپول بتا متازون تزریق و یک هفته بعد با توصیه کنترل مرتب فشار خون

در منزل ، قرص متیل دوپا نصف قرص دوبار در روز - قرص آسپرین 80 میلی گرم روزانه و مراجعه هفته ای یکبار به درمانگاه حاملگی پرخطر جهت

PNC مرخص می شود. مادر در هفته 30 حاملگی که جهت PNC به درمانگاه حاملگی پرخطر مراجعه کرده بود به علت فشارخون بالا بستری

Urine Pro=3+

PR=80

BP=160/110

می شود. در زمان مراجعه :

LDH=516

SGPT=20

SGOT=33

Uric Acid=7.2

در سونوگرافی رحم ، جنین IUGR بدون آنومالی و با 4 هفته تاخیر رشد گزارش شده بود. علایم Severity وجود نداشت. بعد از ظهر روز سوم بستری

Uric Acid=7.7

LDH=951

SGPT=89

SGOT=122

مادر دچار درد اپی گاستر شده و آنزیمهای کبدی افزایش می یابد.

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

PTT=32

LDH=538

SGPT=25.8

SGOT=21.9

برای مادر شربت Al.Mg و قرص رانیتیدین تجویز می شود. درد اپی گاستر تا حدودی کمتر شده ولی ادامه می یابد. NST و سونوگرافی جهت تعیین

پروفیل بیو فیزیکیال درخواست می شود. (B.P.P=8/8) W=1057g در سونوگرافی کالرداپلر و بررسی شریان رحمی راست ، مقاومت

عروقی مختصری افزایش یافته بود.

روزی بعد درد اپی گاستر بیشتر شده و به کتف راست تیر می کشید. در لمس سطحی ناحیه RUQ کمی دردناک بوده و شکم دیستانت بوده. فشارخون افزایش

یافته : PR=102 . یک عدد آمپول هیدرالازین وریدی تزریق می شود. در ساعت 15 به استاد آنکال اطلاع

BP=177/100

می دهند و ایشان دستور می دهد به علت پره اکلامپسی شدید مادر آماده سزارین شود و چون روز قبل PTT=57 بوده ، مجدداً PTT درخواست شود

و در صورت بالا بودن FFP تزریق گردد (PTT=59 بود) . برای مادر FFP درخواست و حین انتقال به اتاق عمل ترانسفوزیون شروع می

شود. عمل ساعت 18:15 با بیحسی اسپینال و برش LML شروع می شود. در حین عمل، رزیدنت متوجه همو پریتونن و خون روشن حدود 2-1.5 لیتر در داخل شکم شده و به استاد آنکال و سرویس جراحی اطلاع می دهند خون ساکشن شده و منشا خونریزی که کبد بوده پک می شود. بیهوشی عمومی داده و 3 واحد پکد سل درخواست و بلافاصله ترانسفوزیون شروع می شود. حاصل سزارین نوزاد پسر پره ترم و به ظاهر IUGR با آپگار 8/9 بود . 20 دقیقه بعد، رزیدنت جراحی در اتاق عمل حاضر شده و برش شکم راتا زیر گزیفونید ادامه و کبد بررسی می گردد. از پدیکول لوپ راست خونریزی فعال داشت. محل خونریزی با 3 عدد لنگاز پک شده و بعد از اطمینان از هموستاز کافی دو عدد درن (یک عدد پن روز و یک عدد سوند فولی) جاسازی می شود. عمل ساعت 20:25 خاتمه می یابد. در حین عمل 3 واحد پکد سل، 2 لیتر سرم نرمال سالین و 3 لیتر رینگر و 2 واحد FFP تزریق می شود. حجم کل خونریزی حدود 4 لیتر بود. 2 واحد پکد سل با کراس مچ صحرائی درخواست و ضمن تزریق، مادر جهت Care بهتر با صلاحدید رزیدنت ارشد جراحی با همراهی رزیدنت زنان، جراحی و بی هوشی به ICU جراحی بیمارستان جنرال منتقل می گردد. علائم حیاتی حین انتقال: BP=110/70

PR=100 RR=24 بود.

مادر ساعت 22:42 با علائم حیاتی BP=200/122 PR=100 RR=45 و تنفس gasping (انتوبه)

O2Sat=93% GCS=8 پذیرش می شود. خونریزی واژینال نداشت ولی از درن ها ترشحات خونی داشت. ادرار برقرار بود. یک عدد لازیکس (به علت وضعیت ریه ها) تزریق می شود. پانسمان محل عمل به علت خیس شدن تعویض و پانسمان فشاری می شود و سولفات منیزیوم شروع می گردد. بعد از اقدامات فوق علائم حیاتی نرمال می شود. BP=125/80 PR=100 و تنفسها بهتر می شود. نصف شب دچار افت فشار خون می شود (BP=60-70). 4 واحد پکد سل، 4 واحد FFP و 5 واحد پلاکت درخواست و تزریق می گردد.

هموگلوبین، پلاکت و تستهای انعقادی بصورت مرتب چک و با تزریق فرآورده های خونی تنظیم می شود. در CXR علائم ARDS و در CT Scan مغز ایسکمی منتشر وجود داشت. O2Sat>90% بود. سولفات منیزیوم بعد از 48 ساعت قطع می شود. کارکرد کلیه خوب بود. به علت ادامه خونریزی از درن ها، در اتاق عمل با بی هوشی عمومی سوچور ها باز و شکم بررسی می گردد. در شکم لخته های فراوان داشت. با سرم گرم شستشو داده شده 5 عدد لنگاز دیگر روی پک قبلی گذاشته شده و چهار عدد سرجی سل روی کیسول کبدی گذاشته شده و شکم بسته می شود. در اتاق عمل BP=167/103 PR=132 و تنفس سریع و توام با تقلا داشت. O2Sat=80% GCS=5

بعد از عمل وضعیت تنفس بهتر شده و ساچوراسیون بهبود می یابد تا O2Sat=96% . فشارخون و ریت قلبی Stable می شود. 4 روز بعد لاپاراتومی شده و مناطق نکروزه دبریدوپکهای کبدی برداشته می شود و تنش سوچور زده می شود. سطح هوشیاری مادر بتدریج افزایش یافته و به حد استنوپور می رسد ولی محتوی هوشیاری مختل بود و در CXR کنترل وضعیت پارانشیم ریه بهتر شده بود. به علت وابسته بودن به ونتیلاتور، مادر 10 روز بعد جهت Weaning به ICU ریه منتقل می گردد. تراکئوستومی شده و مجدداً انتوبه و تحت درمان آنتی بیوتیکی وسیع الطیف قرار می گیرد.

در ICU ریه، مادر تیدار شده و دیستانسیون شکم پیدا می کند. در بررسیها یافته پاتولوژیک نداشت. علائم حیاتی Stable بود و ساچوراسیون در حد O2Sat=94% ثابت بود. خونریزی نداشت و تستهای انعقادی و کبدی نرمال بود و هوشیار شده بود ولی همچنان وابسته به ونتیلاتور بود. در ادامه بستری دچار پریکاردیال افیوژن می شود. 55 روز بعد از سزارین جهت R/O تامپوناد قلبی به بیمارستان قلب اعزام می شود. موقع پذیرش در اورژانس قلب BP=210/120 PR=140 بود. بعد از اکوگرافی به جهت نداشتن علائم کلاپس و تامپوناد پریکاردیوستنوز انجام

نشده و مادر در بخش CCU بستری می گردد. روز بعد دچار jet خون شریانی از دهان و محل تراکتوستومی (با احتمال قوی فیستول تراشه به شریان بی نام) شده و آسیستول می شود. و در نهایت 56 روز بعد از زایمان فوت می کند.

تشخیص علت مرگ : پره اکلامپسی شدید و پارگی کبد و عوارض بیمارستانی

نظرات اساتید محترم :

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

خاتم 41

یک زن متاهل 25 ساله با سابقه چهارسال نازایی و تحت درمان، بعد از پیاده روی حوالی ساعت 14 بعد از رفتن به دستشویی دچار درد شدید شکم میشود بطوریکه نه می توانست راه برود و نه بنشیند. بلافاصله با ماشین شخصی به اورژانس بیمارستان آموزشی آورده شده و با برانکارد به اورژانس منتقل می گردد. در هنگام پذیرش در تریاژ (ساعت 15:27): هوشیار بود ولی ضعف داشت و بیقرار بود. از تهوع و استفراغ و درد شکم شاکی بود. شدیداً رنگ پریده بود. علائم حیاتی: BP=80/60 PR=150 O2SaT=75% بدون اکسیژن.

نامبرده سابقه درد شکم و درمانهای خودسرانه را از حدود یک هفته قبل ذکر می کرد. در معاینه شکم در قسمت تحتانی تندرست داشت. خونریزی و اژینال نداشت. در توشه رکتال، مدفوع وجود داشت. برای ایشان آزمایش β .HCG درخواست می شود (نامبرده از حاملگی خود خبر نداشت). در ساعت 15:45 دچار کاهش هوشیاری و افت فشارخون شده و تنفس gasping پیدا می کند. بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده و اکسیژن نازال، NGT، دو عدد IV Line تعبیه می شود. ترشحات NGT صفراوی بود. در سونوگرافی bed side مایع فراوان در فضای موریسون و اسپلنورنال و فضای کلدوک وجود داشت. دو واحد پکدسل با کراس مچ صحرائی درخواست می گردد. در ساعت 17:05 به محض Push کردن پکد سل توسط رزیدنت جراحی دچار ارست قلبی تنفسی شده و بعد از 10 دقیقه عملیات احیا برمی گردد. بیمار سریعاً به اتاق عمل منتقل می گردد. عمل ساعت 17:45 با بی هوشی عمومی و برش ML شروع می شود. داخل شکم حدود 3 لیتر خون وجود داشت. محل خونریزی EP پاره شده در لوله فالوپ راست بوده و پارشیل سالپنژکتومی انجام می گیرد. پس از هموستاز و شستشو، شکم بسته می شود. در اتاق عمل 4 واحد پکدسل، 4 واحد FFP و یک لیتر سرم تزریق می گردد. فشارخون سیستولی در اتاق عمل در محدوده 120-130 بود. عمل ساعت 19:45 خاتمه یافته و مادر به ICU جراحی منتقل می شود. بعد از عمل: در ABG اسیدوز شدید داشت. PH=6.77 HCO3=6.3. جریان ادرار برقرار ولی همچونیک بود. بنا به توصیه متخصص داخلی مادر سدیت شده و اسپری سالبوتامول، آتروونت و سروتاید و بی کربنات تجویز می شود.

روز دوم بستری: مادر هوشیار نیست. تحت ونتیلاتور می باشد. قلب تاکیکارد و سمع ریه ها نرمال و کراتینین افزایش یافته است. BP=144/100

Cr=1.9 HR=131

برای مادر مشاوره نرولوژی به علت پایین بودن سطح هوشیاری درخواست می شود. در معاینه مردمکها ایزوکوریک و راکتیو به نور بوده و Obey نسبی داشت. رفلکس اکولوسفال و قرنیه مثبت بود. با تحریک دردناک اندامها اکستانسیون داشتند. درسی تی اسکن ادم خفیف در نیمکره ها وجود داشت.

روز سوم بستری : هوشیاری در حد $GCS=7-8$ می باشد. علائم حیاتی ثابت است. جریان ادرار برقرار است. به علت هماچوری و ترشحات خونی

NGT تستهای انعقادی درخواست می شود. $PT=24.1$ $PTT=43$ $INR=3.22$ $PLT=69,000$

روز چهارم بستری: مادر آژیته است. هوشیار است ولی اریانته نمی باشد. طبق دستور رزیدنت ارشد مادر اکستوبه می شود. به علت عدم توجه وضعیت هوشیاری مادر **MRI** و **MRV** درخواست می شود.

روز پنجم بستری: هوشیاری در حد $GCS=9$ می باشد. سمع قلب و ریه نرمال می باشد. شکم نرم و بدون دیستانسیون می باشد. علائم حیاتی **Stable**

می باشد. تب دار نیست. در اندامها ادم $+2$ گوده گذار وجود دارد. با وجود برقراری جریان ادرار افزایش کراتینین ادامه دارد $Urea=41$ $Cr=3.8$. برای مادر درخواست مشاوره نفرولوژی می کنند. مشاور احتمال **ATN** ایسکمیک و یا نفروتوکسیک را مطرح می کند. برای مادر دستورات قرص ب کمپلکس- اسید فولیک- کربنات کلسیم- چک روزانه الکترولیت- سونوگرافی کلیه ها **Fibrinogen, FDP, D-Dimer, Alb, U/A, Cr, Urea** - می دهد.

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

$D-Dimer=5045$ $Alb=3.6$ $Ca=8.2$ $Mg=2.3$

روز هفتم بستری: هوشیاری در حد $GCS=10$ می باشد. مادر تب دار شده است $BT=38.5$. بدلیل دیسترس تنفسی انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می

گردد. جهت **MRI** با بیمارستان خصوصی تماس می گیرند ولی بیمارستان از پذیرش مادر به علت انتوبه بودن خودداری می کند. به علت افت هموگلوبین $Hb=8.6$ دو واحد پکدسل درخواست و تزریق می گردد. عصر به علت افت شدید هوشیاری و **gaze** به چپ چشمها مشاوره نفرولوژی درخواست می شود. حرکات تونیک کلونیک نداشت. مشاوره نفرولوژی برای مادر فنی تونین (وریدی) شروع کرده و **EEG** و **LFT** درخواست می کند و توصیه می کند در صورت عدم انجام **MRI** مغزی، **CT Scan** با سداسیون کافی انجام دهند.

مطابق مشاوره داخلی به علت تب دار بودن، **B/C** در نوبت و **CXR** درخواست شده و مترونیدازول و سفتازیدیم شروع می شود. درگرافی سینه کدورت در قسمت تحتانی ریه چپ که باعث محوشدن دیافراگم شده، گزارش می شود.

روز یازدهم بستری: مادر اکستوبه می شود ولی به علت عدم تحمل تراکئوستومی شده و از محل تراکئوستومی انتوبه می شود. علائم حیاتی **Stable** است.

در نورامغزی احتمال آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک مطرح شده است و مشاوره نفرولوژی اقدامات کنسرواتیو نظیر قرص استازولامید- آمپول دکزامتازون- قرص پیراستام و ادامه فنی تونین را توصیه می کند.

روز چهاردهم بستری: افت هوشیاری دارد و تب دار شده است $BT=39$. تاقی پنه دارد و هیپرونتیله می کند. در ریتین کراکل **Coarse**

دارد. $BP=160/100$ $O2Sat=90\%$ مشاوره عفونی شده و ایشان توصیه می کند کشت خون در نوبت، کشت و آنالیز ادرار انجام شده و سفتازیدیم قطع و سفپیم بادوز $2g/bid$ شروع شود و دوز مترونیدازول به $500mg/q8h$ افزایش یابد. سونوگرافی شکم جهت بررسی **collection** انجام گیرد. روز پانزدهم بستری دچار برادیکاردی شده و فوت می کند.

تشخیص علت مرگ : شوک هیپوولمیک ناشی از **EP** پاره شده

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادریا علائم شوک وارد اورژانس شده و به جای **CPR** به اورژانس داخلی هدایت شده است.

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

خانم 42

متوفی خانمی است 30ساله، اهل شهرستان، خانه دار، باسواد اول راهنمایی، سابقه قالیبافی، Case شناخته شده آیزن منگر در زمینه Large VSD، سابقه یکبار بستری در سال 75 به علت آیزن منگر و سابقه مصرف دیگوکسین، آسپرین و لازیکس و نیفیدپین رادارد، $G_2P_0Ab_1$ ، حاملگی خواسته بود.

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

بیمار در هفته 36 حاملگی ساعت 12:30 ظهر به مرکز زنان مراجعه و بستری می شود. موقع پذیرش: BP=170/100

PR=100 $O_2Sat= 80-85\%$ از سردرد شکمی بود. سیانوز محیطی و مرکزی داشت (تنگی نفس II Fc). قلب تاکیکارد بوده

و سوفل III/VI در آپکس سمع می شد. سمع ریه ها نرمال بود. ادم +1 در اندامهای تحتانی داشت. در معاینه واژینال کول بسته و علائم زایمانی نداشت.

دستورات: هیدرالازین 2.5mg وریدی Stat، سرم رینگر K.V.O درخواست آزمایشات: CBC, Hb, Hct, LFT, BUN, Cr, Uric Acid,

فیبریونژن و تستهای انعقادی، انجام NST، اکسیژن باماسک 5 لیتر در دقیقه و مانیتورینگ قلبی. بعد از بستری با رزیدنت و اتند محترم قلب تلفنی

مشاوره شده و بیمار ساعت 14:30 به همراه رزیدنت زنان به بیمارستان قلب منتقل می شود.

موقع پذیرش در اورژانس قلب علائم حیاتی: BP=160/104 PR=100 RR=18 بود.

بیمار ساعت 15:20 به بخش CCU منتقل می شود.

دستورات CCU: کاردیاک مونیتورینگ، لاین وریدی، اکسیژن نازال 3-4L/min، درخواست آزمایشات Na, K, Mg, CPK, CPK-Mb, CTNI

U/A, پالس اکسیمتری مداوم، قرص هیدرالازین 10mg/BID

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

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

Fibrinogen=423

PLT=71,000

Hct=55.4

Hb=18.5 : (بخش اورژانس)

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

ساعت 10:15 با حضور زیدنت زنان (سال 2) که برای مشاوره ی بیمار دیگر آمده بود زایمان طبیعی با اپی زیاتومی صورت می گیرد و حاصل زایمان دخترپره ترم (35-36 هفته) و به ظاهر IUGR با آپگار 8/9 بود. زایمان با حضور زیدنت و اتند محترم قلب و تحت مانیتورینگ کامل انجام می شود. نوزاد توسط زیدنت کودکان به بیمارستان زنان منتقل می شود . بعداز زایمان به علت خونریزی واژینال کوراژ رحمی انجام میشود (در حضور اتند محترم پریناتولوژی) و سرم سنتوبا دوز 30u/l انفوزیون می شود . بعداز کوراژ رحم جمع می شود. علایم حیاتی بعداز زایمان :

BP= 120/90 RR=16 PR=110 O2Sat=84% 10 دقیقه بعداز اتمام زایمان (12:10) ساچوراسیون اکسیژن

بطور ناگهانی افت پیدا کرده و به 60% می رسد. بانظر اتند و زیدنت قلب بعداز افزایش اکسیژن دریافتی و تزریق 40mg لازیکس بیمار به CCU برگردانده می شود. بعداز انتقال به CCU (ساعت 12:30) درجه اشباع اکسیژن به 74% افزایش می یابد ولی فشارخون بیمار افت پیدا کرده و به

BP=90/60 می رسد. سایر علایم حیاتی: PR=113 RR=18 بود.

دستورات بعداز زایمان : ویزیت هر نیم ساعت زیدنت قلب - آمپول آمپی سیلین 1g/q6h - آمپول جنتامایسین 80mg/TDS وریدی - کنترل V/B - تعبیه سوند فولی و کنترل I/O - چک هموگلوبین هر 8 ساعت - آمپول سنتو سینون 10 واحد هر 12 ساعت عضلانی. آمپول جنتامایسین بعداز یک تزریق D.C شده بود.

ساعت 13:10 : O2Sat=50% با اکسیژن ، شکم نرم ، رحم جمع و خونریزی واژینال در حد Post Partum می باشد . برای بیمار سوند فولی تعبیه شده و 5 سی سی ادرار غلیظ خارج می شود. علایم حیاتی : BP=90/60 PR=102.

ساعت 14:30 : I/O=25cc HCO₃=11 BE=-17 PH=7.30 ABG: O₂Sat=52%

باتوجه به ABG بیمار 2 ویال بیکربنات سدیم انفوزیون می شود و به علت عدم اصلاح اسیدوز بیمار توسط متخصص بی هوشی انتویه شده و به ونتیلاتور وصل می گردد. سمع ریه ها نرمال بود. علیرغم انتوباسیون و ونتیلاسیون مکانیکی افت ساچوراسیون ادامه داشته و به زیر 40% (تا 27% هم) می رسد.

ساعت 16:30 : ساچوراسیون اکسیژن بین 40-50% متغیر است. به علت افت فشارخون دوبوتامین و میلرینون شروع می شود و به علت اولیگوری CVP Line تعبیه شده و ومایع تراپی با نرمال سالین شروع می شود. جهت تهیه سریال ABG لاین شریانی گذاشته می شود.

ساعت 18:20 : بیمار دچار افت فشارخون در حد BP=60/40 و O2Sat= 40-45% آمپول دوبوتامین hold شده و نور آدرنالین شروع و 200 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق می گردد.

ساعت 21:00 : بیمار بی قرار بوده و مرتب لوله تراشه را گاز می گیرد. ترشحات دهان زیاد و خونی می باشد

ساعت 21:30 : به علت استفراغ بیمار خودش را اکستوبه می کند. مواد استفراغی حاوی خون کهنه می باشد. بدنبال اکستوباسیون درجه اشباع

اکسیژن بالا رفته و به O2Sat= 60-65% می رسد. BP= 110/70 RR=30 باتوجه به افزایش درجه اشباع اکسیژن ، بیمار

مجدداً انتوبه نمی شود. جریان ادرار زیاد شده و به 200 سی سی می رسد. مقدار سرم دریافتی را کاهش داده و به 10 قطره در دقیقه می رسانند.

روز دوم بعد از زایمان (مورخ 89/9/9) : بیمار هوشیار است ، ریه ها نرمال ، رحم جمع و فاقد خونریزی و ژئینال ، شکم نرم و محل اپی نرمال است

BP=125/70. O2Sat=68-70% و Hb=13 ، Cr=0.9 ، Out Put=200cc ادراری . سرم 2/1،3/3

بصورت K.V.O دریافت می کند . برای بیمار رژیم مایعات شروع شده و تحمل می کند و انفوزیون دوپامین ، دوپوتامین ، میلرینون و پنتوپرازول قطع

ولاین شریانی خارج می شود. سرم نرمال سالین قطع و سرم 2/1،3/3 با سرعت 10 قطره در دقیقه ادامه داده می شود. عصر دچار افت ساچوراسیون شده

و وضعیت نشسته راتحمل نمی کند (دچار سرگیجه میشود). بیمار از نظر زنان مرخص است . Hb=10.9

روز سوم بستری : به علت بی قراری و گریه مشاوره روانپزشکی درخواست می شود و مشاوره روانپزشکی قرص سیتالوپرام ، هالوپریدول

، آلپرازولام و همراه 24 ساعته توصیه می کند. رزیدنت قلب قرص متورال 25mg/BID و آمپول انوکسپارین 40mg S.C روزانه تجویز می

کند. عصر ریت تنفس بیمار رفته رفته زیاد شده و بصورت متناوب O2Sat دچار افت شده و تا 30% میرسد. در طی ویزیت رزیدنت قلب ، بیمار دچار ارست

تنفسی و سپس برادی کاردی شده و با وجود انتوباسیون و عملیات احیا آسیستول شده و ساعت 15:45 فوت می کند.

آزمایشات : در آزمایشات سریال هموگلوبین از 18.5 به 10.9 و پلاکت تا 44000 کاهش داشته است.

U/A :	Pr=1+	WBC=many	Blood=Trace		
CPK-MB=32	CPK=52	Uric Aci=8.5	Na=143	k=4.1	Mg=2.3
BUN=20	Cr=0.96	CTNI=0.2	LDL=215	HDL=65	Chol=340
					TG=289

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

بدون اکسیژن:

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

با اکسیژن :

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

Large muscular VSD with systemic PH & bidirectional shunt

علت مرگ : عوارض ناشی از آیزن منگر

بحث :

-بیماران آیزن منگر با شرایط بیمار فوق الذکر (فشارپولمونری PA=110/63) سو رویوال 10 ساله بسیار کم دارند و زنده ماندن این بیمار بعد از 14

سال و تحمل حاملگی تا سن 36 هفتگی در اثر Care مناسب پزشکی بوده است . چنین بیمارانی مطلقاً نباید حامله شوند.

-تغییرات هموگلوبین در این بیمار بیشتر به علت Hemo dilution و Hemo concentration بوده و ترانسفوزیون خون نیز مشکلات فراوانی

ایجاد می کند .

- کاهش تعداد پلاکت و اختلال عملکرد پلاکتی، همچنین اختلالات انعقادی (کوآگولوپاتی مصرفی و یا آمبولی) در بیماران آیزن منگربسیار شایع بوده و یکی از علل مرگ این بیماران می باشد.

- دادن میلیتون در این بیمار اشتباه بوده است .

خانم 43

متوفی خانمی است 29 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، سابقه تصادف با موتور (همورژی اپی دورال و کرانیوتومی و تخلیه هماتوم + کونتوزیون همورژیک وسیع فرونتال چپ و تمپورال راست داشته و 3 ماه بعد از ترخیص داروی ضد تشنج مصرف کرده و با نظر پزشک معالج قطع کرده بود) 8 سال پیش . حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 9 در مرکز بهداشت شروع شده و بصورت مرتب مراقبت شده بود در بخش خصوصی نیز تحت نظر متخصص زنان بود. آخرین مراقبت 5 روز قبل از فوت بود.

نامبرده در هفته 38 حاملگی با شکایت آب ریزش از حدود 11 ساعت قبل به بیمارستان مراجعه می کند. در موقع مراجعه (ساعت 11:11) : هوشیار

واریانته بود. ادم اندام تحتانی داشت . علایم حیاتی: BP=110/70 PR=82 BT=37

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

مادر با دستورات: کنترل علایم حیاتی کنترل FHR - ثبت NST - آزمایشات روتین و آمپول آمپی سیلین 1g/q6h در بخش زایمان بستری می شود. در ساعت 17:30 مادر توسط متخصص زنان و یزیت و به علت عدم پیشرفت زایمان و انقباضات غیر موثر استیمولاسیون با 5 واحد سنتوسینون شروع می شود.

در ساعت 12 شب به علت ادم قسمت قدام کول و TV: 7-8/60%/-2 به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهد به علت نداشتن بوس و مولدینگ و نرمال بودن قلب جنین به مادر فرصت داده شود. در ساعت 00:20 با مدامد جنین برادیکارد شده و ضمن تغییر پوزیشن و وصل اکسیژن نازال به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهد که به متخصص بی هوشی اطلاع داده و مادر آماده سزارین شود. 2-3 دقیقه بعد مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و کد احیا زده می شود. متخصص زنان ساعت 00:30 بر بالین مادر حاضر می شود. ضمن انجام عملیات احیا با حضور متخصص بی هوشی در ساعت 1:00 با مدامد مادر بر روی تخت لیبر سزارین شده و جنین بدون قلب و بدون بوس و مولدینگ و بند ناف دورگردن با وزن 3500 گرم خارج می شود. جفت دکولمان نداشت . رحم سیانوتیک بود. احیا جنین بدون نتیجه بود. عملیات احیا بعد از سزارین تا ساعت 2:30 ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد. همراهان مادر اجازه اتوپسی نمی دهند.

در طول بستری فشارخون در محدوده نرمال بود.

جواب آزمایشات:

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

WBC=many باردوم: Protein=Neg WBC=1-2

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

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر باید اتوپسی می شد تا علت قطعی مرگ مشخص شود.

2. ترسیم پارتوگراف سبب اقدام و تصمیم به موقع می شود و بایستی در تمام زایمانها ی طبیعی و در حین کنترل سیر زایمان بر بالین مادر ترسیم گردد.

خانم 44

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

مراقبت دوران بارداری از هفته 10 در خانه بهداشت شروع شده و 5 بار توسط بهورز ، 7 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود آزمایشات اوایل بارداری و فشارخون و وزن گیری نرمال بود . نامبرده در هفته 37 بارداری به علت درد پاهای 10 شب به تسهیلات زایمانی مراجعه کرده و به دلیل نبود علایم زایمانی مرخص می شود (طبق اظهار یکی از اهالی روستا مادر همان روز در حین شستشوی لباس در چشمه دچار استفراغ خونی می شود و با کمک ایشان به منزل منتقل می گردد ولی والدین تکذیب می کردند) . چهار روز بعد حدود ساعت 15 بدنبال استفراغ خونی (اندک) مادر را به مرکز بهداشتی درمانی می برند . (طبق اظهار خانواده) ماما و پزشک در مرکز حضور نداشتند. بعد از 3 بار مراجعه به درب پانسیون ماما، ایشان در مرکز حضور یافته و مادر را ویزیت می کند. موقع ویزیت (ساعت 17:45) مادر هوشیار بود. از تنگی نفس و تهوع و استفراغ شکمی بود. در معاینه توسط ماما:

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

بعد از اکسیژن تراپی و خواباندن به پهلو ی چپ FHR به 140 می رسد ولی دوباره افت پیدای می کند. مادر توسط پزشک مرکز ویزیت و بعد از اخذ نوار قلبی و گلوکومتری، انفوزیون سرم نرمال سالین و تعبیه سوند فولی به همراه ماما ی تسهیلات زایمانی به بیمارستان اعزام می شود.

(BS=228) بود. بزرگ اعزام نداشت با اورژانس بیمارستان نیز هماهنگ نشده بودند. مادر ساعت 19 با برانکارد به زایشگاه بیمارستان منتقل

می شود. موقع پذیرش لتارژیک و رنگ پریده بود و کف صورتی رنگ از دهان خارج می شد. خونریزی واژینال و آبریزش نداشت . فاقد علایم زایمانی بود. قلب جنین سمع نمی شد. کیسه ادرار خالی بود. علایم حیاتی : BP=60/40 و نبض غیر قابل لمس بود. تب دار نبود. مادر به بخش زایمان منتقل و کد احیا اعلام می شود. بلافاصله متخصص بیهوشی ، متخصص داخلی ، پزشک اورژانس و متخصص زنان بر بالین مادر حاضر می شوند (ساعت 19:08) عملیات احیا شامل مونیتورینگ قلبی ، تهیه رگ دوم ، پالس اکسی متری و ساکشن ترشحات ریه و انتوباسیون و ماساژ قلبی شروع می شود و به عملیات احیا پاسخ می دهد. علایم حیاتی بعد از احیاء:

O2Sat=60% PR=158 و BP غیر قابل دیتکت BS=230 با گلوکومتری بود. مردمکها دابل میدیاز و واکنش به نور منفی بود.

در ABG : PH=7.00 PCO2=56.2 HCO3=13.6

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

مادر جهت Care بهتر ساعت 20:15 با آمیوگ به ICU منتقل می شود. دستورات ICU : وصل به ونتیلاتور با مد SIMV - آمپول هیدروکورتیزون

با دوز 100mg/TDS - آمپول هپارین 5000U/QID/IV - ادامه سرم دوپامین با دوز 10µg/kg/min - ادامه نوراپی نفرین با دوز 20-

25µg/kg/min - انفوزیون میدازولام 1mg/kg/h - آمپول سفنازیدیم - آمپول کلیندامایسین (آمپول هپارین یکبار ساعت 12 شب تزریق شده بود)

ساعت 21 مادر دچار تشنج فوکال می شود. 5 میلیگرم آمپول دیازپام تزریق می شود ولی کنترل نمی شود و فنی تونین شروع می کنند ولی تشنج

کنترل نمی شود. والپرات سدیم 1200 میلیگرم و سپس انفوزیون 1mg/kg/h شروع می شود. مادر در ساعت 21 و 23 از نظر پیشرفت زایمانی توسط

متخصص زنان ویزیت می شود (پیشرفتی نداشته است). در ساعت 21:40 به علت ادم ریه و آنوری آمپول لازیکس تا 400mg با دوزهای منقسم

تزریق می شود. بیمار دیورز پیدا کرده و انفوزیون 10mg/h لازیکس برای مادر Order می گردد.

در ساعت 5 با ممداد، مادر تب دار شده BT=39.5 و ساعت 5:45 دچار برادیکاردی شدید می شود. عملیات احیا را شروع و به متخصص داخلی (پزشک

ICU) اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهند با متخصص قلب تماس گیرند. و ایشان هم دستور خاصی نمی دهند ناچاراً به کادر CCU و سوپروایزر

اطلاع می دهند و ایشان در ICU حضور پیدامی کنند. در ساعت 6:10 بیمار مجدداً دچار برادیکاردی شده و نهایتاً ساعت 6:25 فوت می کند. (مادر در طول 9

ساعت اقامت در ICU توسط پزشک مقیم ICU ویزیت نشده بود و دستورات تلفنی گرفته بود و دستورات بدو ورود به ICU توسط متخصص داخلی

گذاشته شده بود.

WBC=25,100

PLT=546,000

Hct=34

Hb=13

جواب آزمایشات:

Cr=0.8

Urea=22

Neut=84.3%

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

توضیحات اعضای کمیته:

1. در قلب سالم بعد از CPR، EF حداکثر 10% افت نشان می دهد.
2. با توجه به EF=10% مادر به احتمال قوی یک نارسایی قلبی Compensated داشته و با اتفاق جدیدی نظیر آمبولی ریه به فاز عدم جبران رفته است.
3. بایستی برای مادر CXR جهت بررسی علت ادم ریه درخواست می شد.
4. مادر پزشک مسئول نداشته و هر کدام از متخصصین بعنوان مشاور مادر را ویزیت کرده اند.
5. پزشک تیم سلامت بایستی مادر را همراهی کرده و قبل از رسیدن مادر، بیمارستان را در جریان وضعیت مادر قرار میدادند و مادر به اورژانس منتقل می شد نه بلوک زایمانی
6. طبق قانون ICU، ویزیت بیمار بر عهده پزشک مقیم ICU بوده و از بقیه متخصصین مشاوره گرفته می شود.
7. رئیس بیمارستان مسئول کنترل برنامه ICU و کنترل حضور پزشک در بخشها می باشد.

خانم 45

متوفی خانمی است 25 ساله، ساکن شهر، چاق با BMI =30.3، G₁P₀ و حاملگی خواسته

از هفته 11 حاملگی تحت مراقبت پایگاه بهداشتی قرار گرفته و 12 بار توسط کاردان مامایی مراقبت شده است. در آزمایشات اوایل حاملگی (هفته 16 حاملگی) قند خون مادر بالا بود (FBS = 147). مراقبت پیش از بارداری نداشت. مادر را به علت قند خون بالا به متخصص زنان ارجاع می دهند و ایشان با تشخیص دیابت حاملگی، رژیم غذایی و 16 واحد انسولین شروع می کند. در دوران بارداری چندین بار به علت فشار خون بالا (BP = 130/85) و افزایش سریع وزن به متخصص زنان ارجاع شده بود. پروتئین ادرار 24 ساعته منفی بود. آخرین مراقبت دو روز قبل از فوت بود. در دوران بارداری تحت کنترل متخصص زنان بود و یک بار هم به متخصص داخلی ارجاع شده بود. پیش قلب و تنگی نفس نداشت. متوفی در هفته 38 حاملگی با توصیه متخصص زنان جهت سزارین در بیمارستان بستری می گردد. در مشاوری بی هوشی معاینه قلب و ریه نرمال بود. بیمار ساعت 22 در بخش داخلی بستری می شود. دستورات حین بستری:

رژیم دیابتیک، NPO از 12 شب، کنترل قند خون هر 6 ساعت، تزریق انسولین طبق پروتکل، رزرو 2 واحد خون ایزوگروپ، آزمایش آنالیز ادرار، BUN, Cr, CBC.

در هنگام بستری: درد مختصر کم داشت، FHR=140 BP=130/80 PR=80 BS=177 RR=18 در معاینه و ژائینال: دیلاتاسیون 1 Finger، تنگی نسبی لگن و خاها برجسته و تقارب نسبی وجود داشت.

در طی 11 ساعت بستری در بیمارستان فشار خون، BP=120-130/70 و پروتئین ادرار +2، قند خون قبل از عمل 132 بود. بیمار ساعت 9 صبح جهت سزارین به اتاق عمل فرستاده می شود. عمل در ساعت 9:30 با راشی شروع می شود. حاصل عمل نوزاد دختر با آپگار 6/10 و وزن 4300 گرم بود. چند دقیقه بعد از خروج جنین مادر دچار تنگی نفس ناگهانی، افت ساچورا سیون و سیانوز، ادم ریه برادی کاردی و افت فشار خون می شود. 1 mg آتروپین و 10mg آفدرین تزریق می گردد به علت عدم بهبود وضعیت بیمار، 100 mg ساکسینیل کولین تزریق و بلافاصله انتوبه شده و با آمبو ونتیله می شود. ترشحات لوله تراشه ساکشن شده و سرم دکستروز حاوی دوپامین و آمینوفیلین انفوزیون می گردد. همزمان لازیکس (با چه دوز؟) بصورت متناوب تزریق می گردد. بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده و علیرغم 1.5 ساعت تلاش متخصص داخلی و بی هوشی در ساعت 12 فوت می کند.

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

خانم 46

متوفی خانمی است 36 ساله، ساکن شهر، G₁P₀، سابقه ده سال نازایی، دوبار لاپاراسکوپی و سه بار IUI دارد، سابقه خونریزی سه ماهه اول حاملگی (ماه دوم) و 12 روز بستری در هفته 4 و 5 حاملگی اخیر به علت پلورال افیوژن و هیپر استیمولاسیون دارد که درمان کنسرواتو گرفته بود. حاملگی اخیر دوقلوبی بوده و با میکرواینجکشن حامله شده است. در هفته 32 حاملگی به علت افزایش فشارخون و پروتئین اوری +3 به مرکز آموزشی درمان زنان معرفی و بستری می شود. موقع بستری (ساعت 18:30): سمع قلب و ریه نرمال بود. ادم +1 اندامهای تحتانی داشت. علائم Severity نداشت. در سرویکس مکدونالد داشت. علائم زایمانی، آبریزش و خونریزی نداشت.

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

بیمار با دستورات: کنترل علائم حیاتی - کنترل علائم زایمانی - کنترل FHR - کنترل I/O - شروع سولفات منیزوم - آمپول بتامتازون (دودوز) - درخواست آزمایشات کبدی، انعقادی، کلیوی، آنالیز ادرار، پروتئین ادرار 24 ساعته، اسید اوریک، CBC و سونوگرافی اورژانس در بخش زایمان

بستری می شود. صبح روز بعد بانظر اساتید محترم پریناتولوژی به بخش حاملگی پرخطر منتقل شده و به دستورات قبلی آمپول هپارین 5000 واحد هر 12 ساعت زیر جلدی ، قرص فرسولین ، مولتی ویتامین ، جوراب ترومبوز و NST روزانه اضافه می شود.

در طی چند روز بستری فشارخون همواره BP= 140-150/90 و پروتئین ادرار 3+ و 2+ ثبت شده بود.

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

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

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

WBC=14-16 Pr=3960mg ادرار 24 ساعته Pr=+3 ادرار HBS Ag=Neg

Cr=1438mg ادرار 24 ساعته

درسونوگرافی دوجنین زنده و متحرک دی کوریو دی آمینوتیک ، باقرار عرضی -بریج و پلورال افیوژن نیم سینه قل چپ و مایع قل چپ کمتر از حد طبیعی گزارش شده بود .

روز دوم بستری بخیه های مکدونالد برداشته می شود.

روز سوم بستری سولفات منیزیم قطع و سوند فولی درآورده می شود.

آزمایشات روز هفتم بستری : PLT=198,000

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

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

روز هشتم بستری باتشخیص پره اکلامپسی جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. عمل با بی حسی اسپینال ساعت 8:50 شروع و ساعت 9:50 به اتمام می رسد. حاصل زایمان نوزاد دختر زنده پره ترم با آپگار 9/10 و پسر زنده با آپگار 6/10 هر دو فرانک بریج بود. بیمار در وضعیت Stable با گذاشتن 5 عدد میزوپروستول رکتال ساعت 10:20 به بخش منتقل می شود.

دستورات بعد از عمل : کنترل علائم حیاتی - کنترل V/B - کنترل I/O - سوند فولی - CBR تا هوشیاری کامل با حرکت پاها در بستر به محض توانایی باکم

راه برود - آمپول سفازولین و جنتامایسین - آمپول سولفات منیزیم 2g/h - آمپول سنتوسینون 10IU/qh8 عضلانی - آمپول هپارین 5000 واحد هر 12

ساعت زیر جلدی - چک آزمایشات CBC, Hb, LFT, Uric Acid و تستهای انعقادی - سونوگرافی کالر داپلر بعد از Stable شدن بیمار.

بیمار حدود ساعت 13 بصورت ناگهانی دچار تاکی کاردی و تاکی پنه و افت ساچورا سیون اکسیژن در حد O2Sat=70% می شود در معاینه رنگ پریده

بود تنفس سطحی و عطش هوا داشت و آژیته بود علائم حیاتی : HR=150 RR=40

بیمار به بخش ICU منتقل و پس از شروع هپارین با دوز تراپوتیک در ساعت 13:40 مشاوره داخلی درخواست می شود. طبق یادداشت متخصص

داخلی (ساعت ویزیت 14:00) بیمار تاکی کاردی و تاکی پنه دارد. اندام تحتانی راست نسبت به چپ متورم تر است (قطر پای راست در بالای زانو 2.5

سانتی متر بیشتر از پای چپ می باشد) بیمار گرگرفتگی دارد و بی قرار می باشد. در EKG ST elevation در لید I دارد. دستورات تزریق آهسته

آمپول ایندرال 1mg - EKG مجدد - افزایش دوز اکسیژن و در صورت عدم بهبود وضعیت تماس با متخصص بی هوشی و انتوباسیون - آمپول لازیکس

20 میلیگرم هر 12 ساعت - آمپول مورفین 3mg/Stat پس از انتوباسیون - آمپول دیگوکسین 0.25mg وریدی.

ساعت 14 به علت عدم افزایش ساچوراسیون اکسیژن بیمار توسط متخصص بی هوشی انتوبه شده وبه ونتیلاتور با مد CMV وصل میشود .باشروع ونتیلاسیون مکانیکی با $Fio_2=100\%$ ساچوراسیون اکسیژن به $O_2Sat=90-91\%$ می رسد. برای بیمار مشاوره قلب درخواست می شود. رزیدنت مشاور قلب بعداز ویزیت بیمار (ساعت 15:15) یادداشت کرده بودند: سطح هوشیاری درحد حرکت دستهاست و سینوس تاکیکاردی دارد. دراکو کاردیو گرافی $LV EF=20-25\%$ و $Severe RV dysfunction$ دارد(با $TAPS=0.7$) و با $Fio_2=100\%$ و $O_2Sat=86\%$ می باشد.

برای بیمار قویاً Massive PTE مطرح می باشد ودرمان با هپارین با دوز تراپوتیک توصیه می شود.شروع درمان با S.K باتوجه به سزارین بیمار منوط به دادن OK از طرف متخصص زنان می باشد.در ساعت 15:45 بیمار دچار VT می شود ورزیدنت قلب برای بیمار دوز Loading آمیودارون را شروع می کند بعداز دریافت 2/3 دارو بیمار دچار ارست قلبی می شود. تزریق دارو قطع و عملیات احیا شروع می شود وقلب بیمار برمی گردد. در ساعت 17 ریتم قلب تبدیل به ریتم جانکشنال می شود و اقدامات احیا (اکسترنال Pace-دوپامین - حجم - D.C شوک) موثر واقع نمی شود و ساعت 17:40 فوت می کند.

تشخیص : ترومبوآمبولی وسیع ریه

توضیحات :

- 1- باتوجه به $LV EF=20-25\%$ کاردیومیوپاتی پری پارتوم نیز مطرح است ولی باتوجه به شروع ناگهانی و سیر بیماری ، این مورد رد میشود.
- 2- تشخیص دقیق ترومبوآمبولی ریه اسکن پرفیوژن می باشد وبه علت وقت گیر بودن آن ، از سی تی آنژیوپرتابل می توان بعنوان جایگزین استفاده کرد.
- 3- اگر قبل از انجام سزارین متوجه اختلاف قطر اندام بودند ، می شد باتاخیر انداختن عمل سزارین، استرپتوکیناز را تجویز کرد ولی تجویز این دارو چند ساعت بعداز عمل کنتراندیکاسیون مطلق دارد . آمبلکتومی نیز ریسک زیاد داشته و در اکثر مراکز درمانی انجام نمی شود. و در ضمن منشا آمبولی به احتمال قوی باتوجه به شرایط بیمار عروق لگنی بوده نه اندامهای تحتانی .
- 4- در افراد پرخطر دوز هپارین پروفیلاکتیک 5000 واحد TDS می باشد.

خانم 47

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

شروع مراقبتها از هفته 10 حاملگی بوده و در مرکز بهداشت و بخش خصوصی مراقبت می شده است. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال می باشد.($WBC=8100$ $Hb=13.7$ $PLT=246,000$). ماما در آزمایشات روتین هفته 27 حاملگی متوجه کاهش نسبی پلاکت شده (در حد 10200) بود ولی علایم بالینی نداشت . بیماریک هفته قبل از مراجعه به بیمارستان متوجه تغییر رنگ ادرار می شود. باخونی شدن رنگ ادرار و ظهور ضایعات اکیموتیک در اندامها به پزشک مراجعه کرده و آزمایش درخواست میشود. تعداد پلاکت 13,000 بود. با این تابلو به بیمارستان شهرستان مراجعه وبه علت نبود هماتولوژیست به مرکز آموزشی درمانی اعزام میشود(ساعت 19:10). در اورژانس پس از انجام آزمایشات لازم ورزرو

10 واحد پلاکت و تزریق دو واحد آن به علت نبود تخت خالی در بخش خون، 17 ساعت در اورژانس تحت نظر بوده و با خالی شدن تخت با تشخیص های افتراقی سندرم ITP, TTP, HELLP در بخش خون بستری می گردد.

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

از خارش ژنرالیزه شکمی بود. خونریزی مخاطات نداشت. ملتحمه pale و اسکلرا ایکتریک بود. سمع قلب و ریه نرمال و ارگاتو مگالی نداشت. در اندامهای فوقانی و تحتانی ضایعات پورپورا و اکیموز داشت. آزمایشات اورژانس:

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

دستورات: رژیم معمولی - آمپول متیل پردنیزولون 1g روزانه به مدت سه روز متوالی - رزرو 10 واحد پلاکت کراس مچ شده - چک آزمایشات کبدی

و کلیوی، ANA، مارکر های هپاتیت C, B - چک کراتین و پروتئین ادرار 24 ساعته - FBS-2hPP - HIV_{1,2} - U/A, U/C-PBS

جواب آزمایشات بخش:

Cr=1.5g ادرار 24 ساعته Pr=507mg ادرار 24 ساعته V=1300cc ادرار 24 ساعته Cr=0.6 سرم

Urea=27

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

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

FBS=153 2Hpp=135 در اسمیر لام خون محیطی شیسیتویت و آنیزوسیتوزیس وجود داشت.

در طی کنترل روزهای بعد، قند خون ناشتا اغلب 150 به بالا بود و برای بیمار مشاوره تغذیه درخواست می شود.

به علت کاهش حرکت جنین و تاری دید در روز سوم بستری سونوگرافی رحم و مشاوره اورژانسی زنان جهت R/O سندرم هلمپ و ضرورت ختم حاملگی

درخواست می شود. در سونوگرافی رحم، جنین مشکل نداشت و مشاور زنان پس از ویزیت مادر، دستور تزریق دو دوز بتامتازون (12 میلی گرم هر 12

ساعت) و چک آزمایشات انعقادی و کبدی و اطلاع جواب را می دهند.

در مشاوره نرولوژی تاری دید را عوارض احتمالی TTP و یا سندرم هلمپ مطرح کرده و پیشنهاد Brain MRI بدون کنتراست داده بودند.

با توجه به تداوم ترومبوسیتوپنی و عدم پاسخ به پالس کورتون و مشاهده شیسیتوسیت در اسمیر خون محیطی و LDH بالا با احتمال TTP از روز سوم

بستری با اخذ رضایت کتبی از بیمار و همسرش پلاسمافرزیس شروع می کنند.

شب مجدداً با سرویس زنان مشاوره شده و بیمار با رزرو 10 واحد پلاکت جهت ختم حاملگی به مرکز آموزشی درمانی زنان منتقل می شود. موقع

پذیرش (ساعت 21:30): BP=110/70 PR=84 RR=12 FHR=130 GA=29W

علائم زایمانی نداشت. بیمار در بخش زایمان بستری شده و فیتال مونیترینگ و کنترل علائم حیاتی هر 30 دقیقه و آزمایشات آنتی فسفولیپید آنتی بادی

، آنتی کاردیولیپین، لوپوس آنتی کوآگولات، U/A و TSH درخواست میشود. فشار خون در محدوده BP=130-140/80 بود. در آنالیز

ادراری Pr=3+ و FHR=Normal بود. علائم Severity نداشت. برای بیمار سولفات منیزیم شروع کرده و مشاوره داخلی و CXR درخواست می

شود و مشاوره داخلی انتقال بیمار به بخش ICU، تزریق 5 واحد پلاکت و دو واحد پکدسل، آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم هر 6 ساعت تا 4 دوز،

قرص پردنیزون 50 میلی گرم صبحها و قرص متیل دوپا 250 میلی گرم هر 12 ساعت و کنترل دقیق I/O دستور می دهند. روز بعد اساتید زنان بر ختم

حاملگی توافق نمی کنند و عصر با بیمارستان قبلی جهت انتقال به آن مرکز و ادامه درمان قبلی (TTP) مشاوره کرده و بیمار منتقل می شود. (بیمار محدود 19 ساعت در مرکز زنان بستری می شود).

جواب آزمایشات : Anti Cardiolipin Ab=4 Anti Phospholipid Ab=2.2 LAC=Negative
TSH=0.2 T.Bil=5.8 D.Bil=0.7 SGOT=55 SGPT=23 LDH=2501
WBC=17,100 PMN=78% Hb=7.8 Retic Count=1.1 Uric Acid=7.7
PT=12 PTT=26 Fibrinogen=323 Cr=0.7 Pr=3+ ادراری

بعد از انتقال بیمار به بخش خون سولفات منیزیوم ادامه داده نمی شود. فشارخون بیمار به تدریج افزایش یافته و متیل دوپا 250mg/Bid و آنتولول 100mg تجویز و پردنیزون قطع می گردد. دو روز بعد یک دوز آمپول متیل پردنیزولون (1گرم) تزریق می گردد. به علت بالا بودن فشارخون هیدرالازین به رژیم درمانی آنتی هیپرتانسیو اضافه می شود. متاسفانه در دستورات چند روز متوالی داروهای ضد فشارخون بصورت متناوب قطع و دوباره شروع شده بود. به علت دیزوری برای بیمار نیتروفوران توین شروع کرده بودند. پلاسما فریزس بصورت روزانه در دستورات وجود داشت. روند افزایشی فشارخون علیرغم درمان سه دارویی (آنتولول 100mg ، متیل دوپا 250mg/TDS و هیدرالازین 50mg/TDS) ادامه داشته و تا BP=200/120 هم می رسید. به علت عدم پاسخ درمانی دوباره با سرویس زنان جهت ختم حاملگی مشاوره شده و بیمار پس از دریافت Loading Dose سولفات منیزیوم با توصیه های لازم ورزرو 20 واحد پلاکت به مرکز زنان اعزام و در بخش ICU بستری می گردد.

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

از تاری دید و تنگی نفس شاک می بود. سمع قلب و ریه نرمال بود. انقباضات رحمی نداشت و در معاینه واژینال جنین موبیل، ساک سالم و سرویکس بدون دیلاتاسیون و آفاسمان بود و خونریزی واژینال نداشت و پرزانتاسیون جنین بریج بود. با توجه به توصیه متخصص داخلی مبنی بر خطرناک بودن سزارین به علت پلاکت پائین (15000) از مادر رضایت کتبی گرفته، شیاف میزوپروستول واژینال گذاشته شده و چند ساعت بعد اینداکشن شروع می شود. دستورات بیمار: آمپول آمپی سیلین 2g Stat و سپس 1g/q6h - آمپول جنتامایسین 80mg Stat و سپس 40mg/q12h - کنترل دقیق I/O - کنترل دقیق فشار خون و علائم severity - قرص متیل دوپا با کنترل فشارخون - قرص پردنیزولون 10mg/qid و یک نفر رزیدنت بصورت ثابت بالای سر بیمار باشد. بیمار در ساعت 13:45 در ICU زایمان واژینال بدون اپی زیوتومی می کند و حاصل زایمان دختر زنده پره ترم با آپگار 1-0 بوده که اندکی بعد فوت می کند. مادر بعد از خروج جفت جهت ترمیم پارگی کانال زایمانی (حدود 1 سانتی متر) به اتاق زایمان منتقل ولی به علت پلاکت پائین یک می شود. خونریزی در حد Post Partum بود.

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

در دوازدهمین روز بستری و سه روز بعد از زایمان : بیمار از سردرد، درد اپی گاستر و درد هر دو چشم شاک می است. Red Eye دارد.

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

آزمایشات:

PTT=34	PT=13.3	PLT=24,000	Hb=8.2	WBC=15810	FBS=139
D.Bil=.36	T.Bil=2.8	LDH=2408	ALP=162	SGPT=25	SGOT=51
				Urea=105.3	Cr=1.18

مجدداً پلاسمافرزيس بصورت روزانه وقرص پردنيزولون 75mg(50 ميلي گرم صبح و 25 ميلي گرم شب) شروع می شود. برای بیمار مشاوره چشم درخواست می شود و در جواب قيد شده بود Red رفلکس نرمال و مارکوس گان منفی ، کونژوقرنيه و AC نرمال و در فوندوسکوپي باریک شدن شریانه های رتین و خونریزی های Flare Shape دیده می شود که می تواند در زمینه هیپرتانسیون باشد، دیده می شود.

دوروز بعد مجدداً فشارخون افزایش یافته و تا حد BP=200/110 می رسد. برای بیمار قرص کاپتوپریل PRN و TNG Drip شروع می شود. به علت ادامه هیپرتانسیون قرص کاپتوپریل 25mg/q12h و آمپول لازیکس تجویز می گردد. دو روز بعد لازیکس قطع و هیدروکلروتیازید و آمیلودیپین 5 میلی گرم روزانه به رژیم دارویی قبلی اضافه می شود.

روز هجدهم بستری: بیمار دچار تهوع و سردرد می شود. مشاوره گوارش و آندوسکوپي جهت بررسی دستگاه گوارش از نظر مالیگنسی درخواست می شود ولی به علت شرایط بیمار صورت نمی گیرد.

روز بیستم بستری: به علت بی خوابی و بی قراری هالوپریدول و بابیریدین تجویز و مشاوره سایکولوژی درخواست می شود. در جواب ، مشاوره روانپزشکی توصیه کرده بود از تزریق هالوپریدول و بابیریدین و داروهای آنتی کولینرژیک خوداری شود (مگر در صورت ضرورت) و موقعیت بیمار و زمان مرتب به بیمار یادآوری گردد. و بیمار از نظر نرولوژیک بررسی گردد. در معاینه نرولوژیک هوشیاری در حد Obtundation بود. رفلکس کف پای راست افزایش یافته و چپ کاهش یافته بود. اندامهای طرف راست راکتر حرکت می داد و gaze به سمت راست داشت و در اسکن اسپیرال مغز ضایعه وسیع در نیمکره چپ در مسیر شریان MCA همراه با همورژیک شدن و ضایعه ایسکمیک در مخچه چپ مشهود بود. و به علت پلاکت پائین آنتی پلاکت تجویز نمی شود. دستورات رزیدنت نرولوژی : آمپول دکزامتازون 8mg/TDS وریدی (در صورت عدم وجود کنتراندیکاسیون) - درخواست MRI مغز و MRV جهت رد ترومبوز وریدی و آمپول رانیتیدین 50mg/q12h وسی تی اسکن کنترل.

بیمار چندروز بعد دچار توهمات ، نوسان هوشیاری ، drooling و بی قراری شدید می شود و در مشاوره روانپزشکی رسپریدون ، قرص لورازپام و کنترل آب و الکترولیت توصیه شده بود.

بیمار از روز بیست و سوم بستری تب دار می شود (تا 41 درجه سانتیگراد) برای بیمار مروپنم و سفتریاکسون شروع شده و CXR و سونوگرافی رحم جهت بررسی بقایای حاملگی درخواست می شود. در گزارش سونوگرافی تصویر 15 سی سی تجمع هتروژن گزارش شده بود. در CXR زوایه کوستوفرنیک در هر دو طرف بسته بوده ، افزایش اوپاسیته هر دو ریه وجود داشت.

در سی تی اسکن کنترل مغز کاهش شدید وژنرالیزه دانسیته در پارانشیم نیمکره های مغز و Brian Stem (ایسکمی) و تغییرات مشابه در مخچه نیز وجود داشت. همورژی یا ضایعه فضا گیر نداشت.

کراتین بیمار بتدریج افزایش و در روز بیست دوم بستری به Cr=5mg/dL می رسد. با اولیگوریک شدن بیمار با نظر اساتید نفرولوژی برای بیمار کاتتر تعبیه شده و همودیالیز شروع می شود. به علت عدم پاسخ درمانی به پلاسما فرزیس روزانه و کورتون تراپی در روز بیست و دوم برای بیمار وین کریستین تجویز می شود. روز بعد 8 صبح دچار افت ساچوراسیون ، تاکی پنه و در نهایت ارست تنفسی شده ، انتوبه و احیا شده و به ونتیلاتور با مد

SIMV وصل می شود. با **ICU** آریه تماس می گیرند ولی به علت نبود تخت خالی ساعت **20:00** بیمار منتقل می شود. بعد از احیا هوشیاری بیمار در حد **Light Coma** بوده و روز بیست و ششم بستری به کمای عمیق می رود. بعد از انتقال به **ICU** گلوکز خون افزایش یافته و تحت پروتکل انسولین قرار می گیرد.

روز بیست و پنجم به علت گزارش هماتوم درسی تی اسکن مغز مشاوره نروسرجری شده و سرم مانیتول شروع می شود (شیفت مغز داشت) در جواب مشاوره قید شده بود بیمار اندیکاسیون جراحی دارد و بعد از اصلاح پلاکت تا حد **100,000** و اخذ رضایت کتبی از همراهان اطلاع داده شود. دستورات: سرم مانیتول **200** سی سی هر **6** ساعت تزریق و بعد از **36** ساعت **D.C** شود--کنترل **I/O**—آمیول دکزامتازون **12mg/q4h** - آمیول رانیتیدین **50mg/q6h** را می دهند.

بیمار شدیداً تاکیکارد (**HR=165**) و فشارخون دچار نوسان بود. به علت افت فشارخون سرم دوپامین شروع می کنند. بیمار دچار **bed sore** و ترشحات چرکی تراشه شده که از ترشحات کشت برداشت شده و تشک مواج تعبیه و آمپول وانکومايسين دو عدد **Stat** تزریق می گردد. روز بیست و هفتم به علت افت شدید هموگلوبین مشاوره هماتولوژی شده و سیکلو فسفامید و ریتوکسی ماب تجویز می گردد. روز سی و سوم بستری صبح بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده و به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد. آزمایشات و پاراکلینیک:

PLT=15,000	PMN=80%	WBC=20,000	:	PBS
Poychilo=2+	Tear Drop=+	Aniso 3+	Schistocyte=+	RBC
M/E Ratio=1/8	Myelopoiesis=Normal	Cellularity=80%	:	BM
Megakaryopoiesis=Severity Increased		Blast<5%		
Fragmented RBC Syndrome With Erythroid Hyperplasia				

توضیحات:

برطبق نظر اساتید هماتولوژی و پیریناتولوژی تشخیص بیمار **TTP** مقاوم به درمان میباشد و با امکانات موجود استان بهترین درمان ممکن را گرفته است. تنها ایراد وارد به روند درمانی انتقال اولیه به مرکز آموزشی درمانی زنان بود (درآوردن جنین **28** هفته با توجه به فشار خون و آنزیمهای کبدی نرمال غیر منطقی می باشد).

- جنین بیمار باید در یک سانتر دارای **ICU** مجهز بستری شوند و سایر مشاورات و درمان ها در همان سانتر صورت گیرد. (تا حد ممکن بیمار منتقل نشود)

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

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

آزمائشات هفته 20 و 28 شامل Hb و پلاكت ، گلوکز و Cr ، BUN ، U/A نرمال ميباشد .

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

بعثت BP بالا آناليز ادراري درخواست ميکنند که U/A نرمال بود . بيمار ساعت 10:35 صبح باراشي تحت عمل سزارين قرارميگيرد و حاصل زايمان يك دختر زنده با آنگار بالا و ترم بود . دراتاق ريكاوري بيمار احساس تنگي نفس داشت و در سمع ريه ها ويز داشت و بمدت يك ساعت در ريكاوري نگهداري ميشود . $BP= 110/80$ ، $PR=90$ ، $RR=20$ ، علايم حياتي در ريكاوري . براي بيمار مشاوره داخلي درخواست ميشود .

جواب مشاوره داخلي (13:10) بيمار ديسترس تنفسي شديد دارد . با ماسك اكسيژن $O_2 sat = 89\%$ در سمع ريه ها ويز دارند - كراكل كورس در هر دو ريه سمع ميشود در ECG ، PVC مكرر با p elevation در ليد II ديده ميشود . احتمال ARDS مطرح است و توصيه ميشود به مركز استان اعزام شود .

دستورات : آمپول سفترياکسون $1g / BID$ ، آمپول هيدروكورتيزون $100 mg stat$ ، وپس $100mg/TDS$. اسپري سالبوتامول $2puff / qid$ ، اسپري بکلومتازون $2puff/qid$ ، آمپول برم هگزین TDS ، شربت تنوفيلين G ، کپسول آزیترومایسین ، آمپول دگزامتازون $8 mg stat$ ، تعبیه سوند فولی و كنترل I/O ، كنترل V/S هر 6 ساعت ، CXR ، مشاوره قلب در صورت عدم بهبودي ، فيزيوتراپي سينه و درخواست CBC ، BUN ، Cr ، K ، Na . در ساعت 21 (بعد از 10 ساعت) مشاور عفوني بيمار را ويزيت ميكند ، طبق يادداشت ايشان : بيمار از تنگي نفس شاکي است . تب دار نيست ، در CXR كاردیومگالي دارد ، شواهدی از Consolidation نيست . در سمع ريه كراكل نرم سمع ميشود و دستورات متخصص داخلي كفايت ميكند .

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

ويزيت متخصص داخلي (12 شب) : بيمار هوشيار است ، ديسترس تنفسي دارد . $O_2 Sat = 85\%$ در سمع ريه ها کاهش صدا در ريه راست وجود دارد . دستورات : آمپول دگزامتازون $8mg stat$ و سپس $4mg / TDS$ ، بيمار به سمت چپ بخوابد ، فيزيوتراپي سينه - اكسيژن با ماسك بگيرد و آمپول مترونيडाازول $250mg / TDS$.

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

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

در بیمارستان قلب بصورت سرپایی اسکن آتژیو واکو شده و بعلت نداشتن مشکل خاص به بیمارستان جنرال ارجاع میدهند.

بیمار ساعت 19:50 پذیرش میشود و پس از انجام آزمایشات روتین ، PT, PTT, کشت خون و ABG در بخش عفونی بستری میشود.

موقع پذیرش : تب دار نبود ، سردرد و میالژی و علائم گوارشی نداشت . ارگانو مگالی نداشت . در سمع ریه ها ویزینگ و کراکل کورس دو طرفه وجود داشت . سمع قلب نرمال بود.

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

BP = 120/70 PR = 88 RR = 36

و برای بیمار تشخیص احتمالی پنومونی آتیبیک و DD : PTE ، آسم ، برونشیت ، COPD ، عفونتهای ویرال و میکروبیال ، CHF و MI گذاشته میشود.

دستورات : چک علائم حیاتی ، درخواست آزمایشات اخذ نمونه برای H1N1 آمپول سفتریاکسون 1g/12h ، آزیترومایسین ، کپسول اوسلتامیویر ، کپسول آمانتادین هر 12 ساعت قرص رانیتیدین ، آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت ، اسپری سالبوتامول 2 پاف PRN . اسپری سالمترول 2 پاف هر 12 ساعت ، اسپری فلوکتاید.

در ABG : PH= 7.38 PAO₂= 34.6 PCO₂ = 41 HCO₃ = 23 O₂Sat=% 65.4

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

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

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

دستورات روز دوم بستری : آمپول وانکومایسین هر 12 ساعت ، آمپول هیدروکورتیزون 100g هر 8 ساعت ، ارسال نمونه خلط جهت بررسی TB ،

تهیه اسمیر و رنگ آمیزی خلط و کشت خلط ، شربت برم هگزین و RPO

روز سوم بستری : تب بیمار بصورت low grade و متناوب و اغلب بعد از ظهر ها تا 38 درجه سانتیگراد ثبت شده است . بیمار هوشیار ولی ill

و آژیته است و همکاری جهت استفاده از اکسیژن ندارد.

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

درخواست CXR ، اسپری آترونت و تهیه اسمیر ، بخور نرمال سالین + تکرار بقیه دستورات بعلت نبود هپارین در بخش و داروخانه های بیرون

در بعد از ظهر هپارین D.C و انوکسپارین 40 میلیگرم هر 12 ساعت زیر جلدي شروع میشود.

ساعت 6:45 عصر: بعلت دیسترس شدید تنفسي و افت ساچوراسیون ABG اورژانسی ، پالس اکسی متری مداوم ، مانیتورینگ قلبی ، وویزیت

هرنیم ساعت توصیه شده و ست احیاء بالایی سر بیمار قرار میدهند.

BP=177/94 PR= 115 BT= 39° C

در ساعت 2 بامداد 200mg هیدروکورتیزون stat تزریق میگردد .

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

در ساعت 12:45 صبح طبق مشاوره ریه: آزیترومایسین D.C و سیپروفلوکساسین 400mg/bid شروع میشود. دوز پروپوفول به 5cc/h افزایش می یابد . آمپول میدازولام و 5mg stat تزریق میگردد. هیدروکورتیزون D.C و متیل پردنیزولون 40mg/q8h شروع میشود و مشخصات ونتیلاتور به: TV=450 PEEP=20 I: E=1/1 FIO2 = 100 RR=30 تغییر می یابد و بتدریج پروپونول را به 15cc/h افزایش میدهند.

در ساعت 15:20 ، بیمار آژیته و تب دار است BT= 39.3 یکعدد شیاف استامینوفن میدهند . پروپوفول رابه 20cc/h افزایش میدهند.

روز چهارم بستری: بعثت بی قراری بیمار مشاوره اورژانسی بی هوش میکنند و ایشان در جواب مشاوره انفوزیون میدازولام يك ميليگرم در ساعت و افزایش تا 5mg/h ، انفوزیون فنتانیل 6µg/min و افزایش دوز داروها در صورت عدم سداسیون و بعداً طی تماس تلفنی پروپوفول راقطع میکنند. O2Sat =%92 PR = 102 BP= 160/90 BT=40.5 روز پنجم بستری: بیمار سدیت است .

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

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

بیمار دچار اپیستاکي شدید میشود و ضمن کنترل خونریزی درخواست سریع PT , PTT , INR میکنند و مشاوره اورژانسی ENT و داخلی جهت بررسی از نظر DIC و درخواست رزرو 3 واحد پکدسل باکراس مچ میکنند . PT , PTT نرمال بود.

بعثت استفراغ خونی NGT تعبیه و معده با 12 Lit سرم شستشو داده میشود ولی ترشحات Clear نمیشود.

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

مشاور گوارش آندوسکوپی Bed Side برای بیمار انجام میدهد که در گزارش در ناحیه کاردیا به سمت انحنای کوچک دو اولسرخطی که بر روی یکی از آنها لخته دیده میشد نوشته بود.

بعثت تغییرات ECG (ST↓ درلید V4 و V3) انجام CTNI و مشاوره اورژانسی قلب درخواست میشود . در جواب مشاوره نوشته بودند:

باتوجه به علایم حیاتی BP = 80/50 , HR = 145 , BT=39 و HB = 7.4

1- در حد امکان کنترل تب

2- اصلاح وضعیت همودینامیک +تزریق فر آورده خونی 3- پیگیری اقدامات جهت کنترل GIB

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

ساعت 23 بعلت افت ساچوراسیون توسط اتندینگ ریه ویزیت میشود. بعلت خونریزی از اطراف لوله تراشه ، لوله تراشه تعویض و ABG سریال درخواست می گردد.

ساعت 20:30 بعلت خونریزی مجدد از GIT مشاوره جهت اسکرو تراپی انجام میشود و بعد از اصلاح وضعیت همودینامیک بصورت Bed Side آندوسکوپی میکنند . در گزارش مری نرمال بود. فوندوس معده پراز ترشحات خونی بود . در ناحیه کاردیا در امتداد انحنای کوچک سه زخم رویت میشد . یکی از زخمها دارای رگ خونریزی دهنده بود که با تزریق اپی نفرین اسکروزه شد و زخم دیگر با ابعاد 0.5 در 0.5 Clean بود و زخم سوم oozing داشته که اقدام به تزریق اپی نفرین رقیق میکنند. بولب و D2 مملو از ترشحات خونی و صفرای بود. بعد از آندوسکوپی بیمار مجدداً استفراغ خونی داشت و شکم دیستانت بود NGT تعبیه میشود و از NGT ترشحات خونی و مقادیر فراوان هوا خارج میگردد.

در ساعت 2:30 صبح تعویض setting ونتیلاتور شد و پرونکوسکوپی Bed Side تحت بی حسی موضعی و زیر مونیترینگ قلبی انجام و بیوپسی ریه برداشته شد.

انتهای لوله تراشه کروت فراوان داشت ، ساکشن و شستشوی کامل شده و کلیه کروتها تخلیه می شود . در شاخه اصلی راست ترشحات غلیظ و چسبنده و کروت وجود داشت . در شاخه اصلی چپ مخاط شکننده بود ولی ترشحات نسبت به طرف راست کم بود . ضایعه اندوشیمال دیده نشد. در ساعت 4 بامداد fio2 راکاهش میدهند و بعلت افت ساچوراسیون دو باره افزایش میدهند.

شب ، آمپول 50mg Octotide (آنالوگ سوماتواستاتین برای مهار گاسترین) بصورت state و سپس 50 میلی گرم هر یک ساعت انفوزیون وریدی (در نت پرستاری 150 میلیگرم انوکسپارین یادداشت شده است) . آمپول لازیکس 40 میلیگرم ، State وریدی تزریق میگردد.

روز هفتم بستری : بیمار ادم ژنرالیزه دارد $GCS = 4-5$ در سمع ریه کراکلهای کورس سمع میشود. $BT = 40$. ساعت 6:30 بعد از ظهر بیمار دچار GIB میشود و با شستشو ، Clear میشود . مشاوره جراحی عمومی میکنند. و ایشان در جواب توصیه میکند باتوجه به اختلال PT ، PTT ، بیمار 6 واحد FFP انفوزیون شود . شستشوی معده با سالین نرمال سرد ، رزرو 4 واحد خون ایزوگروپ در صورت عدم قطع خونریزی اخذ رضایت عمل و آمادگی برای عمل جراحی .

در ساعت 23:30: علیرغم تزریق 8 واحد FFP و شستشوی معده خونریزی ادامه می یابد.

ساعت 10 دقیقه بامداد روز بعد بعلت GIB وسیع با دستور جراح انتوبه شده با میکرونت به اتاق عمل منتقل میشود و به هنگام انتقال در روی تخت جراحی دچار آسیتول قلبی شده و به اقدامات احیاء پاسخ نمیدهد.

جواب آزمایشات و پاراکلینیک :

کشت خلط : فلورنرمال - آنفلوانزای H1N1 منفی - کشت ادرار منفی - اسمیر خلط از نظر باسیل سل منفی

در CXR کدروتهای آلونولر پراکنده و منتشر در هردوریه مشهود بود . محو شدگی حاشیه قلب و دیافراگم وجود دارد.

WBC=25000 , RBC= 3 * 10⁶ , HB = 7.3
, PIT = 205000 , PT= 15.8 , PTT= 27 , Cr=1.6 , Urea =60

روز بعد:

Hb= 11.9 HCT= 37 PT = 18.5 , PTT=36 , INR = 2
, Cr=2.7 , Urea=122 , K=4.1 , Na =151
pH=6.97 , PCo2=77.9 Hco3=40

تشخیص : خونریزی ثانویه به ARDS در زمینه پنومونی .

ریسک فاکتور : 1- چاقی شدید 2- حاملگی ناخواسته

اشکالات وارد بر پرونده:

1- روش نامطمئن کنتراسپشن 2- مراقبت نامراتب 3- عدم Manage تیمی بیمار در شهرستان و مرکز استان و ارجاعات متعدد بیمار (چنین بیماری باید در یک مرکز مجهز ICU و بصورت تیمی درمان و مدیریت شود).

خانم 49

متوفی خانمی است 38 ساله ، ساکن شهر ، لیسانس معلم، G₂P₁ ، اولین زایمان 8 سال پیش بروش سزارین بود ، تحت مراقبت متخصص زنان قرار داشت و مرتب مراجعه می کرد . فشارخون همواره BP=110-120/70-80 بود . آزمایشات اوایل بارداری در محدوده نرمال بودند. همسر متوفی بی اشتباهی و بی خوابی در روزهای آخر بارداری را ذکر می کرد .

مادر در هفته 37 حاملگی به علت آبریزش ، کاهش حرکات جنین و شروع دردهای زایمانی ساعت 2:10 بامداد به بیمارستان خصوصی مراجعه میکند و بصورت اورژانسی پس از تعبیه لاین وریدی و نمونه گیری خون برای آزمایشات قبل از عمل ، به اتاق عمل برده می شود. علایم حیاتی قبل از عمل :

BP=120/70 PR=110 O₂Sat=95-98% بود. عمل جراحی راس ساعت 2:30 به علت عدم موفقیت بیحسی اسپینال با بیهوشی

عمومی شروع می شود (اینداکشن با پروپوفول و ادامه با هالوتان). حاصل زایمان دختر زنده آغشته به مکونیوم غلیظ با آپگار 6/10 و وزن 2,750g بود. بعد از اتمام عمل جراحی (ساعت 3:15) بیمار دچار دیسترس تنفسی می شود. برای بیمار ریورس مجدد و 200mg هیدروکورتیزون وریدی تزریق

و اکسیژن با ماسک داده می شود. به علت ادامه وضعیت بالینی با تشخیص احتمالی آمبولی مایع آمینوتیک از متخصص داخلی درخواست مشاوره می شود. طبق یادداشت مشاور داخلی (ساعت 4:15) بیمار هوشیاری نسبی دارد. BP=120/80 PR=120 RR=20 سمع قلب و ریه

نرمال ، اندامها ادم +1 دارد و O₂Sat=82% بدون اکسیژن می باشد. برای بیمار بیماری قلبی ریوی و تشخیص احتمالی آمبولی مایع آمینوتیک مطرح است و پیشنهاد می شود مونیتورینگ قلب ریوی شود و به مرکز دارای بخش ICU منتقل شود.

دستورات متخصص داخلی : انجام ABG,CXR,EKG. پیگیری انجام آزمایشات روتین ،چک الکترولیت‌های Na ,K,Ca چک

اسپری سالبوتامول 2پاف-PRN -آمپول رانیتیدین 50mg/q12h Cr,Urea,CBCdiff,U/A,ALP,SGOT,SGPT,PT,PTT

آنژیوگرافی عروق ریه بعد از Stable شدن بیمار- انتوباسیون در صورت خستگی تنفسی ویا افت ساچوراسیون-انوکسپارین 80mg/q12h زیرجلدی به شرطی که از نظر زمان کنتراستیکه نباشد.

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

در حضور متخصص بی هوشی و داخلی به بخش منتقل می شود. برای بیمار وضعیت نیمه نشسته و اکسیژن با کاتول بینی داده شده و مونیتورینگ قلبی می شود. به علت unstable بودن بیمار ABG و CXR گرفته نمی شود. برای اعزام با بیمارستانهای مختلف تماس می گیرند ولی موفق به اخذ پذیرش نمی شوند . ساعت 6:45 با مامد بیمار دچار خونریزی شدید و اژینال می شود به متخصص زنان اطلاع می دهند ایشان تلفنی دستور افزودن 30 واحد سنتوسینون به سرم و تزریق مترژین با کنترل فشار خون رامی دهد. به علت فشار خون BP=135/90 مترژین تزریق نمی شود. متخصص زنان تزریق انوکسپارین را صلاح نمی داند. ساعت 7 با مامد برای بیمارگ دوم با برانول سبز گرفته و دو واحد خون کامل رزو می شود. ساعت 7:30 خونریزی تا حدودی کنترل می شود. و ساعت 7:30 با مامد متخصص زنان بیمار راویزیت می کند طبق یادداشت ایشان بیمار آژیته بوده و دیسترس تنفسی دارد. خونریزی و اژینال تا دم دارد رحم بزرگ و کنتراکته می باشد.

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

ساعت 8:30 با مامد به علت ادامه وضعیت بالینی بیمار، دوباره با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار تماس گرفته می شود و ساعت 9:00 با مامد بیمار با

IV Line و اکسیژن با همراهی ماما به بیمارستان دیگر اعزام می شود. موقع اعزام علائم حیاتی: BP=140/100 RR=34 PR=148

آزمایشات :

قبل از عمل : WBC=11,000 RBC=5.61*10⁶ Hct=47.8 Hb=16.3

Urea=24 Cr=0.87 PLT=104*10³ MCH=29.1 MCV=85.2

ساعت 4:45 با مامد WBC=18,800 RBC=5.52*10⁶ Hct=47.8 Hb=16.1

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

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

در EKG تاکی کاردی سینوسی داشت.

بیمار ساعت 9:45 در اورژانس بیمارستان دوم پذیرش می شود.

علائم حیاتی موقع پذیرش: BP=135/100 PR=160 RR=18 BT=37.2 O₂Sat=95%

بعد از ویزیت پزشک عمومی و درخواست آزمایشات اورژانسی واخذ نوار قلبی جهت R/O آمبولی ریه به متخصص داخلی معرفی می شود. در معاینه متخصص داخلی بیمار هوشیار بود. درد محل عمل رانگر می کرد. سمع ریه نرمال و قلب تاکیکارد بود. خونریزی و اژینال نداشت. بیمار جهت ویزیت قلب به درمانگاه قلب فرستاده می شود. در درمانگاه قلب بیمار اکو کاردیو گرافی شده با دستورات دارویی در ساعت 12 ظهر در بخش ICU بستری می شود. در اکو کاردیو گرافی یافته پاتولوژیک نداشت.

در موقع پذیرش در بخش ICU تاکی کاردی و تاکی پنه داشت و لتارژیک بود. علایم حیاتی : BP=130/80 HR=165 RR=60 دستورات حین بستری : استراحت در بستر - اکسیژن 5 لیتر در دقیقه با ماسک - مونیتورینگ قلبی ریوی - NPO - سرم 2/1.3/3 2.5 لیتر در 24 ساعت - ABG - آمپول انوکسپارین 60mg/q12h - آمپول رانیتیدین 50mg/q12h - آمپول هیدروکورتیزون 200mg Stat و سپس 100mg/q6h - اسپری سالمترو 2 پاف هر 12 ساعت - آنژیوگرافی عروق ریه در صورت Stable شدن - قرص دیلتازم 30mg/TDS - آمپول پتیدین 25mg PRN - چارت تب - تزریق 2 واحد FFP - لازیکس 10mg Stat - چک مجدد PT, PTT - آمپول وراپامیل (نصف آمپول) - مشاوره زنان جهت بررسی کنترا اندیکاسیون تجویز انوکسپارین به علت عمل جراحی اخیر . مشاور زنان شروع آن را با ممانع دانسته و توصیه کرده بود به هر لیتر سرم تزریقی 20 واحد سنتوسینون اضافه شود (تا 24 ساعت).

بعد از انجام ABG: که نتیجه PH=7.1 PCO₂=10 HCO₃=1.5mmol/l بود دو ویال بیکربنات سدیم بصورت Stat و سپس 3 ویال داخل 850 سی سی دکستروز در عرض 2 ساعت تجویز می گردد.

در ساعت 13 طبق دستور تلفنی متخصص داخلی به علت تاکی کاردی (HR=179) نصف آمپول وراپامیل تزریق و به علت افت فشار خون (BP=60/45) 350cc سرم نرمال سالین انفوزیون می شود . بیمار انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. بیمار بتدریج دچار کاهش هوشیاری می شود (در حد GCS=6). برونده اداری 600cc در مقابل دریافت 1500 سی سی مایعات .

ساعت 14:30 بیمار دچار افت فشار خون در حد BP=85/70 و تاکیکاردی HR=170 و تب دار BT=39.5° c می شود. برای بیمار 500 سی سی

سی سرم نرمال سالین در عرض یک ساعت انفوزیون شده و با انجام CXR آنتی بیوتیک شروع می شود. گرافی سینه نرمال بود. دستورات بعدی : چک U/A, U/C, LDH, Uric Acid, D.Dimer, FDP کشت خون در دونوبت - درخواست مشاوره با کاردیولوژیست - درخواست مشاوره با

نفرولوژیست - پاشویه مرتب - آمپول مترونیدازول 500mg/q6h - آمپول سفتریاکسون 500mg/q12h - سرم تراپی بر اساس I=O+200 به علت تاکیکاردی مقاوم (HR=200) به درمان با متخصص قلب مشاوره می شود. مشاور قلب در ساعت 15 بیمار را ویزیت کرده و اختلال ریتم راناشی از مشکلات داخلی عنوان می کند و آمیودارون 150mg بولوس و ادامه طبق پروتکل و قرص دیلتازم نصف قرص هر 12 ساعت جهت کاهش ریتم قلب و اصلاح وضعیت همودینامیک راتوصیه می کند. منتها در ساعت 15:45 انفوزیون آمیودارون قطع می شود.

به علت تاکیکاردی و افت فشار خون در ساعت 15:30 آمپول وراپامیل 5mg وریدی و دوپامین 15µg/h تجویز و ABG مجدد درخواست می شود.

جواب ABG PH=6.88 PCO₂=37.9 HCO₃=6.9 BE=-26

O₂Sat=61%

Fio₂=50%

بیمار ساعت 16:45 دچار آسیستول قلبی شده و با تجویز آدرنالین و آتروپین ریتم VT شده و با دوبار شوک ریتم سینوسی پیدا می کند. بعد از احیا یک ویال گلوکز هیپرتونیک +5 میلی گرم و راپامیل و 2 واحد FFP تجویز می شود. بیمار مجدداً ساعت 18:25 دچار ارست قلب تنفسی شده و متاسفانه به عملیات احیا عیاش نمی دهد.

آزمایشات: کشت خون به علت ناتوانی در خونگیری انجام نشده بود.

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

1- تشخیص احتمالی باتوجه به نحوه شروع بیماری در مرحله اول DIC و در مرحله دوم هیپاتیت فولمینان ناشی از هالوتان می باشد. باتوجه به اینکه آنزیمهای کبدی بعد از سزارین افزایش یافته بود سندرم هپل از طرف متخصصین داخلی و قلب رد شد. آمبولی ریه نیز باتوجه به اکوی نرمال و سیر بیماری رد شد.

ایرادات وارده به Manage بیمار:

1- تاخیر در پذیرش بیمار در ICU بیمارستان دوم. باید برنامه عملیاتی برای پذیرش مستقیم مادران باردار پرخطر در بیمارستانها طراحی گردد.

2- عدم انجام ABG و CXR در بیمارستان اول

3- بیمار از اول نباید اکستوبه می شد (بعد از اتمام عمل) و نباید به بخش منتقل می شد.

4- نبود کار تیمی. مادران باردار پرخطر باید توسط یک تیم درمان شود (لیدر تیم درمانگر متخصص زنان بوده و با سایر متخصصین مشاوره می شود)

5- عدم درخواست اتوپسی

خاتم 50

متوفی خانمی است 37 ساله، قالی باف، بی سواد، ساکن روستای اصلی، BMI=27 باقد زیر 150 سانتی متر، $G_3P_2Al_2$ زایمانهای قبلی طبیعی و در منزل بوده است. آخرین زایمان 17 سال قبل بود. به علت نازایی ثانویه از خدمات تنظیم خانواده استفاده نمی کرد. حاملگی

ناخواسته بود. در آزمایشات اوایل حاملگی Hb=10 بود. در آزمایش هفته 28 حاملگی: FBS=70 2hpp=106 GCT,GTT

نشده بود. مراقبت دوران بارداری طبق برنامه دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته صورت گرفته و مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود. سه بار نیز در درمانگاه مرکز آموزشی مراقبت شده بود. در تمام موارد فشارخون ثبت شده در محدوده نرمال بود. وزن گیری حدود 7 کیلو گرم بود. در طول بارداری

2 بار سونوگرافی شده بود و مشکل خاصی نداشت. متوفی به علت لک بینی به مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند در موقع پذیرش در ساعت 21:40

: BP= 110/70 FHR=140 بود. طبق سونوگرافی هفته 16 بارداری، سن حاملگی 41 هفته بود. در معاینه وژیئال دیلاتاسیون 2 سانتی متر، بدون افسمان، جنین بدون آنگازمان، ساک سالم، پوزیسیون سفالیک و رحم بدون انقباض بود. در هیستوری

سابقه بیماری خاصی و مصرف دارو نداشت. بیمار را در بخش لیبر بستری می کنند. در آزمایش بدو بستری Hb=10/1 بود.

به علت نداشتن کنتراکشن با 5 واحد سنتوسینون اینداکشن شروع می شود. در ساعت 2:30 با مدام طبق برگ پیشرفت زایمان: دیلاتاسیون 2Finger،

کول رایپ، ایستاسیون موبیل تا 3- و کیسه آب سالم می باشد. در ساعت 5:00 مادر زایمان طبیعی انجام می دهد (با اعمال فشار فوندال توسط یکی از

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

ساعت 5:45	BP=90/60	PR=83
ساعت 6:00	BP=90/60	PR=77
ساعت 6:30	BP=90/60	PR=96

در ساعت 8:00 بیمار توسط رزیدنت سال اول ویزیت و علیرغم اینکه بیمار شدیداً **Pale** و بیحال بوده ، با اصرار ایشان بابرانکارده به بخش مامایی منتقل می شود. در بخش بدلیل نبود تخت خالی تا ساعت 9:30 در اتاق جلو ایستگاه پرستاری بدون اقدام خاص نگه داشته می شود (نرس مسنول تحویل نمی گیرد) و این درحالی است که مسنول بخش مامایی در جریان خونریزی و نیاز به انفوزیون خون قرار داشت (از طریق اطلاع رسانی پرستار اتاق زایمان) باینکه در دستورات بعد از زایمان رزرو خون با کراس میج وجود داشت ولی تا ساعت 11:30 درخواست به آزمایشگاه بانک خون نرفته بود. در ساعت 9:30 علایم ثبت شده شامل **BP=90/50 PR=80** خونریزی در حد **Post Partum** و خونریزی فعال نداشت .

در ساعت 10:14 بیمار توسط رزیدنت سال اول ویزیت می شود و غیر از درخواست هموگلوبین و هماتوکریت دستور خاصی نمی دهد در یادداشت ایشان آمده است : حال عمومی بیمار خوب است ، رحم جمع و خونریزی واژینال وجود ندارد شکم نرم می باشد. **BP=90/50 PR=70** (خودش اندازه نگرفته بود) !؟

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

ساعت 10:45 بیمار هوشیار نمی باشد و به سوالات به خوبی پاسخ نمی دهد ، مخاطات دز هیدراته می باشد. سمع قلب وریه نرمال است ، ارتفاع رحم در حد ناف و خونریزی واژینال وجود ندارد. معاینه واژینال نرمال است . **Hb=7.2 BP=80/40 PR=120 RR=36** از دورگ برای بیمار سرم رینگر لاکتات تزریق می گردد. به رزیدنت سال 3 اطلاع می دهند.

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

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

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

در سونوگرافی شکم مایع آزاد بین لویهای روده در لگن وجود داشت. در U/A کتونوری و گلوکز وری وجود نداشت

Na=146 K=5.2

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

ریسک فاکتورهای بیمار : 1- سن بالا 2- حاملگی ناخواسته 3- قد زیر 150 سانتیمتر 4- هموگلوبین پائین 5- شرایط اقتصادی پائین اشکالات وارده : 1- با وجود زایمان سریع کانال زایمانی بررسی نشده است 2- فشار فوندال غیر علمی و غیر اصولی می باشد 3- عدم توجه به وضعیت بیمار در زایشگاه و بخش 4- عدم تحویل بیمار در بخش مامایی 5- ثبت غلط (ریت نبض بدون اندازه گیری نوشته شده بود و مقدار خونریزی ثبت نشده بود)

6- عدم ارسال به موقع نمونه به آزمایشگاه 7- عدم اطلاع رزیدنت سال پائین به سال بالا (زنان باردار پر خطر باید بصورت تیمی درمان شوند) 7- عدم توجه به سیر بیماری و تشخیص غلط (تمام بیماران در وضعیت پره شوک به علت ریلیز کاتاکولامین دچار هیپر گلیسمی می شود و باید برای افتراق از دیابت ، آنالیز ادرار درخواست می شد. در دیابت با بالا رفتن قند خون کتونوری و گلوکزوری ظاهری می شود.)

خانم 51

متوفی خانمی است 23 ساله ، ساکن شهر ، G₁P₀ ، BMI=34.2 ، سابقه دیابت در مادر متوفی ، حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت بصورت نامرتب (فقط دویار) بوده و تحت نظر متخصص زنان در بخش خصوصی بود. آزمایشات دوران بارداری نرمال بود. از ماه هفتم بارداری دچار افزایش فشار خون شده و تحت درمان با متیل دوپا (250 میلیگرم هر 8 ساعت) و هیدرالازین بود. بیمار در هفته 35 بارداری به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. موقع پذیرش (ساعت 2:30 بامداد) : از درد اپی گاستر شکمی بود، ادم +2 در اندامها داشت. علائم زایمانی نداشت. BP= 180/100 FHR=138.

مادر با تشخیص پره اکلایمسی شدید با دستورات NPO ، آزمایشات CBC ، تستهای کبدی ، تستهای کلیوی ، آنالیز ادراری ، آمپول بتامتازون 12mg هر 12 ساعت تا دوز ، آمپول سولفات منیزیم 4گرم وریدی و 10گرم عضلانی سپس هر 4 ساعت عضلانی ، آمپول هیدرالازین 5mg Stat ، انجام NST ، رزرو دو واحد خون ، تعبیه سوند فولی و کنترل علائم حیاتی هر یک ساعت در زایشگاه تحت نظر گرفته می شود.

در ساعت 9:50 صبح به علت NST منفی و آلومینوری +1 مادر جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. عمل راس ساعت 10:45 با بی حسی اسپینال شروع می شود و حاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم با آپگار 9/10 بود. مادر ساعت 11:25 به ریکاوری منتقل شده و ساعت 12 با BP=125/65 و هوشیاری کامل به بخش تحویل داده می شود.

دستورات بعد از عمل : NPO تا 24 ساعت - سوند فولی تا 24 ساعت - کنترل I/O و چارت آن ، کنترل علائم حیاتی و V/B - ادامه سولفات منیزیوم 5 گرم هر 4 ساعت عضلانی - آمپول کفلین - آمپول پتیدین PRN - شیاف دیکلوفناک سدیم PRN - آمپول هیدرالازین PRN در کنترل های بعدی فشارخون در حد BP=130- 140/70-90 و حجم ادرار طبیعی بود.

در روزیت ساعت 11 صبح روز بعد پزشک معالج یادداشت کرده بود بیمار پس از دریافت آخرین دوز سولفات منیزیوم در ساعت 12 ظهر در صورت داشتن حال عمومی مناسب مرخص است.

مادر ساعت 12 ظهر (25 ساعت بعد از عمل) با فشارخون BP=110/70 بدون نسخه دارویی و توصیه خاص مرخص می شود. مادر بعد از ترخیص همچنان از درد گردن و سردل شاکی بود . صبح روز بعد در منزل در حالیکه در وضعیت نشسته قرار داشته ناگهان به زمین می افتد و بعد از چند نفس صدا دار بی هوش می شود. بلافاصله با ماشین شخصی به بیمارستان می رسانند ولی متأسفانه موقع ویزیت در اورژانس فاقد علائم حیاتی بود.

آزمایشات : تستهای کبدی ، کلیوی و انعقادی نرمال بود

تشخیص علت مرگ : ترومبوآمبولی ریه

توضیحات :

1- عدم دادن آگاهی در مورد عوارض ترخیص زود هنگام و گرفتن رضایت کتبی با تاکید بر تفهیم عواقب کار

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

3- بیمار بلافاصله بعد از دریافت آخرین دوز سولفات منیزیوم مرخص شده است. طبق دستورالعمل بیمارستانهای دوستدار مادر بیماری توان در صورت وجود شرایط نیل حداقل 48-72 ساعت بعد از پایان تزریق سولفات منیزیوم ترخیص شود.

- پس از کنترل فشارخون - برقرار شدن ادرار به میزان کافی - عدم احتمال تشنج مجدد - نداشتن عوارضی مانند تاری دید ، سردرد و درد اپی گاستر

*در صورتیکه مادر باردهای کاهنده فشارخون مرخص شده است باید هر هفته جهت اندازه گیری فشارخون مراجعه نمایند. در صورت تداوم فشارخون بالا و پروتئین اوری پس از 6 هفته مادر به متخصص داخلی ارجاع شود.

خانم 52

متوفی خانمی است 36 ساله ، ساکن شهر ، $G_3P_2A_2$ ، BMI= 24.5 باقد 147 سانتیمتر ، سابقه دیابت از 15 سال قبل که از شش سال قبل گلی بنکلامید مصرف می کرد ، آخرین زایمان 9 سال قبل به روش سزارین می باشد. روش کنتراسپشن تادوسال قبل قرص LD و سپس روش منقطع بود . حاملگی خواسته بود .

از ابتدای بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت بصورت نامرتب و متخصص زنان و داخلی در بخش خصوصی بود و از ابتدای حاملگی تحت درمان با انسولین روزانه 30 واحد رگولار و 15 واحد NPH بود.

در هفته 38 حاملگی به علت سابقه دوبار سزارین و دیابت به بیمارستان شهرستان مراجعه و با بهانه نبود تجهیزات به بیمارستانهای مرکز استان ارجاع میدهند. عصر همانروز به یکی از مراکز آموزشی درمانی مراجعه و بستری می شود.

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

دستورات حین بستری : کنترل علامه حیاتی هر 4 ساعت -رزرو 3 واحدخون ایزوگروپ (2 واحد آن کراس مچ شود) -کنترل علامه هیپو و هیپرگلیسمی و چارت قندخون -تزریق انسولین رگولار 10 واحد نیم ساعت قبل از هر وعده غذا و 15 واحد NPH قبل از خواب-تستهای روتین - آمپول هپارین 5000 واحد هر 12 ساعت زیرجلدی -قرص فرسولین و مولتی ویتامین -کنترل قندخون یک ساعت بعد از هر وعده غذا -جوراب ترومبوز-NST روزانه و کنترل FHR,FM و مشاوره داخلی جهت تنظیم قندخون در زمان عمل سزارین.

روز بعد به علت شروع دردهای زایمانی با انجام سونوگرافی جهت تعیین محل جفت ، ساعت 18 جهت سزارین به اتاق عمل منتقل میشود. در سونوگرافی جفت قدیمی بود و از In OS فاصله داشت . عمل ساعت 18:45 باراشی شروع و جدارشکم با برش طولی باز می شود. حاصل زایمان نوزاد پسر ترم به ظاهر سالم با آپگار 9/10 با وزن 3950 گرم بود. رحم به جدارشکم چسبندگی داشت و مثانه بالا کشیده شده بود. مثانه آزاد و چسبندگی تاحدودی آزاد می گردد. میومتر رحم دریک لایه در داخل شکم ترمیم و عمل TL انجام میشود. عمل ساعت 19:25 پایان می یابد و بیمار با علامه عمومی خوب به بخش منتقل می شود. بعد از عمل 30 واحد سنتو داخل یک لیتر و 5 عدد میزوپروستول رکتال تجویز می شود.

دستورات بعد از عمل : کنترل هماتوم ، کنترل محل انسیزیون و کنترل آتونی رحم -کنترل علامه حیاتی هر ربع ساعت تا یک ساعت و هر ساعت تا 4 ساعت و سپس هر 4 ساعت -آمپول هپارین 3000 واحد هر 8 ساعت زیرجلدی و آمپول سفازولین 1 گرم هر 6 ساعت. یادداشت روزاول بعد از عمل شکم نرم

و فاقد تندرینس است محل پانسمان خشک و رحم جمع است خونریزی در حد Post Partum می باشد. علامه حیاتی : BP=120/70

Hb=12.1 RR=17 PR=80 بیمار روز دوم بعد از عمل شکم نرم و فاقد تندرینس و دیستانسیون است محل انسزیون نرمال و رحم جمع است کارکردشکمی دارد. از ساعت 12:30 ظهر تهوع و استفراغ داشت و چندین بار متوکلو پرامید تجویز شده و قندخون و هموگلوبین

و هماتوکریت اورژانس درخواست شده بود که Hb=11.2 و Hct=33.6 و BS=272 بود علامه حیاتی BP=70-80/50-60

PR=100. روز سوم بعد از عمل ساعت 8:20 صبح به علت افت فشار و دیستانسیون شکم با شک به خونریزی داخل شکم با آمبویه اتاق عمل منتقل میشود. به علت بدحالی بیمار و عدم حضور متخصص بی هوشی بیمار توسط تکنیسین بی هوشی انتوبیه و بی هوشی عمومی داده میشود. عمل راس ساعت 8:30 شروع می شود. در موقع انتقال به اتاق عمل بیمار ، نبضها غیر قابل لمس بودند . قبل از عمل یک دوز آدرنالین تزریق می شود. به علت شک بالینی قوی به خونریزی داخل شکم از برش سزارین شکم باز می شود . موقع باز کردن شکم مقدار فراوانی خون تیره به بیرون می ریزد (حدود 2.5 لیتر) لیگمان پهن سمت چپ حاوی هماتوم وسیع بود که کاملاً به فورنیکس چپ و لیگمان اینفاندیبولارگسترش یافته بود. در بررسی فورنیکس چپ و پشت مثانه پراز لخته های تیره و هماتوم بود ولی خونریزی فعال نداشت . رحم کاملاً آتونیک و Pale بود به همین خاطر هیستریکتومی سوپراسرویکال می شود. به علت خونریزی شدید از شریان تخمدانی راست علیرغم سوچورهای متعدد خونریزی کنترل نمی شود و افورکتومی راست صورت می گیرد. بدلیل فشارخون پائین و عدم رویت محل خونریزی شریانهای هیپو گاستر دوطرف بسته می شود. بعد از شروع عمل ، متخصص بی هوشی ، متخصص داخلی و یکی از اساتید پیشکسوت زنان در اتاق عمل حضور می یابند. عمل ساعت 10:10 پایان می یابد و بیمار تا ساعت 12:30 در اتاق عمل جهت ریکاوری نگه داشته می شود. در طول عمل 4 واحد پکدسل ، 4 واحد FFP و 5 واحد پلاکت و 2 لیتر رینگر انفوزیون و 40 میلی گرم

لازیکس در دوز (20+20) تزریق می شود. در اتاق عمل (در طی 4 ساعت) 70 سی سی ادرار داشت. بعد از عمل علائم حیاتی تاحدودی Stable شده و تنفسهای خودبخودی شروع می شود. برای بیمار آمپول سفتریاکسون 1g/12h - آمپول کلیندامایسین 900mg/TDS - مترونیدازول 500mg/TDS آمپول هپارین 5000 واحد هر 12 ساعت، 4 ساعت بعد از عمل - کنترل علائم حیاتی و I/O، تعبیه CVP Line، رزرو 3 واحد پکدسل و 5 واحد پلاکت Order می شود. بیمار بعد از هماهنگی ساعت 12:45 به حالت انتوبه و لتارژیک به همراه تکنیسین بی هوشی ورزیدنت سال 3 با آمبولانس 115 به ICU جراحی بیمارستان جنرال اعزام می شود.

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

ریتم قلب سینوسی بود تنفس خودبخودی داشت و گاهی با آمبویج حمایت تنفسی می شد.

آزمایشات بیمارستان اول:

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

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

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

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

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

رزیدنت زنان بدون تحویل بیمار محل را ترک می کند. بیمار ساعت 14 در ICU جراحی پذیرش می شود. برای بیمار CVP Line تعبیه شده و برای دسترسی به رگ مناسب ورید صافن پروگزیمال چپ کات داون می شود. بیمار از بدو ورود به ICU به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود.

دستورات رزیدنت جراحی: ABG و تکرار هر 6 ساعت - چک Hb, Hct، سرم 1/3 و 2/3 یک لیتر هر 8 ساعت - چک آزمایشات انعقادی - رزرو 4 واحد خون ایزو گروپ - CVP با ساپورت رینگ در حد 12-16 حفظ شود - ادرار در حد 70cc/h حفظ شود - آمپول لازیکس 20 سی سی و آمپول رانیئیدین 50mg/12h.

در ساعت 17 جریان ادرار برقرار می شود (50 سی سی در ساعت) به علت افت فشار خون یک لیتر سرم رینگ در عرض یک ساعت داده می شود.

در ساعت 19 دچار ارست قلبی تنفسی می شود. بعد از 15 دقیقه عملیات احیا ضربان قلب برمی گردد ولی مردمکها دوبل میدریاز و بدون رسپانس باقی می ماند. علائم حیاتی بعد از احیاء:

BP=90/60 PR=160

برای بیمار سرم دوپامین با دوز 10µg/kg/min شروع و تا 50µg/kg/min افزایش داده می شود. به علت کاهش صدا در ریه راست CXR پرتابل درخواست می شود. با وجود عدم مشاهده پنوموتوراکس در گرافی، بیمار جهت تعبیه CT آماده می شود ولی قبل از اقدام بیمار در ساعت 19:45 دچار ارست قلبی می شود. با عملیات احیا قلب برمی گردد در ساعت 20 برای بار سوم ارست قلبی می کند و متاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

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

آزمایشات:

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

ساعت 18 بخش ICU جراحی:

SGOT=84

K=4.8

Na=138

Urea=67

Cr=3

ALP=107

SGPT=12

ساعت 20:

Fio₂=100%

O₂Sat=36.3%

PO₂=36.5

HCO₃=6.9

PCO₂=29.3

PH=6.99 ABG

علت مرگ : خونریزی و شوک هیپوولمیک

توضیحات :

- 1- باوجود تهوع و استفراغ و افت فشارخون پس از اطلاع به متخصص داخلی، اقدامی غیراز درمان علامتی (تزریق سرم و... از طریق دستور شفاهی) انجام نشده است. مادران پرخطر نباید تلفنی مشاوره شوند. متخصص داخلی می بایست بیمار را ویزیت کرده و دستور کتبی میداد.
- 2- ارجاع بیمار از بیمارستان سطح 2 شهرستان که دارای بخش مراقبت ویژه نیز است به بیمارستان سطح 2 مرکز استان فاقد بخش ویژه غیر منطقی می باشد.
- 3- در بیمار با سابقه دیابت و جراحی اخیر پیگیری خونریزی بعد از عمل با کنترل I/O اداری می باشد نه هموگلوبین .
- 4- تجویز سرم 1/3 ، 2/3 برای درمان علامتی افت فشار خون غیر علمی می باشد.
- 5- عدم افزایش ریت قلب ممکن است به علت نروپاتی دیابتی بوده و باید مدنظر گرفته می شد.
- 6- باتوجه به پایین بودن فشارخون در اتاق عمل ممکن بود محل خونریزی فعال ماسکه شده و بعد از دریافت مایعات کافی (ری انیماسیون) مجدداً شروع به خونریزی کند و می بایست در بستن جدار شکم عجله نمی شد.
- 7- اعزام بیمار به بیمارستان دیگر جهت تعبیه CVP Line غیر منطقی می باشد و اصلاً تعبیه CVP Line در یک فرد 36 ساله زیاد ضروری نیست.
- 8- رزیدنت زنان باید با اصرار رزیدنت ویا اتند آنکال جراحی را به بخش ICU می کشاند.
- 9- مادران باردار پرخطر باید بصورت تیمی درمان شده و مدیریت درمان برعهده متخصص زنان می باشد.
- 10- رزیدنت جراحی کشیک ICU به موقع بیمار را ویزیت نکرده است (احساس مسئولیت نکرده است).

خاتم 53

متوفی خانمی است 36 ساله ، ساکن شهر ، $G_4P_3A_1$ ، سابقه دوبر دفع جنین(دوقلو) به علت دکولمان در هفته 25 و 28 و سابقه یکبار سزارین دارد. آخرین زایمان خرداد سال قبل بود . حاملگی اخیر از همسر دوم ایشان وخواسته بود. مراقبت دوران بارداری از اوایل بارداری در مطب متخصص زنان شروع شده و بصورت مرتب کنترل می شده است.

بیمار در هفته 14 حاملگی لک بینی داشته و درسونوگرافی هماتوم اکو فری به حجم 7 سی سی بالا تر از ساک گزارش شده بود . مادر با شکایت آبریزش به مرکز زنان مراجعه و توصیه به استراحت مطلق و مصرف مایعات فراوان می شود. (درسونوگرافی میزان مایع نرمال وجفت سرراهی گرید 1 که برسگمان تحتانی و دهانه داخلی رحم چسبیده و بصورت کامل OS را پوشانده بود، گزارش شده بود) با ادامه آبریزش به پزشک معالج مراجعه و سونوگرافی مجدد درخواست می شود. درسونوگرافی ، جنین 23 هفته بدون مایع آمنیوتیک وجفت سرراهی گرید 2 که جلو دهانه داخلی سرویکس

راپوشانده است گزارش می شود. بیمار باین تابلو به بیمارستان معرفی و بستری می گردد. موقع پذیرش در بیمارستان: علائم حیاتی BP=100/70

PR=80 BT=37°C

در معاینه واژینال: کول بسته و آبریزش واضح داشت. خونریزی واژینال نداشت. رحم حساس و تندر نبود و سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی کرد. بیمار با دستورات کنترل علائم حیاتی هر 4 ساعت - رژیم مایعات - رزرو 2 واحد خون ایزوگروپ - آمپول آمپی سیلین و جنتامایسین و آزمایشات روتین در بخش تحت نظر گرفته می شود. در ساعت 3:00 بامداد پس از اخذ رضایت جهت ختم حاملگی بانظر اتند محترم کشیک 50 میکروگرم شیاف میزوپروستول در فورنیکس خلفی گذاشته می شود. در ساعت 7:30 صبح مجدداً 50 میکرو گرم دیگر گذاشته می شود. در ساعت 12:00 ظهر بامداد اتند محترم دوز سوم میزوپروستول 100 میکرو گرم تجویز شده و 100µg/q6h ادامه داده می شود.

تاساعت 12 بیمار علائم زایمانی و آبریزش نداشت. در 12:30 دچار آبریزش می شود. در ساعت 17:30 بایشنهاده رزیدنت ارشد دستور اتند محترم کشیک اینداکشن با پروتکل نیم نواک شروع می شود (25 واحد اکسی توسین در 500 سی سی سرم با 40 قطره در دقیقه شروع و در هر مرحله بعد از یک ساعت استراحت، 25 واحد به دوز اکسی توسین افزوده می شود). با شروع اینداکشن انقباضات رحمی بصورت ضعیف ظاهر می شود. در ساعت 2:00 بامداد آثار خونریزی در پینه ظاهر می شود. برای بیمار 3 واحد خون با کراس مچ و آزمایشات انعقادی درخواست می شود. در ساعت 3:00 بامداد اینداکشن قطع می شود. در ساعت 3:30 بامداد 500 سی سی سرم رینگر بصورت سریع انفوزیون

می شود. بتد ریج مقدار خونریزی زیاد شده و در ساعت 4:45 خونریزی بقدری زیاد می شود که زیر بیمار پراز لخته های خون بود. بیمار سونداژ شده و 500 سی سی دیگر سرم سریع تزریق می گردد. برای بیمار رگ دوم گرفته و به رزیدنت سال 2 اطلاع داده می شود. در ساعت 5:00 بامداد به اتند محترم اطلاع داده و با دستور ایشان بیمار جهت سزارین به همراه یک واحد خون به اطاق عمل منتقل می شود. علائم حیاتی در حین انتقال:

FHR=157 PR=80 BP=80/60

پس از ترانسفوزیون 3 واحد پکد سل و 2 واحد FFP در ساعت 5:30 با بی هوشی عمومی با برش مید لاین تحت عمل سزارین قرار می گیرد. برش رحم از ناحیه اسکار قبلی و از بالای جفت داده می شود. بر اساس گزارش اتند محترم نوزاد پسر زنده با آپگار 5-4 و سفالیک بدنیا می آید. جفت کاملاً به دیواره رحم چسبیده بوده و قابل جدا کردن نبود (اینکرتا) و گسترش به سمت چپ که تا خلف واژن کشیده و در جلوتانزدیکی ممانه کشیده شده بود، داشت. به علت عدم رضایت همسر بیمار به هیستریکتومی، بند ناف از محل ورود بسته شده و اقدام به بستن عروق یوترین و هیپوگاستر کرده و یک عدد لنگاز و سرژی سل surgical در محل جفت گذاشته شده و جدار رحم و شکم بسته می شود. (ساعت پایان عمل 7:30 بود) در ضمن از استاد محترم پیشکشوت زنان درخواست کمک می شود و ایشان بلافاصله در بیمارستان حضور می یابند. بعد از اتمام عمل قصد اعزام بیمار را داشتند که به علت شدت خونریزی واژینال بیمار ساعت 8:20 با بی هوشی مجدد تحت لاپاراتومی قرار می گیرد. قبل از بی هوشی دوم بیمار از دو پاکات دان شده که یکی fail شده و از دیگری 520 سی سی خون تازه که در بیمارستان از 3 نفر همکار و دونفر همراه مریض تهیه شده بود بصورت سریع تزریق می گردد (به منظور جلوگیری از DIC). با انسزیون Low Mid Line شکم باز شده و بیمار هیستریکتومی می شود. در حین عمل فشار خون پائین بود در حد BP=90/50-60 PR=140-160 و با وجود دریافت 4 واحد خون، 2 واحد FFP و 3 لیتر سرم و دریافت 20mg لازیکس برونده ادراری در حد 350 سی سی بود (در عرض 4.5 ساعت). تا حد امکان چسبندگی جفت برداشته می شود. پس از بررسی محل حالب ها و ممانه به علت oozing از ناحیه خلف پریتون با 6 عدد لنگاز کف لگن پک شده و جدار شکم بسته می شود (ساعت 9:45). بیمار پس از اتمام عمل با لوله تراشه

واکسیژن و آمیوبگ و درحال دریافت خون و دوپامین به همراه رزیدنت زنان و استاد ، انترن و تکنسین بی هوشی با علائم حیاتی BP=80/50

PR=163 به بیمارستان ریفرال جهت ICU Care اعزام می شود. بنا بر گزارش رزیدنت زنان در مسیر اعزام نبض کاروتید بصورت فیلی

فورم لمس می شد و با دستور شفاهی متخصص بی هوشی یک دوز آدرنالین وریدی تزریق می شود. درموقع پذیرش در اورژانس بیمارستان ریفرال بیمار فاقد علائم حیاتی و دوپل میدریاز بود و اقدامات احیا سودی نداشت.

BG=O-

PLT=156,000

Hct=32

Hb=10.2

: آزمایشات موقع پذیرش

CRP=neg

تشخیص : خونریزی بعد از زایمان

توضیحات :

- 1- با وجود سزارین قبلی ، ختم حاملگی به روش واژینال در این بیمار علمی نبوده و در این موارد باید مشاوره بیشتری با مادر و خانواده انجام شود.
- 2- در درخواست سونوگرافی در صورت وجود جفت سرراهی (مخصوصاً سابقه هیستروتومی) ، بررسی جفت از نظر چسبندگی نیز درخواست گردد.
- 3- اعزام بیمار در شرایط UnStable اشتباه بود و بیمار باید در داخل اتاق عمل و یا ریکاوری به مانیتور و ونتیلاتور وصل شده و توسط متخصص بی هوشی و یا داخلی Manage می شد.
- 4- تجویز میزوپروستول در بیمار اشتباه بود.

خانم 54

بیمار خانمی است 28 ساله ، ساکن شهر ، Case شناخته شده PDA و آیزن منگر G3 P2 AL0 سابقه دو بار زایمان طبیعی پره ترم 26 هفته دارد. سابقه ترمیم پارگی سرویکس بدنبال زایمان دوم داشته و دو بار بعلت ناراحتی قلبی بستری بوده است . وسیله پیشگیری LD بود . پدر بیمار در 56 سالگی بعلت MI فوت شده است . متاسفانه بستگان متوفی به هیچ وجه حاضر به همکاری نشدند .

بیمار 5 سال قبل بعد از ترمیم پارگی سرویکس بدنبال زایمان پره ترم دچار افت هموگلوبین و تنگی نفس ، طپش قلب میشود ، در بخش CCU بیمارستان قلب پذیرش میگردد . 11 روز تحت درمان میدیال قرار گرفته و با وضعیت تقریباً Stable و تنگی نفس با دستورات دارویی دیلتیازیم ، کاپتوپریل ، دیگوکسین ، وارفارین و آسپرین مرخص شده و اکیداً توصیه میشود نباید حامله شود.

حاملگی اخیر خواسته بوده و از ماه چهارم حاملگی بنابه توصیه متخصص زنان روزانه یکعدد آمپول انوکسپارین 40 میلیگرم و یکعدد قرص آسپرین 80 میلیگرم مصرف می کرده است .

در هفته 35 حاملگی باشکایت آبریزش و درد شکم به بیمارستان خصوصی مراجعه و با هماهنگی به مرکز آموزشی اعزام میگردد (بدون قید سابقه بیمار در برگ اعزام). در مرکز آموزشی موقع پذیرش (ساعت 21:20) خونریزی واژینال نداشت . دیلاتاسیون و افسمان کامل بود ، ایستاسیون +1 -- 0 ، ساک پاره و بدون مایع بود . بیمار سریعاً به اتاق زایمان منتقل میشود و تحت مانیتورینگ با اپی زیوتومی زایمان طبیعی میکند و یک نوزاد با وزن 1800 گرم ، زنده دنیا می آید . بیمار با حال عمومی نسبتاً خوب با دستورات آمپول جنتامایسین ، آمپی سیلین ، انوکسپارین ، 10 واحد سنتوسینون تا 3 دوز ، ABG ، کیسه یخ روی محل اپی به بخش منتقل میشود . در ساعت 23:30 (1/5 ساعت بعد از زایمان) دچار تاکی کاردی با H R=

140 و سیانوز محیطی و افت ساچوراسیون میشود ، میزان اکسیژن را افزایش میدهند و 0.2 میلیگرم آمپول ایندرال ، 10 میلی گرم لازیکس State تزریق میگردد. HR به 127 کاهش می یابد .

در ABG : PH= 7.44 ، PCO 2 = 20 ، PAO 2 = 48 ، O2 Sat= 83.3% ، HCO 3 = 13.9

بعلت تداوم تاکی کاردی ، مشاوره اورژانس قلب درخواست میشود . یکساعت بعد مشاور قلب حاضر شده و بامشاهده جواب ECG , ABG دستور انتقال به بیمارستان قلب جهت CCU Care را میدهد . بیمار ساعت 2:30 صبح منتقل میشود. دستورات CCU : مانیتورینگ قلبی، پالس اکسی متر ی مداوم – قرص متورال 25 میلیگرم هر 12 ساعت ، قرص A.S.A 100 میلیگرم - آمپول انوکسپارین 60 میلیگرم ، دو بار درروز زیر جلدی ، CXR ، آزمایشات روتین ، اکسیژن 2-3 لیتر در دقیقه با کاتول بینی وادامه دستورات متخصص زنان .

دریادداشت رزیدنت مشاور زنان که دو ساعت بعد از انتقال به CCU ویزیت کرده بود . رحم جمع و خونریزی فعال واژینال ندارد .سمع ریه ها Clear است BP = 100/70 و PR= 96 و Order کنترل محل اپی از نظر هماتوم و تورم – آمپول سنتو هر 12 ساعت عضلانی ادامه یابد (تا 2 دوز) و کنترل V/S , V/B می دهد.

وضعیت بیمار در CCU . Stable است و عصر ساعت 16:30 به بخش منتقل میشود، برای بیمار درخواست اکوکاردیوگرافی دو بعدی و ترانس

ایزوفازیال میکنند. در CXR تصویر قلب اندکی بزرگ بود و تنه و شاخه های اصلی شریان ریوی پر خون بود. در اکوکاردیوگرافی + Large PDA

سندرم آیزن منگر Severe RVH (44 mm Hg) - Right To Left Shunt ، EF= 60 % در Plat < 50,000 ، Hb = 15.9 ، WBC= 25,000 ، CBC

روز سوم بستری خونریزی واژینال زیاد شده و در ناحیه پرینه بیمار احساس دردمیکند در مشاهده اکمیوز و تورم ناحیه پرینه وجود دارد . دستور میدهند روی پرینه بمدت 2 ساعت کیسه آب گرم گذاشته شود و شیاف ایندومتاسین 25 میلیگرم و 25 میلی گرم پتیدین تزریق میگردد ، مشاوره زنان درخواست میشود و انوکسپارین و A.S.A . Hold شده بعلت احتیاس ادراری با سوند نلاتون مئانه تخلیه میگردد.

طبق یادداشت مشاور زنان بیمار کاملاً هوشیار و اریانته است . علایم حیاتی Stable میباشد . تستهای انعقادی نرمال است ، در معاینه واژینال

هماتوم ناحیه پرینه با بالجینگ کف واژن وجود دارد و دستور میدهند جهت تخلیه هماتوم سریعاً به مرکز زنان اعزام شود. ساعت 4:20 عصر بیمار

باعلایم Stable و (BP = 120/70 ، HR=90 ، RR=12 و BT= 37 درجه سانتیگراد و دستورات دارویی سرم 1/3 و 2/3 ،

قرص متورال ، کپسول هماتینیک ، شیاف ایندومتاسین /TDS 100 میلیگرم ، آمپول انوکسپارین 60 میلیگرم هر 12 ساعت ، قرص اسپرین

بچه و توصیه تخلیه هماتوم حتماً با بی حسی موضعی و مراجعه سرپایی بعد از 10 روز به درمانگاه قلب از بیمارستان قلب ترخیص و با تخت و

همراه انترن به بیمارستان زنان اعزام میشود .

در ساعت 4:45 عصر بیمار با علایم حیاتی BP = 120/70

، BT= 37.3 ، PR= 74 ، RR=16 پذیرش شده و ساعت 18:20 در اتاق عمل تحت بی حسی موضعی بخیه های ناحیه باز و حدود

300 سی سی لخته از محل اپی خارج میشود و بعد از دبریدمان بافتهای نکروتیک و شستشوی محل، ترمیم میشود و بعد بیمار با نظر آنکال محترم

به بخش ICU منتقل میگردد با دستورات : کنترل علائم حیاتی ، آمپول سفازولین ، آمپول مترونیدازول ، قرص متورال 25 میلیگرمی هر 8 ساعت با کنترل HR ، آمپول انوکسپارین 20 میلیگرم ، عدم استفاده از شیاف - مشاوره داخلی ورزرو 10 واحدپلاکت.

یادداشت ویزیت رزیدنت بی هوشی در ساعت 20:45 دقیقه : بیمار آرام است . BP = ، HR = 140 ، O2 sat = %55 ، RR=12 (?) ، 130/105 ، سمع ریه ها نرمال است ، دستورات:کنترل درد و اضطراب بیمار و ادامه دستورات .

ساعت 21:00 BP = 83/55 ، RR = 28 ، HR= 110 ، O2 sat=%55

بیمار کاملاً هوشیار است و شکایت خاصی ندارد و آرام خوابیده است . بعلت افت فشارخون 500 سی سی سرم رینگر با کنترل همودینامیک تزریق میگردد.

ساعت 22:30 BP = 86/50 ، RR=28 بیمار آرام و تاکی کارد است 500 سی سی دیگر سرم تزریق میگردد.

در ساعت 23:00 9 واحد پلاکت انفوزیون میشود (بادنستور متخصص داخلی) بارزیدنت قلب مشاوره میکنند و ایشان توصیه میکنند 1گرم آمپول وانکومایسین در مدت 2 ساعت انفوزیون کنند.

ساعت 5:30 صبح بطور ناگهانی دچار دیسترس تنفسی شده و به رزیدنت بیهوشی اطلاع میدهد و ایشان بربالین بیمار حاضر میشود و پس از سمع

قلب و صحبت با بیمار درخواست ABG میکند که : PH = 7.36 ، O2 Sat = %70

دستورات : 10 میلیگرم لازیکس وریدی Stat - آمپول مورفین 3 میلیگرم وریدی - 50 میلیگرم متورال خوراکی ، ایندومتاسین 50 میلیگرمی خوراکی .

در ساعت 6:30 صبح روز بعد بیمار دچار کاهش هوشیاری ناگهانی میشود سریعاً آنتوبه شده و بعلت برادیکاردی عملیات احیاء شروع میشود . باکمک اتند بیهوشی CPR تا ساعت 7:20 ادامه می یابد ولی متاسفانه به احیاء پاسخ نداده و فوت میکند.

علت مرگ : سندرم آیزن منگر

توضیحات :

- 1- بیمار نباید حامله می شد
- 2- توجیه مادر و خانواده در مورد قبول بیماری و استفاده از روش کنتراسپشن مطمئن (استفاده از افراد ذی نفوذ جامعه برای قانع کردن بیمار مانند روحانیون و مبلغین دینی و روانشناسان خبره)
- 3- مدیریت ناصحیح مادر در دوران بارداری 4- در هنگام هماهنگی بیمار جهت اعزام سابقه بیماری باید ذکر می شد. 5- بیمار باید از اول در مرکز قلب پذیرش شده و تا زمان ترخیص در آن مرکز بستری می شد. 6- عدم اطلاع به اتند آنکال در زمان زایمان 7- درمان تیمی مادران پرخطر

خانم 55

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن روستای اصلی ، BMI =29.7 ، G₂P₁ سابقه یکبار زایمان طبیعی 5 سال قبل. حاملگی ناخواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری از هفته 5 درخانه بهداشت بصورت مرتب انجام گرفته است . همزمان تحت نظر متخصص زنان بوده و مرتب مراقبت شده بود. مادر سه بار توسط ماما به علت هموگلوبین بالا و عدم وزن گیری مناسب به متخصص داخلی ارجاع شده ولی طبق اظهار خودمادر، پزشک زنان گفته بودمشکلی نداری و فقط قرص آهن مصرف نکن و خودش قرص اسپرین تجویز کرده بود.

آزمایشات اوایل حاملگی (هفته 5 بارداری): $Hb=18.8$ $Hct=53.6$ $PLT=178,000$ $Cr=0.7$

$Hb=17.2$ $Hct=52$ $PLT=265,000$ $U/A=Normal$

$Hb=15$ $Hct=47.3$ $PLT=129,000$ $:5/12$

درسونوگرافی اوایل بارداری، حاملگی دوقلویی باجفت وساک جداگانه DCDA گزارش شده بود. وزن گیری مادر در اوایل حاملگی متناسب بود ولی از هفته 26 میزان افزایش وزن زیاد شده بود. (5 کیلوگرم به ازای 5 هفته). فشارخون در محدوده نرمال بود.

مادر با شروع دردهای زایمانی ساعت 18 به بیمارستان سطح 1 مراجعه کرده و با تشخیص پره ترم لیبر به بیمارستان سطح 3 ارجاع می شود. ساعت 22:25 به اورژانس مرکز ریفرال مراجعه کرده و در بخش زایمان بستری می گردد. مادر موقع پذیرش هوشیار واریانته بود. سمع قلب وریه نرمال بود. خونریزی واژینال، آبریزش و انقباض رحمی نداشت. در معاینه واژینال: $BP=110/70$ $TV:3-4cm/30-40\%/C.C/II-3$ $علائم حیاتی: BP=110/70$

$PR=80$ $BT=36.8$ $FHR=140,130$ $GA=33w,5d$ و حاملگی دوقلویی.

دستورات بخش: RBR - مونیورینگ قلب جنین ها و تعبیه نوار NST - رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ - کنترل علائم زایمانی - کنترل علائم حیاتی - سرم رینگر 1000 سی سی $K.V.O$ - آمپول بتامتازون $12mg/q12h$ دودوز - آمپول آمپی سیلین - درخواست آزمایشات: CBC $,BUN,Cr,ESR,PT,PTT,INR,U/A,U/C,Fibrinogen,Uric Acid$

بعد از 20 دقیقه رزیدنت سال بالا آمپول سولفات منیزیم، کنترل I/O و تعبیه ست احیا بر بایلین مادر را به دستورات قبلی اضافه می کند.

روز دوم بستری: علائم حیاتی مادر Stable است. تب دار نیست. لیک مایع روشن دارد ولی علائم زایمانی پیشرفت نداشته است. به علت گزارش پروتئینوری +1، کنترل فشارخون هر دو ساعت و کپسول آزیترومایسین 1g به دستورات قبلی اضافه می شود.

جواب آزمایشات: $WBC=10,900$ $Hb=14.1$ $Hct=43$ $PLT=140,000$ $PT=12.6$

$PTT=33$ $INR=1.1$ $CRP=Neg$ $ESR=39$ $Fibrinogen=346$ $BS=99$ $Cr=0.7$ $BUN=23$

$U/A:Pro=+1$ روز سوم بستری: مادر هوشیار و اریانته است. علائم حیاتی نرمال است. علائم زایمانی پیشرفت ندارد. در اندامهای تحتانی

ادم وجود دارد. برای مادرسونوگرافی کالرداپلراز اندامهای تحتانی درخواست می شود که مشکلی نداشت. ساعت 10:45 به علت عدم پیشرفت زایمان و کنتراندیکاسیون نسبی اینداکشن و حاملگی بالای 34 هفته با دستوراتند بخش جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 11:10 با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان یک نوزاد پسر با آپگار 7/9 و یک نوزاد دختر با آپگار 4/8 بود. عمل ساعت 12:25 به پایان می رسد. در طول عمل $BP=124/83$ $PR=117$ بود و مادر مشکل خاصی نداشت و با علائم حیاتی نرمال تحویل ریکاوری میشود و ساعت 13:30 به بخش سزارین

تحویل داده می شود. پرستار بخش هنگام اجرای دستورات، متوجه آتونی رحم و خونریزی شده ضمن ماساژ رحمی به رزیدنت اطلاع می دهند (خونریزی در حد دفع لخته بود). بعد از چند دقیقه مادر دچار حرکات تشنجی شده و ضمن انجام اقدامات درمانی (تعبیه Air Way و اکسیژن نازال و پالس اکسی

متری - تعبیه رگ دوم) کداحیا زده می شود. یک عدد دیازپام آهسته وریدی تزریق می شود. علائم حیاتی مادر: $BP=125/75$

HR=105 RR=26 بود. در زمان تشنج O2Sat=35-40% و بعد از قطع حرکات ساچوراسیون با اکسیژن 97% و بدون

اکسیژن 88% بود. علایم Severity نداشت. محل عمل فاقد هماتوم بود. 5 عدد میزوپروستول رکتال گذاشته شده و آمپول سنتوسینون 10 میلی گرم عضلانی تزریق می شود. برای مادر سولفات منیزیم شروع شده و سوند فولی تعبیه می شود. مادر توسط رزیدنت بی هوشی نیزویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان: مادر کمی سیانوزه بود. تنفس سطحی و سریع و اسپاسم عضلات صورت را داشت. سمع قلب تاکیکارد بود. بعد از تثبیت علایم حیاتی مادر ساعت 14:40 به ICU منتقل می شود. در ICU مادر هوشیار بود. خونریزی همچنان ادامه داشت. برای مادر 5 واحد FFP و 3 واحد پکدسل ایزوگروپ و 5 واحد پلاکت رزرو شده و تستهای انعقادی و پره اکلامپسی درخواست می شود. یک نفر رزیدنت زنان سال 2 بر بالین مادر بصورت ثابت مستقر می شود. همچنین مشاوره قلب و نرولوژی و CT Scan مغز درخواست می شود.

جواب آزمایشات: PT=13.1 PTT=28 INR=1.2 WBC=22,000 Neut=90% Hb=12.4
Hct=38 PLT=210,000 Fibrinogen=372 Cr=0.7 Urea=28 Uric Acid=6.2
ALT=29 AST=30 K=4.3 Na=134.5 LDH=427 Alb=2.3 Ca=7.9 Mg=3.5

برای مادر دو واحد پکدسل کراس مچ شده، یک عدد ویال آلبومین 20%، آمپول مترژین عضلانی و یک عدد میزوپروستول زیربانی تجویز میشود. بعد از ترانسفوزیون یک واحد پکد سل تزریق واحد دوم متوقف می شود. رزیدنت زنان بارزیدنت نرولوژی مشاوره تلفنی کرده و ایشان توصیه می کند بعد از تثبیت علایم حیاتی مادر جهت مشاوره حضوری و سی تی اسکن فرستاده شود. در صورت تشنج مجدد جهت فنی تونیزه کردن اطلاع داده شود.

مادر ساعت 22:50 توسط رزیدنت قلب ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان: ریه ها Clear و JVP کمی برجسته است. در قلب سوفل سیستولی II/VI در کانون میترال و دیاستولی II/VI در کانون پولمونر سمع می شود. در EKG سینوس تاکیکاردی و RAD و T invert در لیدهای V1-V2 وجود دارد. علایم حیاتی: BP=105/75 PR=110 RR=23

و توصیه می کند برای انجام سی تی آنژیوگرافی عروق ریه وقت گرفته شود و قبل از انجام آن اکوکاردیوگرافی جهت بررسی اختلالات دریچه ای انجام شود. تا زمان رد PTE هپارین با دوز درمانی شروع شود. PTT در محدوده 50-70 حفظ شود. بعد از رد PTE نیازی به ادامه هپارین نیست.

روز چهارم بستری و روز دوم بعد از عمل: مادر هوشیار و آریانته است. خونریزی و اژینال ندارد. در سمع قلب S1, S2 نرمال است. سوفل III/VI در کانون میترال سمع می شود. ریه ها Clear است. ادم اندام های تحتانی +1 دارد. بیرونده ادراری خوب است.

علایم حیاتی: BP=101/70 PR=101 RR=21 BT=37 O2Sat=97% با اکسیژن
در آزمایشات: AST=73 ALT=56 LDH=740 PLT=210,000 BS=112 Mg=7.2 به
علت بالا بودن سطح منیزیم انفوزیون سولفات متوقف می شود. D.Dimer=7%

مادر ساعت 11 با همراهی انترن و پرستار جهت مشاوره نرولوژی، سی تی اسکن مغز و اکوی اساتید به بیمارستان جنرال و سپس بیمارستان قلب فرستاده می شود. در CT Scan مشکلی از نظر ادامه هپارین درمانی نداشت. در معاینه علایم فوکال عصبی نداشت.

گزارش ویزیت اساتید قلب: S2 افزایش یافته با سوفل سیستولیک III/VI و در اکو RA و RV بشدت دیلاته و TR شدید (Free TR) و RVSP=125mmHg و LV EF=50% می باشد و بیمار مشکوک به PTE می باشد و توصیه می شود در صورت نداشتن خونریزی

فعال آنتی کوآگلانت با هپارین یا انوکسپارین بادوز 60mg/BID/S.C شروع شود و در صورت صلاح دید سرویس زنان CT آنژیوی عروق ریه انجام گیرد.

روز سوم بعد از عمل: مادر هوشیار و کمی ill است. مختصری سرگیجه و طپش قلب و ادم دورچشم دارد. علائم حیاتی: RR=24 PR=97 BP=120/80

INR=1 PTT=94 PT=12 O2Sat=92% با ماسک BT=37

مادر ساعت 10 صبح دچار تنگی نفس و دیسترس تنفسی شده و توسط اتند بی هوشی و یزیت می شود. طبق یادداشت ایشان مادر تنگی نفس و ارتوپنه دارد. O2Sat=91-92% با وجود دریافت 10L/m اکسیژن. آمیک می باشد و در سمع ریه کاهش صدای واضح در ریه چپ دارد. برای مادر CXR, ABG اورژانس و مشاوره داخلی و ریه درخواست شده و بعد از رویت جواب ها 20 میلیگرم لازیکس وریدی، 100 میلی گرم هیدروکورتیزون وریدی و دوویال بی کربنات تجویز می شود.

جواب CXR: زوایای جنبی باز و کدورت مختصر در قاعده ریه راست مشاهده می شود.

در ABG: PH=7.36 PCO2=33 HCO3=18.6

مشاوره ریه (رزیدنت داخلی) بعد از ویزیت مادر جهت انتقال مادر به ICU ریه با بخش فوق هماهنگ شده و پیشنهاد می کند: هپارین درمانی ادامه یابد، در صورت انتقال به سی تی آنژیو، باست احیا و تیم احیا برود. در صورت قطع انفوزیون هپارین، 5000 واحد Stat وریدی تزریق شود و بعد از بازگشت انفوزیون شروع شود.

به علت عدم کارکرد شکمی بارزیدنت جراحی تلفنی صحبت می کنند و ایشان تنظیم الکترولیتهارا توصیه می کند. مادر ساعت 16:30 با همراهی رزیدنت بی هوشی رزیدنت زنان و تکنسین بی هوشی با ماسک اکسیژن وست احیا به سی تی آنژیو می رود. بعد از انجام سی تی آنژیو، مادر ساعت 18:40 به اورژانس بیمارستان رسیده و بلافاصله به ICU ریه منتقل می شود. مادر در مسیر انتقال O2Sat=65-85% داشت.

علائم حیاتی اورژانس: BP=110/70 RR=24 O2Sat=75% با اکسیژن

در موقع پذیرش در بخش ICU ریه (19:10) مادر هوشیار و تاکی کارد بود. به علت ساچوراسیون پایین به ماسک رزروار وصل می شود.

علائم حیاتی: BP=110/70 RR=35 PR=120-130 O2Sat=45-55%

ABG: PH=7.28 HCO3=17 PCO2=37

در ساعت 19:30 به تیم احیا جهت انتوباسیون اطلاع می دهند. مادر بعد از انتوباسیون O2Sat=30-50% داشت. چند دقیقه بعد از انتوباسیون دچار برادیکاردی شده و عملیات احیا شروع می شود. رزیدنت داخلی ضمن احیا با شک به پنوموتوراکس باروپوش سربی در حال آمبوزدن از مادر CXR می گیرد. در گرافی سینه پنوموتوراکس واضح نبود. اتند محترم ریه و فلوی مقیم و رزیدنت قلب بر بالین مادر حاضر می شوند. فشارخون پایین و قلب برادیکارد بود. اتند ریه برای مادر C.T تعبیه می کنند. حدود 10-20 سی سی مایع خارج می شود. در Tap پریکارد نیز مایع وجود نداشت (EF=40%) با وجود ادامه عملیات تا 2.5 ساعت متاسفانه پاسخ نداده و فوت می کند.

تشخیص علت مرگ: هیپرتانسیون مزمن شریانه‌های ریوی احتمالاً IPH

توضیحات اعضای کمیته:

1. به هموگلوبین بالا در آزمایشات دوران بارداری اهمیت داده نشده است و مادر باید از نظر بیماریهای زمینه ای بررسی می شد.

خانم 56

2. اگر مادر قبل از سزارین شناسایی می شد بی هوشی عمومی برای سزارین روش انتخابی بود.
3. افت فشارخون در بیماران دچار هیپرتانسیون ریوی سبب تشدید هیپوکسی و خونریزی رحمی شده و یک سیکل معیوب ایجاد می شود.
4. در افراد سالم حداکثر قطر شریان پولمونری 29 mm می باشد و در مورد این بیمار 51 میلی متر بود.
5. متخصص قلب می بایست با مشاهده یافته های اکوکاردیوگرافی بلافاصله مادر را در بیمارستان قلب بستری می کرد.

متوفی خانمی است 32 ساله ، ساکن روستای اصلی ، سابقه دیابت در خانواده، $BMI=22$ ، G_2P_1 ، سابقه یکبار زایمان طبیعی 7 سال پیش .
حاملگی خواسته بوده با $LMP=6/9$ و $EDC=3/16$.

برای پیشگیری از بارداری از IUD استفاده میکرده و مراقبت قبل از بارداری داشته است.

مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری شروع شده و 5 بار توسط بهورز، 2 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده و یکبار به علت هماچوری و دوبار به علت TSH پایین به متخصص زنان ارجاع شده بود. متخصص زنان در پس خوردن یاد داشت کرده بود: هماچوری به علت مصرف آهن می باشد و با توجه به $FT4$ نرمال، تیروئید مشکلی ندارد.

جواب آزمایشات اوایل حاملگی: $Hb=11.5$ ، $Cr=0.5$ در آنالیز ادرار $Blood3+$ و $RBC=5-6$ ، $TSH=0.1-0.93$

$FT3=2.68$ ، $FT4=1.5-1.8$ قندخون ناشتا و تست تحمل گلوکز نرمال بود. در تمام مراقبتها فشارخون و وزن گیری در محدوده

نرمال بود.

مادر در هفته 31 حاملگی باشکایت دردشکم به اورژانس مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند. در زمان مراجعه (ساعت 22:35):

مادر هوشیار بود. علائم زایمانی، خونریزی و آبریزش نداشت. علائم حیاتی: $BP=110/70$ ، $FHR=140$ بود. برای مادر سونوگرافی پروفیل

بیوفیزیکیال و NST درخواست می شود. NST راکتیو بود. در سونوگرافی یک جنین زنده باریت قلبی 145 و میزان مایع آمنیوتیک نرمال و در 8 از 8

گزارش شده بود. برای مادر سرم وصل کرده و در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. در کنترل مجدد $BP=110/70$ بود. در کنترل 10 دقیقه انقباض

رحمی نداشت. یک عدد آمپول بتا متازون تزریق می گردد. مادر ساعت 4 بامداد با توضیح علائم هشدار مرخص می گردد. طبق اظهار همسر متوفی،

مادر بعد از ترخیص به خانه رفته و به علت ادامه ناراحتی عصر به مطب مامایی مراجعه می کند. طبق گفته ماما، مادر بیقرار بود و از درد تمام عضلات

بدن شاکی بود. درلته ها آثار خونریزی وجود داشت و مادر اظهار می کرد در بیمارستان گفتند که به متخصص داخلی مراجعه کنم. ($SBP=130$)

140 بود). ماما به علت وضعیت مادر، ایشان را به بیمارستان ارجاع می دهد. در موقع مراجعه به اورژانس بیمارستان (ساعت 18:50): هوشیار بود

. از سرگیجه، درد اپی گاستروسرفه خونی شاکی بود. در معاینه قلب تاکی کارد بود. در اندامها ادم +2 داشت و خونریزی واژینال و آبریزش نداشت. علائم

حیاتی: $BP=175/125$ ، $PR=107$ ، $O_2\text{Sat}=85\%$ ، FHR سمع نمی شد. برای مادر یک عدد آمپول هیدرالازین

وریدی تزریق می شود. دوز اولیه سولفات منیزوم شروع شده و مادر در بخش زایمان بستری می گردد. در بخش آثار خونریزی در لبها و مخاطات دهان

مشهود بود. در سمع ریه ها کراکل فاین در قاعده هردوریه سمع می شد. روی اندامها محل کاف فشارسنج پتشی وجود داشت. در معاینه واژینال OS داخلی

و خارجی سرویکس باز بود. علائم حیاتی: $BP=180/120$ ، $PR=120$ ، $RR=20$ برای مادر دستورات: چک علائم حیاتی

هر 2 ساعت - رزرو 3 واحد پکدسل ایزوگروپ و 10 واحد کراس مچ شده - تعبیه سوند فولی و کنترل I/O - کنترل علائم زایمانی - رزرو 10 واحد پلاکت

10 واحد FFP - سرم رینگر 100cc/h - آمپول سولفات منیزیوم 2g/h - آمپول بتامتازون 12 میلی گرم هر 12 ساعت دودوز-چک آزمایشات Alb, LFT, CBC, BUN, Cr, PT, PTT, INR - اندازه گیری پروتئین ادرار 24 ساعته - NST گذاشته می شود.

به علت افت های مکرر در NST و فشارخون بالا ، با دستور اتند مقیم مادر ساعت 20 جهت سزارین اورژانس به اتاق عمل منتقل می شود. در اتاق عمل BP=200/120 با وجود تزریق چند دوز هیدرالازین PR=110 O2Sat=85% با اکسیژن RR=26 بود. متخصص بی هوشی در حین تعبیه رگ دوم متوجه اختلال انعقادی می شود. ادرار کاملاً هماچوریک بود. مادر به علت دیس پنه ماسک اکسیژن راتحمل نمی کرد. برای مادر درمان ادم ریه شروع شده و با اساتید پریناتولوژی مشاوره می شود و ایشان توصیه می کنند به علت احتمال خونریزی ریوی و علائم حیاتی Unstable و نیاز مادر به مراقبت ویژه بهتر است به بیمارستان جنرال منتقل شود. مادر بعد از هماهنگی با بیمارستان جنرال و شروع تزریق FFP با همراهی اتند زنان و بی هوشی ورزیدنت ارشد زنان و تکنسین بی هوشی به بیمارستان جنرال منتقل می گردد.

جواب آزمایشات : Hb=12.8 WBC=22,700 PT=14.2 PTT=37 INR=1.1 PLT=42,000
Urea=96 Cr=3 SGOT=38 SGPT=255 Total BIL=3.5 Direct=0.5 ALP=399
LDH=3898 Fibrinogen=242 U/A : Pr=3+ Blood=3+

مادر ساعت 21:50 در اورژانس بیمارستان دوم پذیرش می شود. موقع پذیرش هوشیار بود ولی ill و توکسیک بود. دیسترس تنفسی شدید داشت و کلمه به کلمه حرف می زد. در ریه ها کراکل فاین سمع می شد. در سونوگرافی بدساید جنین فاقد قلب بود.

علائم حیاتی : BP=145/80 PR=130 RR=32 O2Sat=75%
ABG : PH=7.01 PCO2=32.4 HCO3=8

مادر به اتاق CPR منتقل شده و سرم TNG، مورفین، لازیکس شروع می شود با توجه به دیسترس تنفسی و عدم افزایش ساچوراسیون مادر انتوبه شده و به ونتیلاتور با Setting ARDS وصل می شود. با توجه به LDH بالا، لام خون محیطی جهت بررسی از نظر TTP تهیه می شود ولی شیسستوسیت رویت نمی شود. برای مادر مشاوره قلب درخواست می شود. در اکوی بدساید EF=55% بود و یافته پاتولوژیک توجیه کننده وضعیت مادر وجود نداشت. برای مادر NGT تعبیه می شود که محتوی مواد غذایی بود. برای مسجل کردن IUFD درخواست سونوگرافی می شود. ورزیدنت رادیولوژی در ضمن سونوگرافی رحم متوجه مایع آزاد فراوان شکمی در فضای موریسون و اسپلنورنال و پلورال افیوژن دوطرفه و همچنین افزایش اکوژنیسته کلیه که مطرح کننده ATN و RF می باشد، می شود و مرگ جنین تایید می گردد. برای مادر 10 واحد پلاکت تزریق کرده و CVP تعبیه می کنند. متخصص زنان برای مادر اکسی توسین جهت اینداکشن شروع می کند. فشار خون بتدریج کاهش یافته و در محدود نرمال قرار می گیرد. با ادامه سیر نزولی فشارخون، سرم TNG قطع شده و دوپامین با دوز 10µg/kg/min شروع می گردد. مجدداً لام خون محیطی توسط ورزیدنت ارشد تهیه و بررسی می شود و در هر فیلد 1-2 عدد شیسستوسیت گزارش می شود. با توجه به ترشحات خونی از لوله تراشه برای مادر کاتتر از محل ورید جوگولار برای انجام پلاسمافرزودیا لیز تعبیه و تستهای انعقادی چک می شود. در حوالی ساعت 4 بامداد جنین با پای زیاتومی خارج می شود. بعد از خروج جفت رحم سفت شده و خونریزی در حد P.P بود. در کیسه ادرار 200 سی سی ادرار کاملاً خونی وجود داشت (از ابتدای تعبیه سوند فولی). مادر ساعت 6 بامداد به ICU ریه منتقل می شود. در زمان پذیرش در ICU ریه : BP=150/100 در حال دریافت دوپامین PR=137 O2Sat=40% هوشیاری

به علت سداسیون در حد Light Coma ارزیابی می شود. مردمکها سایز نرمال داشت ولی پاسخ به نور ضعیف بود. در ریه ها کراکل فاین سمع می

شد. در CXR پترن ARDS وجود داشت. باتوجه به نارسایی ریوی و کلیوی ، سدیمان ادراری برای R/O پوئمونی رنال سندروم درخواست می شود ولی با توجه به آنوری مادر امکان تهیه سدیمان وجود نداشت. باتوجه به رویت شیسیتوسیت در لام خون محیطی توسط رزیدنت ارشد ، یک نوبت پلاسمافرز در ساعت 11:45 و یک نوبت دیالیز ساعت 14:45 انجام می گیرد. بعد از دیالیز ساچوراسیون اکسیژن بهبود می یابد.

دستورات بخش ICU اریه: CXR روزانه- آمپول متیل پردنیزولون 50mg بصورت Stat و سپس 30mg/Bid - آمپول هپارین 5000u/TDS/SC
آمپول ایمی پنم-دیالیز و پلاسمافریز روزانه .

روز دوم بستری: هوشیاری تغییر نکرده و با وجود دریافت دوز بالای فنتانیل آژیته است. همچنان آنوری دارد. خونریزی در حد P.P می باشد. تب دار نمی باشد. علایم حیاتی Stable بوده و O2Sat=94% می باشد. یک نوبت دیگر دیالیز و پلاسمافریز می شود. طبق مشاوره نفرولوژی آزمایشات لویوس درخواست می گردد. برای مادر مشاوره هماتولوژی جهت تصمیم گیری در مورد ادامه و یا قطع پلاسمافریز انجام می گیرد.

روز سوم بستری: ترشحات لوله تراشه خونی است 0 قلب تاکیکارد می باشد. با کاهش سداسیون بشدت آژیته می شود. درمان ARDS و DIC میشود. همچنان آنوریک است. کشت خون در دونوبت درخواست میگردد. به علت عدم تایید TTP توسط هماتولوژیست پلاسمافریز D.C میشود.

روز چهارم بستری: هوشیاری مادر بهتر شده است. تستهای انعقادی نرمال است. شب فشارخون افزایش می یابد SBP= 190-200 (CVP=13) و برای مادر کاپتوپریل و سرم TNG تجویز می گردد. تب دار نیست. در کشت خون E.Coli گزارش شده است به همین علت، ایمی پنم قطع و سفنازیدیم و سیپروفلوکساسین و مترونیدازول شروع می شود.

روز پنجم بستری: فشارخون همچنان بالاست و قلب تاکیکارد است. ترشحات تراشه چرکی و خونی است. اندامها ادماتوئنت سروزی دارد.

O2Sat=99% PR=137 BP=178/112 : علایم حیاتی

به علت گزارش Wright=1/20 Coombs Wright=1/20 2ME=1/20 داکسی سیکلین و ریفاپین به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز هفتم بستری: مادر هوشیار واریانته است. فشارخون بالا و قلب تاکیکارد است. در CXR بهبودی قابل توجهی وجود دارد. تحت حمایت ونتیلاتور با مد SIMV قرار دارد. سمع ریه ها Clear می باشد. کلیه ها اولیگوریک است. عصر دچار برادیکاردی و کاهش ساچوراسیون اکسیژن شده و CPR می شود. (در زمینه هیپوکسی ناشی از کروت داخل لوله تراشه) بعد از احیا دچار افت هوشیاری در حد Light Coma شده و مردمکها دوپل میدریازونان راکتیو می شود و رفلکس اکولوسفال منفی می شود. در آزمایشات هیپوناترمی (Na=125) داشت. علایم حیاتی بعد از احیا:

HCO3=14.3 PCO2=31.4 PH=7.23 PR=100 BP=92/40

روز نهم بستری: مادر تب دار است (BT=37.6). برای مادر و انکومایسین یک گرم هر 72 ساعت تجویز می گردد. مقدار ادرار بیشتر شده ولی به علت Cr و BUN بالا و اسیدوز متابولیک یک نوبت دیالیز می شود.

SG=1.005 در آنالیز ادرار Na=118 HCO3=9.8 PH=7.18 BUN=221 Cr=7.2

روز یازدهم بستری: مادر در فاز Deep Coma می باشد. ill است و فشارخون افزایش یافته است. در سمع ریه ها کراکل در نیمه تحتانی هر دو ریه سمع می شود.

O2Sat=90% BT=37.5 RR=34 HR=122 BP=180/120

روز دوازدهم بستری: مادر ساعت 6:45 بامداد دچار برادیکاردی شده و احیا می شود یک ساعت بعد مجدداً ارست می کند و نهایتاً ساعت 8:25 فوت می کند.

جواب آزمایشات: ANA=Neg Anti DNA=Neg lupus Anticoagulant=Neg
 ANCA-C=Neg FDP=15 Anti Thrombin III=75 Fibrinogen=323 D.Dimer>15,000
 Anti cardiolipin IgG,IgM=Neg GBM=Neg β_2 Glycoprotein IgG=Neg ANCA-P=Neg
 C₄=0.14 C₃=0.96 RPI=0.7 Corrected Retic Count=1 Retic Count=1.6
 B/C=E.Coli HBS Ag=Neg HCV=Neg CH₅₀=66.2

علت مرگ با احتمال بالاسندروم هلمپ می باشد

توضیحات اعضای کمیته:

1. هماچوری به مصرف آهن ربط داده شده بود در حالیکه مصرف آهن تغییری در نتیجه آنالیز ادرار نداشته و باید بررسی کامل می شد.
2. کراتینین بالا (Cr=3) در بدو پذیرش در بیمارستان نشانگر درگیری کلیه از چند روز قبل می باشد.
3. در بیمارستان اول مادر معاینه فیزیکی کامل نشده و حتی شرح حال کامل و درست اخذ نشده است.
4. درد شکم و لوکوسیتوز در اکثر آزمایشات به نفع تشخیص کبدچرب حاد حاملگی و SGOT نرمال بر علیه این تشخیص می باشد.
5. همولیز (LDH بالا)، کاهش پلاکت، کراتینین بالا و SGPT بالا همه به نفع تشخیص سندروم هلمپ می باشد.
6. اختلال انعقادی به علت ترومبوسیتوپنی و احتمالاً اختلال فانکشن پلاکتی بوده است.
7. درمان بروسلا با اعیار پانین رایب و کومیس رایب و حتی درخواست 2ME اشتباه است.
8. کروت داخل لوله تراشه به علت خونریزی و ترشحات غلیظ سبب وخامت بیمار در ICU شده است. اینگونه بیماران توجهات پرستاری دقیقی نیاز دارند. (تعداد ونحوه ساکشن، رطوبت هوای تنفسی در ایجاد کروت دخیل می باشد)
9. در 1/3 موارد پره اکلامپسی، ممکن است فشارخون مادر نرمال باشد.

خاتم 58

متوفی خانمی است 38 ساله، ساکن شهر، G₁P₀، BMI=31، سابقه بیماری قلبی در مادر متوفی. حاملگی خواسته بود.

مراقبتهای دوران بارداری از هفته 12 بارداری در مرکز بهداشت شروع شده و به بخش خصوصی (متخصص زنان) هم مراجعه میکرد. در آزمایشات اوایل حاملگی و هفته 28 هموگلوبین پانین بود Hb=10.8.

مادر چندین نوبت (هفته 33-35 حاملگی) به علت درد شدید دستها و ادم +2 گوده گذار به پزشک ارجاع داده می شود. در بررسی BP=130/90 و پروتئین اوری trace داشت ولی پروتئین ادرار 24 ساعته در محدوده نرمال بود و مادر بصورت سرپایی manage می شود.

آزمایشات مورخ 00/10/30: WBC =12,800 RBC=9.8*10⁶ Hb=11.4 Hct=33.4
 Urea=48 Cr=0.5 PLT=358,000 Urine protein_(24h) =70mg
 Keton=Neg Pr=Neg U/A

مادر مجدداً هفته 36 به دلیل فشارخون بالا و درد اندامهای فوقانی و قفسه سینه به بیمارستان ارجاع داده می شود. در معاینه علایم Severity و زایمانی

نداشت. آلبومین ادرار منفی بود . BP=140/90 و NST=Reactive بود. در حین بررسی مادر در اورژانس دچار کریز هیپرتانسیون می

شود (BP=160/100) و جهت بررسی از نظر پره اکلامپسی بستری می گردد. برای مادر IV Line تعبیه کرده و آزمایشات CBC, LFT ، تستهای

کلیوی و پروتئین ادراری و مشاوره قلب به علت Chest Pain درخواست می شود. متخصص قلب یادداشت کرده بود EKG نرمال و مادر از نظر قلبی

Stable می باشد. فشار استرسی مادر 160/100 و فشار آرامشی 120/80 می باشد. مادر با قرص ایندرال 10 میلی گرم هر 8 ساعت و قرص

استامینوفن مرخص است. جواب آزمایشات : WBC=11,500 Hb=11.6 Hct=36.3

Fibrinogen=180 ALP=279 SGPT=10 SGOT=11 PLT=400,000

INR=1 PTT=42 CT=4.3 BT=2.3

مادر روز بعد با نسخه دارویی و توصیه ی مراجعه هفته ای دوبار به درمانگاه جهت کنترل مرخص می شود. در طول یک روز بستری فشارخون در محدوده BP=120-140/80-90 بود.

مادر روز بعد ترخیص ساعت 12 شب به علت احساس کرختی در دستها به اورژانس بیمارستان الف مراجعه می کند. پس از بررسی و تماس تلفنی با

آنکال روانپزشکی، تصمیم به بستری مادر گرفته می شود ولی مادر با رضایت شخصی مرخص و توصیه به مراجعه به درمانگاه جهت ویزیت

روانپزشکی می گردد (همسر نامبرده معلول حرکتی CP بوده و 16 سال از خودش کوچکتر است). مادر 3 روز بعد به علت فشارخون بالا به متخصص

زنان ارجاع و جهت بستری به بیمارستان ب معرفی می گردد. موقع پذیرش در بیمارستان مادر از سردرد و درد دستها شکای بود. علایم زایمانی نداشت .

BP=130/90 و سن حاملگی بر اساس سونوگرافی هفته 16 حاملگی ، 36 هفته و 4 روز بود. مادر با دستورات : NST- مونیتورینگ قلب جنین ،

تستهای پره اکلامپسی ، شروع سولفات منیزیم در صورت مثبت شدن آلبومین ادرار و تزریق هیدرالازین در صورت BP>160/110 در بخش بستری

می گردد.

فشارخون مادر اغلب در محدوده BP=140-150/90-100 بود. مادر روز بعد ساعت 11:30 با بی حسی اسپینال سزارین شده و حاصل عمل نوزاد

پسر با آپگار 5-6 و وزن 2750 گرم با مکونیوم رقیق و آنومالی (سندروم داون) بود. در طول عمل فشارخون در محدوده ی نرمال بوده و مشکل خاصی

نداشت. برای مادر در اتاق عمل مترژین هم تزریق شده بود. مادر بلافاصله بعد از اتمام عمل با فشارخون BP=100/60 به بخش تحویل داده می

شود. بعد از تحویل مادر به بخش سولفات منیزیم شروع می شود. عصر ساعت 18 حدود 5 ساعت بعد از عمل مادر دچار افزایش فشارخون شده

و هیدرالازین تزریق می شود. 24 ساعت بعد از عمل سولفات منیزیم قطع می شود. فشارخون سیستمی ثبت شده اغلب بالا بوده و در محدوده

BP=140-150/80 بود. مادر عصر روز بعد (48 ساعت بعد از سزارین و 24 ساعت بعد از قطع سولفات منیزیم) با فشارخون BP=130/80

با دستورات دارویی متیل دوپا مرخص می شود. طبق اظهار خانواده ، 2 روز بعد از ترخیص در منزل حالت تهوع ، تعریق و بیحالی و ورم اندامهای تحتانی

داشت و 2 روز هم بعنوان همراه نوزاد در بیمارستان حضور داشت. مادر برای برداشتن بخیه ها به مطب متخصص زنان مراجعه کرده و ایشان به علت

بالا بودن فشارخون با یادداشت به مطب متخصص قلب ارجاع می دهند و متخصص قلب با اخذ EKG و بررسی نوار قلب قبلی مادر را مرخص می

کند. عصر (ساعت 19:30) (9 روز بعد از زایمان) بصورت ناگهانی دچار تعریق و تنگی نفس شده و مادر را با وسیله شخصی به بیمارستان الف می

برند. موقع رسیدن به بیمارستان طبق اظهار همراهان ، حین انتقال به اورژانس توسط همراهان بی هوش می شود. مادر را با برانکارد به اورژانس می

برند. موقع پذیرش در اورژانس فاقد نبض بوده ،قلب آسیستول و مردمکها دوپل میدریاز بود. بلافاصله عملیات احیا شروع شده و انتوبه می شود ترشحات ریه خونی بود. مادر به عملیات احیا پاسخ داده و ریتم قلب سینوسی می شود. مادر جهت ونتیلاسیون مکانیکی به ICU منتقل می شود. در بدو ورود به اورژانس (ساعت 21): SBP=70 HR=110 O2Sat=60% بود. 15 دقیقه بعد مجدداً ارست کرده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

در اسکن مغز (12 ساعت بعد از فوت) کانونهای هیپرندنس در سولکوسهای ناحیه اکسیپیتال راست دیده می شد (احتمال SAH) سایز قلب و عروق بزرگ مدیاستن در حد طبیعی بود. در اسکن اسپیرال شکم کبد ،پانکراس نرمال بود. تشخیص علت مرگ: تشخیص احتمالی دایسکشن مزمن آنورت و در اولویت بعدی PTE می باشد. اشکالات وارد بر پرونده :

- عوامل خطر ابتلا به ترومبوآمبولی در دوره ی بعد از زایمان بر اساس منابع علمی شامل سن بالای 35 سال ، BMI>30 ، سزارین و پره اکلامپسی در مادر وجود داشته و باید برای ایشان ارزیابی خطر و پیشگیری در نظر گرفته می شد.
- متخصص قلب باید به اتفاق متخصص زنان ، مادر را بصورت تیمی بررسی می کردند.
- درد قفسه سینه و جابجایی محل آن و کرختی دستها با دیسکشن مزمن آنورت سازگار بوده و باید اکوکاردیوگرافی و CXR انجام می شد.
- به سابقه بیماری قلبی در مادر بیمار توجه نشده است.
- اخذ شرح حال دقیق از خود بیمار توسط پزشک و صرف وقت کافی در بیمارانیکه همکاری چندانی ندارند و یا اطرافیان اجازه صحبت به بیمار نمی دهند بسیار کمک کننده می باشد.

خاتم 59

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن روستای قمر (عشایر) ، با سواد پنجم ابتدایی ، $G_2P_1 A_1$ ، فرزند اول 22 ماه پیش به روش NVD متولد شده است . برای پیشگیری از آمپول استفاده می کرده است . حاملگی خواسته بود . در طول بارداری 2 بار (هفته 14 و 18) توسط بهورز و یک بار توسط پزشک و مامای تیم سلامت مراقبت شده بود و مشکل خاصی نداشت . آزمایشات و سونوگرافی بدو حاملگی را انجام نداده بود . در هفته 35 حاملگی بعلت علایم سرماخوردگی شدید (تنگی نفس ، سستی و کرختی اندامهای تحتانی ، تب و لرز و درد ژنرالیزه و تهوع و استفراغ) که از 3 روز قبل شروع شده بود ، به متخصص زنان مراجعه و سرپانی درمان میگیرد ولی بهبودی حاصل نمیشود . یک روز بعد (ساعت 20:45) باشکایت درد اپی گاستر ، استفراغ ، تعریق و سیانوز اندامهای فوقانی به بیمارستان شهرستان مراجعه و با احتمال کاردیومیوپاتی در بخش داخلی بستری می شود. موقع پذیرش علایم حیاتی : BP=100/60 PR=79 $O_2Sat=89$ BT=37°C برای بیمار دستورات استراحت نسبی در بستر ، اکسیژن مرطوب 10-2 لیتر در دقیقه ، مشاوره اورژانس قلب ، سفتریاکسون 2 گرم هر 12 ساعت ، انفوزیون پنتوپرازول و آمپول رانیتیدین داده می شود و یک عدد آمپول دیکلوفناک سدیم داخل سرم با سرعت 20 قطره در دقیقه انفوزیون می شود. 15 دقیقه بعد بیمار دچار تنگی نفس ناگهانی می شود و با اخذ نوار قلبی به مشاور قلب اطلاع می دهند . ایشان اکو کاردیوگرافی اورژانس انجام میدهد و در اکوکاردیوگرافی $LVEF=35-40\%$ $TR=2+$ باگردیان 30 و بزرگی خفیف قلب راست گزارش شده بود . لخته مشاهده نشده بود . باشک به آمبولی ریه با تزریق 5000 واحد هپارین

،شروع انفوزیون $3-5\mu\text{g/kg}$ دوپامین و 40 میلی گرم لازیکس، بعلت عدم وجود امکانات (؟) بدون هماهنگی به بیمارستان آموزشی درمانی جنرال

.BT=37 RR=20

PR=79

BP=80/50: اعزام میشود. علایم حیاتی موقع اعزام

$\text{O}_2\text{Sat}=84\%$

BT=36°C RR=40

PR=120

BP=110/70: اعزام حیاتی (3:26 بامداد)

بود. بیمار هوشیار واریانته ولی توکسیک بود و تعریق شدید داشت. از اسهال آبیکی شکمی بود. سمع قلب و ریه ها نرمال و تاکیکارد بود. در اندامها موتیلینگ داشت و درسونوگرافی bedside قلب جنین سمع نمی شد.

دستورات رزیدنت اورژانس: درخواست آزمایشات CBC, PT, PTT, INR, LFT, Cr, BUN و تعبیه سوند فولی و کنترل I/O، انفوزیون دوپامین

$10\mu\text{g/min}$ ، انفوزیون دوبوتامین $10\mu\text{g/min}$ ، انفوزیون 8 واحد پلاکت، انفوزیون 2 واحد FFP، سرم نرمال سالین یک لیتر در عرض یک ساعت.

بعلت حاملگی با رزیدنت ارشد زنان مشاوره شده و ایشان ذکر می کنند با توجه به پائین بودن پلاکت بیمار و عدم مقدور بودن سزارین و نبود متخصص

داخلی در آن وقت روز (ساعت 5:00 بامداد) در مرکز زنان، تیم درمانی از مرکز زنان جهت ختم حاملگی با اینداکشن، به بیمارستان جنرال اعزام شود.

رزیدنت زنان پس از ویزیت و سونوگرافی مجدد، در ساعت 7:45 شروع به اینداکشن بیمار می کند. در ساعت 8:40 بامداد برای بیمار سرم رینگر یک لیتر در ساعت order می شود.

ساعت 9:00 بیمار دچار کریز هیپر تانسیون می شود و فشار خون به $\text{BP}=180/100$ می رسد. با نظر اتند آنکال زنان سولفات منیزیوم (4 گرم

عضلانی State و ادامه با 1 گرم در ساعت از طریق میکروست) برای بیمار شروع و انفوزیون دوبوتامین موقتاً قطع می شود.

ساعت 9:30: بیمار هوشیار واریانته ولی بی قرار است. فاقد علایم severity می باشد. در سمع ریه ها کراکل در 2/3 تحتانی هر دوریه سمع

می شود. در حال اینداکشن می باشد و رحم انقباضات موثر ندارد. ($2*20$). خونریزی واژینال ندارد. برای بیمار از بدو ورود به اورژانس 8 واحد واحد

پلاکت و 2 واحد FFP تزریق شده است.

PTT=50

PT=16

Hct=46

WBC= 20,600

Hb=15

باردوم 20، آزمایشات:

Cr=2.3

BUN=84

BS=90

PLT=22,000

INR=1.5

ALP=430

SGPT=65

SGOT=265

K=4

Na=144

CPK=810

$\text{O}_2\text{Sat}=22\%$

$\text{HCO}_3=16.2$

$\text{PAO}_2=24.5$

$\text{PCO}_2=58.1$

$\text{PH}=7.06$

ABG

در ساعت 9:45 توسط اتند کاردیولوژی معاینه می شود (با سونوگرافی پرتابل) که مشکل حاد قلبی نداشت.

مادر ساعت 10:30 به بیمارستان زنان اعزام میشود. هنگام پذیرش (11:20): بیمار هوشیار و اوریانته بود، سمع قلب و ریه نرمال بود و علایم

پتشی و پورپورا و موتیلینگ در هردو ران بیمار مشهود بود. مخاطات خشک بودند، کیسه ادرار خالی بود. ملتحمه Pale نبود. اسکلرا ایکتریک

بود. علایم زایمانی کامل و پرزنتاسیون بریج بود. بعد از شروع سولفات منیزیوم با احتمال پره اکلامپسی بیمار تحت مانیتورینگ (در بخش ICU) زایمان

طبیعی میکند و حاصل زایمان نوزاد پسر مرده پره ترم حدوداً 32-34 هفته و بظاهر سالم (ماسره نبود) بود. مایع آمنیوتیک روشن بود. علایم

دکولمان نداشت. عروق بند ناف طبیعی بود. گوشها کمی پائین تر از حد نرمال قرار داشتند. خطوط کف دست نرمال بود.

علايم حياتي : BP= 97/60 , PR=86 , HR= 114 , RR= 22 , BT= 36.5 ° c

براي بيمار بنا به صلاحديد مشاور داخلي 2 واحد FFP و 5 واحد پلاکت انفوزيون و CVP Line (فمورال) تعبيه ميشود. به دستور متخصص داخلي براي بيمار گرافي سينه درخواست و آمپول سيپروفلوکساسين 200 ميلي گرم دوبار در روز ، آمپول وانکومايسين 1g/stat و تازوسين 4.5g/TDS شروع مي شود. در سونوگرافي شکم (جهت R/O کبد چرب و بقايای حاملگی) کبد نرمال و افزايش شديد ضخامت كيسه صفرا دیده می شد و مايع آزاد شکمی و لگن وجود داشت. ولی در tap شکم مايع خارج نشد. در رحم حدود 10 سی سی مايع هتروژن (بقايای حاملگی) وجود داشت. درگرافي سينه پرتابل کدورت آلونولار هر دو طرف همراه با بسته شدن زوایای جنبی بویژه در طرف راست دیده می شد.

بیمار علیرغم دریافت 3 liter مايع ، 160 ميليگرم لازیکس و 5µg/kg دوپامين تا 26 ساعت بعد از بستري برونده ادراری نداشت و بعلت افزايش کراتينين و علايم ادم ريوي مشاوره نفرولوژی شده و بعلت مقاوم بودن به درمان مدیکال توصیه به دياليز ميشود . شب جهت دياليز به اورژانس مرکز جنرال اعزام و بعد از تعبيه کانتير فمورال موقت طرف راست دياليز می شود. در حين دياليز 2 واحد پلاکت و 4 واحد FFP تزریق شده بود. بعد از دياليز دوباره صبح به مرکز زنان برگردانده می شود.

ظهيره علت ادماتو بودن و ادامه آنوری مشاوره نفرولوژی شده و با توجه به پانين بودن پلاکت بيمار و افزايش آنزيمهاي کبدي به بخش نفرولوژی منتقل میگردد.

SGPT=73 → 1200	SGOT=334 → 1600	LDH=3000	Bil total = 8.8	
Bil Direct = 4.4	BS= 110	Mg=2.8	Ca= 9.5	Cr=2.9—3
Urea=113	WBC=14,500	Plat= 22,300	Fib= 213	HCV Ab=Neg
	10HBS Ag = Neg	HIV= Neg	PTT=64	Uric Acid=

در هنگام پذيرش در بخش بي قرار بود . سطح هوشیاري حالت نوساني داشت ، ملتحمه Pale و اسکلرا ايکتريک بود . ادم پري اوربیت داشت . از محل کانتير CVP خونريزي دارد. BT = 37.6 ° c .

براي بيمار پوزيشن نیمه نشسته داده و پالس اکسي متري مداوم ميشود . جهت انتقال به ICU مشاوره درخواست ميشود. کشت خون ، چک الکتروليت ها و هاپتوگلوبولين ، رتيک کانت و CPK ، آمپول سفتریاکسون ، وانکومايسين يك گرم هر سه روز ، آمپول تازوسين 2.25g هر 6 ساعت ، کنترل I/O ، سونوگرافي کبد و مجاري صفراوي جهت R/O کبد چرب حاملگی ، مشاوره همتولوژی ، اسمير خون محيطي ، تستهاي روماتولوژی ، C3 ، C4 ، CH 50 ، D.Dimer ، فيبرينوژن ، سدیمان ادراري از ديگر دستورات بود.

روز سوم بستري : بيمار بسيار بيقرار است ، هوشیاري نوسان دارد ، خونريزي محل CVP دارد . با بيمارستان خصوصي جهت انتقال به ICU تماس گرفته می شود ولی بعلت شرايط بيمار پذيرش نمی دهند. براي بيمار دستور پلاسما فرز ، دوپامين و دياليز به مدت 2 ساعت داده ميشود (با دور 200 K=2 و صافي R₅ ufs=1Lit بدون هپارين.

O2 sat= 96%	BP = 100/60	BT= 37.5° c	PR = 90	RR= 40
-------------	-------------	-------------	---------	--------

در حين دياليز يك واحد پکدسل ايزوگروپ ، 2 واحد FFP و 6 واحد پلاکت ترانسفوزيون ميشود.

در ساعت 8:30 صبح ، ساچوراسيون دچار افت ميشود O2 sat = 79% مشاوره اورژانسي بيهوشي درخواست ميشود.

Hb= 6.6

RR=35

PR= 116

BP=115/70

برای بیمار 5 میلیگرم میدازولام (Stat) ، 50 میکروگرم فنتانیل (stat) و سپس 50µg/h انفوزیون می شود .

بیمار توسط رزیدنت بی هوشی در اتاق عمل انتوبه و به همراه انترن و رزیدنت به دیالیز منتقل میشود و بعد از دیالیز به MV با مد SIMV PEE=5 وصل می شود.

دستورات بیمار: CXR پرتابل ، پلاسما فرزیس اورژانس - مشاوره اورژانسی جهت انتقال به ICU ریه و سونوگرافی اورژانسی از نظر هماتوم کبدی و مشاوره روزانه زنان ، آمپول متیل پردنیزولون 40mg ، TDS که روز بعد به آمپول هیدروکورتیزون 100 میلیگرم هر 6 ساعت Change میشود. در لام خون محیطی شیتوسیت دیده شده بود. در سونوگرافی کبد هماتوم نداشت .

بیمار ساعت 15:20 به ICU ریه منتقل میشود . بیمار هوشیار است از محل کاتتر CVP خونریزی دارد که با پانسمان فشاری نیز کنترل نمیشود . توسط رزیدنت بخیه زده می شود.

روز هفتم بستری : بیمار تا حال 5 بار پلاسمافرز و 5 نوبت دیالیز شده است . برونده ادراری ندارد و بی قرار است . تب دار میباشد . ساچوراسیون متغیر است بیمار بعد از دیالیز دچار افت شدید ساچوراسیون O2 sat = 7% میشود ولی با ساکشن ترشحات و تغییر Setting ونتیلاتور اصلاح میشود.

BT= 39.8 c

BP=110/60

Hb= 8.8

Plat= 41,000

Cr=8.3

Urea= 318

SGOT=39

SGPT=13

Bil= Total = 1.8

, Direct = 1.6

Mg = 2.6

K=4.8

Na=143

Ca=9.2

LDH= 3824

در مشاوره نفرولوژی دستور دیالیز یک روز در میان و ادامه پلاسمافرزیس توصیه میشود . تازوسین D.C و ایمینم 500mg دوبار در روز شروع میشود. برای بیمار اکو کاردیوگرافی انجام میدهند که مشکل خاصی نداشته است EF=62% . بعلت ترشحات فراوان و خونی درخواست برونکوسکوپی میشود . در برونکوسکوپی ضایعه آندوپرونیکیال نداشت و ترشحات فراوان در شاخه چپ داشت که ساکشن می شود .

نهمین روز بستری : بیمار بی قرار است . روزانه پلاسمافرزیس و یک روز در میان دیالیز میشود - علایم حیاتی Stable است .

ALb= 2.8

Hb = 8.3

PR= 85

BP=120/70

بیمار دچار خونریزی دستگاه گوارش شده است (بصورت ملنا و همتز) . در آندوسکوپی ازوفازیت شدید همراه با oozing ، در فوندوس ترشحات صفراوی فراوان و در رینگ پیلور اریتم شدید همراه با اروزیون وجود داشت . تب بیمار قطع شده است . علیرغم سدیشن با میدازولام 4mg/h و فنتانیل 100µg/h بی قرار است . دوز فنتانیل رابه 150µg/h میرسانند. و دیازپام PRN استفاده میشود. انفوزیون پنتاپرازول 8mg/h ادامه دارد.

روز یازدهم بستری: به علت بیقراری و افت فشار و ساچوراسیون آمپول Levophed (لوفد) 5µg/h شروع می شود.

روز دوازدهم بستری (بعد از زایمان) : بیمار دوباره تب دار شده است ، تاکی کارد است . 2.5 mg آمپول وراپامیل تزریق میگردد. مردمکها دویل میدر باز و رفلکس ضعیف به نور دارند. فشارخون علیرغم دریافت نورآدرنالین BP= 70/40 میباشد. در زمان تعویض شیفت دچار برادیکاردی و سپس آستیوول شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

در طول بستری مجموعاً 16 واحد پلاکت ، 48 واحد FFP ، 8 واحد پکدسل و 10 واحد کرایو دریافت کرده بود .

آزمایشات : روز اول بستری

SGPT=73	SGOT=334	Bil=8.8	Bil Direct= 4.4	LDH=3989
CT=6.10	BT=4.15	PT=49	Fibrinogen=213	Hb= 6.3

آزمایشات : روز چهارم بستری

Mg= 3	LDH= 43/4	P= 4.2	Alb=2.6	SGPT=24	SGOT=95
Bil Direct = 1.4	Bil = 2.5 (total)	Urea = 207	Cr= 7.5	Ca=1.13	یون

آزمایشات : روز هفتم بستری

Bil Direct=1.6 Bil = 3.4 LDH= 3824 SGPT= 13 SGOT = 39

پاراکلینیک : اکوژنیسته پارانشیم کلیه ها افزایش یافته و مایع آزاد شکمی در گرافی شکم گزارش شده بود .

سی تی اسکن اسپیرال مغز (روز نهم بستری): ضایعه پارانشیمال مغزی دیده نشد و سیستم بطنی طبیعی است.

در سی تی اسکن اسپیرال ریه و مدیاستن بدون تزریق ، کدورت های آئولولار در هر دوریه با برونکوگرام هوایی در متن آنها رویت شد و شدت گرفتاری در ریه راست بیشتر است مقداری مایع در فضای جنبی دوطرف با کاهش حجم ریه در چپ با جابجایی قلب به سمت چپ رویت می شود. انتهای لوله تراشه وارد ریه راست شده است. (روز ششم بستری)

تشخیص علت مرگ : DIC در زمینه ؟؟

توضیحات :

— مراقبت نامرتب

— Missed شدن بیمار توسط متخصص زنان در مراجعه اولیه (بیمار از همان روز اول باید بستری می شد)

— عدم مشاوره زنان در زمان بستری در بیمارستان شهرستان (تمام مادران باردار به هر دلیل بستری شوند باید مشاوره زنان داشته باشند)

— بیمار موقع پذیرش در اورژانس مرکز آموزشی درمانی جنرال درگیری مولتی ارگان داشته و نبایستی به مرکز دیگر ریفر می شد .

— دادن لازیکس بادوز بالا و سولفات منیزیم و سرم رینگرد در بیماری که تقریباً GFR = 0 دارد کار اشتباه می باشد .

خاتم 60

متوفی خانمی است 42 ساله ، ساکن روستای اصلی ، $G_5P_3Ab_1$ ، سابقه ترومبوسیتوزاز حدود 5 سال قبل و تحت نظر فوق تخصص خون ،

سابقه یکبار سقط و سه بار زایمان طبیعی که یکی از نوزادان بعلت ناهنجاری بعد از تولد فوت شده است. حاملگی ناخواسته بود.

برای پیشگیری از بارداری از IUD استفاده میکرده و سه سال قبل در بخش خصوصی در آورده بود و چون گفته بودند که شما باردار نخواهید شد به همین علت از روش منقطع استفاده می نمود. مادر بعلت مصرف دارو برای بیماری زمینه ای و سابقه ناهنجاری در فرزند قبلی ، اقدام به سقط قانونی کرده ولی پزشکی قانونی تانید نکرده بود.

زمان شروع مراقبتها هفته 9 بارداری میباشد و به علت بیماری زمینه ای در کلینیک حاملگیهای پرخطر و فوق تخصص خون نیز مراقبت می شده است. آخرین مراقبت انجام شده یکماه قبل بوده و مشکل خاصی نداشت (BP=120/80 بود).

آزمایشات اوایل حاملگی: Hb=13.9 Hct=38.2 PLT=765,000 Cr=0.6

وسونوگرافی اوایل حاملگی مشکلی نداشت. در طول مراقبت فشارخون در محدوده BP=100/70 بود. مادر برای ترومبوسیتوزیس هیدروکسی اوره مصرف می کرده و تمامه سوم حاملگی نیز ادامه داشت. جهت تصمیم گیری در مورد ادامه درمان به متخصص خون ارجاع می شود و ایشان پاسخ می دهند بیمار فعلاً نیاز به دارو ندارد و تنها پیگیری ماهانه نیاز دارد. در مراجعات بعدی آمپول اینترفرون تجویز شده بود (روزهای زوج هفته تزریق میشد). مادر در هفته 28 به علت پلاکت بالا توسط کلینیک حاملگی پرخطر به متخصص خون (پزشک معالج) جهت تصمیم گیری برای شروع آنتی کوآگولانت ارجاع می شود و ایشان پاسخ می دهند با توجه به پلاکت زیر 500,000 فعلاً نیاز به آنتی کوآگولانت ندارد.

آزمایشات نوبت دوم حاملگی: Hb=11.3 Hct=35.8 PLT=466,000 Pro=Trace: U/A Glu=Trace

مادر در هفته 33 حاملگی حوالی ساعت 13 خانه را ترک می کند. در ساعت 14:30 خانواده متوجه غیبت ایشان شده و شروع به جستجو می کند و حدود ساعت 15 ایشان را در مسیر منزل در حالیکه بیهوش افتاده ولی بدنش گرم بود پیدا می کند. بلافاصله با اورژانس 115 تماس می گیرند ولی منتظر رسیدن آمبولانس نشده و بلافاصله با وسیله شخصی به طرف بیمارستان حرکت می کنند و در بین راه مادر را به آمبولانس منتقل می کنند. تکنسین اورژانس می گوید مادر فوت کرده و بدون اقدامی به اورژانس بیمارستان می رساند و در آنجا نیز می گویند مادر حدود یکساعت قبل فوت شده است.

فاصله روستا تا بیمارستان حدود 40 دقیقه می باشد.

تشخیص علت مرگ : نامعلوم

خانم 61

متوفی خانمی است 29 ساله ، ساکن شهر ، دیپلم ، BMI =24 , G₁P₀ ، سابقه تشنج از کودکی و تحت درمان با فنوباریتال و کاربامازپین . حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری انجام شده و مادر جهت تغییر داروها به متخصص مغز و اعصاب (پزشک معالج) ارجاع شده بود . بعد از بارداری در هفته 12 یکبار توسط ماماویکبار توسط پزشک در مرکز بهداشت مراقبت شده است. در بخش خصوصی نیز تحت مراقبت متخصص زنان و متخصص مغز و اعصاب بود. در آزمایشات و سونوگرافی اوایل حاملگی مشکلی نداشت. بعد از حاملگی متخصص مغز و اعصاب داروهای مادر را به فنوباریتال ، لاموترژین تغییر داده بود. در اوایل بارداری مادر دچار حمله شده و 2 روز در بیمارستان بستری و ببارضایت شخصی مرخص می شود . بعد از ترخیص از بیمارستان به متخصص مغز و اعصاب در شهرستان مراجعه می کند و ایشان سرترالین و ایندرال را به داروهای ضد تشنج اضافه می

کند. 4 روز بعد از اتمام داروهای سرتالین و ایندروال مادر به پزشک معالج مراجعه می کند. پزشک معالج با وجود اصرار مادر، به دلیل اینکه سرتالین و ایندروال برای مادر باردار مضر است، این داروها را نسخه نمی کند. چهار روز بعد (هفته 13-14 حاملگی) مادر ساعت 6:45 بامداد بصورت بی هوش توسط همراهان به اورژانس بیمارستان شهرستان آورده می شود (طبق اظهار همسر متوفی، مادر ساعت 6:25 میگفت بی حالم و برایش آب قند دادم بعد از خوردن نصف لیوان بی هوش شد. دندانهایش قفل شده بود ولی دست و پا نمی زد و این حالت حدود 5 دقیقه طول کشید. بی اختیاری ادرار نیز داشت). موقع ورود به اورژانس بیمارستان فاقد علائم حیاتی بود. اندامها سرد و سیانوزه بود. مادر بلافاصله به اتاق CPR منتقل و کد احیا زده می شود. بیمار انتوبه شده و عملیات احیا شروع می گردد. در ساعت 7:30 قلب و علائم حیاتی برمی گردد.

علائم حیاتی : BP=110/80 PR=90 GCS=4-5

مادر جهت مراقبت بیشتر با همراهی متخصص قلب و با آمبولیگ ساعت 8:10 به ICU منتقل می شود. در زمان پذیرش در ICU، فشارخون غیر قابل اندازه گیری بود. مادر به ونتیلاتور با مد SIMV وصل شده روی درمان دوپامین با دوز 10µg/kg/min و پروتکل آمیودارون گذاشته میشود. فشارخون افزایش یافته و در حد SBP=120-140 نگه داشته می شود. برای مادر مشاوره زنان درخواست می شود. متخصص زنان مادر را ویزیت کرده و سونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت جنین درخواست می کند. در سونوگرافی پرتابل جنین زنده با ضربانات قلبی نامنظم FHR=90 و برادیکاردی و مایع آمیوتیک نرمال گزارش شده بود. در اکوی قلبی (Post CPR) : EF=45% سایز حفرات قلبی نرمال بود.

در ABG : PH=7.15 PCO2=63 HCO3=21.7 (ساعت انجام آزمایش 10:40 بود و قبل از آن ساعت دستگاه ABG خراب بود). با توجه به اسیدوز تنفسی با متخصص داخلی مشاوره می شود و ایشان تلفنی دستور می دهد ریت تنفسی در ونتیلاتور از 12 به 14 افزایش یابد.

مادر ساعت 12:10 به علت نبود نرولوژیست در شهرستان با هماهنگی ستاد هدایت به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود و در اورژانس بیمارستان مقصد فوت می کند. در ICU فشار خون در محدوده BP=120-140/100 و PR=110-140 برون ده ادراری در حدود 500cc بود.

جواب آزمایشات : U/A=Normal CK-MB=863 CPK=3850 Cr=1.2 BUN=22 BS=214

Hb=16.5 WBC=33,000 Troponin=pos SGPT=35 SGOT=1065

Ca=8.5 PTT=26.3 INR=1.1 PT=13 Hct=48

جسد مادر جهت اتوپسی تحویل پزشکی قانونی می شود. تشخیص علت مرگ : تشنج تونیک سبب نارسایی تنفسی در مادر شده است. توضیحات اعضای کمیته:

- در حاملگی باید دوز داروهای ضد تشنج افزایش یابد (به علت کاهش سطح سرمی داروها) و کاربامازپین را می توان ادامه داد.

خانم 62

متوفی خانمی است 30 ساله، ساکن شهر، BMI=38، سابقه یکبار سزارین 9 سال پیش و سابقه فشارخون حاملگی در بارداری اول، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 5 در بخش خصوصی شروع شده و توسط متخصص زنان مراقبت شده بود. غیر از کم خونی خفیف مشکلی نداشت. طبق اظهار اطرافیان نامبرده در هفته 28 حاملگی با شکایت تنگی نفس، خلط خونی، میالژی وضعف وبی حالی به بیمارستان الف مراجعه کرده و از آنجا با احتمال آمبولی ریه به بیمارستان ب ارجاع می شود. موقع مراجعه به اورژانس بیمارستان ب (ساعت 22:56): مادر از تنگی نفس، سرفه، طپش قلب و سردرد شاکی بود. سابقه تماس با مسافری از عراق و علایم سرماخوردگی، میالژی، سرفه و تب و لرز را از حدود یک هفته قبل را می داد که در مراجعه به پزشک آزیترومايسين دریافت کرده بود ولی بهبودی نداشت و همچنین سابقه 3 بار اپیستاکسی در 2 روز اخیر و کاهش وزن 5 کیلو رامی داد. علایم

حیاتی: BP=140/90 PR=135 RR=28 BT=38.2 آگزیلاری O2Sat=90%

در معاینه هوشیار واریانته بود. ill بود ولی توکسیک نبود. در سمع ریه ها کراکل فاین در قاعده هردوریه داشت. لنفادنوپاتی و ارگانومگالی نداشت. برای مادر CXR با شیلد شکمی درخواست می شود. در گرافی کانسالیدیشن در لوپ تحتانی هردوریه داشت. مادر با تشخیص پنومونی در بخش عفونی بستری می شود. دستورات بخش: آمپول سفتریاکسون-کپسول آزیترومايسين 250mg/d - آمپول هپارین 5000IU/TDS/S.C - درخواست آزمایشات CBC with diff, Cr, Urea, Na, K, BS, U/A, U/C, ESR, CRP, LFT, B/C - ارسال سه نمونه خلط برای T.B - شربت دیفن هیدرامین و قرص استامینوفن.

در بخش BT=39.2 آگزیلاری اندازه گیری شده بود.

جواب آزمایشات: Cr= 0.6 Urea=20 BS=143 Hb=11.3 Hct=34 WBC=7300

Neut=89% PLT=226,000 U/A Protein= 1+ WBC=3-4 PH=6

مادر حدود ساعت 30:23 روز بعد بصورت ناگهانی دچار درد شکم (ناحیه LUQ)، درد سینه و افزایش تنگی نفس می شود. تاری دید و سردرد نداشت.

علایم حیاتی: BP=110/70 PR=110 RR=35 BT=37.5

برای مادر نوار قلبی، پالس اکسی متری مداوم و اکسیژن با کانول بینی Order می شود. در پالس اکسی متری O2Sat=94 % با اکسیژن و O2Sat=85% بدون اکسیژن بود. در نوار قلبی تاکی کاردی سینوسی داشت. برای مادر آنالیز ادرار و مشاوره داخلی درخواست می شود.

مشاور داخلی با احتمال بالاتشخیص PTE و شروع ARDS ر مطرح می کند و دستورات: آمپول انوکسپارین 80mg/S.C/Bid - چک تستهای

PT, PTT, INR و تستهای واسکولیتی - CT آنژیوگرافی عروق پولمونری با شیلد شکمی - ABG اورژانس و انتقال به ICU را پیشنهاد می دهد.

مادر ساعت 1:20 با ماداد به ICU منتقل می شود. در ICU برای مادر O2 5L/min با ماسک، آمپول هیدروکورتیزون-اسپری سالبوتامول-اسپری آترونت-شربت برم هگزین و دکسترومتورفان و استامینوفن کدینین هر 8 ساعت و آمپول مروپنم تجویز می گردد.

در اکوکاردیوگرافی بدساید EF=60% بود. در ABG: PH=7.31 PCO2=41.2 HCO3=21

به علت بالا بودن ریت تنفسی RR=60 در ساعت 2 با ماداد میزان اکسیژن به 10 لیتر (با ماسک Reservoir Bag) افزایش داده می شود و با این اقدام ریت تنفسی تا حد RR=25 کاهش می یابد.

برای مادر مشاوره زنان درخواست می شود و ایشان با توجه به NST و FHR نرمال و اسکار سزارین توصیه می کند برای مادر سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکی انجام داده و آمپول بتامتازون 12 میلی گرم در دوز تزریق شود و اگر ختم حاملگی به نفع مادر باشد اعلام گردد تا تصمیم گیری گردد.

به علت افت ساچوراسیون $O_2Sat=84\%$ بااکسیژن و $O_2Sat=74\%$ بدون اکسیژن در ساعت 11:50 انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می گردد. در ساعت 15 به علت افت فشارخون تاحد $BP=85/40$ نیم لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون می گردد. برای مادر مشاوره ریه درخواست می شود و مشاوره پیشنهاد می کند با توجه به عدم امکان انجام برونکوسکوپی در آن بیمارستان و Care بهتر ،مادر به بخش ICU ریه منتقل شود.

جواب آزمایشات (WBC=9300 Hb=11.1 Neut=81.8% PLT=281,000 PT=13 INR=1.2 PTT=55 SGOT=82—185 SGPT=53—110 ALP=410 LDH=1077 BIL=0.8)

مادرانتوبه با آمبویگ و همراهی انترن ساعت 19 به بیمارستان ج منتقل می شود. طبق اظهار همراهان مادر در مسیر سیانوزه شده بود. بیمار ساعت 19:15 مستقیماً به ICU ریه انتقال داده می شود. موقع پذیرش در ICU ریه ساچوراسیون اکسیژن بسیار پایین داشت ($O_2Sat=15\%$). بلافاصله به رزیدنت اطلاع می دهند و ایشان لوله تراشه را که در مسیر اعزام جابجا شده بود تعویض میکند. ساچوراسیون تاحد 50% افزایش می یابد. بعد از وصل به ونتیلاتور و سداسیون کافی ساچوراسیون افزایش یافته و با اکسیژن صد درصد به $O_2Sat=83-90\%$ می رسد. مردمک ها ایزوکوریک (3 میلیمتر) و راکتیو بود. دستورات ICU ریه : آمپول مروپنم - آمپول انوکسپارین (هپارین) - رزرو 4 واحد پکد سل کراس مچ شده به علت افت هموگلوبین ($Hb=9.5$) - شستشوی معده به علت ترشحات Coffee ground - آمپول لازیکس 40mg Stat - آندوسکوپی + دستورات بیمارستان

روز دوم بستری در ICU ریه: بیمار سدیت است. علایم حیاتی Stable می باشد. با اکسیژن صد درصد $O_2Sat=85-88\%$ و تبادار است BT=38.3. در CXR نمای برونکوپنومونی دارد (کنسالیدیشن های متعدد در قاعده هردوریه وجود دارد). کارکرد کلیه نرمال است و ترشحات NGT Clear می باشد. در سونوگرافی جنین زنده و $FHR=185$ ، پرزنتاسیون بریج ، میزان مایع نرمال و در پروفیل بیوفیزیکیال 4 از 8 می باشد. سن جنین 27 هفته و شش روز می باشد.

روز سوم بستری در ICU ریه: فشارخون پایین و قلب تاکیکارد است ($BP=90/47$ PR=135 آگزیلاری $BT=39.5$). نیم لیتر سرم نرمال سالین انفوزیون می گردد. به علت تب بالا مشاوره عفونی درخواست شده و مروپنم قطع و سفپیم و انکوماسین به دستورات دارویی اضافه می شود. برونکوسکوپی انجام شده و نمونه برای T.B ، سیتولوژی ، قارچ و کرونا ویروس ارسال می گردد. برای ختم حاملگی رزیدنت زنان با اتند بخش ICU ریه تماس می گیرند و ایشان توصیه می کنند برای انجام سزارین نیاز به Stable شدن علایم حیاتی مادر می باشد (انجام زایمان واژینال با توجه به سابقه سزارین و پرزنتاسیون بریج جنین خطر ناک می باشد). مشاور عفونی توصیه می کند بعد از ختم حاملگی سیپروفلوکساسین و کوتریموکسازول تجویز گردد. عصر مادر دچار اولیگوری می شود. برای مادر مشاوره روماتولوژی درخواست کرده و مشاوره پیشنهاد می کند پردنیزولون $1.5-3mg/kg/d$ و در صورت تائید خونریزی ریوی و ادامه مشکل ریوی بیمار پلاسمافرز شروع گردد و در صورت پیشرفت علایم و R/O عفونت ، پالس تراپی کورتون در 3 نوبت انجام گیرد.

روز چهارم بستری در ICU ریه: بیمار همچنان تبادار است. کلیه ها آنوریک می باشد. فشارخون نرمال و قلب تاکیکارد است. $PR=120$. ساچوراسیون با کاهش Fio_2 کاهش می یابد . با توجه به افزایش کراتینین $Cr=1.6$ کاتتر ویدی برای انجام احتمالی دیالیز تعبیه می شود. در دستورات دارویی سفپیم قطع شده و مروپنم و متیل پردنیزولون $60mg/TDS$ اضافه می شود.

روز نهم بستری در ICU ریه): هوشیاری در حد Deep Coma است. تب دار نیست. رزیدنت متوجه گانگرن انتهای انگشت دوم دست راست شده

و مشاوره کاردیولوژی جهت R/O اندوکاردیت درخواست می شود. در اکوکاردیوگرافی TEE وژتاسیون مشاهده نمی شود. سایر یافته ها: سایز RV کمی

افزایش یافته و RA نرمال بدون TR و MR ، LVH ، دیلاتاسیون IVC (IVC=2) و EF=55-60%.

با توجه به ادامه آنوری و روند افزایشی کراتینین یک نوبت دیالیز می شود. بعد از دیالیز ادم بیمار کاهش یافته و ساچوراسیون بهتر میشود

O2Sat=94%. درسونوگرافی، سایز کلیه ها بزرگ همراه با هیدرونفروز خفیف گزارش شده بود.

روز هشتم بستری در ICU ریه): هوشیاری تغییری نکرده است. تبار نیست ترشحات لوله تراشه چرکی و خونی است و ساچوراسیون اکسیژن کاهش

دارد. O2Sat=88% ترشحات NGT قهوه ای می باشد. به علت عدم افزایش ساچوراسیون با PEEP=25 جهت تعبیه C.T به منظور پروفیلاکسی

پنوموتوراکس مشاوره جراحی انجام گرفته و C.T دوطرفه تعبیه می شود. در طرف راست پنوموتوراکس خفیف وجود داشت. ظهر تصمیم به ختم

حاملگی گرفته می شود و باتوجه به وابستگی شدید مادر به ونتیلاتور، با ونتیلاتور پرتابل به اتاق عمل منتقل می شود. مشاور نفرولوژی

اسپری دسموپرسین 4 پاف Stat و 4 پاف قبل از عمل توصیه می کند. مادر با GCS=6 BP=110/80 PR=130 BT=38 وارد اتاق

عمل می شود. عمل راس ساعت 13:30 با بیهوشی عمومی و برش LML شروع شده و حاصل، نوزاد پره ترم با آپگار 7/8 و مایع اغشته به مکنیوم

غلیظ و پرزنتاسیون فرانک بریج بود. مادر ساعت 15:40 تحویل بخش داده می شود. بعد از ختم حاملگی، علائم حیاتی و ساچوراسیون بهتر می شود.

باتوجه به Cr = 8.4 Urea=175 یک نوبت دیالیز می شود.

روز نهم بستری در ICU ریه): علائم حیاتی Stable است (BP=120/87 PR=104 BT=37.2 O2Sat=90%

کلیه ها آنوریک است. مادر در ساعت 21:35 بطور ناگهانی دچار برادیکاردی شده (PR=10-15) با عملیات احیا برمی گردد و 10 دقیقه بعد تاکی کارد

شده (PR=185-190) و ایندرا ل تزریق می گردد. ساعت 22 مجدداً برادیکارد شده و نهایتاً ساعت 22:50 فوت می کند.

PTT=37 PT=12.0 PLT=285,000 WBC=24,100 Hb=9.3 Seg=82%

SGOT=71 CRP=2+ ESR(1h)=43--114 Urea=28 Cr=1.6 INR=1.0

Alb=3.9 Direct Bil=0.8 Bil=1.4 LDH=1461 ALP=386 SGPT=63

Anti Phospholipid(IgG,IgM)=Neg Anti Cardiolipin(IgG,IgM)=Neg*

Anti ds DNA= Neg HBS Anti GBM=0.6 ANA=0.32(Neg)

Ag=Neg

B/C=Neg CH50=199 C4=17 C3=122 P-ANCA=0 C-ANCA=0

AFB=Neg Bronchial Washing=Neg

Granular Cast=1-2 RBC=2-3 دیسمورفیک RBC=many در سدیمان ادراری:

آزمایش کروناویروس و آنفلوآنزای H1N1 منفی بود.

تشخیص علت مرگ: ARDS و نارسایی چند ارگان در زمینه پنومونی شدید- تشخیص افتراقی: خونریزی برونکوالونولر

توضیحات اعضای کمیته:

1. برای انتوباسیون دیر اقدام شده است. در ICU در زمان افزایش ریت تنفسی تا حد $PCO_2=40$, $RR=60$ برای جلوگیری از خستگی تنفسی باید انتوبه می شد.

2. نحوه انتقال مادر از بیمارستان اول به بیمارستان دوم صحیح نبوده و مادر در مسیر به علت جابجایی لوله تراشه دچار افت ساچوراسیون شده است. در این موارد باید رزیدنت و یاپزشک مسنول بیمار و یک پرستار مراقبت ویژه و یا تنگسین بی هوشی با تجربه همراه مادر باشد و همچنین اعزام مادر در ساعات خلوت مسیر انتقال صورت گیرد.

خانم 63

متوفی خانمی است 36 ساله، ساکن شهر، G_1P_0 ، سابقه 9 سال نازایی اولیه و دوبار لاپاراسکوپی و میومکتومی، سابقه مصرف ایندرال به علت طپش قلب، سابقه کمبود فاکتور 7 و تحت نظر فوق تخصص خون. مادر تحت نظر فوق تخصص نازایی حامله شده و در طول بارداری نیز تحت مراقبت ایشان قرار داشته است.

مادر یکبار به علت و یار حاملگی در بیمارستان آموزشی و یکبار در هفته 35 به علت درد زیر شکم و درد کمر با تشخیص زایمان زودرس در بیمارستان خصوصی بستری و تحت نظر بوده است. نامبرده در هفته 37 حاملگی به علت شروع درد های زایمانی به پزشک معالج مراجعه و جهت سزارین در بیمارستان بستری می شود. هنگام پذیرش علائم حیاتی در محدوده نرمال بود. عمل راس ساعت 16:40 با بی هوشی عمومی شروع و حاصل زایمان نوزاد دختر با آپگار 8/10 و وزن 3380 گرم بود. در طول عمل $BP=150-140/90$ و $PR=100$ بود. طبق دستور متخصص خون، FFP قبل از عمل 4 واحد و بعد از عمل 3 واحد هر 12 ساعت تزریق می شود. مادر در طول عمل مشکل خاصی نداشت و خونریزی در حد طبیعی بود. دستورات بعد از عمل: کنترل علائم حیاتی - سرم سنتو-آمپول سفازولین - آمپول مسکن در صورت نیاز - تزریق فاکتور 7 طبق دستور. ولی نیازی به تزریق فاکتور پیدانمی کند طبق اظهار خانواده، مادر روز دوم بستری حوالی ساعت 4 بامداد (10 ساعت بعد از عمل) دچار طپش قلب و تنگی نفس شده و از بیمار نوار قلبی گرفته می شود و گفته می شود مشکلی وجود ندارد. با دادن اکسیژن حال مادر تا حدودی بهتر می شود ولی ناراحتی مادر بصورت سرفه و احساس خفگی در حالت دراز کش ادامه داشته است (در پرونده شکایت مادر و یا دستور اخذ نوار قلبی وجود نداشت). مادر 36 ساعت بعد از عمل بارضایت شخصی مرخص می شود. در پرونده علائم حیاتی مادر در طول بستری و هنگام ترخیص در محدوده طبیعی ثبت شده است. $BP=110/70$ $PR=78$

$RR=17$

آزمایشات: $Hb=12.6$ $Hct=37.4$ $PLT=290,000$ $FBS=68$ $Cr=0.6$ $BUN=19$

$BG=B+$

2 روز بعد از ترخیص ساعت 5:35 بامداد مادر با شکایت طپش قلب و تنگی نفس به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند. در هنگام پذیرش مادر هوشیار واریانته و بی قرار بود. از درد سینه و تنگی نفس شاکی بود. ادم اندامهای تحتانی راداشت. علائم حیاتی: $BP=140/80$ $PR=90$

$RR=18$ $O_2Sat=86\%$ بدون اکسیژن و با اکسیژن $O_2Sat=94\%$ بود. مادر ساعت 5:50 با ویلچر جهت معاینه و بررسی مامایی

به اتاق زایمان فرستاده می شود. بعد از ویزیت مادر توسط ماما و اطلاع به متخصص زنان (پزشک معالج) ایشان تلفنی دستور می دهند بیمار جهت ویزیت متخصص داخلی بستری شود. مادر به اورژانس برگردانده شده و دستورات سرم $EKG-2/1,3/3$ و اکسیژن $3L/m$ تجویز می شود. پزشک اورژانس

بافوق تخصص ریه مشاوره تلفنی کرده و مادر با احتمال PTE ، ساعت 6:50 با برانکارد به ICU فرستاده می شود. بعد از ورود به ICU مادر تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار گرفته و پس از تهیه نمونه برای آزمایش، انفوزیون هپارین شروع می شود. در شرح حال اخذ شده توسط پزشک ICU یافته های بالینی: فریکشن راب در قاعده ریه راست، ارتوپنه، تاکیکاردی وادم 3-2+ در اندامهای تحتانی و علائم حیاتی: PR=95 BP=162/110 RR=19 BT=36.5 قید شده بود.

دستورات ICU: CBR - رژیم کرونری-سرم 2/1،3/3-اکسیژن 3L/m با ماسک زروار- ABG اورژانس -درخواست آزمایشات -تعبیه سوند فولی - CXR پرتابل -قرص متورال 25mg/bid -آمپول هپارین 1000IU/h با کنترل INR,PT,PTT-آمپول لازیکس 20mg/q12h -آمپول هیدروکورتیزون 100mg/TDS و اطلاع به فوق تخصص ریه. طبق یادداشت پرستاری مادر بی قرار بود. وضعیت خوابیده راتحمل نمی کرد و اجازه تعبیه سوند فولی راندا (دیورز داشت).

در CXR پرتابل بزرگی قلب در ناحیه بطن چپ و پهن شدگی مدیاستن گزارش شده بود و در ABG ساعت 7 بامداد: PH=7.48 PCO2=24 HCO3=17.9 O2Sat=94% با FIO2=33% بود.

لازم به ذکر است بخش ICU داخلی بیمارستان، پزشک مقیم نداشته و دستورات اولیه بیمار توسط پزشک عمومی کشیک شب CCU با هماهنگی فوق تخصص ریه (مسئول بخش) نوشته شده و ایشان بعد از پذیرش مادر، بخش را ترک کرده بودند.

فوق تخصص ریه ساعت 11:30 مادر را ویزیت کرده و با تشخیص های (کاردیومیوپاتی post partum و یا PTE) دستورات : انوکسپارین 60 میلی گرم هر 12 ساعت -انفوزیون آمپول لازیکس با پمپ 2mg/h -مشاوره قلب -سی تی آنژیوگرافی عروق ریه-ویزیت فوق تخصص خون-متورال 25mg/TDS -هیدروکورتیزون 50mg/q6h -اسپری سروتاید هر 12 ساعت 2 پاف-اکوکاردیوگرافی را Order می کند. دوز اول انوکسپارین ساعت 12 تزریق می شود. ایشان مجدداً حوالی ساعت 12:30 مادر را ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان بیمار بدحال بود. تاکی کاردی و تاکی پنه داشت. ترشحات کف آلود از دهان خارج می شد و اقدام به انتوباسیون مادر می کند.

مادر ساعت 13:15 دچار ارست قلبی تنفسی شده و عملیات احیاء احضور فوق تخصص ریه و بی هوشی شروع می شود. برای مادر سوند فولی تعبیه شده و آمپول دیگوکسین-لازیکس 40mg/Stat -آدرنالین-آتروپین-لنوفد تزریق می شود. متأسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و ساعت 14:15 فوت می کند. هنگام مراجعه مشاور قلب ، مادر در حال احیاء بود. جسد مادر جهت اتوپسی به پزشکی قانونی تحویل داده می شود. در اتوپسی آمبولی ریه رد شده و علائم ARDS گزارش شده است. در گزارش تکمیلی نارسایی قلبی ریوی علت مرگ نوشته است.

جواب آزمایشات : WBC=10,700 Hb=11.5 PLT=311,000 PT=16.2 PTT=34 INR=1.6
D.Dimer=0.7 ESR=49 FBS=100 Cr=0.8 Chol=295 HDL=63 TG=158
ABG (ساعت 13:30) : PH=7.23 PCO2=32 HCO3=14.7 O2Sat=65%

تشخیص علت مرگ : کاردیومیوپاتی پری پارتوم

توضیحات اعضای کمیته:

1. به علائم بیمار در روز دوم بستری (طپش قلب و ارتوپنه) توجه نشده و مرخص شده است.
2. افزایش فشارخون ممکن است Reactive بوده و ردکننده کاردیومیوپاتی نمی باشد.

3. درادم ریه کاردیوژنیک حداقل دوز لازیکس 80 میلی گرم می باشد و دادن β . blocker (متورال) ممکن است سیر ادم کاردیوژنیک را تسریع کند.
4. وجود فریکشن راب و ESR بالا احتمال وجود بیماری زمینه ای را مطرح می کند.
5. نوار قلبی نرمال در ابتدای پذیرش و نبود سینوس تاکیکاردی گمراه کننده بود با این وجود ادم ریه در CXR مشهود بوده ولی متاسفانه مورد توجه واقع نشده است.
6. اکوکاردیو گرافی در مورد بیمار کمک کننده بوده است و به نظر می رسد اگر زود تشخیص داده می شد، احتمالاً مادر زنده می ماند (میزان مورتالیته کاردیومیوپاتی پری پارتوم در بهترین شرایط مراقبت 20-30% می باشد).

خانم 64

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن شهر ، $G_2P_0A1_0$ ، سابقه سقط دوماه قبل از بارداری اخیر. سابقه بیماری مادرزادی قلبی (آنورت هیپو پلاستیک) و کوآرکتوپلاستی و تعبیه استنت آنورت یکسال قبل را دارد (خانواده به علت ضعف ویی حالی از حدود سه سال پیش بیمار را به پزشک می برند و متوجه بیماری قلبی ایشان می شوند). تا 6 ماه بعد از تعبیه استنت آسپرین بچه مصرف می کرده است. به علت تمایل به بارداری از هیچ روش کنتراسپشن استفاده نمی کرد. حاملگی اخیر خواسته بود. مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت بصورت نامرتب (بعنوان مادر پرخطر مراقبت ویژه نشده بود) و در مطب خصوصی متخصص زنان بوده و یکبار هم در درمانگاه پرخطر مرکز دانشگاهی توسط یکی از اساتید پریناتولوژیست مراقبت شده بود (بسیار روز قبل از زایمان). آزمایشات و علایم حیاتی موقع پذیرش در درمانگاه : $BP=100/70$ ، $BW=80Kg$ ، $PR=126$ ، $Cr=0.6$ ، $BUN=Normal$ ، $Hct=39$ ، $Hb=12.7$ ، $EF=60\%$ گزارش شده بود.

در اکوکاردیوگرافی همراه بیمار **Mild to Moderate AS** و $EF=60\%$ گزارش شده بود. با توصیه پزشک معالج با شروع دردهای زایمانی و آبریزش ساعت **7:30** صبح به مرکز آموزشی درمانی مراجعه و بستری میشود. موقع پذیرش $BP=110/80$ و در معاینه واژینال : دیلاتاسیون 4-5 سانتیمتر ، آفاسمان 60-70% ، ساک پاره و مایع روشن و سن حاملگی با سونوگرافی اوایل حاملگی 38 هفته و 2 روز بود. بیمار در اتاق لیبر تحت نظر گرفته می شود و ساعت **9:40** صبح با 5 واحد سنتوسینون اینداکشن شروع می شود. ساعت **10:15** علایم زایمانی کامل می شود با ایستاسیون +1. علیرغم داشتن انقباضات موثر تا ساعت **11:30** زایمان پیشرفت نمی کند و با نظر اتند محترم با تشخیص ارست نزول بیمار جهت سزارین به اتاق عمل برده می شود. عمل بلافاصله با بی هوشی عمومی (طبق توصیه متخصص قلب) و پروپیلوکسی اندوکاردیت باکتریال شروع و ساعت **12:40** خاتمه می یابد. حاصل زایمان پسرزنده ترم با آپگار 7/9 و با وزن 2650 گرم بود. بیمار ساعت **13:10** با هوشیاری و وضعیت **Stable** به ICU منتقل میشود. بعد از اتمام عمل بیمار دچار آتونی رحمی شده و خونریزی می کند با مصرف 5 عدد شیاف میزوپروستول رکتال و تزریق 10 واحد سنتوسینون عضلانی **State** و 30 واحد در 500 سی سی سرم رینگروماساژ رحمی رحم جمع شده و خونریزی کنترل می شود ولی برونده ادرا کم شده و کلیه اولیگوریک می شوند. برای بیمار 300cc سرم رینگر بصورت **Stat** می دهند.

دستورات بعد از عمل : **CBR** تا 8 ساعت پاها در بستر تکان داده شوند. رزرو 3 واحد خون کراس مچ شده - کنترل **V.B** ، **V.S** و **I/O** - آمپول آمپی سیلین 2g شش ساعت بعد از عمل، آمپول سفازولین 1g/q6h ، جنتا مایسین 80mg/TDS ، سرم رینگر 2 لیتر هر 12 ساعت + 30

و ادرستتوسینون در هر لیتر، چک هموگلوبین 6 ساعت بعد از عمل و در صورت افت $Hb < 10$ 2 واحد پکد سل تزریق شود- آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت زیر جلدی 4 ساعت بعد از اتمام عمل .

آزمایشات بعد از عمل (ساعت 16) $Hb=14.8$ $Cr=1.7$ $BUN=57$ $Na=140$ $K=6.3$

درسونوگرافی بعد از عمل مایع آزاد شکمی وجود نداشت . سایز کلیه ها نرمال و هیدرونفروز نداشت . به علت خالی بودن مثانه مایع لگنی قابل ارزیابی نبود . برای بیمار مشاوره داخلی درخواست می کنند و ایشان توصیه میکند : سرم رینگر 2 لیتر بصورت Stat در عرض 6 ساعت با کنترل فشار خون وریه ها انفوزیون گردد و سرم $1/3$ ، $2/3$ روزانه 3 لیتر دریافت کند - Cr و BUN هر 12 ساعت چک گردد- EKG روزانه و قرص متورال 25 mg هر 12 ساعت . ساعت 17:30 به علت عدم اصلاح وضعیت اولیگوری مشاوره قلب درخواست می کنند و رزیدنت مشاور ضمن انجام اکوکاردیوگرافی و درخواست ABG با نظر اتند مشاور توصیه می کند : برای افزایش برونده ادراری سرم ولازیکس تزریق گردد و برای اصلاح وضعیت همو دینامیک CVP Line تعبیه شده و در حد 12 نگهداشته شود . در اکو $LV EF=30\%$ بود .

ولی گروه بی هوشی از تعبیه CVP Line خوداری کرده سعی می کنند با مایع درمانی وضعیت بیمار را بهبود دهند . 500cc سرم نرمال سالین و 20mg (10+10) لازیکس تزریق می شود . به علت هیپرکالمی گلوکز هیپرتونیک و 15 واحد انسولین رگیولار تزریق می گردد .

ساعت 24 : $BP=141/70$ $PR=116$ $Cr=1.6$ $BUN=44$ $Na=134$ $K=4.3$

ساعت 1:30 : $Out Put=60-70cc$ است . 300 سی سی دیگر مایع و 10 میلیگرم لازیکس تزریق می گردد ولی تا ساعت 5 بامداد برونده ادراری در حد (30-35cc/h) باقی می ماند .

روز دوم بستری : بیمار هوشیار است . ادرار برقرار شده و آخرین تیتراژ پتاسیم $K=5.3$ است . Cr کاهش یافته است .

ساعت 12 بیمار جهت اکوی اساتید به مرکز آموزشی درمانی قلب با همراهی انترن فرستاده می شود .

جواب اکو : **Critical AS & Hypo plastic Aorta With Pervious** واستنت آنورتی با جریان خون قابل قبول

Coarctoplasty

- **More than Modrate MR** - **LAE- Mild TR** - **Concentric LVH** - **LV EF < 25%**

MPP = 40mmHg (فشار متوسط ریوی) **= 60mmHg** فشار سیستولی بطن راست

طبق یادداشت اتند محترم قلب به علت کریتیکال بودن وضعیت بیمار، با همسر ایشان در مورد ضرورت بستری بیمار در در بخش CCU صحبت می شود ولی ایشان حاضر به بستری نشده و باتعهد کتبی بیمار را به بیمارستان زنان بر می گرداند . بعد از مراجعت به بیمارستان طبق توصیه متخصص قلب ، بیمار ساعت 17:30 به بیمارستان قلب اعزام می شود . بیمار در اورژانس بیمارستان قلب حاضر به بستری نشده و با رضایت شخصی مرخص می شود .

بعد از 7 روز اقامت در منزل ساعت 11 صبح با شکایت گاستروانتریت وضعف و بی حالی به بیمارستان قلب مراجعه کرده و بعد از اخذ نوار قلبی و تعبیه IV

Line باتشخیص نارسایی گلوبال قلب و **Critical AS** بلافاصله در بخش CCU بستری می شود .

موقع بستری هوشیار بود .

علامه حیاتی : $BP=110/80$ $PR=97$ $RR=14$ $BT=36.5$ $O2Sat=97\%$

الحاق پرونده قبلی-اکو-آمیول

ادم اندامها راداشت .دستورات حین بستری : CBR- چک BUN,Cr ,Na,K,PTT,PT,INR

انوکسپارین 60 میلی گرم روزانه -سرم نرمال سالین Stat 200cc-قرص دیگوکسین نصف قرص روزانه .

بیمار در ساعت 22 دچار افت ساچوراسیون اکسیژن شده و آزیته می شود. HR =140. برای بیمار هالوپریدول ، 50mg متورال و 12.5mg

کاپتوپریل می دهند(بیماردرپذیرش درمان همکاری نمی کرد) . ساعت 1:00 بامداد دچار برادی کاردی شده و سپس آسیستول می شود. عملیات احیا بلافاصله شروع شده ولی متاسفانه پاسخ نمی دهد.

تشخیص : تشدید تنگی دریچه آنورت و کاردیومیوپاتی Post Partum

توضیحات : 1- بیمار باید بعنوان مادر بارداری پرخطر تحت مراقبت ویژه قرار می گرفت .

2-بیمار باید قبل از زایمان توسط یکی از اساتید قلب عضو کمیته مادران ویزیت شده و توصیه های لازم در زمان زایمان و محل زایمان داده می شد.

3-باید برای اصلاح وضعیت همو دینامیک کاتتر سوان گنز ویا حداقل CVP Line تعبیه می شد .

4- بهتر بود بیمار بلافاصله بعد زایمان به بیمارستان قلب منتقل شود.

5- همراهان بیمار نباید بیمار را مرخص می کردند.

6- علت افت EF کاردیومیوپاتی بود.

خانم 65

متوفی خانمی است 22 ساله ، ساکن شهر ، خانه دار ، BMI=24 ، G₁P₀ . حاملگی خواسته بود.

مراقبت قبل از بارداری نداشته است(4 سال نازایی ظاهراً به علت واریکوسل همسر،داشته است).نامبرده به علت اینکه خانواده شوهر از عشایر می

باشد اغلب دررفت و آمد بوده وبعداز حاملگی درشهرساکن شده است.مراقبت دوران بارداری از هفته 11 درمرکز بهداشت شروع شده است .مادر در

هفته 12 به علت دیزوری و درد پهلوهاوترشحات بدبوی واژینال به متخصص زنان ارجاع شده وبا تشخیص UTI کپسول سفالکسین تجویز شده

بود.(جواب آزمایشات : Hb=12.4 PLT=289,000 Cr=0.6 Urea=19 FBS=81 U/A=Normal

(U/C=Neg).مادریک ماه بعد(هفته 16) مجدداً به علت درد شکم ، دیسپنجه واژینال ، دیزوری و فشارخون BP=140/80 به متخصص

زنان ارجاع می شود(دراولین مراجعه درهفته 11 BP=130/80 بود).برای مادر سونوگرافی و آلبومین ادرار درخواست می شود.(جواب آزمایشات :

U/A Alb=Neg Blood=Trace WBC=25-30 Bactri=Mod)برای مادر متیل دوپا و آنتی

بیوتیک تجویز می گردد(درمان UTI) درهفته 17 بارداری به علت درد شکم، سردرد و سرگیجه و درد اپی گاستر، تنگی نفس و افزایش نامناسب وزن

(BP=105/70) با مصرف متیل دوپا) به متخصص زنان ارجاع شده ولی مادر مراجعه نکرده بود. افزایش وزن در دوران بارداری نوسان دار بود(0 ،

+1,+4/5,-2,+2/5).درهفته 21 به علت تنگی نفس و سرفه به متخصص عفونی مراجعه کرده و سیتیزین، قطره کلوبوتینول و اسپری سالمترول

، اکسپکتورانت و سفکسیم تجویز می کند.

سه روز بعد به علت دیزوری و درد پهلو باتشخیص پیلونفریت در بیمارستان بستری شده و تحت درمان دارویی(هیدروکورتیزون Stat و سفازولین

وریدی) قرار گرفته بود.در همان زمان متخصص رادیولوژی در ضمن سونوگرافی شکم و کلیه ها متوجه پلورال افیوژن پلور چپ شده و مادر بصورت

سرپایی به متخصص داخلی معرفی می شود. متخصص داخلی برای مادر اسپیرومتری انجام داده واسمیر خلط از نظر T.B درخواست میکندکه منفی بوده است واسپری وسفتریاکسون تجویز می کند (مادر برای بررسی بیشتر مراجعه نمی کند). مادر در هفته 26 حاملگی به علت کاهش وزن ،کاهش هموگلوبین وگلوکزوری به متخصص زنان ارجاع می شود وایشان دوز قرص آهن را دوبرابر می کند (دو قرص هر 12 ساعت).آزمایشات:
Hb=10.5 U/A GLU=2+ : با وجود قند خون نرمال.

2 ماه بعد به علت درد وتورم گردن درسمت چپ که از اوایل فروردین ماه شروع شده بود به متخصص عفونی مراجعه کرده وایشان باتشخیص توده قفسه سینه به جراح توراکس ارجاع می دهند . به علت مسافرت پزشک مذکور، مادر به فوق تخصص ریه مراجعه کرده وایشان CXR اورژانس درخواست می کندولی مادر انجام نمی دهد. مادر 5روز بعد به علت درد زایمانی به بیمارستان مراجعه کرده وبه علت پره ترم لیبر به بیمارستان آموزشی ارجاع می دهند.موقع مراجعه به اورژانس (ساعت 1:15 بامداد) BP=120/80 بود.علائم زایمانی ،خونریزی واژینال نداشت.به علت سابقه فشار خون برای مادر آنالیز ادرار وNST درخواست می شود.NST راکتیو بود.در ساعت 2 مجدداً معاینه میشود.BP=130/80 PR=80

BT=36.8 RR=20 FHR=132 . علایم Severity نداشت.مادر سابقه تنگی نفس از حدود 3 ماه قبل را می داد .درمعاینه ، سمع قلب نرمال ودرسمع ریه ها کاهش صدا درنیم سینه چپ را داشت.درمعاینه واژینال TV:2cm/Ripe/C//I-3 بود.آنالیز ادرار انجام نداده بود.توصیه می شود 2 ساعت بعد مراجعه کند.مادر ساعت 12:35 توسط رزیدنت دیگر معاینه می شود.ایشان درسونوگرافی همراه مادر متوجه گزارش پلورال افیوژن وپریکاردیال افیوژن ماسیو شده با اتند بخش تماس می گیرد وایشان دستور می دهند با متخصص داخلی مشورت کنند(درسونوگرافی که از طرف مرکز بهداشت جهت بررسی IUGR جنین درخواست شده بود،پلورال افیوژن وپریکاردیال افیوژن ماسیو گزارش شده بود.IUGR وجود نداشت ومیزان مایع درحداقل نرمال بود). مشاور داخلی دستور بستری مادر دربخش زایمان ومشاوره قلب را می دهند.مادر ساعت 13:40 دربخش زایمان بستری می گردد.دستورات بخش :کنترل علایم حیاتی -رزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ-سرم رینگر 500cc -چک آزمایشات PT,PTT,INR,CBC,PLT,LFT,Cr,BUN,U/A-مشاوره قلب.

در ساعت 15:35 باتوجه به جواب آزمایشات: Pro=3+ درآنالیز ادرار وPLT=90,000 رزرو 3 واحدپکدسل و2 واحد کراس مچ شده رزرو 5واحد پلاکت-رزرو 5 واحدFFP -آمپول سولفات منیزیوم Stat 4g/IV وسپس 2g/h/IV-تعبیه سوند فولی وکنترل I/O-چک پلاکت هر 12 ساعت ومانتیورینگ مداوم به دستورات اضافه می شود.

چارت علایم حیاتی: ساعت 14 :18 RR=18 PR=90 BP=130/80

ساعت 16 :17 RR=17 PR=100 BP=137/101

ساعت 18 : PR=98 BP=155/102 O2Sat=98%

مشاور قلب اکوی بدساید انجام می دهد.دراکو پریکاردیال افیوژن ماسیو داشت-IVC دیلاته وEF=25% بود.با مشورت اتند زنان واتند قلب باتوجه به نرمال بودن آزمایشات کبدی علیرغم پلاکت پایین ونداشتن اندیکاسیون ختم حاملگی اورژانس وعدم پیشرفت زایمان ونیاز مادر به CCU Care مادر ساعت 18:05 باهمراهی رزیدنت زنان به بیمارستان قلب منتقل می شود.

جواب آزمایشات زنان: Cr=1.5 PLT=90,000 INR=1.1 PTT=42 PT=12.6

: U/A Fibrinogen=242 LDH=735 SGPT=10 SGOT=22 Urea=144

WBC=12-15 granular Cast=1-2 Pr=3+ Blood=3+

مادر در ساعت 18:45 در اورژانس قلب پذیرش می شود. موقع پذیرش: مادر هوشیار بود. PR=75 BP=130/70 بود. باتوجه به وجود مایع فراوان در فضای پریکارد با صلاحدید اساتید محترم قلب و زنان، مادر با رزرو 6 واحد پکدسل کراس مچ شده و رزرو 10 واحد پلاکت جهت سزارین و پریکاردیوسنتز به اتاق عمل منتقل می شود. علایم حیاتی مادر در اتاق عمل: PR=103 BP=130/80 بود. عمل راس ساعت 20 با بی هوشی عمومی شروع شده و حاصل، نوزاد پسر زنده با آپگار 9/10 و پره ترم 35 هفته بود که تحویل رزیدنت نوزادان می شود. در هنگام عمل جفت در حال دکولمان (حدود 10%) بود ولی در طول سزارین مادر مشکل همودینامیکی نداشت. بعد از اتمام عمل مادر دچار آتونی رحمی شده و خونریزی می کند. با ماساژ دوستی، 5 عدد شیاف میزوپروستول و دو عدد آپول F₂α خونریزی کنترل می شود. بعد از اتمام سزارین توسط متخصص قلب پریکاردیوسنتز شده و حدود 650 سی سی مایع خونی خارج می شود. در اتاق عمل برای مادر CVP Line تعبیه شده و 2/5 لیتر رینگر و یک واحد پکدسل و دو واحد FFP تزریق می گردد. در گردن مادر در طرف چپ یک توده اکیموتیک در حال گسترش مشاهده می شود. در سونوگرافی ادم نسوج کنار چپ گردن و فضای سوپرا کلاویکول چپ نمایان بود. Collection و یا توده فضا گیر وجود نداشت. در ریه چپ مقداری مایع در فضای جنبی و کلاپس ریه لوپ تحتانی ریه چپ مشاهده می شد. مادر ساعت 23:30 انتوبه به ICU منتقل و به ونتیلاتور وصل می شود. در اکوی مجدد که در ساعت 23:30 انجام می گیرد EF=10% ارزیابی می گردد. در ICU یک واحد پکدسل و دو واحد FFP تزریق می شود. به علت نبود پلاکت ایزوگروپ، 3 واحد A- درخواست می گردد ولی مشاور داخلی اجازه تزریق نمی دهد. برای مادر CXR درخواست شده و به علت رویت مایع فراوان در پلور چپ C.T تعبیه می شود. ترشحات پلور خونی بود. به علت فشارخون پایین BP=85/49 PR=82 برای مادر دوبوتامین و دوپامین شروع می شود ولی به علت نارسایی شدید قلب، فشارخون افزایش نمی یابد. متخصص زنان برای مادر سرم رینگر 100cc/h - آپول سولفات منیزوم 1g/h تا 24 ساعت بعد از عمل - جوراب ترومبوز و شکم بند - آپول کلیندامایسین و سفازولین و کنترل I/O و کنترل علایم Severity و قطع آپول سنتوسینون را Order می کند.

ساعت 1 با مدام (دو ساعت بعد از انتقال به ICU): مادر Sedate می باشد. علایم حیاتی Unstable است (BP=60/40 HR=120)

مردمکها دوبل میوز می باشد. در ریه ها کراکل کورس و ویزینگ منتشر سمع می شود. کاهش صدا در قاعده ریه چپ وجود دارد. کلیه ها آنوریک است. در ABG: PH=7.34 PCO₂=28 HCO₃=15.1 برای مادر مشاوره داخلی درخواست می گردد. مشاور داخلی با توجه به افزایش کراتینین و اوره و تستهای انعقادی نرمال و ترومبوسیتوپنی برای مادر شوک سپتیک را مطرح می کند و توصیه می کند تهیه اسمیر خون محیطی - قطع سولفات منیزوم به علت بالای بودن منیزوم سرم (Mg=4.4) - تزریق FFP هر 8 ساعت - آپول هیدروکورتیزون 100mg/q8h - آپول مروپنم - آپول وانکومایسین - آپول مترونیدازول - چک روزانه منیزوم سرم - CXR روزانه - مشاوره ریه و نفرولوژی انجام گیرد. مشاور ریه ضمن ویزیت مادر به علت جابجایی قابل توجه قلب به سمت چپ برای مادر اسپری آترونت، سروتاید و سالبوتامول تجویز می کند.

در اکوی مجدد Biventricular Failure شدید، دیلاتاسیون IVC و باریک شدن ریشه آنورت به علت فشارتوده گردنی مشاهده شده و دوبوتامین قطع و آدرنالین و لنوفد شروع می شود. متخصص قلب برای مادر مسائلی غیر از مشکل قلبی نظیر SLE مطرح می کند.

روز دوم بستری : هوشیار ی مادر بیشتر شده ولی تنفس Gasping دارد و در ABG اسیدوز تنفسی دارد. تب دار است BT=39. برای مادریاشویه

و شیاف تجویز می گردد. فشارخون با وجود دریافت لنوفد و آدرنالین در حد BP=90/60 می باشد

از ساعت 16:45 دچار افت شدید فشارخون شده و با افزایش دوز لنوفد و آدرنالین افزایش می یابد ولی مادر ساعت 17:30 دچار ارست قلبی تنفسی شده و فوت می کند.

جواب آزمایشات بیمارستان قلب: WBC=11,500 PLT=54,000 PT=13.6 PTT=41.4
INR=1.06
SGOT=120 SGPT=41 CK-MB=22 CPK=79 ALP=319 Cr=2.04
Direct BIL=1.2 BIL=1.4

تشخیص علت مرگ : نارسایی قلبی + بیماری کلژن واسکولار (CVD)

توضیحات اعضای کمیته:

1. علت پلورال افیوژن مخصوصاً یکطرفه و طرف چپ باید بصورت جدی بررسی می شد.
2. گزارش پلورال افیوژن یک طرفه در زمان بستری مادر در بیمارستان به علت UTI، باید جدی گرفته شده و قبل از ترخیص مادر بررسی کامل می شد. هم متخصص زنان و هم متخصص داخلی باید در خصوص مادر احساس مسئولیت می کردند.
3. نارسایی قلبی احتمالاً از ماهها قبل از فوت شروع شده و بایستی بررسی می شد و علت عدم بروز علائم نارسایی، سن کم مادر و جبران علائم بوده است.
4. سدیمان فعال ادرار و خونی بودن مایع پریکارد و پیلور به نفع بیماریهای کلژن واسکولار دیزز می باشد.
5. به نظر می رسد تشخیص UTI های مکرر اشتباه بوده و ناراحتی مادر به علت بیماری زمینه ای بوده است
6. دراورژانس الزمها شرح حال کامل اخذ نشده و به عنوان زایمان زودرس Manage شده است.
7. نمونه های مایع پریکارد و پیلور می بایست از نظر بدخیمی، بیماریهای سیستمیک و جرمهای میکروبی بررسی می شد.
8. در موارد نارسایی شدید قلبی استفاده از پمپ کاردیو پولمونی نجات دهنده بوده و می توانست جان بیمار رانجات دهد.

خاتم 66

متوفی خانمی است 40 ساله ، ساکن شهر ، G₄P₂ ، BMI =33.5 ، سابقه 12 سال نازایی اولیه و درمان دارویی ، سابقه دوبار

سزارین (دودختر 12 ساله و 8 ساله دارد) و یکبار سقط. وسیله کنتراسپشن OCP بوده و حاملگی ناخواسته می باشد.

مراقبت پیش از بارداری نداشته و مراقبت بارداری از اوایل حاملگی در مطب متخصص زنان شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. یکبار نیز در مرکز بهداشتی مراقبت شده بود. براساس پرسشگری از پزشک مراقب، مادر مشکل خاصی نداشت. مادر در هفته 23 حاملگی حوالی ساعت 7:25 بامداد به علت درد سینه و تنگی نفس با دودختر و همسر خود به درمانگاه مراجعه می کند. طبق گزارش مسنول پذیرش مادر بلافاصله بعد از ورود در حالیکه آژیته بود و از درد ناله می کرد نقش زمین شد و قادر به ایستادن نشد. مادر توسط مسنول پذیرش، خدمه درمانگاه و چند نفر از مراجعین زن به اتاق تحت نظر

برده شده روی تخت می خوابد. بلافاصله به پزشک شیفت شب اورژانس و پرستار اطلاع می دهند و ایشان بر بالین مادر حاضر می شوند. مادر هوشیار ولی بی حال بود. برای مادراکسیژن نازال وصل ولاین وریدی با سرم 2/3, 1/3 تعبیه می شود و یک عدد آمپول اسکازینا عضلانی تزریق می کنند. حدود 10 دقیقه بعد مادر دچار افت فشارخون شده و نبضها غیرقابل لمس می شود. به اورژانس 115 اطلاع داده شده و مادر انتوبه می شود. ماساژ قلبی شروع و 2 عدد آمپول اپی نفرین از طریق ست سرم تزریق می شود. 15 دقیقه بعد از شروع عملیات احیا، مادر فوت شده اعلام می شود. برگ فوت توسط پزشک شیفت صبح نوشته می شود. لازم به ذکر است تنها سند موجود، قبض پذیرش مادر بوده و هیچ پرونده ای وجود نداشت. گزارش موقوفه چند ساعت بعد به دستور رئیس مرکز نوشته شده بود.

طبق اظهارات خانواده مادر دو سال پیش دچار حمله مشابه شده و در بیمارستان قلب بررسی شده بود و در شب حادثه نیز مادر از اول شب بی قرار بود و قبل مراجعه به مرکز از تعریق سرد و وزوز گوش شاکی بود. خاله متوفی یک سال قبل مرگ ناگهانی داشته است. متأسفانه خانواده از ارائه مدارک بیماری و دفترچه بیمه خودداری کردند.

جواب آزمایشات: پرونده بهداشتی 7/23 : Hb=12.9 Hct=40.5 FBS=68 PLT=245,000 Cr=0.6 BUN=19
 تاریخ: 9/15/ Hb=10.8 Hct=31.9 PLT=256,000 WBC=10,900
 Urine Protein=Neg BS=91 FBS=75

باتوجه به سابقه و سیر بالینی حوادث قلبی عروقی برای مادر مطرح است. تشخیص های افتراقی علت مرگ:

- Massive PTE
- MI
- دیسکشن آنوریسم آنورت

توضیحات اعضای کمیته:

7. برای مادر پرونده بالینی تشکیل نشده و هیچ گونه علایم حیاتی ثبت نشده است.
8. مادریا تابلوی آژیتاسیون و درد سینه مراجعه کرده بود. علت آژیتاسیون به احتمال قوی هیپوکسی بوده و می بایست مادر مستقیماً به اتاق احیا منتقل و اقدامات موثر بلافاصله شروع می شد.
9. تزریق اسکازینا برای کنترل آژیتاسیون مخصوصاً در مادر باردار اشتباه می باشد و می تواند منجر به افت فشارخون شود.
10. حساسیت مجموعه کادر درمانی و پزشک مرکز نسبت به بیمار کم بوده است و اقدامات اولیه که در مواجهه با مادر می بایست انجام می شد، نشده است.
11. صدور گواهی فوت برای مرگهای کمتر از 24 ساعت ممنوع می باشد و جسد مادر می بایست به پزشکی قانونی ارجاع می شد.

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن شهر ،لیسانس ، BMI =27.5 ,G₂P₀ ، سابقه CVA ترومبوتیک بصورت مشکل تکلم و فلج همی فاسیال دو سال قبل ،سابقه ضایعه وژتاتیو ونارسایی شدید دریچه میترا(طبق اکوی دو سال قبل)،Case شناخته شده APS (سندرم آنتی فسفولیپید مثبت)،سابقه یکبار سقط در 12 هفتگی و کورتاژ،سابقه آپاندکتومی سه سال پیش . حاملگی خواسته بود.

مادر تحت نظر متخصص روماتولوژی و متخصص زنان حامله شده واز اوایل حاملگی روزانه انوکسپارین 80mg/bid/s.c تزریق می کرده است و همچنین به علت سندروم APS تحت نظر روماتولوژیست هیدروکسی کلروکین مصرف می کرد.نامبرده در هفته 31 حاملگی به علت احساس خفگی به تزریقات محلی مراجعه کرده ویا مطلع شدن از افزایش فشارخون به پزشک زنان معالج مراجعه وتوسط ایشان به بیمارستان آموزشی جهت بستری معرفی می گردد.موقع مراجعه به اورژانس ساعت (20:50): مادر هوشیار واریانته بود علایم Severity نداشت.درسمع قلب سوفل مید سیستولیک وجود داشت. سمع ریه ها نرمال بود.اندامهای تحتانی ادم وجود داشت ولی اختلاف سایز نداشت.علایم زایمانی نداشت PR=80 BP=150/110 FHR=140 .مادر با دستورات :کنترل علایم حیاتی هر چهار ساعت-مشاوره قلب جهت پروفیلاکسی اندوکاردیت-مشاوره داخلی -جوراب ترومبوز-سونوگرافی رحم واندازه گیری پروفیل بیوفیزیکیال-شروع هپارین پروفیلاکسی در صورت PLT>90,000(مادر ترومبوسیتوپنی حاملگی در حد CBC with diff,Cr,Urea,Na,K,BS,U/A,Uric Acid, LDH ,LFT, PT,PTT,INR, درخواست آزمایشات ,PLT=130,000 داشت)- درپروتئین ادرار 24 ساعته ،دربخش زایمان بستری می گردد.

جواب آزمایشات : PT=12 PTT=62--42 PLT=130,000—108,000 Cr=1.3--1 Urea=44
Hb=10.1 Uric Acid=6.3 SGOT=17 SGPT=11 LDH=586 Fibrinogen=403 درآنالیز
ادرار Protein=3+ Urine Pro(24h)=2332mg/dl WBC=many RBC= many

با گزارش پروتئینوری ،سولفات منیزیوم بادوز 4g/Stat و سپس 2g/h شروع می شود وبه علت Cr=1.3 سونوگرافی کلیه درخواست می گردد.درسونوگرافی ایستاز مختصردر کلیه راست وجود داشت ولی هیدرونفروز وجود نداشت.مادر ظهر روز دوم بستری با نظر اساتید پریناتولوژی به بخش حاملگی پرخطر منتقل می شود.برای مادر قرص متیل دوپا ،انوکسپارین 80mg/bid،کپسول سفالکسین ،رزرو 10 واحد پلاکت و 5 واحد FFP و 3 واحد پکدسل و 2 واحد کراس مج شده Order می شود. مشاور قلب گفته بود نیازی به پروفیلاکسی اندوکاردیت در سزارین ویا زایمان طبیعی نیست وبعدادز ترخیص اکوکاردیوگرافی بصورت سرپایی نزدیک زمان زایمان انجام گیرد.

روز سوم بستری: مادر هوشیار واریانته است.علایم حیاتی : BP=140/90 PR=80.انوکسپارین به هپارین فول دوز 5000/qid/s.c تبدیل می شود.به علت کراتینین Cr=1.3 دوز سولفات منیزیوم به 1g/h کاهش داده می شود.عصر مادر دچار درد اپی گاستر می شود.تاری دید و سردرد نداشت. تستهای پره اکلامپسی درخواست می گردد و شربت MOM تجویز می شود. با تجویز شربت MOM درد اپی گاستر مختصری کاهش یافته ولی ادامه می یابد.مادر توسط رزیدنت سال بالا ویزیت شده وبا اتند معالج مشورت می کند.ایشان توصیه می کند سطح منیزیوم سرم تیتراژ شود و به علت بالا بودن سطح آن (Mg=4.26) سولفات منیزیوم قطع می شود.

روز پنجم بستری:درد اپی گاستر ادامه دارد. BP=140/110 . آنزیمهای کبدی نرمال است.درسونوداپلر عروق جفت مختصری افزایش مقاومت گزارش می شود. در سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال PBP= 6/8 بود.شب به علت افت گهگاهی در نوار NST به اتند مشاور(پزشک مراقب مادر) اطلاع می دهند . ایشان باتوجه به افت قلب جنین و درد اپی گاستر و تنگی نفس و سرگیجه و فشارخون BP=150/110 دستور می دهند مادر جهت

سزارین به اتاق عمل منتقل شود. مادر ساعت 1:20 با مامد با علایم حیاتی : BP=161/120 PR=132 وارد اتاق عمل شده و عمل ساعت

1:35 با بی حسی اسپینال و برش عرضی شروع می شود. حاصل سزارین نوزاد دختر پره ترم با آپگار 7/8 بود. درطول عمل مشکل خاصی نداشت

مادر ساعت 3:30 با علایم حیاتی BP=167/110 RR=28 HR=95 O2Sat=96% به بخش ICU منتقل می شود.

برای مادر 5 میلی گرم هیدرالازین در دونوبت تزریق می شود. به علت تنگی نفس 2 پاف سالبوتامول داده شده و سولفات منیزیوم شروع می شود. به

علت تنگی نفس گهگاهی و فشارخون بالا مشاوره داخلی درخواست میگردد و مشاوره داخلی توصیه می کند قرص متورال 25mg/BID و انفوزیون

آلبومین 20% روزانه یک ویال به دستورات دارویی اضافه شده و درمان با هپارین (طبق توصیه مشاور روماتولوژی) 5000/qid ادامه یابد.

ساعت 14 به علت خونریزی و اژینال در حد دفع لخته های خون 5 عدد شیاف میزوپروستول رکتال استعمال شده و آمپول سنتوسینون تزریق می گردد.

آزمایشات: PT=12: PTT=73 INR=1 PLT=125,000 Hb=10.8 ALT=12 AST=17

Fibrinogen=484 LDH=333

ساعت 20 سولفات منیزیوم D.C می شود.

روز دوم بعد از عمل: درسمع ریه ها مختصر کاهش صدا در طرف راست وجود دارد. در سونوگرافی و CXR ادم آئولر دورنافی دوطرفه و پیلورال افیوژن

دوطرفه در حد متوسط گزارش می شود. آزمایشات اتوایمیون و مارکرهای هیپاتیت و ویروسی درخواست می شود. به علت ادامه هیپرتانسیون مجدداً

مشاوره داخلی درخواست شده و مشاور با توجه به علایم حیاتی BP=152/109 PR=100 و آزمایشات K=6 Cr=1.4 PTT=65 توصیه

می کند هپارین قطع و انوکسپارین 80mg /daily زیر جلدی، قرص وارفارین روزانه 5 میلی گرم، قرص دیلتیازیم 60mg/bid، قرص لازیکس

20mg/bid، قرص پردنیزولون 25mg/bid، تهیه سدیمان ادراری، شروع سرم دکستروز و انسولین در صورت K>6.5 به دستورات دارویی اضافه

شود و در صورت افزایش PT>18 انوکسپارین قطع شود و موقع ترخیص آنتی هیپرتانسیون+ وارفارین+ پردنیزولون نسخه شود.

روز سوم بعد از سزارین: به علت Pale بودن مادر، سونوگرافی لگنی و شکم درخواست می شود ولی هماتوم یا تجمع مایع نداشت. مشاوره داخلی

جهت انتقال مادر به بخش انجام می گیرد. مشاور توصیه می کند سرم و آلبومین قطع شود و در صورت پایین بودن هموگلوبین Hb<8 یک واحد پکدسل

تزریق شود. مادر با مشاوره روزانه داخلی و قرص لازیکس 20mg/TDS قابل انتقال به بخش می باشد. مادر بعد از تزریق یک واحد پکد سل (به علت

Hb=7.4) ساعت 16:50 (مورخ 6/18) به بخش منتقل می شود.

علایم حیاتی قبل از انتقال: BP=137/92 PR=114 RR=34

مادر طبق یادداشت زیدنت در بخش مشکل خاصی نداشت ولی طبق اظهار همراهان تنگی نفس داشت و قادر به تحمل وضعیت خوابیده نبود. مادر ظهر

علی رغم اصرار پزشک معالج و کادر بخش با رضایت شخصی مرخص می شود (به علت اینکه زمان تزریق انوکسپارین ساعت 14 بوده و مادر قبل از

ساعت 14 مرخص شده بود انوکسپارین تزریق نشده بود). نسخه دارویی موقع ترخیص: انوکسپارین - وارفارین - پردنیزولون - لازیکس - متورال

و دیلتیازیم. مادر بعد از مراجعت به منزل، قرص وارفارین را مصرف می کند ولی از تزریق انوکسپارین خودداری می کند. ساعت 2 نصف شب (حدود 12

ساعت بعد از ترخیص) تنگی نفس بیشتر شده و مادر رابه اورژانس بیمارستان درمانی می برند. ساعت 2:36 در اورژانس پذیرش شده و توسط پزشک

اورژانس ویزیت می شود. مادر هوشیار بود. از تپش قلب و تنگی نفس شکمی بود و حالت ادم تاو داشت. علایم حیاتی: BP=162/112

O2Sat=71-77% بدون اکسیژن و با اکسیژن O2Sat=89% RR=28 PR=125. برای مادر اکسیژن با کانول

بینی و سپس ماسک صورت گذاشته می شود. نوار قلبی تهیه شده، 10 میلی گرم لازیکس و 100 میلی گرم هیدروکورتیزون تزریق ونیم لیتر سرم نرمال سالین بصورت K.V.O وصل می شود. به علت تاکیکاردی 20 میلی گرم قرص پروپرانول داده می شود. در ساعت 3:45 به علت بی قراری به پزشک اطلاع می دهند و ایشان مادر را ویزیت کرده و دستور اعزام به ریفرال را می دهد. بعد از هماهنگی با بیمارستان مقصد مادر ساعت 4:10 بدون همراه درمانی مجرب به آن مرکز اعزام می شود. مادر ساعت 5 با ماداد در وضعیت دوپل میدریاز و کوما ی عمیق با ساچورا سیون 30% به اورژانس مقصد رسیده و کد احیا اعلام می شود. مادر علیرغم اقدامات احیا دچار ارست قلبی تنفسی شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات روز آخر: Hb=9.8 Hct=30 PLT=174,000 PT=15 PTT=93
 HIVAb=Neg Alb=3.3 K=4.6 Na=135 Cr=1.3 Urea=46 INR=1.5 Fibrinogen=374
 Anti ProteinC=132.13 Protein S=61.37 Anti Ds DNA=2.3 ANA=0.58 HCV Ab=Neg
 Factor V Laiden=2.6 Trombin III=100

تشخیص علت مرگ : تشخیص بالینی ادم ریوی در زمینه نارسایی قلبی میباشد

گزارش اتوپسی : ادم ریه کاردیوژنیک و Multiple organs Failure در زمینه سندروم آنتی فسفولیپید
 توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر با وجود مشکلات متعدد حامله شده است.
2. از اول پذیرش به مشکل قلبی مادر توجه نشده و بعد از زایمان نیز تنگی نفس وضعیتی و عدم کاهش فشارخون نادیده گرفته شده و فقط درمان علامتی شده است.
3. دادن متورال و دیلتیازیم به مادر اشتباه بوده و بیایستی یک داروی اینوتروپ مثبت داده می شد.
4. دادن حجم (پکد سل ، آلبومین و...) به همراه افزایش حجم فیزیولوژیک بعد از زایمان سبب وخامت حال مادر شده است.
5. دادن دوز اندک لازیکس (20 میلی گرم) فایده ای به حال مادر نداشته است.
6. ممکن است ادم ریه بصورت Interstitial بوده و در سمع کراکل شنیده نشود. در این موارد گرافی سینه و حدث بالینی کمک کننده خواهد بود.
7. در بیمارستان آموزشی ترخیص مادر با آن وضعیت ولو رضایت شخصی کاردرستی نبوده است و حداقل باید معاونت درمان و شبکه را در جریان قرار می دادند.
8. Manage مادر در اورژانس بیمارستان درمانی اشتباه بوده و دادن ایندرال سبب وخامت حال بیمار شده است.
9. اعزام مادر نیز غیر علمی بوده میبایستی مادر را انتوبه کرده و به همراه یک همراه درمانی مجرب اعزام می کردند.

خاتم 68

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن روستای اصلی ، BMI =19.5 , G₁P₀ ، سابقه بیماری خاصی را ذکر نمی کرد. حاملگی خواسته بود. مراقبت پیش از بارداری 3 ماه قبل از بارداری توسط ماما و پزشک تیم سلامت انجام گرفته مشکل خاصی نداشت. مراقبت دوران بارداری از هفته 9

درخانه بهداشت شروع شده و مرتب مراقبت شده است. و چندین بار توسط ماما به متخصص زنان ارجاع شده بود (هفته 11 جهت بررسی آنومالی جنین - هفته 16 و 18 جهت سیرکولاز سرویکس به علت گزارش سرویکس کوتاه در سونوگرافی و هفته 19 به علت تاکیکاردی جنین) مادر در هفته 23 به علت عدم افزایش وزن تحت مشاوره تغذیه قرار می گیرد (تا آن زمان افزایش وزن متناسب داشته است). مادر در همان زمان با شکایت گلودرد و سرفه به متخصص عفونی مراجعه کرده و با تشخیص فارنژیت آزیترومایسین، استامینوفن و شربت دیفن هیدرامین تجویز می شود. طبق پرونده سرپایی متخصص عفونی علائم حیاتی مادر (BP=120/70 RR=19 BT=37 PR=82) بود.

آزمایشات اوایل حاملگی نرمال بود (Hb=13.5 PLT=156,000). در آزمایشات باردوم: Hb=10.4 PLT=309,000 بود. مادر به علت سرفه به متخصص ENT ارجاع می شود. یک هفته بعد ساعت 1:40 بامداد با شکایت دردکمر به درمانگاه زایشگاه مراجعه و با تشخیص پیلوفریت در بخش زایمان بستری می گردد ولی روز بعد با رضایت شخصی مرخص می شود. فردای آنروز که برای مراقبت بارداری به خانه بهداشت مراجعه کرده بود به علت سرفه های زیاد و خشک، کاهش وزن، تعریق و بی اشتها، بیثورات پوستی خارش دار و عدم تطبیق ارتفاع رحم با سن حاملگی به متخصص زنان و داخلی ارجاع می شود. مادر به متخصص زنان و داخلی مراجعه می کند ولی پس خوراند نداشت. 12 روز بعد دوباره از طرف مرکز بهداشت به علت ادامه کاهش وزن به متخصص زنان ارجاع شده و با دستور متخصص زنان در بخش زایمان بستری می گردد. پس از ویزیت متخصص زنان مشاوره داخلی درخواست شده و با نظر ایشان مادر به بخش زنان منتقل شده و اقدامات تشخیصی انجام می گیرد. به علت گزارش تصاویر Patchy آلونولار منتشر در ریه ها جهت R/O متاستاز ریوی مادر با آمبولانس 115 و با هماهنگی قبلی به بیمارستان آموزشی جنرال اعزام می شود.

مادر ساعت 14:40 در اورژانس پذیرش شده و پس از بررسیهای اولیه ساعت 17:40 در ICU ریه بستری می شود. موقع پذیرش در ICU ریه مادر III بود ولی توکسیک نبود. از تنگی نفس، سرفه خشک مخصوصاً شبها و درد شکم شکمی بود. سابقه سرفه از چندماه قبل، خستگی مزمن، کاهش وزن، قرمزی چشمها و خارش کف دست و پاهارا ذکر می کرد. علائم حیاتی: BP=125/80 HR=120 RR=25 BT=38 آکزیلاری

O2Sat=90% بدون اکسیژن O2Sat=96% با اکسیژن GA=32-33W

ABG: PH=7.40 HCO3=19.5 PCO2=31

در سمع ریه ها کراکل فاین در قاعده هردوریه سمع می شد. فاقد لنفادنوپاتی بود. کلابینگ نداشت.

آزمایشات شهرستان: WBC=19,100 Hb=8.9 Hct=27.3 PLT=625,000 INR=1
 PTT=35 ESR=69 CRP=2+ Cr=1.1 Urea=18 Na=135 K=4.3
 AST=34 ALT=32 ALP=394 Amylase=0.21 TIBC=300
 Iron=10 Wright=Neg 2ME=Neg β.HCG=478,000iu در آنالیز ادرار
 RBC=0-1 WBC=5-6 Keton=2+ سونوگرافی کبد، طحال، کلیه ها و مجاری ادراری نرمال بود.

برای مادر باتشخیص کوریوکارسینوم و تشخیص افتراقی پنومونی آتیبیک و کانسر متاستاتیک ریه دستورات: CBR-مونیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری مداوم-کشت خون در دونوبت-اسپری سالبوتامول، سروتايد و آتروونت-آمپول هپارین 5000IU/S.C/TDS-مشاوره قلب جهت بررسی علت تاکیکاردی و r/o و ژتاسیون درجه ای-کشت و آنالیز ادرار-تهیه سدیمان ادراری و لام خون محیطی-مشاوره زنان- آزمایشات

CBC,LFT,LDH,Cr.Urea,ESR,CRP,BS,TSH,ANA,Anti ds DNA,HBS Ag,HCV Ab,HIV Ab,C-ANCA,P-

ANCA,PT,PTT,INR, β .HCG, Anti Phospholipid, Anti Cardiolipin,LAC

انجام برونکوسکوپی و لاواژ و ارسال نمونه جهت TB -انجام TBLB -انجام تست ماننتو-تعبیه سوندفولی و کنترل I/O گذاشته می شود. بعد از تهیه

کشت خون، سفتریاکسون و آزیترومایسین به دستورات اضافه می گردد.بعد از مطرح کردن پرونده در مورنینگ ریپورت ، درخواست CT Scan

ریوی باشیلد شکمی-ارسال خلط صبحگاهی جهت بررسی T.B نیز Order می شود.

مشاور زنان بعد از ویزیت مادر یادداشت کرده بود: فعلاً نیازی به اقدام اورژانسی نیست و مادر هیدراته شده و در صورت امکان به پهلو چپ بخوابد

سونوگرافی رحم و پروفیل بیوفیزیکیال درخواست گردد.درمان پروفیلاکسی با هپارین ادامه یابد و در صورت عدم کنترا اندیکاسیون از نظر داخلی دودوز

بتامتازون تزریق شود.

در اسکن اسپیرال ریه، لنفادنوپاتی دوطرفه هیلار و ندولهای متعدد پراکنده در پارانشیم هردوریه که بزرگترین آنها در سگمان فوقانی لوب فوقانی راست

با قطر 17mm قرار دارد و افزایش ضخامت سپتومهای اینترلوبولورال افیوژن دوطرفه با ارجعیت سمت راست با تشخیص ندولهای متاستاتیک

و شواهد لنفانژیت کارسینوماتوز گزارش می شود. بعد از رویت جواب اسکن توسط اساتید ریه آنتی بیوتیکها به مروینم change می شود.

روز پنجم بستری به دلیل آبریزش و گزارش کاهش میزان مایع آمینوتیک (AFI=3mm) مشاوره زنان درخواست شده و زیدنت زنان با

دستوراتند مشاوره در ساعت 14 در بخش ICU ریه اینداکشن بادوز کم (10 واحد و 3 قطره) شروع می کند. بعد از یک ساعت به علت شروع انقباضات موثر

انفوزیون سنتوسینون قطع شده و مادر ساعت 15:30 زایمان و اژینال می کند. حاصل زایمان نوزاد دختر پره ترم با آیگار 9/10 و وزن 1300 گرم بود

که توسط زیدنت نوزادان به بخش NICU الزهرا منتقل می شود. بعد از خروج جفت، خونریزی در حد P.P و علایم حیاتی بعد از زایمان : PR=136

BP=137/95 RR=44 BT=37.2 O2Sat=92% بود. بعد از زایمان β .HCG کاهش یافته و 4 روز بعد از زایمان به 1300

واحد می رسد. به علت درد شکم و تندرنس ژنرالیزه CT Scan شکم درخواست می شود. در اسکن نواحی هیپودنس وسیع در پارانشیم کلیه ها به

صورت Wedge Shape و همچنین نواحی هیپودنس در پارانشیم طحال و هتروژنیسته کبد و هپاتومگالی و مایع آزاد در فضای شکم و لگن گزارش می

شود. به علت تب دار شدن مادر (BT=39 آگزیلاری) کشت خون و ادرار درخواست می شود که منفی گزارش می شود. به علت کاهش قابل توجه عیار

β .HCG کوریوکارسینوم رد شده نمونه برداری از طریق برونکوسکوپی (TBLB) انجام می گیرد (مورخ 5/20 در هنگام نمونه برداری خونریزی

شدیدی در محل رخ می دهد که با اقدامات درمانی سریعاً کنترل می شود.

گزارش شفاهی نمونه TBLB، SCC متاستاتیک بود و مشاوره انکولوژی پیشنهاد می کند برای پیدا کردن منشا کاتسر سونوگرافی تیروئید، برست

، آندوسکوپی و مشاوره ENT درخواست شود (در بررسی تیروئید، برست و آندوسکوپی مشکلی گزارش نشده بود) . به علت افت هموگلوبین

(Hb=7.6) یک واحد پکدسل تزریق می شود. چند روز بعد مرکز پاتولوژی در گزارش کتبی نمونه TBLB راپنومونی ارگانیزه گزارش می کند. باین

گزارش درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف و پردنیزولون خوراکی (Stat 50mg سپس 40mg روزانه) شروع می شود.

از روز دهم بستری هپارین پروفیلاکتیک به انوکسپارین 40mg/d تبدیل می شود و 6 روز بعد با RBR شدن مادر قطع می شود. سه روز بعد روز

نوزدهم بستری مادر عصر دچار درد ناگهانی سینه می شود. علایم حیاتی : PR=125 BP=120/80 RR=30

O2Sat=91% بدون اکسیژن بود. در نوار قلبی پترن S₁Q₃T₃ وجود داشت. برای مادر اکسیژن تراپی با 4 لیتر اکسیژن شروع شده و یک

عدد پرل TNG زیر زبانی گذاشته می شود (قبلاً اکسیژن دریافت نمی کرد). مادر CBR شده و بعد از دریافت دوز اولیه انفوزیون هپارین 1000IU/h شروع می شود. در آزمایشات درخواستی پلاکت خیلی بالا بود (تا یک میلیون) و هیدروکسی اوره شروع می شود. در CT آنژیوگرافی ریه نقص پرشدگی مطرح کننده آمبولی وجود نداشت. بعد از گزارش CT آنژیوگرافی، مقدار هپارین به دوز پروفیلاکتیک کاهش داده می شود. به علت عدم همخوانی تشخیصی پنومونی ارگانیزه با علایم بالینی بیمار، مشاوره جراحی توراکس جهت بیوپسی باز ریه درخواست می شود. در تاریخ 6/6/ بیوپسی باز ریه انجام گرفته و نمونه بافتی و مایع پلور جهت بررسی پاتولوژی و سیتولوژی ارسال می شود. بعد از انجام بیوپسی باز مادر حالت خواب آلود داشت و با وجود دریافت اکسیژن 5L/m تاکی پنه داشت RR=45. در بررسی نمونه بیوپسی دوباره پنومونی ارگانیزه مطرح می شود. مادر بتدریج دچار ادم گوده گذار در اندام های تحتانی و کاهش صدا در ریه ها و افزایش قند خون می شود برای مادر پروتکل انسولین و لاکسیس شروع می شود. Cr مادر در طی مدت بستری از 1.2—1.8 Cr افزایش داشته است. ولی برونده اداری خوب بود. آنتی بیوتیکهای مادر چندین بار به علت تب دار شدن تعویض شده بود. مادر گاهی تا حد PR=160 تاکیکارد می شد.

جواب اکوکاردیوگرافی مورخ 5/13/: Mild LV Dysfunction with Smokey Pattern LVEF=45-50%

به علت افزایش پتاسیم خون و اسیدوز متابولیک پیشرونده، کی اگزالات شروع شده بود. در بررسی نمونه توسط یکی دیگر از اساتید پاتولوژی، فیبروز قدیمی و پترن برونکوالونولر مطرح شده بود. مایع برونشیاال از نظر مالینگنسی منفی بود. با این گزارش برای مادر پالس متیل پردنیزولون 250mg/q12h/IV تجویز می گردد.

روز 39 بستری : پرستار شیفت عصر در موقع تحویل شیفت به علت تاکیکاردی و تاکی پنه و درد ناحیه اپی گاستر مادر، به رزیدنت اطلاع می دهد و ایشان می گوید درد معده به علت کی اگزالات می باشد و دستوری نمی دهد. مجدداً ساعت 14:35 با رزیدنت دیگر صحبت می کنند و ایشان آمپول پتیدین، هیوسین و رانیتیدین تجویز می کند (مادر از درد شکم شاکی بود و علایم حیاتی : BP=115/70 PR=120

BT=36.5 O2Sat=89% RR=40 داشت. در ساعت 17 دچار افت هوشیاری در حد GCS=4-5 و دوپل میدیاز بدون واکنش به نور می شود. به رزیدنت اطلاع می دهند و ایشان مادر را انتوبه کرده و به نتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. ضمن تعبیه NGT متوجه ترشحات خونی معده شده و سستشوی معده با نرمال سالین انجام می گیرد و پنتاپرازول و اکروتاید تجویز می شود. فشارخون غیر قابل اندازه گیری بود. اندامها شدیداً ادماتو و سرد بودند. دیورز نداشت. در ABG : PH=6.74 HCO3=6.5 BE=-28 بود. رزیدنت با فلوی محترم گوارش تماس می گیرد و ایشان ذکر می کند نیازی به آندوسکوپی اورژانس ندارد. برای مادر انفوزیون نوراپی نفرین و سرم نرمال سالین و بی کربنات سدیم شروع می شود. با اقدامات انجام شده فشار خون مادر موقتاً اصلاح شده و دیورز پیدا می کند. ولی هوشیاری تغییری نمی کند. ساعت 00:50 با ماداد به علت بی ثباتی همودینامیک و دیستانسیون و Tense بودن شکم مشاوره جراحی اورژانس درخواست می شود. مشاوره توصیه می کند CBC و ABG و گرافی خوابیده شکم و لاترال چپ انجام گیرد. به علت وضعیت مادر، گرافی لاترال چپ انجام نمی گیرد. سونوگرافی شکم و لگن به علت نیاز به آمادگی و بی ثباتی همودینامیک انجام نمی گیرد. مادر نصف شب مجدداً دچار خونریزی معده شده و شستشوداده می شود و نهایتاً ساعت 10:30 صبح ارست قلبی تنفسی کرده و متأسفانه به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات: BMA طبیعی و فاقد انفیلتراسیون بود. در PBS WBC=15,000-20,000 با ارجعیت PMN بود. Tap مایع پلور در دونوبت ترانسودا و از نظر بدخیمی منفی بود.

PLT=418,000

Hb=8

ALP=508

CRP=2+

ESR(1h)=46

Bil=0.8

SGPT=58

SGOT=48

PTT=31

PT=13.9

Anti Phospholipid(IgG,IgM)=Neg

Anti Cardiolipin(IgG,IgM)=Neg*

Anti ds DNA= 1.1 HCV Ab=Neg

Anti GBM=Neg

ANA=0.47(Neg)

HBS Ag=Neg

B/C=Neg

CH50=117

C4=32

C3=128 P-ANCA=3.19(POS)

C-ANCA=0.25

Cryoglobulin=Neg

CA₁₅₋₃=223CA₁₉₋₉=50

AFB=Neg

تشخیص علت مرگ: Secondary BOOP در زمینه نامعلوم می باشد. تشخیصهای افتراقی: واسکولیت-مالیگنسی

توضیحات اعضای کمیته:

1. باوجود گزارش پنومونی ارگانیزه در بیوپسی باز و بیوپسی از طریق برونکوسکوپ درگیری کلیه، کبد وطحال و ترومبوسیتوز با

پنومونی اولیه سازگار نبوده و BOOP ثانویه به بیماری زمینه ای می باشد.

2. عدم رویت وژتاسیون دراکوکار دیوگرافی، آندوکاردیت را رد می کند و Smokey Pattern ممکن است در زمینه اسیدوز

متابولیک و یا دریافت خون باشد.

خانم 69متوفی خانمی است 17ساله، ساکن روستای اصلی، BMI =27, G₁P₀، سابقه بیماری خاصی نداشته است. حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته و به علت کلسترول وتری گلسیرید بالا (Chol=212 TG=277) به پزشک ارجاع شده بود ولی پس خوراند

نداشت. مراقبت دوران بارداری از هفته 9درخانه بهداشت شروع شده و بصورت مرتب مراقبت شده بود و 3بار نیز به متخصص زنان ارجاع شده بود

در پرونده بهداشتی فشارخون مادر در تمام مراقبتها نرمال قید شده بود ولی وزن گیری نوسان دار بود. در هفته 27 حاملگی توسط پزشک به علت ادم

و افزایش وزن ناگهانی به بیمارستان ارجاع فوری شده بود ولی پس خوراند نداشت و پیگیری هم نشده بود (مادر مراجعه نکرده بود).

در آزمایشات اوایل حاملگی هفته 27 غیر از پیوری مشکل دیگری نداشت و پزشک مرکز کپسول سفالکسین تجویز کرده بود. آخرین مراقبت 7روز

قبل از فوت توسط ماما درخانه بهداشت انجام شده بود BP=100/70 بود. برای مادر U/A درخواست می شود و توصیه می شود با جواب

آزمایش به پزشک مراجعه کند. طبق اظهار اطرافیان، متوفی در چندماه اخیر از خستگی زودرس شاکی بود و از حدود یک هفته قبل سوزش سردل و درد

سینه با انتشار به بازوی چپ را ذکر می کرد. مادر در هفته 32 حاملگی شب ساعت 23:15 هنگام صرف شام بدنبال بلند شدن بصورت ناگهانی

دچار ارست شده و بی هوش می شود. مادر را با وسیله شخصی به بیمارستان می برند و در اورژانس پزشک اعلام می کند مادر خیلی وقت است که تمام

کرده است.

در اتوپسی 500 سی سی مایع شفاف در پریکارد و هیپرتروفی بطن چپ وجود داشت. علت مرگ کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک و آریتمی قلبی گزارش شده

است.

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادر به علت ادم و افزایش وزن ناگهانی ارجاع فوری شده ولی مورد توجه واقع نشده و پیگیری هم نشده است. با توجه به نتیجه

اتوپسی مادر شواهد نارسایی قلبی داشته است و علت افزایش وزن تجمع مایع در ارگانهای مختلف بوده است .

خانم 70

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن شهر، G_2P_1 ، $BMI = 23.6$ ، سابقه یکبار سزارین 5 سال پیش به علت فشارخون بالا، سابقه مصرف

نامرتب لوژارتان به علت فشارخون بالا قبل از بارداری دوم (فشارخون در چند بار مراجعه در حد 90-140/80-130 بود. دو سال پیش توسط فوق تخصص کاردیولوژی اکوکاردیوگرافی و تست ورزش شده و مشکل خاصی نداشته است. وسیله پیشگیری کاندوم بوده و حاملگی خواسته بود.

مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری از هفته 6 در خانه بهداشت شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. در اولین مراقبت به علت سابقه مصرف لوژارتان و $BP=130/80$ به متخصص داخلی ارجاع شده ولی پس خوردن داشت. مادر اظهار می کرد متخصص داخلی گفته نیازی به

مصرف دارو نیست. آزمایشات اوایل حاملگی هفته 28 نرمال بود. مادر به علت سابقه سزارین در هفته 38 حاملگی جهت تعیین وقت عمل به مطب متخصص زنان مراجعه می کند و ایشان به علت بالا بودن فشار خون مادر ($BP=140/90$) برگ بستری فوری صادر می کند. مادر بلافاصله بستری شده

و آماده عمل سزارین می شود. دستور حین بستری: سرم رینگر-کنترل فشارخون هر 4 ساعت- آزمایشات Hb-CBC-BG - آمپول سفازولین- آمپول هپارین 5000 واحد زیرجلدی. در برگ پذیرش علت بستری فشارخون بالا ذکر شده ولی آزمایشات پره اکلامپسی درخواست نشده بود. (ساعت بستری

12:05) مادر بعد از اقدامات اولیه ساعت 14 به اتاق عمل منتقل می شود. علائم حیاتی در اتاق عمل : $BP=145/90$ $PR=80$

$RR=18$ $BT=37$ عمل راس ساعت 14:30 با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان پسر نوزاد ترم با وزن 2850 گرم

و آپگار 9/10 بود. مادر ساعت 15:30 به ریکاوری منتقل شده و ساعت 17 به بخش تحویل داده می شود. علائم حیاتی موقع تحویل : $BP=136/82$

$O_2Sat=96\%$ $HR=64$ و خونریزی در حد P.P بود. در طول عمل فشارخون در محدوده نرمال بود. دستورات بعد از عمل : NPO تا 8

ساعت- CBR تا 8 ساعت- کنترل علائم حیاتی هر یک ساعت تا 2 ساعت سپس هر 4 ساعت- سرم رینگر +30 واحد سنتوسینون- آمپول سفازولین

$1g/q8h$ تا 3 دوز سپس کپسول سفالکسین- آمپول هپارین $5000U/TDS/S.C$ چهار ساعت بعد از عمل- مسکن PRN- چک Hb فردا صبح. طبق اظهار

خانواده مادر از روز دوم دچار درد ناحیه گردن (طرف چپ) شده که با مصرف مسکن و ژل موضعی بهبود نداشته است ولی در پرونده اشاره ای به

شکایت بیمار نشده و 6 مرتبه شیاف دیکلوفناک استفاده شده بود. مادر 42 ساعت بعد از عمل با دستور تلفنی متخصص زنان مرخص می شود (

متخصص زنان مادر را قبل از ترک بیمارستان ویزیت کرده بود). در طول بستری علائم حیاتی در محدوده نرمال $BP=110/70$ $PR=63-76$

ثبت شده بود. مادر بعد از ترخیص همچنان از درد گردن شاکمی بود. طبق اظهار خانواده، مادر عصر بعد از استحمام ساعت 17 دچار درد ناگهانی در ناحیه

اپی گاستر شده و بدنبال آن سردرد، سرگیجه و تاری دید را ذکر می کرد. مادر را به مطب پزشک عمومی درسیس می برند. بر اساس اظهارات پزشک

، مادر در منزل دوپارچ دوغ مصرف کرده بود (طبق توصیه کادر بیمارستان) و باشکایت احساس خفگی و فشار در ناحیه گلو مراجعه کرده بود. فشارخون

$BP=110/80$ بود و اریتم حلق داشت و چون مادر احساس خفگی را از روز قبل ذکر می کرد با تشخیص فارتزیت ، آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم

وریدی - آمپول کلرفنیرامین عضلانی ، قرص لوراتادین و شربت دیفن هیدرامین جهت غرغره تجویز می کند. مادر بعد از اتمام درمان به منزل برمی

گردد. بعد از بازگشت به منزل مادر بیحال بود و حالت درازکش راتحمل نمی کرد. حوالی ساعت 3 نصف شب مادر بدحال شده به اورژانس 115 اطلاع می

دهند. هنگام رسیدن اورژانس مادر علائم حیاتی نداشت ضمن شروع عملیات احیا مادر به بیمارستان منتقل می شود ولی متأسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده و 5 صبح فوت مادر اعلام می شود. در اتوپسی تامپوناد قلبی به علت پارگی آنوریسم شریان آنورت علت مرگ گزارش شده است. توضیحات اعضای کمیته:

1. تغییرات هورمونی در حاملگی می تواند زمینه را برای ایجاد آنوریسم آنورت فراهم کند.
2. فشارخون مزمن هم زمینه ساز ایجاد آنوریسم آنورت می باشد و در بیمار هیپر تانسو دیسکشن آنوریسم آنورت بعد از هفته 36 کاتاستروفیک است و زنده ماندن بیمار نادر و در حد **Case Report** می باشد و در مورد این مادر به شکایت بیمار توجه کافی نشده و مشکل بیمار به موقع تشخیص داده نشده است.
3. احساس خفگی و برونکواسپاسم به علت تحریک عصب واگ در جدار ادوانتیس آنورت یکی از علائم دیسکشن آنورت می باشد و مادر بارداری که احساس خفگی و درد واضح گردن مخصوصاً یک طرفه داشته باشد می بایست مشاوره قلبی و یا داخلی شود.
4. بعد از بی حسی اسپینال بیمار تا 3 هفته ممکن است افت فشارخون داشته باشد و پایین بودن فشار نمی تواند مسایل قلبی عروقی را رد کند.

خاتم 71

متوفی خانمی است 35 ساله ، لیسانس ، ساکن شهر ، $G_2 P_1$ زایمان اول چهار سال قبل و به روش C/S بود . برای کنتراسپشن از LD استفاده می کرده است . سابقه بیماری خاصی ندارد . حاملگی خواسته بود . در مطب متخصص زنان کنترل می شده است ، بصورت نامرتب . بیمار در هفته 34 حاملگی ساعت 18:30 بعلت درد شکم و پهلوها که از سه روز قبل شروع شده بود ، به بیمارستان خصوصی مراجعه و بعلت فشارخون بالا و پروتئین اوری + 4 پذیرش نشده و به دستور پزشک معالج به آموزشی درمانی ارجاع میدهند (بدون آمبولانس و IV Line) . در ضمن تعداد لوکوسیت در ادرار 25-30 عدد بود . (البته بیمار و همسر ایشان قبول نکرده بودند با آمبولانس بروند.)

موقع پذیرش (ساعت 20) : $FHR= 140$ $BP= 200/120$

علائم Severity نداشت ، ادم اندام تحتانی + 2 داشت ، سمع قلب و ریه نرمال بود . برای بیمار سولفات منیزیم 4 g State و سپس 2 g وریدی آهسته تزریق میگردد ، یک دوز بتامتازون 12 mg تزریق میشود ، 5 mg هیدرالازین ، یک عدد قرص متیل دوبا داده شده و بیمار با تشخیص پره اکلامپسی شدید و سابقه C/S به اتاق عمل منتقل میشود . در اتاق عمل TNG جهت کنترل فشارخون شروع میشود و بعد از کاهش فشار به 130/90 در ساعت 22:40 با راشی عمل C/S شروع میگردد . در طول عمل بعلت عدم کنترل فشار ، انفوزیون TNG ادامه می یابد . در اواخر عمل بدلیل عدم کنترل خونریزی و oozing منتشر و طولانی شدن زمان عمل و برگشت بی حسی ، بی هوشی عمومی داده میشود و ساعت 23:40 عمل خاتمه می یابد . یک نوزاد پسر با آپگار 5/8 دنیا می آید . مایع آمنیوتیک شفاف بود . در طول عمل علیرغم دریافت 4 لیتر سرم ، برونده ادراری بسیار ناچیز بود . در دو مرحله 20 mg لازیکس تزریق میگردد . پس از عمل جهت کنترل و مونیترینگ همودینامیک به ICU منتقل میگردد . (ساعت 00:30)

دستورات ICU : کنترل V/S (مونیتورینگ) و ثبت علائم - CBR با حرکت پاها در بستر ، کنترل V/B ، کنترل I/O و علائم Severity .
 آمپول سنتوسینون 10 واحد هر 12 ساعت عضلانی تا دو روز - اکسیژن 2-3 Lit ، آمپول سولفات منیزیم 2g / h وریدی از طریق میکروست -
 آمپول سفازولین 1g /6h و جنتامایسین 80 mg / IM/TDS (با کنترل RR,U/O , DTR) .

آمپول هپارین 5000 واحد هر 4 ساعت - بعلت داشتن درد يك عدد شياف ديكلوفناك سدیم ، ویزیت قطع سولفات ، چك سطح سرمی Ca و P و Mg ، تستهای کبدی ، K, Na و بیلی روبین . در سه بار متوالی نمونه ارسالی لیز گزارش شده بود و امکان بررسی وجود نداشت .

ساعت 1:30 صبح : بیمار اولیگوریک و هماچوریک است ، فشارخون BP= 175/132 میباشد . میزان TNG رابه 80 cc /h افزایش میدهند .

ساعت 2:45 صبح : بیمار همچنان اولیگوریک است . رزیدنت زنان با مشاور داخلی تماس میگیرند و ایشان توصیه میکنند سرم TNG تا زمان خارج شدن بیمار از NPO ادامه یابد و 20 State میلیگرم لازیکس وریدی تزریق گردد.

در ساعت 6:30 صبح بعلت ادامه اولیگوری ، 500 سي سي سرم نرمال سالین سریع انفوزه میشود ولي تغییری در برونده ادراری ایجاد نمیشود.
 يك عدد شياف ديكلوفناك مجدداً داده میشود : بعلت اولیگوری جنتامایسین قطع میشود.

در ساعت 8:00 مجدداً 500 سي سي سرم رینگر بصورت سریع انفوزه میگردد.

در ساعت 10:00 بعلت اولیگوری سولفات منیزیم به دستور متخصص داخلی Hold میشود . قرص اتنولول 50 میلیگرمی و یکعدد قرص آمیلودیپین باکمی آب بصورت اورال داده میشود و یکعدد آمپول ترامادول تزریق میگردد.

جواب آزمایشات به اطلاع اتندیگ رسانده میشود بشرح ذیل :

Bile (Direct) = 6.15 Bile (Total) = 14.81 Na=126 Alb=2.1 K= 5.45

SGOT = 1319 SGPT =285 ALP= 126 LDH= 5103

PT=16.9 PTT = 43 D.Dimer > 2000 CBC : لیز بود

توصیه میشود مسکن و لازیکس تزریق نشود . سولفات منیزیم به 0.5g/h کاهش یابد ، شربت لاکتولوز 2 قاشق هر ساعت تا شروع کارکرد شکمی و سپس به 2 قاشق هر 12 ساعت کاهش یابد. 5 میلیگرم هیدرالازین وریدی تزریق میگردد. 50 میلیگرم رانی تیدین تزریق میشود.

در ساعت 12 ظهر Hb = 9/8 Hct=30 PLT = 104,000 بود.

از ساعت 11:10 صبح شروع به انفوزیون FFP میکنند و تا ساعت 12:40 هشت واحد ترانسفوزیون میشود.

ساعت 12:30 ظهر برونده ادراری زیاد شده ولي همچنان خونی بود . بیمار هوشیار میباشد . بعلت افت ساچوراسیون بیمار به 74% به بیمار پوزیشن نیم نشسته داده و به دستور اتند محترم زنان 80 میلیگرم لازیکس وریدی تزریق میگردد. 500 سي سي سرم نرمال سالین + 20 سي سي سرم دکستروز 50% با سرعت 50 سي سي در ساعت انفوزه میشود .

بصورت اورژانس مشاوره نفرولوژی درخواست میشود و ایشان در جواب مشاوره یادداشت کرده بود: بیمار آنوریک ، لتارژیک و اسیدوتیک و ایکتریک است . از مخاط بینی خونریزی دارد. BP=139/92 . با احتمال قوی سندرم hellp و HUS همزمان مطرح است.

Cr= 1.2 K= 7.3 Ca= 8.3 Mg= 3.9 Urea = 57

توصیه میکنند تستهای کلاژن و اسکولر ، C4 ، C3 ، CH50 ، CI و آنتی ژن هپاتیت هارا چک کنندو بررسی لام خون محیطی - کنترل K و در صورت بالا بودن آن (>6/1) گلوکز هیپرتونیک 50% + انسولین رگولار 10 واحد و در صورت عدم برقراری ادرار ، دیالیز اندیکاسیون دارد . مواد غذایی حاوی پتاسیم داده نشود. احتمالاً بیمار نیاز به پلاسمافرز نیاز خواهد داشت که بعد از گزارش لام خون محیطی تصمیم گرفته میشود ، بیمار با هماهنگی به ICU ریه منتقل شود و توصیه میکنند در صورت افزایش کراتین جهت تنظیم دوزاژ داروها تماس گرفته شود. بعلت پائین بودن پلاکت Plate = 58,000 5 واحد پلاکت ترانسفوزیون میشود . بعلت دیسترس تنفسی و ادم ریه و افت ساچوراسیون (O2 sat = 78%) بیمار انتوبه شده و به ونتیلاتور با سیستم SIMV وصل میشود.

در ساعت 14:30 متخصص ریه بیمار را ویزیت کرده و توصیه میکند آمپول دگزامتازون هر 6 ساعت 8 میلیگرم وریدی و مانیتول 20% + 400mg 300 cc لازیکس در عرض 2 ساعت انفوزیون گردد. پنتو پرازول 2 ویال داخل 500 سی سی سرم در عرض 8 ساعت انفوزیون گردد. آمپول سیپروفلوکساسین 400 میلیگرمی هر 12 ساعت تزریق گردد.

ساعت 17:00: بیمار آنوریک است ، ایپستاکسی خفیف دارد ، Pale است ، خونریزی واژینال ندارد ، پانسمان خشک است ، رال منتشر در هر دوریه دارد - تنفس اسیدوتیک دارد BP=150/98 . O2 Sat = 98%

متخصص کلیه توصیه میکند بعلت آنوریک بودن بیمار دادن مانیتول با دوز توصیه شده به نفع بیمار نیست و در صورت لزوم دوز آن تعدیل شود و بعلت شک بالینی قوی به HUS دادن پلاکت میتواند برای بیمار تهدید کننده باشد.

لازم است لام خونی محیطی تهیه شود. که در لام خون محیطی شیسستوسیت اندک دیده شده بود. و باتوجه به آنوریک بودن لازیکس هر ساعت 20 سی سی انفوزیون شود . باتوجه به اسیدوز شدید 2 عددویال بیکربنات نیز تزریق گردد.

در ساعت 19 بیمار دچار تاکی کاردی میشود و دومرتبه 5 میلیگرم وراپامیل رقیق شده آهسته تزریق می گردد.

در ساعت 21:20 ترشحات ریه و معده خونی بوده و شستشوی معده انجام می گیرد .با دستور متخصص بی هوشی مدونتیلیاتور به CMV تغییر می

یابد.در ساعت 22:20 بعلت عدم پاسخ به اقدامات درمانی و افت هموگلوبین HB= 4.9 وادامه آنوری و ضرورت انجام دیالیز و تعبیه CVP Line تصمیم گرفته شد به بیمارستان جنرال منتقل گردد.

طبق مشاوره با استاد مشاور نفرولوژی 1 واحد کرایو تزریق و مشاوره اورژانسی داخلی انجام می شود که ایشان توصیه میکند 5 واحد دیگر کرایو و 4 واحد FFP انفوزیون شود. بانظر آنکال محترم زنان 3 واحد خون تازه نیز برای تزریق آماده می کنند.

ساعت 23:20 مشاور ICU ریه بیمار را ویزیت و لزوم انتقال بیمار راتانید میکند.

ساعت 1:00 صبح : بیمار به همراه رزیدنت زنان و تکنیسین بی هوشی ، با آمیوبگ و O2 به بیمارستان جنرال منتقل میشود متاسفانه هنگام تحویل به ICU ریه بیمار فاقد نبض بوده و در مانیتورینگ خط ایزو ثبت میشود و به عملیات احیاء پاسخ نمیدهد

آزمایشات : سونوگرافی کبد ساعت 12/45 : کبد در حداکثر اندازه طبیعی با اکوژنیسیته نرمال میباشد ، ضخامت جداری کیسه صفرا شدیداً افزایش یافته که میتواند در زمینه وجود مایع آزاد باشد.

مایع آزاد فراوان در فضای شکمی رویت میشود ، اکوژنیسته پارانشیم کلیه ها افزایش یافته و سایز کلیه چپ بزرگتر از نرمال است (قطر 142 میلی متر) .

در CXR ساعت 9/58 : کدورت‌های آئولر ریوی درنواحی پری هیلار مشاهده میشود که احتمال خونریزی ریوی یا ادم را مطرح میکند . اندازه تصویر قلب نرمال است .

تشخیص : HELLP +HUS

توضیحات :

قبل از بستری : 1- مراقبت نامرتب 2- تاخیر در مراجعه به پزشک

بعد از مراجعه به بیمارستان : 1- ارجاع به مرکز دانشگاهی با ماشین شخصی (باید بیمار و همراهش توجیه شده و براعزام بیمار با آمبولانس ولاین وریدی و همراه درمانی اصرار می شد). 2- انتقال بیمار از مرکز زنان به بیمارستان جنرال با آمبولیج غیر علمی می باشد و اصولاً چنین بیماران پرخطر بایستی در مرکز جنرال بستری شود و بصورت تیمی Manage شود.

خانم 72

متوفی خانمی است 18 ساله ، ساکن روستای سیاری ، خانه دار ، G_1P_0 . معاینات پیش از بارداری توسط مامای تیم سلامت انجام شده بود و مشکل خاصی قید نشده بود. مراقبت دوران بارداری یکبار توسط ماما انجام شده بود . آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود .

نامبرده در هفته 15 حاملگی دچار تب و لرز و تهوع و استفراغ شده روز بعد و به دنبال رفتارهای نامعمول (پرخاشگری ، فحاشی و کشف حجاب) و حرکات غیر ارادی (لرزش دستها) دچار کاهش هوشیاری و بی اختیاری ادراری می شود . مادر را با این تابلو به بیمارستان شهرستان می برند. در بیمارستان ، هوشیاری در حد Light Coma بوده و مردمکها دویل میدیاز و راکتیو به نور بود. ردورگردنی نداشت. ریتم تنفسی نرمال و ریه ها clear بودند. قلب ریتم منظم داشت . شکم نرم و بدون تندرns بود. در روی لب فوقانی ضایعات هرپسی وجود داشت .

علائم حیاتی : BP=120/70 PR=100 BT=35°C

برای مادر آزمایشات CBC, Cr, BS و الکترولیتها درخواست می گردد. WBC=11,700 PMN=84% PLT=178,000

BS=125 P=4 Ca=8.5 K=4.1 Na=133 Cr=0.7

برای مادر اکسیژن نازال و سرم 2/1, 3/3 وصل و 2 گرم سفتریاکسون انفوزیون و با تشخیص احتمالی آنسفالوپاتی کبدی به مرکز آموزشی درمانی اعزام می گردد . هنگام پذیرش (ساعت 22:20) علائم حیاتی نرمال و $O_2Sat=98\%$ بود

هوشیاری در حد Light Coma بوده و در معاینه عصبی بیمار با تحریک دردناک صدای نامفهوم ایجاد می کرد. مردمکها ایزوکوریک و با کوچکترین تحریک ابتدا میدریاز و سپس بسرعت میوز می شد. قدرت عضلانی هر چهار اندام 3/5 ، کف پای راست اکستانسور و چپ آبوله بود. رفلکس اکولوسفال منفی بود . علائم تحریک مننژ نداشت. اریتم پالمار و Spider آنژیوما وجود نداشت .

برای مادر مجدداً آزمایش درخواست می گردد .

BUN=15 Cr=0.6 Hb=14.5 PLT=320,000 WBC=11,900

PCO2=48 HCO3=18.4 PH=7.43 BS=139 K=3 Na=137

بیمار با تشخیص احتمالی آنسفالیت ویرال و تشخیص افتراقی حوادث حاد عروقی ، اپی لپسی، هرنی مخچه در بخش اعصاب بستری می گردد. در بخش اعصاب ، علائم عصبی متغیر بود. حرکات ناگهانی داشت. تب دار نبود. برای مادر تستهای انعقادی ، اسکن اسپیرال مغز و EEG درخواست می گردد. به علت

مختل بودن تستهای انعقادی LP انجام نمی شود. در اسکن اسپیرال مغز ضایعه حاد توجیه کننده علایم عصبی بیمار وجود نداشت. در EEG موج های

Slow آبنرمال نشان دهنده آنسفالوپاتی وجود داشت. **BS=130 PTT=53 PT=38 INR=5**

روز دوم بستری به علت تشنجهای مکرر بیمار به بخش ICU اعصاب منتقل می گردد. در معاینه مردمکها دوپل میدریاز و راکتیو به نور بود. کف پای

چپ اکستاتور و راست فلکسور است. تشنجهای مکرر با **Post ictal** طولانی داشته است. **BP=80/50 PR=68**

مادر را فنی توننیزه کرده و دوز نگهدارنده فنی تونین و آسیکلو ویر و ریدی شروع می کنند. همچنین تستهای تیروئیدی، پروتئین ادرار 24 ساعته و آنزیمهای کبدی درخواست می گردد.

جواب آزمایشات: **T4=11.1 T3=0.9 TSH=0.75 Urine Protein(24)=50**

Direct Bilirubin Total Bilirubin =1.9 Alb=2.4 ALK=182 SGPT=246 SGOT=124

0.7=روز سوم بستری: مادر بیدار و هوشیار است. از دستورات اطاعت می کند. شکایت خاصی ندارد. کف پای دوپل آبوله

است. **BP=110/70 و BT=36.8**

به علت بالا بودن آنزیمهای کبدی با احتمال آنسفالوپاتی کبدی درخواست مشاوره گوارش و آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش (جهت بررسی واریس مری) و سونوگرافی شکم می شود. در آندوسکوپی فوقانی دستگاه گوارش یافته خاصی وجود نداشت. در سونوگرافی شکم هپاتومگالی خفیف با اکوژنسیته نرمال و اندک مایع داخل شکم وجود داشت. عروق کبدی باز و نرمال بود. کیسه صفرا، مجاری صفراوی و طحال نرمال بود. طبق توصیه متخصص گوارش برای ایجاد مدفوع شل لاکتولوز شروع می شود. برای **TTP R/O** اسمیر خون محیطی و **LDH** درخواست می گردد.

روز چهارم بستری: بیمار مجدداً افت هوشیاری پیدا کرده و به علت رد شدن انسفالیت هرپسی آسیکلو ویر قطع می شود. مولتی ویتامین، آمپول ویتامین **K** و ریدی و کاربامازپین و تزریق دو واحد **FFP** به دستورات دارویی اضافه می شود. در لام خون محیطی شیسیتوسیت رویت نشد و نوتروفیلی وجود داشت. **LDH=724**

روز پنجم بستری: مادر بیدار است از دستورات اطاعت می کند. شکایت خاصی ندارد. کف پای دوپل فلکسور است. ادم دوطرفه اندامهای تحتانی دارد. ایکتر واضح ندارد. علایم حیاتی نرمال است.

روز ششم بستری: کمی **Confused** و **ill** است. مردمکها و حرکات چشمی نرمال است. ادم اندامها نسبت به روز قبل کمتر شده است. دو واحد **FFP** تزریق می گردد. روز هفتم بستری: لتارژیک است و از دستورات اطاعت نمی کند. کف پای دوپل فلکسور ضعیف است. برای مادر مشاوره زنان از نظر سندروم هلپ و کبد چرب حاد حاملگی و مشاوره گوارش جهت انتقال به بخش گوارش درخواست می گردد. علایم حیاتی نرمال است در جواب مشاوره زنان ذکر شده بود. با توجه به فشار خون نرمال مادر و سن حاملگی و همچنین عدم پروتئین اوری سندروم هلپ و کبد چرب حاملگی بسیار بعید بود و مادر و هپاتیت اتوایمیون در زمینه هپاتیت ویرال و از نظر لوپوس بررسی گردد. در آزمایشات درخواستی:

ANA, Anti ds DNA, ALKMA, HCV Ab, HBC Ab, HBS Ag, HEV Ab, HAV Ab, HIV Ab منفی بود. سندروم ویلسون نیز رد شده بود.

روز هشتم بستری: مادر خواب آلود و کمی بی قرار است. یک نوبت استفراغ داشته است. علایم حیاتی نرمال است. **INR=3.5**

روز دهم بستری: هوشیاری کاهش پیدا کرده و باتحریکات درد ناک اندامها را حرکت می دهد. مردمک ایزوکوریک و راکتیو به نور است. کف پای دوطرفه اکستانسور است. علایم حیاتی نرمال است.

روز یازدهم بستری: بیمار در وضعیت **Light Coma** می باشد. در سمع، ریه ها پاک و تنفس به دلیل ترشحات صدا دار است (تنفس کوسمال دارد). تپدار نیست. در **ABG** آلکالوز تنفسی و اسیدوز متابولیک دارد. مشاوره داخلی درخواست و یک دوز آمپول ویتامین **K** وریدی تزریق می شود.

روز سیزدهم بستری: هوشیاری در حد **Obtundation**، مردمکها ایزوکوریک و راکتیو به نور می باشد. حرکات چشمی محدود شده است. کف پای دوپل اکستانسور است و ادم اندمهای تحتانی زیاد شده است. علایم حیاتی نرمال است **O₂Sat=100%** مادر به **ICU** ریه منتقل می گردد. باتوجه

به **R/O** بیماریهای مطرح شده (هیپاتیت ویرال، سندروم ویلسون، هیپاتیت اتوایمیون و سندروم هلپ) کبد چرب حاد حاملگی مجدداً مطرح شده و برای ختم حاملگی مشاوره زنان درخواست می شود. بعد از اصلاح تستهای انعقادی با **FFP** و ویتامین **K** در تاریخ **00/5/4** در بخش **ICU** ریه با اینداکشن ختم

حاملگی داده می شود. بعد از ختم حاملگی تغییر چندانی در وضعیت هوشیاری ایجاد نشده و در تاریخ **00/5/6** دچار دیسترس تنفسی می شود. مادر آنتوبیوتیک شده و به ونتیلاتور وصل می گردد. سولفات منیزیوم **2.5** سی سی هر **12** ساعت (برای رفع هیپو منیزیومی)، آلبومین **20%**، فرس سولفات، مولتی

ویتامین تجویز می گردد. روز بعد دچار تشنج پارشیل شده و با دیازپام، فنتانیل و میدازولام کنترل می گردد. در لوله تراشه ترشحات چرکی وجود داشت که ساکشن شده و **Septic Work up** می شود. **BT=38**

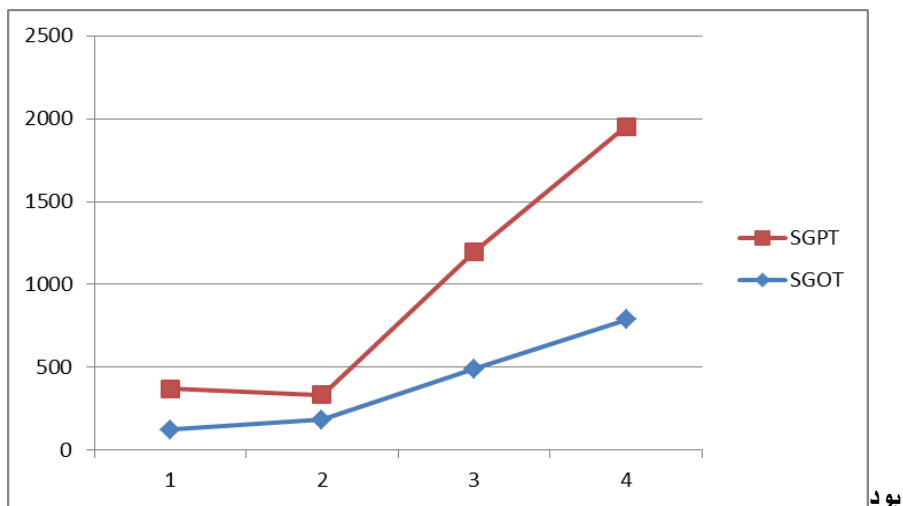
مادر دچار تشنج های مکرر شده و با تجویز دارو کنترل نمی شود. برای ایجاد بی هوشی عمومی با متخصص بی هوشی مشاوره میشود. بدنبال تشنج افت فشار خون، برادی کاردی و افت ساچوراسیون ایجاد می شود و به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات: **ESR_(1,2)=5,13** **CRP=1+** **Ammonia=247.4** **C-ANCA=0** **P-**

ANCA=0

Indirect Coombs=Neg **Direct Coombs=Neg** **Urine Copper(24h)=10.9** **Mg=1.6**

Hb	SGPT	SGOT	Bilirubin(total)
14.5	246	124	1.9
12.3	149	184	2.3
11.2	707	490	3.2
9.9	1164	787	2.5



تشخیص احتمالی : کبدچرب حاد حاملگی و تشخیص افتراقی : عفونت های ویرال

خانم 73

متوفی خانمی است 17 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_2P_0 ، Case شناخته شده نارسایی مزمن کلیه از دو سال قبل و تحت نظر متخصص نفرولوژی بود (در VCUG حدود مئانه ناصاف بوده و در دیواره چپ مئانه برجستگی با احتمال دیورتیکول گزارش شده بود و در گرافی رنگی ریفلکس ماده کنتراست بداخل حالب راست رویت می شد). متخصص نفرولوژی تاکید کرده بود که نباید حامله شود. علیرغم تجویز کنتراسپشن (کاندوم) به علت سابقه حاملگی خارج رحمی و نارسایی کلیه از طرف مرکز بهداشت ، به علت تمایل متوفی به حاملگی ، از وسیله پیشگیری استفاده نمی کرد. مادر از همان اوایل حاملگی تحت نظر خانه بهداشت ، تیم سلامت ، متخصص زنان و متخصص نفرولوژی بوده و علیرغم اصرار پزشک معالج همسر متوفی اجازه ختم حاملگی نمی دهد. در طول بارداری بصورت مرتب مراقبت شده و چهار بار با علتهای کاهش وزن ، تهوع و استفراغ و افزایش فشارخون به متخصص زنان ارجاع شده بود. در آخرین ویزیت تیم سلامت $BP=130/90$ بود. آزمایشات قبل از حاملگی:

Na=130	Cr=2.1 ,2.6	Urea=55	Cr=850 ادرار 24 ساعته	Pr=1579mg ادرار 24 ساعته
FBS,TG,Chol=Normal	Hb=11.6	Alp=179	Ca=9.9	Uric Acid =9.1
K=4.2	PH=5 ادرار	PTH=48	C3,C4,CH50,Anti DNA=Neg	
=35-40 ادرار.				
GLU= Trace	Urea=62	Cr=2.3	RPR=Neg	FBS=84: آزمایشات هفته سوم حاملگی:
		U/A: Pr=Trace		
آزمایشات هفته سیزدهم حاملگی :				
FBS=75	Ca=8.5	P=5	K=4.4	Na=130 Cr=2.5 Urea=72

U/A : Pr=Trace U/C=Neg Hb=8.9 ESR₍₁₎=62

U/A: Pr=3+ Epithelial Cell=35-40 Blood=Trace آزمایشات هفته سی و یکم حاملگی :

بیمار به علت اوره وکراتین بالا به اورژانس مرکز آموزشی درمانی ارجاع ودرآن مرکز با آزمایشات آنالیز وکشت ادرار وچک کراتین بدون اندازه گیری فشار خون به علت اینکه فعلاً مشکل اورژانس عفونی ندارد با دستورات دارویی مرخص کرده و مراجعه به درمانگاه راتوصیه کرده بودند.

در هفته 32 حاملگی به علت افزایش فشارخون BP=160/100 و پروتئین اوری +4 به بیمارستان شهرستان ارجاع و تحت نظر قرار می گیرد. متخصص زنان بدون ویزیت بیمار وبصورت تلفنی درخواست آزمایشات روتین، تزریق اولین دوز بتامتازون، تزریق 14 گرم سولفات منیزیوم (4 گرم وریدی و 10 گرم عضلانی) و هماهنگی جهت اعزام بیمار را Order می کند .

در ساعت 22:45 پس از تزریق 5 میلیگرم هیدرالازین همراه با دو همراه درمانی به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود.

موقع پذیرش در مرکز (ساعت 1:07 صبح) بیمار هوشیار و خواب آلود بود. سردرد داشت، گل بسته و علایم زایمانی نداشت، سمع قلب وریه نرمال بود.

FHR=130 BP=140/90 PR=88 RR=20

به علت خالی نبودن تخت ICU با دستور رزیدنت ارشد بابیمارستان خصوصی جهت انتقال بیمار به آن بیمارستان صحبت کرده و بیمار به آنجا ارجاع می شود ولی پزشک اورژانس به علت نیاز بیمار به دیالیز ونبود بخش دیالیز در آن بیمارستان از پذیرش بیمار امتناع کرده بود وبیمار مجدداً به مرکز آموزشی ریفر شده بود.

بیمار ساعت 4:30 بامداد بادرستورات کنترل علایم حیاتی هر 4 ساعت، رزرو 2 واحد خون ایزوگروپ، کنترل قلب جنین، کنترل علایم زایمانی، کنترل I/O، تزریق دوز دوم بتامتازون، انفوزیون سرم رینگر 100cc/h، تزریق سولفات منیزیوم 2g/h از طریق میکروست، چک آزمایشات انعقادی و Urea و Cr در بخش زایمان بستری می گردد. با مرکز آموزشی درمانی جنرال جهت انتقال بیمار به آن مرکز تماس میگیرند ومشاوره داخلی پاسخ می دهد باتوجه به اینکه بیمار برونده ادراری دارد فعلاً نیاز به دیالیز ندارد. برای بیمار ABG انجام شود و در صورت اسیدوز شدید ویا بیکربنات زیر 15 تماس گرفته شود.

Hb=12.1 K=6.3 Na=130 Urea=90 Cr=3.8 جواب آزمایشات :

Uric LDH=683 ALP=246 SGPT=28 SGOT=48 PLT=174,000

Acid=10.2

در ساعت 6:10 مجدداً با مشاوره داخلی مرکز جنرال تماس می گیرند وبیمار جهت تصمیم گیری به همراه برگ مشاوره اعزام می شود. در اورژانس بیمار معاینه شده و درخواست آزمایشات کبدی می شود. ساعت 8:10 بدون انجام اقدام خاص درمانی بیمار مجدداً به مرکز زنان برگردانده می شود.

در ساعت 9:30 بامتخصص نفرولوژی (پزشک معالج) مشاوره می شود وایشان قید کرده بود : به هر حال افزایش کراتینین اجتناب ناپذیر بوده و در صورت عدم کنترل فشارخون وعدم اصلاح اسیدوز بیمار و هرگونه علایم مسمومیت ختم حاملگی داده شود و در صورت نبود علایم تهدید جان بیمار در صورت امکان 2 هفته دیگر جهت مآچوریشن ریه جنین بیمار در بخش تحت نظر باشد. فشارخون با متیل دوپا و سپس نیفیدپین (SR) کنترل و در صورت عدم کنترل، هیدرالازین داده شود (فشارخون سیستمولی در حد 13-15 نگه داشته شود). ترجیحاً از سولفات منیزیوم استفاده نشود.

در ساعت 10:35 با نظراساتید محترم پریناتولوژی ، بیمار به دلیل پره اکلامپسی شدید جهت C/S آماده وبا تزریق 30 میلی گرم لازیکس به اتاق عمل منتقل می گردد . ساعت 11:10 عمل با بی هوشی عمومی شروع شده وحاصل زایمان نوزاد پره ترم با آپگار 7/8 بود.بیمار ساعت 13:15 با دستورات :کنترل وچارت علایم حیاتی ، آمپول سفازولین 1گرم هر 6 ساعت، سرم رینگر 100سی سی هر ساعت ،آمپول سولفات منیزیوم 1 گرم هر ساعت از طریق میکروست با کنترل RR ,DTR ،آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت (4 ساعت بعداز عمل) ، انجام ABG واطلاع سریع جواب ، چک منیزیوم هر 4 ساعت و آمپول دکزامتازون 10میلیگرم عضلانی هر 12 ساعت تا4 دوز به بخش ICU منتقل می شود.باتوجه به PH=7.1 وHCO3=11.3 بامشاور داخلی تماس می گیرند وایشان انفوزیون 100 میلی اکی والان بیکربنات سدیم داخل یک لیتر سرم (نصف در عرض دو ساعت ونصف دیگر در عرض 8 ساعت) ،تعدیل دوز سولفات منیزیوم ،تعدیل دوز آنتی بیوتیکها وتجویز قرص آنتولول 50 میلیگرم هر 12 ساعت ومحدودیت پروتئین دریافتی وABG مجدد را Order می کند.ساعت 15:00 نفرولوژیست باتوجه به علایم وجواب ABG ، اعلام می کند بیمار نیاز به دیالیز اورژانس دارد وبا هماهنگی رزیدنت داخلی به مرکز آموزشی درمانی جنرال منتقل گردد. بیمار ساعت 18:20 با علایم حیاتی ووضعییت :

HCO3=14.2 Pco2=29.8 O2Sat=74.9% RR=20 PR=96 BP=120/65

Ca⁺⁺=2.96 Mg⁺⁺=1.14 PH=7.28 PO2=48.8

BUN=90 به همراه انترن وماسک اکسیژن وست احیا منتقل می شود. Cr=3.8 K=5.1 Na=141

بیمار ساعت 19:25 به اورژانس تحویل ومستقیماً دربخش نفرولوژی پذیرش داده می شود.علایم حیاتی وآزمایشات دربخش (ساعت 21:08)

RR=28 HR=90 BP=110/70

Fio2=28 HCO3=19.8 PCO2=96.4 PH=6.93 O2Sat=51.8%

Hb=11.6 Na=141 Mg=1.14 K=5.1

بیمار ساعت 20:30 در بخش نفرولوژی بستری شده ونیم ساعت بعد دچار ارست قلبی تنفسی می شودومتاسفانه به اقدامات احیا پاسخ نمیدهد.

تشخیص علت مرگ : ارست تنفسی به علت عدم تعدیل دوز سولفات منیزیوم (عوارض نارسایی مزمن کلیه)

توضیحات :

- 1- بیمار نباید حامله می شد وحدافل ختم حاملگی داده می شد (درموارد مشابه باید از یک روانشناس ،از نفوذ افراد مورد قبول جامعه نظیر روحانیون محل ویا خانواده برای توجیه خطرات حاملگی ویا ادامه آن استفاده شود.)
- 2- ارجاع بیمار به بیمارستانهای دیگر به بهانه های مختلف به ضرر بیمار بوده وبیمار از اول باید دریک سانتر مجهز بستری شود وسایر مشاورات در همان مرکز صورت گیرد.
- 3- دادن سرم رینگر برای بیمار با نارسایی کلیوی به علت مشکل دفع پتاسیم اشتباه می باشد.
- 4- دوز بالای سولفات منیزیوم 1g/h برای بیمار خطرناک بوده وباید قطع می شد.
- 5- بیمار در زمان حضور در اورژانس مرکز جنرال Pco₂ بالا داشته وباید قبل از انتقال به بخش نفرولوژی انتوبه می شد.

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن روستای سیاری ، G₁P₀، سابقه ایی لپسی ؟ و مصرف دارو(حرکات و رفتارهای عجیب و غریب که هر بار حدود یک ساعت طول می کشیده و بعداز هوشیاری هیچیک از وقایع را بخاطر نمی آورده است و تقریباً هرماه 1-2 بار تکرار می شده است.)که مادر از ابتدای حاملگی خودسرانه داروهارا قطع کرده بود.

نامبرده که برای مراسم ترحیم خواهرش به شهرستان دیگر بود باشکایت کاهش محتوی هوشیاری به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان آورده می شود.درمعاینه، مادرهوشیار ولی دیس اورینانته بود.علائم زایمانی نداشت . ادم +2 گوده گذار در اندامهای تحتانی داشت.FHRسمع نمی شدو

همسریبمار کاهش حرکات جنین را از حدود 10-12 روز قبل ذکر می کرد.علائم حیاتی: BP=90/60 PR=62 RR=14

BT=36.5. درآنالیز ادرار آلبومینوری نداشت.برای مادر سرم 2/1،3/3 بصورت K.V.O وصل وتوسط همراه درمانی به بیمارستان زنان

اعزام می شود.درهنگام پذیرش در مرکز زنان (ساعت 19:45): هوشیار ولی دیس اورینانته بود.مردمکها میدریاتیک وراکتیو به نور بود.سمع قلب

وریه نرمال بود.علائم زایمانی نداشت.FHR سمع نمی شدوارتفاع رحم درحد 29-30 هفته بود.ادم +3 دراندامهای تحتانی وجود داشت.درسونوگرافی

،جنین ماسره حدوداً 28 هفته وفادقلب بود.برای مادرآزمایش وCT اسکن مغزی درخواست میشود. CT اسکن مغزی توجه کننده مشکلات بیمار نبود.

درآزمایشات درخواستی: Cr=0.6 Hb=13.4 PT=31 PTT=48 BUN=11

LDH=1312 SGPT=952 SGOT=502 INR=4.6 PLT=197,000

K=3.8 Na=144 Alb=2.8 Bili(Direct)=2.8 Bili(Total)=2.9

BS=88

مادر جهت مشاوره داخلی ونرولوژی با همراهی رزیدنت سال 1 به بیمارستان جنرال فرستاده می شود. دربیمارستان جنرال باتوجه به اینکه خواهر بیمار 4 روز پیش با تابلوی مشابه (با تشخیص احتمالی کبد چرب حادحاملگی)در هفته 16 حاملگی فوت شده بودپیشنهاد می شود اول ختم حاملگی داده شود.به علت اختلال تستهای انعقادی 10 واحد FFP تزریق و با اینداکشن وبدون اپی زیوتومی ختم حاملگی داده می شود .برای مادر آمپول سنتوسینون ،مترژین وشیاف میزوپروستول (5عدد رکتال) تجویز می گردد. حاصل زایمان دختر مرده وماسره حدوداً 28 هفته بود.مایع آمینوتیک مکونیومی وجفت وپرده های جنینی رنگی بود ولی بد بو نبود.خونریزی بعداز زایمان با اقدامات پروفیلاکتیک درحد Post Partum بود.بعداز زایمان تغییری دروضعیت بیمار حاصل نشد وهوشیاری بیمار نوسان داربود (از هوشیاری کامل تا Light Coma). به علت آژیته بودن مادر، پتیدین ،میدازولام وهالوپریدول تجویز می گردد ولی همچنان بی قرار بود.درطی مشاوره داخلی برای مادرمترونیدازول ،لاکتولوز،زینگ سولفات ،آمپول ویتامین K (10میلی گرم روزانه) آلبومین 20% وآمپول دکزامتازون تجویز وآزمایشات هپاتیت HIV-CMV-EBV -A,B,C,E-الکترولیتها ،مس ادرار 24 ساعته ،سرولوپلاسمین،فیبرینوژن ،LFTدرخواست می شود. درسونوگرافی شکم طحال ومجاری صفراوی نرمال بودوفقط هپاتو مگالی خفیف با اکوژنیسته نرمال داشت.مادر روز بعد جهت ادامه درمان به ICU ریه منتقل می گردد.

موقع پذیرش: BP=120/60 HR=100 BT=38 O₂Sat=95%

برای مادر آزمایشات ALKMA,ASMA,ANA,Anti ds DNA ،تستهای انعقادی،الکترولیتها،آنزیمهای کبدی، کشت خون-کشت ادرار درخواست

و آمپول ویتامین K (10میلی گرم روزانه)- تزریق دو واحد FFP هر8ساعت -شربت لاکتولوز-ویال دکستروز 50% داخل یک لیتر سرم 2/1،3/3

هر 8 ساعت-کنترل I/O -مشاوره گوارش برای بیوپسی کبد-آمیول مترونیدازول-آمیول سفتریاکسون - ویال آلبومین 20% هر 12ساعت- آمیول پنتو پرازول تجویز می گردد.

عصر ساعت 20:10 بعداز نمونه گیری جهت کشت خون وانکومایسین به رژیم دارویی اضافه می شود. به علت تاکی پنه بودن برای حمایت راههای هوایی انتوبه شده به T.Tube وصل می گردد. به علت بی قراری شدید آمپول میدازولام وفتانتیل تزریق می گردد. KCL داخل هر لیتر سرم اضافه می شود.

روز دوم بستری در ICU ریه: هوشیاری در حد stupor می باشد. تب دار است و خونریزی واژینال دارد. سونوگرافی رحم جهت بررسی بقایای حاملگی درخواست می کنند و مشاوره زنان درخواست می گردد. 4واحد FFP ویک واحد پکدسل شسته شده تزریق می گردد. (Hb=8.7) درسونوگرافی رحم 110 سی سی تجمع هتروژن در انتهای تنه رحم گزارش شده بود. مشاور زنان باتوجه به اینکه بعداز زایمان، رحم کوراژکامل شده بااحتمال اینکه تجمع گزارش شده لخته خون می باشد پیشنهاد می کند تستهای انعقادی اصلاح شده وروز بعد مجدداً سونوگرافی درخواست گردد و آمپول مترژین 0.2mg و انفوزیون سریع (در عرض 3 ساعت) آمپول اکسی توسین 30 واحد داخل یک لیتر را order می کند.

روز سوم بستری: بیمار در فاز light coma است. به ونتیلاتور وصل است. سفتریاکسون قطع و مروپنم شروع می شود. با نظر مشاور متخصص گوارش آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم روزانه و آمپول آسیکلوویر 900mg/TDS تجویز و برای اصلاح الکترولیتها، سولفات منیزوم، قرص کربنات کلسیم شروع می شود. آمپول مترونیدازول D.C وگاوژ کپسول تتراسیکلین 500mg/q6h تجویز می شود. عصر مادر دچار حرکات فوکال تشنجی شده و مشاوره نرولوژی درخواست می شود ولی به علت بالابودن آنزیمهای کبدی (بالای 1000) دارو تجویز نمی شود و توصیه می شود در صورت تکرار وعدم کنتراندیکاسیون داخلی انفوزیون میدازولام 2mg/h شروع شود ..

روز چهارم بستری: مادر تب دار است (BT=39). ترشحات لوله تراشه چرکی است. برای مادر مشاوره عفونی درخواست می شود و ایشان بررسی مادر از نظر هپاتیت ویرال (مخصوصاً هپاتیت E)، تبهای هموراژیک و به احتمال خیلی کم لپتو اسپیروزیس را توصیه می کند. به علت ادامه حرکات تشنجی مشاوره نرولوژی شده و قرص پیراستام (800mg/q8h) تجویز می گردد. حرکات تشنجی بصورت حرکات کلونیک نیمه چپ صورت و دست چپ ادامه می یابد و علی رغم کنتراندیکاسیون میدازولام شروع می شود. ولی جواب نمی دهد و پروپوفول با دوز stat 50mg و سپس انفوزیون (100mg/h) تجویز می شود. حرکات تشنجی موقتاً قطع شده و دوباره شروع می شود. سرویس نرولوژی انفوزیون تیوپنتال را شروع می کنند و مادر سدیت می شود. شب تب بیمار به 40-41 می رسد. پاشویه و شیاف دیکلوفناک تجویز می شود. در ساعت 4:10 با مادام مورخ 00/5/16 مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

CMV(IgM)=Neg ALKMA=14 Anti DNA=Neg HBS Ag=Neg B/C=Neg
Uric Acid=2 TSH=2.9 HIV_(1,2)=Neg Mono Test=Neg EBV Ab=Neg
Ca=1.05 Mg=1.4

PLT	LDH	ALP	SGPT	SGOT	Bilirubin(total)
214,000	1312	1252	952	502	2.9
201,000	1824	657	1028	1157	5.88

200,000	1544	483	1332	1181	
	1808	499	1151	717	

*پدر و مادر دو متوفی با هم نسبت فامیلی دور دارند و دو خواهر ایشان سابقه چند زایمان بدون مشکل دارند.

و همچنین دو خواهر از حدود 6 ماه قبل از فوت با هم ملاقات نداشته و خواهر دوم روز چهارم فوت به مسجد رفته بود.

خواهر سوم ایشان همزمان حامله 5 ماهه و سابقه یک زایمان بدون مشکل دارد و در بررسی ایشان آنزیمهای کبدی و انعقادی نرمال بود.

علت مرگ : نامعلوم

خانم 75

متوفی خانمی است 19 ساله، ساکن و اهل شهر ، خانه دار ، دیپلم ، G1P0 ، بدون سابقه بیماری خاص در پرونده بهداشت ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری در پایگاه و مرکز بهداشت بوده و تا هفته 35 حاملگی 5 بار توسط بهورز و 5 بار توسط ماما و 2 بار توسط پزشک مرکز ویزیت

شده و در این مدت 14 کیلوگرم افزایش وزن داشته است. فشار خون ثبت شده در محدوده نرمال بود. مراقبت اواخر بارداری نامرتب بود. مادر در هفته 40

بارداری به مرکز بهداشت مراجعه و به علت نولی پار بودن جهت ختم حاملگی به بیمارستان ارجاع می شود. متوفی فردای آن روز به بیمارستان

مراجعه و به علت عدم شروع علائم زایمانی بستری نمی شود. عصر همان روز ساعت 20:30 مجدداً مراجعه و با اصرار بستری می گردد. در هنگام

FM=Good

FHR=140

BP=100/60 بستری :

جنین درشت به نظر می رسید. رحم فاقد انقباضات موثر بود و خونریزی و آبریزش نداشت . کیسه آب سالم و جنین مویبل بود. بیمار در بخش تحت نظر

گرفته می شود . فردای آنروز ساعت 10 صبح (روز جمعه) توسط متخصص زنان ویزیت ، و با دستور ایشان با توجه به سن حاملگی (40 هفته

) ایندکشن شروع می شود . در ساعت 13:40 با پاره شدن ناگهانی ساک متوجه دفع مکنونیوم غلیظ شده و با دستور متخصص زنان ایندکشن را قطع

و بیمار را آماده سزارین اورژانس می کنند. بیمار ساعت 15:40 با بی هوشی عمومی سزارین شده و حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار 8/10 بظاهر

طبیعی و آغشته به مکنونیوم بود. بیمار نیم ساعت بعد به بخش تحویل داده می شود. (پایان عمل 16:15 و تحویل به بخش 16:45) . در بخش مادر از درد

اندام تحتانی شاکی بود و بدین منظور دو عدد شیاف دیکلوفناک سدیم تجویز می شود. در ساعت 18:35 مادر بطور ناگهانی دچار ارست قلبی تنفسی شده

و عملیات احیاء شروع می گردد و تا ساعت 20:30 با حضور متخصصین داخلی ، بی هوشی ، قلب و زنان ادامه می یابد ولی جواب نمی دهد.

در اتوپسی علت فوت ترومیوآمبولی شریانی ریوی گزارش شده بود.

توضیحات :

-انجام ایندکشن در سن 40 هفته حاملگی با توجه به درشتی جنین در معاینات اولیه غیر علمی می باشد. (راهنمای ارایه خدمت در بیمارستانهای

دوستانار مادر ص 67 و مجموعه راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و روشهای کاهش درد زایمان ش 4)

خانم 76

متوفی خانمی است 21 ساله ، ساکن روستای اصلی ، BMI=18.5، G1P0، سابقه جراحی 3 ماه قبل ، سابقه بستری قلبی به علت

خونریزی واژینال . حاملگی خواسته بود.

همسرنامبرده HBS Ag+ بوده و خودش HBS Ag- می باشد و برای پیشگیری از حاملگی از کاندوم استفاده می کردند. مراقبت پیش از بارداری نیز داشته و مشکل خاصی ذکر نشده است.

مراقبت دوران بارداری از هفته 7 بارداری شروع شده و توسط ماما و پزشک مرکز مراقبت شده است. در طول مراقبتها فشارخون همواره پائین و در حد BP=80/60 بود. آزمایشات اوایل حاملگی نرمال می باشد :

در هفته 6 حاملگی به علت آبسه پارتولون دو روز در بیمارستان بستری و با بی هوشی عمومی تخلیه شده بود. پس از عمل مادر از سوزش ادرار شاکی بود. یکماه بعد از عمل دچار خونریزی واژینال شده ، به متخصص زنان ارجاع و در بیمارستان بستری و دوز بعد از دستورات دارویی مرخص می شود. بعد از ترخیص لک بینی ادامه داشته است. در سونوگرافی 14 هفته، هماتوم ساب کوریونیک بزرگ به حجم 85 سی سی در بخش قدامی تحتانی ساک گزارش شده بود و در سونوگرافی کنترل ، هماتوم ساب کوریونیک به حجم 60 سی سی گزارش شده بود. طبق اظهار همسر، بیمار از زمان شروع خونریزی ، بی اشتها، بی حالی و خستگی زودرس نیز داشت و با کمک اطرافیان به دستشویی می رفت و متخصص زنان اظهار می کرد که علایم سرماخوردگی بوده و مشکل خاصی نیست.

مادر با درد زیر شکم و خونریزی به بیمارستان مراجعه می کند. در معاینه توسط ماما خونریزی در حد لخته های کوچک بوده و کول بسته و تحت فشار بود. BP=80/60 PR=80 با دستورتلفنی متخصص زنان، مادر در بخش تحت نظر گرفته می شود و آزمایشات تعیین گروه خونی ، CBC ، سونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت حاملگی و رزرو دو واحد خون و سرم رینگر Order 1lit/q12h می شود. جواب آزمایشات: Hct=36.9

PLT=148,000 WBC=16,700 Hb=11.6

در ساعت 3:30 بامداد مادر اظهار می کند چیزی شبیه نسج دفع کرده است. در بررسی توسط ماما، نسج دفع شده جنین مرده همراه با ساک و جفت بود که جهت بررسی تحویل همراهان داده می شود. مادر خونریزی غیر طبیعی نداشت . 30 واحد سنتو سینون داخل سرم تجویز میگردد. در سونوگرافی رحم بعد از دفع جنین حجم بقایا 18 سی سی بود. در ضمن سونوگرافی متخصص رادیولوژی متوجه مقدار قابل توجهی مایع آزاد در ناحیه لگن و نواحی پاراکولیک و اطراف کبد می شود. کبد وطحال نرمال و صفرا کنتراکته بود. سایز کلیه نرمال و اکوی حداکثر داشت. مقدار کمی مایع در پلور ریه راست وجود داشت. مادر در ساعت 8:30 توسط متخصص زنان و جراح عمومی ویزیت شده و به علت وجود مایع آسیت درخواست مشاوره داخلی و قلب می شود. مشاور قلب بعد از ویزیت مادر در ساعت 10:30 یادداشت کرده بود. مادر تورم شدید صورت و پشت چشمها، مالار راش ، لنفادنوپاتی گردنی وادم +1 اندامهای تحتانی دارد . مایع شکمی در tap که توسط متخصص جراحی عمومی انجام شده است زرد رنگ بوده و چرکی و خونی نمی باشد. توصیه می شود مادر از نظر لوسمی و لوپوس بررسی گردد و آزمایشات : ANA, Anti ds DNA, ESR, CRP, CBC(H1), Cr, BUN, SGOT, SGPT, ALP, Alb و سونوگرافی شکم جهت کنترل میزان مایع و بررسی لنفادنوپاتی شکمی درخواست و I/O کنترل و چارت گردد و بیمار به بخش داخلی منتقل گردد و برگ اعزام به مرکز استان نوشته می شود. متخصص داخلی روز دوم بستری مادر را ویزیت کرده و پیگیری آزمایشات درخواستی و آنالیز ادرار را توصیه کرده بود.

همراهان حاضر به اعزام بیمار به نمی شوند و اصرار می کنند بیمار خود را مرخص کرده و به بیمارستان میلاد تهران ببرند و سوند ادراری به اصرار مادر در آورده می شود. ساعت 18 دچار تاکی کاردی می شود (BP=100/70 HR=157). (O2Sat=97%). به متخصص قلب اطلاع می

دهند و ایشان ، تلفنی دستور دادن 20 میلی گرم ایندرال رامی دهد و ساعت 20 مادر را ویزیت کرده و سرم نرمال سالین در عرض 4 ساعت و قرص

این‌درال 20 میلی گرم State را Order می کند ولی تاکیکاردی ادامه می یابد و ساعت 22:30 بیمار دچار دیسترس تنفسی شده و با دستور تلفنی متخصص قلب پوزیشن نیمه نشسته داده می شود. انفوزیون نرمال سالین قطع و 60 میلی گرم لازیکس درسه دوز تزریق می‌گردد و موقتاً دیسترس کاهش می یابد. در ساعت 23 دچار ارست قلبی تنفسی شده و توسط سوپروایزر انتوبه می شود. عملیات احیا با حضور پزشک اورژانس ادامه می یابد. حین CPR به ICU منتقل می گردد. متخصص داخلی و قلب بعداً به تیم احیا اضافه می شود. بیمار متأسفانه به احیا پاسخ نداده و ساعت 23:40 فوت می کند. برگ فوت توسط متخصص قلب نوشته شده است.

جواب آزمایشات: FBS=93 Hb=10.9 Hct=32. WBC=19,000 NRBC=7%
 Neut=66% Band Cell=1% PT=23 ESR=3 PTT=39 CRP=21.7(2+)
 TG=44 Chol=55 SGOT=304,390 SGPT=236,276 LDH=872 ALP=227,251
 Amylase=28 Alb=3.3 Uric Acid=6.5 Urea=62,69 Cr=0.7 ANA=Neg Anti ds DNA=Neg

سقط احتمالاً در زمینه بیماری زمینه ای (داخلی) بوده است. مرگ احتمالاً ناشی از آریتمی بوده است
 اشکالات وارد بر پرونده :

1. ادم ژنرالیزه و آسیت می تواند در زمینه Congestion بوده باشد و می بایست اکوکاردیوگرافی می شد .
2. علت تاکیکاردی احتمالاً آریتمی سوپرا و نتریکولار بوده است.
3. باتوجه به بالای بودن آنزیم های کبدی و کاهش پروفیل های لیپیدی مشکل کبدی محرز بوده و می تواند در زمینه هپاتیت ویروسی باشد. (دوره ویندو پرئود)
4. برای مادر نوار قلب درخواست نشده است.
5. جواب آزمایشات بعد از مرگ مادر آماده شده است (اورژانسی درخواست نشده است)
6. درخواست اعزام بی مورد بوده و سبب mismanage بیمار شده است.
7. با وجود اینکه مادر تحت مراقبت متخصص زنان بوده ولی به علایم بیمار قبل از بستری توجه نشده و سرماخوردگی تلقی شده است .
8. برای مادر درخواست اتوپسی نشده است.

خاتم 77

متوفی خانمی است 32 ساله ، ساکن شهر ، AL₃ ، Ab₀ P₃ G₄ ، BMD= 40 بدون سابقه بیماری خاص ، آخرین زایمان 5 سال قبل به روش سزارین میباشد . روش پیشگیری مصرف نامنظم LD بوده و حاملگی ناخواسته میباشد با LMP نامشخص .
 از طریق سونوگرافی متوجه حاملگی شده بود.
 اولین مراقبت در هفته 20 حاملگی صورت گرفته و چهاربار توسط ماما و یکبار توسط پزشک خانواده مراقبت شده است . فشارخون های ثبت شده در محدوده نرمال بودند ولی در فاصله هفته 33 تا 37 حدود یک کیلوگرم کاهش وزن داشته است.
 آزمایشات هفته 20 و 28 شامل Hb و پلاکت ، گلوکز و Cr ، BUN ، U/A نرمال میباشد .

مادر از هفته 38 حاملگی دچار سرفه و تنگی نفس و تب شده و به مطب پزشک مراجعه و دارو دریافت میکند. سه روز بعد بعثت سابقه سزارین بصورت الکتیو شب بادیستور NPO ، آمپول سفازولین ، مشاور عفونی ، مشاور داخلی ، مشاوره قلب و کنترل علائم حیاتی در بیمارستان شهرستان بستری میشود . موقع بستری : BP= 140/70 FHR=145 PR BT , PR قید نشده بود .

بعثت BP بالا آنالیز ادراری درخواست میکنند که U/A نرمال بود . بیمار ساعت 10:35 صبح باراشی تحت عمل سزارین قرارمیگیرد و حاصل زایمان یک دختر زنده با آپگار بالا و ترم بود. دراتاق ریکاوری بیمار احساس تنگی نفس داشت و در سمع ریه ها ویز داشت و بمدت یک ساعت درریکاوری نگهداری میشود. BP= 110/80 , PR=90 , RR=20 برای بیمار مشاوره داخلی درخواست میشود.

جواب مشاوره داخلی (13:10) بیمار دیسترس تنفسی شدید دارد . با ماسک اکسیژن $O_2 sat = 89\%$ در سمع ریه ها ویز دارند - کراکل کورس در هر دو ریه سمع میشود در ECG ، PVC مکرر با elevation p در لید II دیده میشود . احتمال ARDS مطرح است و توصیه میشود به مرکز استان اعزام شود.

دستورات : آمپول سفتریاکسون 1g / BID ، آمپول هیدروکورتیزون 100 mg stat ، وپس 100mg/TDS . اسپری سالبوتامول 2puff / qid ، اسپری بکلومتازون 2puff/qid ، آمپول برم هگزین TDS ، شربت تنوفیلین G ، کپسول آزیترومایسین ، آمپول دکزامتازون 8 mg stat ، تعبیه سوند فولی و کنترل I/O ، کنترل V/S هر 6 ساعت ، CXR ، مشاوره قلب در صورت عدم بهبودی ، فیزیوتراپی سینه و درخواست CBC ، BUN ، Cr ، Na, K, . مشاور عفونی بیمار را ویزیت میکند ، طبق یادداشت ایشان : بیمار از تنگی نفس شاکي است . تب دار نیست ، در CXR کاردیومگالی دارد ، شواهدی از Consolidation نیست . در سمع ریه کراکل نرم سمع میشود و دستورات متخصص داخلی کفایت میکند.

در ویزیت مشاور قلب آمده است ، بیمار کیس شناخته شده قلبی نیست . علائم بیمار با ARDS سازگار است و در پرونده سینوس تاکی کاردی دارد و کاردیومگالی بعثت CXR پرتابل است و توصیه می شود بیمار به ICU مرکز استان اعزام شود.

ویزیت متخصص داخلی (12 شب) : بیمار هوشیار است ، دیسترس تنفسی دارد. $O_2 Sat = 85\%$ در سمع ریه ها کاهش صدا در ریه راست وجود دارد . دستورات : آمپول دکزامتازون 8mg stat و سپس 4mg / TDS ، بیمار به سمت چپ بخوابد ، فیزیوتراپی سینه - اکسیژن با ماسک بگیرد و آمپول مترونیدازول 250mg / TDS .

روز سوم بستری بیمار از نظر زنان ، ترخیص و با دستورات متخصص داخلی دراتاق ایزوله میشود. علیرغم پیگیری های دفتر پرستاری و پرستار بخش متخصص داخلی برای ویزیت مجدد به بخش تشریف نمی آورند و بیمار با دستور متخصص زنان ساعت 13 جهت CT آنژیو و اکو به بیمارستان قلب اعزام میشود .

آزمایشات : U/A= Normal PIT=206,000 Hb = 10.9 PMN= 84% WBC = 7200 FBS = 110

در بیمارستان قلب بصورت سرپایی اسکن آنژیو واکو شده و به بیمارستان جنرال ارجاع میشود.

مادر پس از انجام آزمایشات روتین ، PT, PTT ، کشت خون و ABG در بخش عفونی بستری میشود. موقع پذیرش : تب دار نبود ، سردرد و میالژی و علائم گوارشی نداشت . ارگانو مگالی نداشت . در سمع ریه ها ویزینگ و کراکل کورس دو طرفه وجود داشت . سمع قلب نرمال بود . با اکسیژن

O2 Sat = 88 % بدون اکسیژن = 92%

BP = 120/70

PR = 88

RR = 36

و برای بیمار تشخیص احتمالی پنومونی آتیبیک و DD : PTE ، آسم ، برونشیت ، COPD ، عفونتهای ویرال و میکروبیال ، CHF و MI گذاشته میشود.

دستورات : چک علائم حیاتی ، CBC ، LFT ، CPK ، LDH ، Na, K ، ESR ، CRP ، اخذ نمونه برای H1N1 آمپول سفتریاکسون 1g/12h ، آزیترومایسین ، کپسول اوسلتامیویر ، کپسول آمانتادین هر 12 ساعت قرص رانیتیدین ، آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت ، اسپری سالبوتامول 2 پاف PRN . اسپری سالمترول 2 پاف هر 12 ساعت ، اسپری فلوکتاید.

در ABG : PH= 7.38 PAO₂= 34.6 PCO₂ = 41 HCO₃ = 23 O₂Sat=% 65.4

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

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

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

دستورات روز دوم بستری : آمپول وانکومایسین هر 12 ساعت ، آمپول هیدروکورتیزون 100g هر 8 ساعت ، ارسال نمونه خلط جهت بررسی TB ، تهیه اسمیر و رنگ آمیزی خلط و کشت خلط ، شربت برم هگزین و RPO

روز سوم بستری : تب بیمار بصورت low grade و متناوب و اغلب بعد از ظهر ها تا 38 درجه سانتیگراد ثبت شده است . بیمار هوشیار ولی ill

و آزیته است و همکاری جهت استفاده از اکسیژن ندارد. PR=75 BP= 148/84 RR=44 O₂sat=85%

درخواست CXR ، اسپری آترونت و تهیه آسمیار ، بخور نرمال سالین + تکرار بقیه دستورات بعثت نبود هپارین در بخش و داروخانه های بیرون در بعد از ظهر هپارین D.C و انوکسپارین 40 میلیگرم هر 12 ساعت زیر جلدي شروع میشود.

ساعت 6:45 عصر: بعثت دیسترس شدید تنفسي و افت ساچوراسیون ABG اورژانسی ، پالس اکسی متری مداوم ، ماتیورینگ قلبی ، وویزیت هر نیم ساعت توصیه شده و ست احیاء بالای سربیمار قرار میدهند.

BP=177/94 PR= 115 BT= 39° C

در ساعت 2 بامداد 200mg هیدروکورتیزون stat تزریق میگردد .

در ساعت 9:20 دقیقه صبح بعثت افت ساچوراسیون و تاکی پنه شدید (RR=60) بیمار انتویه شده و به ونتیلاتور باسیستم SIMV

PEE=10 TV=500 وصل می شود . دستورات بعدی : CXR اورژانسی ، تعبیه NG tube ، کاتتر فولی ، انفوزیون میدازولام

3mg/h ، انفوزیون فنتانیل 1cc/h ، کنترل I/O و بعد از 2 ساعت فنتانیل D.C و پروپوفول 30mg/h انفوزیون میشود و مشاوره ریه درخواست میشود.

در ساعت 12:45 صبح طبق مشاوره ریه: آزیترومایسین D.C و سیپروفلوکساسین 400mg/bid شروع میشود .دوز پروپوفول به 5cc/h

افزایش می یابد . آمپول میدازولام و 5mg stat تزریق میگردد. هیدروکورتیزون D.C و متیل پردنیزولون 40mg/q8h شروع میشود و

مشخصات ونتیلاتور به : TV=450 PEEP=20 I: E=1/1 FIO₂ = 100 RR=30

تغییر می یابد و بتدریج پروپونول را به 15cc/h افزایش میدهند.

در ساعت 15:20 ، بیمار آژیته و تب دار است BT= 39.3 یک عدد شیاف استامینوفن میدهند . پروپوفول رابه 20cc/h افزایش

میدهند. روز چهارم بستری: بعلت بی قراری بیمار مشاوره اورژانسی بی هوش میکنند و ایشان در جواب مشاوره انفوزیون میدازولام يك ميليگرم در ساعت و افزایش تا 5mg/h ، انفوزیون فنتانیل 6µg/min و افزایش دوز داروها در صورت عدم سداسیون و بعداً طی تماس تلفنی پروپوفول راقطع میکنند. BT=40.5 BP= 160/90 PR = 102 O2Sat =%92

روز پنجم بستری : Hb = 10.5 ، Cr=0.9 ، Urea=-36 ، BP = 140/80 ، BT=38.5° c ، PR=120

Na = 146 K = 4.3 PIT = 406000 WBC= 16000

بیمار دچار اپیستاکي شدید میشود و ضمن کنترل خونریزی درخواست سریع PT ، PTT ، INR میکنند و مشاوره اورژانسی ENT و داخلی جهت بررسی از نظر DIC و درخواست رزرو 3 واحد پکدسل باکراس مچ میکنند. PT ، PTT نرمال بود.

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

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

مشاور گوارش آندوسکوپی Bed Side برای بیمار انجام میدهد که در گزارش در ناحیه کاردیا به سمت انحنای کوچک دو اولسرخطی که بر روی یکی از آنها لخته دیده میشود نوشته بود.

بعلت تغییرات ECG (ST↓ در لید V4 و V3) انجام CTNI و مشاوره اورژانسی قلب درخواست میشود . در جواب مشاوره نوشته بودند:

باتوجه به علایم حیاتی BP = 80/50 ، HR = 145 ، BT=39 و HB = 7.4

1- در حد امکان کنترل تب

2- اصلاح وضعیت همدینامیک +تزریق فر آورده خونی 3- پیگیری اقدامات جهت کنترل GIB

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

ساعت 23 بعلت افت ساچوراسیون توسط اتندینگ ریه ویزیت میشود. بعلت خونریزی از اطراف لوله تراشه ، لوله تراشه تعویض و ABG سریال درخواست می گردد.

ساعت 20:30 بعلت خونریزی مجدد از GIT مشاوره جهت اسکرو تراپی انجام میشود و بعد از اصلاح وضعیت همدینامیک بصورت Bed Slid

آندوسکوپی میکنند . در گزارش مری نرمال بود. فوندوس معده پراز ترشحات خونی بود . در ناحیه کاردیا در امتداد انحنای کوچک سه زخم

رویت میشد . یکی از زخمها دارای رگ خونریزی دهنده بود که با تزریق اپی نفرین اسکروزه شد و زخم دیگر با ابعاد 0.5 در 0.5 Clean

بود و زخم سوم oozing داشته که اقدام به تزریق اپی نفرین رقیق میکنند. بولب و D2 مملو از ترشحات خونی و صفراوی بود.

بعد از آندوسکوپی بیمار مجدداً استفراغ خونی داشت و شکم دیستانته بود NGT تعبیه میشود و از NGT ترشحات خونی و مقادیر فراوان هوا خارج میگردد.

در ساعت 2:30 صبح تعویض setting و نیتلاتور شد و برونکوسکوپی Bed Side تحت بی حسی موضعی و زیر مونیترینگ قلبی انجام

و بیوپسی ریه برداشته شد.

انتهای لوله تراشه کروت فراوان داشت ، ساکشن و شستشوی کامل شده و کلیه کروتها تخلیه می شود . در شاخه اصلی راست ترشحات غلیظ و چسبنده و کروت وجود داشت . در شاخه اصلی چپ مخاط شکننده بود ولی ترشحات نسبت به طرف راست کم بود . ضایعه اندوشیمال دیده نشد. در ساعت 4 بامداد fio2 راکاهش میدهند و بعلت افت ساچوراسیون دو باره افزایش میدهند.

شب ، آمپول 50mg Octrotide (آنالوگ سوماتواستاتین برای مهار گاسترین) بصورت state و سپس 50 میلی گرم هریک ساعت انفوزیون وریدی (در نت پرستاری 150 میلیگرم انوکسپارین یادداشت شده است). آمپول لازیکس 40 میلیگرم ، State وریدی تزریق میگردد.

روز هفتم بستری : بیمار ادم ژنرالیزه دارد GCS = 4-5 در سمع ریه کراکلهای کورس سمع میشود. BT= 40 . ساعت 6:30 بعد از ظهر بیمار دچار GIB میشود و با شستشو ، Clear میشود . مشاوره جراحی عمومی میکنند. و ایشان در جواب توصیه میکند باتوجه به اختلال PT ، PTT ، بیمار 6 واحد FFP انفوزیون شود . شستشوی معده با سالین نرمال سرد ، رزرو 4 واحد خون ایزوگروپ در صورت عدم قطع خونریزی اخذ رضایت عمل و آمادگی برای عمل جراحی .

در ساعت 23:30: علیرغم تزریق 8 واحد FFP و شستشوی معده خونریزی ادامه می یابد. ساعت 10 دقیقه بامداد روز بعد بعلت GIB وسیع با دستور جراح انتوبه شده با میکرونت به اتاق عمل منتقل میشود و به هنگام انتقال در روی تخت جراحی دچار آسیتول قلبی شده و به اقدامات احیاء پاسخ نمیدهد.

جواب آزمایشات و پاراکلینیک :

کشت خلط : فلورنرمال – آنفلوانزای H1N1 منفی - کشت ادرار منفی – اسمیر خلط از نظر باسیل سل منفی

در CXR کدورتیهای آئولر پراکنده و منتشر در هر دو ریه مشهود بود . محو شدگی حاشیه قلب و دیافراگم وجود دارد.

WBC=25000 , RBC= 3×10^6 , HB = 7.3

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

روز بعد:

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

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

pH=6.97 , PCo2=77.9 Hco3=40

تشخیص : خونریزی ثانویه به ARDS در زمینه پنومونی .

ریسک فاکتور : 1- چاقی شدید 2- حاملگی ناخواسته

توضیحات :

1- روش نامطمئن کنتراسپشن 2- مراقبت نامرتب 3- عدم Manage تیمی بیمار در شهرستان و مرکز استان وارجاعات متعدد بیمار(چنین

بیماری باید در یک مرکز مجهز ICU و بصورت تیمی درمان و مدیریت شود.)

متوفی خانمی است 41 ساله ، ساکن روستای اصلی ، شاغل، G_2P_1 ، سابقه یکبار سزارین در 8 سال قبل ، سابقه پارزی اندامهای تحتانی از حدود دوماه قبل که در **Brain MRI** تصاویر کانونهای درخشان غیر اختصاصی در عمق ماده سفید در ناحیه پارا و نتریکولار و مرکز سمی اوایل گزارش شده بود و همچنین در **MRI** لگن و فقرات ، افیوژن و دفورمیتی مفصل هیپ چپ و دیسکوپاتی مهره های کمری (**left paracentral L4-L5**) گزارش شده بود و سابقه مبهمی از دریافت هپارین به علت محدودیت حرکتی از حدود 1.5 ماه قبل رامی دادندولی در اتوپسی آثار تزریقهای قبلی وجود نداشت . درسونوگرافی دفورمیتها در هردو فمور جنین نیز گزارش شده بود. کاریوتایپ جنین نرمال بود. حاملگی خواسته بود. مراقبتهای دوران بارداری از هفته 6 بارداری شروع شده و همچنین تحت مراقبت متخصص زنان نیز قرار داشت و توسط ارتوپد جوراب و اریس تجویز شده بود. معاینات پیش از بارداری و آزمایشات اوایل حاملگی نرمال می باشد. نامبرده یکبار با شکایت درد کمر به درمانگاه بیمارستان الف مراجعه و به علت نداشتن علائم زایمانی و مشکل حاد مرخص می گردد (سن حاملگی براساس سونوگرافی اوایل حاملگی 35 هفته و 3 روز بود). 9 روز بعد مجدداً اوایل شب (حدود ساعت 23) دچار درد شکم شده و به زایشگاه بیمارستان آورده می شود (فاصله روستا تا بیمارستان حدود 7 دقیقه می باشد). زمان ورود به زایشگاه حدود 2:50 بامداد بوده است. مادر از درد شکم شاکی بوده و بی قراری می کرد . به علت مشکل حرکتی با ویلچیر به زایشگاه آورده شده و توسط همراهان بر روی تخت معاینه گذاشته می شود. دربدو ورود: **BP=100/60** بود و در معاینه واژینال خونریزی و علائم زایمانی نداشت و قلب جنین با سونیکیت توسط ماما شنیده شده است. براساس **LMP** سن حاملگی 39 هفته محاسبه میشود. ولی سونوگرافی همراه بیمار نبود. وضعیت مادر توسط مامای زایشگاه به اطلاع پزشک رسانده می شود و ایشان اظهار می کند که مریض را می شناسد ، " حاملگی پره ترم بوده و سونوگرافی اوایل حاملگی آورده شود و **NST** درخواست گردد" . با زیاد شدن فریاد مادر ، متخصص زنان ساعت 3:35 بر بالین مادر آمده و به علت سابقه ناراحتی قبلی (احتمالاً **MS**) و گزارش توده بزرگ رحم (در **MRI** لگن محصولات حاملگی توده بزرگ رحمی گزارش شده بود) اقدام به اعزام مادر می کند ولی همسر بیمار راضی به اعزام نمی شود. به علت آزیتاسیون و بی قراری و **Pale** شدن مادر و شنیده نشدن قلب جنین و **BP=70/40 PR=140** و فیلی فورم ، مادر ساعت 3:50 با شک به رایچر رحمی به دستور متخصص زنان مادر پذیرش شده و با درخواست خون ، به اتاق عمل منتقل می گردد. به متخصص بی هوشی اطلاع می دهند و ایشان سریعاً در اتاق عمل حاضر می شود . براساس یادداشت متخصص بی هوشی ، دربدو ورود به اتاق عمل **GCS=5-6** فشارخون غیر قابل اندازه گیری بود و نبضهای محیطی (حتی در کاروتید) لمس نمی شد. رنگ پوست کاملاً **pale** و انتهای ها سرد و سیانوتیک بود. تنفس ها سطحی بوده و اندامها حالت اکستانسیون داشت (دسریه).

SPO2=40- HR=45 با **QRS** پهن

50% برای مادر دو رگ گرفته شده و سرم تزریق می گردد. عمل راس ساعت 4:05 با انتوباسیون و بدون تجویز داروی هوشبری ، شل کننده و اپیونید شروع می شود. و جنین ساعت 4:20 بدون علائم حیاتی خارج می گردد. چند دقیقه بعد از شروع عمل قلب مادر دچار **VT** شده و با دادن شوک به آسیستول تبدیل می شود. ، سزارین با برش طولی زیر ناف شروع شده و بعد از باز کردن لایه های پریتونن داخل شکم حاوی لخته های کهنه و خون روشن فراوان بوده و جنین داخل شکم بود. انسزیون قبلی رحم کاملاً باز شده و به طرفین مخصوصاً سمت چپ رحم کشیده شده بود و از گوشه چپ خونریزی فعال وجود داشت . هماتوم بزرگ در لیگامان پهن چپ به ابعاد **15*10** سانتیمتر وجود داشت. اقدام به بستن شریان یوترین چپ می کنند ولی هموستاز برقرار نمی شود و تصمیم به هیستریکتومی گرفته می شود . متخصص زنان از همکار آنکال خود و متخصص جراح عمومی درخواست کمک می کند (ساعت 4:55 بامداد) و ایشان بلافاصله در اتاق عمل حاضر می شوند و هیستریکتومی انجام می گیرد. همزمان با عمل جراحی، احیای

مادر توسط تیم بی هوشی و جراح عمومی انجام می گیرد . (کات دان ، تعبیه CVP Line ، تزریق پکدسل از محل کاتتر مرکزی اقدامات پیشرفته احیا) ولی متأسفانه مادر به عملیات احیاء پاسخ نداده و در ساعت 5:50 فوت میکند .

تشخیص علت مرگ : شوک هیپوولمیک به علت خونریزی ناشی از پارگی رحم

اشکالات وارد بر پرونده:

1. اطرافیان بیمار در پیگیری تشخیص و درمان بیماری عصبی تعجیل کافی انجام نداده و روز آخر نیز با تاخیر مادر را به بیمارستان رسانده اند.
2. در طول مراقبت ماههای آخر، با وجود تجویز احتمالی هپارین ؟ (نسخه دارویی در دسترس نبود) به علت محدودیت حرکتی و واریس اندامهای تحتانی ، آزمایشات انعقادی درخواست نشده است.
3. در زمان ورود مادر به زایشگاه ، ساعت ورود ، علائم حیاتی ، شرح حال و سوابق پزشکی و دارویی ، معاینات مامایی از جمله انقباضات رحمی و FHR ثبت نشده است .
4. اولین قدم در تشخیص بیماری ، گرفتن شرح حال کامل و معاینه کامل و صحیح می باشد . مادر در بدو ورود به زایشگاه توسط ماما خوب معاینه نشده و یا به پزشک خوب پرزنته نشده است .
5. ثبت علائم حیاتی چهارگانه شامل : BP,PR,RR,BT در هر بیمار و در زنان حامله علاوه بر علائم حیاتی ثبت FHR و انقباضات رحمی ضروری می باشد.
6. درخواست آزمایشات پاراکلینیکی از جمله MRI برای مادران باردار حتماً به حامله بودن بیمار اشاره گردد (در این مادر به جنین به عنوان توده شکمی اشاره شده و موجب تردید پزشک از پذیرش مادر شده بود (از دست دادن وقت طلایی).
7. در مادر باردار با شکایت درد و بی قراری و سابقه سزارین ، پارگی رحمی یکی از اولویتهای اول تشخیص افتراقی می باشد. (در بدو ورود به شکایت مادر توجه جدی نشده است)
8. اقدامات انجام شده بعد از تشخیص و کار تیمی کادر اتاق عمل با در نظر گرفتن شرایط موجود در مرکز استاندارد بوده است.
9. سزارین های بی مورد سبب افزایش عوارض در حاملگی های بعدی می شود.

خانم 79

متوفی خانم 29 ساله $G_2P_1Ab_0Al_1$ ساکن شهر ، اولین زایمان 4 سال بود . از هفته 13 تحت مراقبت مرکز بهداشت قرار گرفته ، افزایش وزن در طول بارداری رضایت بخش بوده و فشارخون اندازه گیری شده در طول مراقبت نرمال بود . مشکل خاصی را ذکر نمی کرده است . طبق اظهار مادر متوفی از 5 سالگی بیماری قلبی داشته و در 15 سالگی به دلیل تنگی میترال تحت عمل والو پلاستی با بالن قرار گرفته بود . در حاملگی اول چندین بار خون دماغ شده و در ماه نهم به دلیل فشارخون بالا سزارین شده بود . سابقه مصرف دارو نداشت . مادر در هفته 33 حاملگی با شکایت تنگی نفس ، ارتوپنه ، تهوع ، استفراغ شدید و آنوری به بیمارستان شهرستان مراجعه کرده و تحت درمان بالازیکس 500 میلی گرم ، مورفین ، دیگلوکسین ، هیدروکورتیزون ، سرم مانیتول قرار گرفته و با وضعیت تقریباً Stable جهت ادامه درمان به مرکز آموزشی و درمانی زنان و سپس به مرکز قلب ارجاع و در بخش داخلی قلب بستری می شود . در موقع بستری در بیمارستان قلب $PR=90$ ، $BP=120/60$ بود بیمار با تشخیص ادم ریه در زمینه MS تحت درمان قرار می گیرد . در اکوکاردیوگرافی سطح دریچه 2.6 سانتی متر مربع و mild MS,

MR با آریتمی (pvc) EF=60% نرمال داشته است . بعد از يك هفته با دستورات دارویی Lasix ، پرو پرانولول ، نیترو فورانتونین به علت UTI و حال عمومی خوب و توصیه به مراجعه به درمانگاه قلب مرخص می شود . متوفی یکماه بعد ساعت 1: 30am دچار تنگی نفس شدید و حالت سیانوز می شود و در مسیر مراجعه به بیمارستان فوت می شود طبق یادداشت پزشک کشیک اورژانس بیمار موقع مراجعه فاقد علائم حیاتی بود و کف صورتی از دهان بیمار خارج می شد. پزشک متخصص زنان به بالین متوفی حاضر می شود و قلب جنین را باگوشی مامایی و سونوکیت نمی شنود.

خانم 80

متوفی خانمی است 20 ساله ، ساکن روستای اصلی ، کشاورز ، سابقه آپاندکتومی در 3 سال قبل ، BMI=20، G₁P₀ حاملگی خواسته بود. آزمایشات یکسال قبل از بارداری: Hb=12.6 Hct=38 بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 17 بارداری شروع شده و یکبار توسط بهورز ودوبار توسط تیم سلامت انجام شده بود . آزمایشات اوایل بارداری انجام نشده بود. نامبرده در هفته 23 بارداری دچار تب و درد پهلوها شده و به علت عدم رضایت به بستری سرپایی درمان می گیرد. (داروها را مرتب مصرف نمی کند و به جای آن جوشانده (احتمالاً پونه) مصرف می کند. به علت ادامه ناراحتی 11 روز بعد مجدداً به پزشک مراجعه و جهت R/O پیلونفریت در بیمارستان بستری می گردد. در طی بررسی ها متوجه اسپلنومگالی و پان سیته پنی شده ، به مرکز آموزشی درمانی اعزام و در بخش ICU ریه بستری می شود. موقع بستری : PR=110 BP =100/60

BT=38.2 مادر هوشیار واریانته بود. اریتم و درد گلو نداشت. سمع قلب و ریه نرمال بود. پتشی و پور پورا نداشت. تندرینس لژ کلیه ها راداشت. لنفادنوپاتی نداشت علائم زایمانی نداشت . آزمایشات :

PBS: WBC=1500 N=80% PLT=20,000 Anisocytosis=1+

Macrocytosis=2+ Poekylocytosis=1+

CBC: WBC=2,540 RBC=2.98*10⁶ Hb=8.4 PLT=58,000

Anti Brucella= Neg Coombs Wright=positive(1/40) Wright=positive(1/40)

Fibrinogen<124 Alb=2.8 Bil(Direct)=1.4 Bil(total)=1.8

B/C=Neg

HEV=Neg HAV=Neg HCV=Neg HBS Ag=Neg HIV_(1,2)=Neg

برای مادر B.M.A انجام می گیرد ولی قبل از آماده شدن جواب بیوپسی مادر بارضایت شخصی مرخص می شود. یکماه بعد هفته 30 بارداری مادر به علت شروع دردهای زایمانی به بیمارستان زنان مراجعه و بستری می گردد. در موقع بستری : از تاری دید از حدود دو هفته قبل در چشم چپ شاکلی بود و در معاینه در ناحیه نازال محدودیت دید داشت . سمع ریه clear بود. لژ کلیه ها تندرینس داشت . طبق اظهار بیمار از زمان ترخیص بطور مستمر سفیکسیم مصرف می کرده است. کبد 2 سانتیمتر و طحال 10 سانتیمتر زیر لبه ی دنده ای لمس می شد. در شکم shifting dullness مثبت بود. انقباضات رحمی داشت (3 انقباض 25 ثانیه ای در عرض 10 دقیقه داشت). در معاینه واژینال

TV:2-3cm/Ripe/Cephalic // -3

BT=38.9 RR=18 PR=126 BP=110/70 FHR=140 FM=good

درسونوگرافی شکم : آسیت فراوان + هپاتو اسپلنومگالی گزارش شده بود. درسونوگرافی رحمی مایع آمینوتیک و جنین نرمال بود. در آزمایش B.M.A آنیزوسیتوز و ماکروسیتوز گزارش شده بود. برای مادر کنترل علائم حیاتی، خونریزی واژینال هر 4 ساعت - رزرو 4 واحد خون ایزوگروپ +3 واحد کراس مچ - کنترل علائم حیاتی - چارت تب - رزرو 10 واحد پلاکت و 5 واحد FFP - کنترل I/O - آمپول سولفات منیزیم 4 گرم وریدی - آمپول بتامتازون 12 میلیگرم هر 24 ساعت تا 2 دوز - چک آزمایشات انعقادی ، FLT,CBC,U/A,U/C - کشت خون در 2 نوبت - مشاوره عفونی - مشاوره داخلی - مانیتورینگ NST - FHR روزانه Order می شود.

باتوجه به نتایج آزمایشات 3 واحد پلاکت و 3 واحد FFP تزریق و 5 واحد پلاکت و 5 واحد FFP رزرو می شود. به علت تب دار بودن سفتریاکسون

شروع می شود. جواب آزمایشات: PTT=52 PT=15.2 SGOT=740 SGPT=490 ALP=3450
 WBC=3,700 Hb=11.1 LDH=1760 PLT=145,000 (بعد از تزریق پلاکت)
 U/A: Protein=1+ Cr=0.8 ESR=5 CRP=3+

مشاور داخلی تزریق روزانه 10mg آمپول ویتامین K - سونوگرافی داپلر عروق کبدی و IVC برای بررسی سندروم بودکیاری - بررسی از نظر بروسلوز - مشاوره هماتولوژی برای بررسی علت پان سیتوپنی - بررسی از نظر هپاتیت های ویرال و چک روزانه تستهای انعقادی و CBC راتوصیه می کند. Coombs Wright=Neg Wright=Neg

به علت افت ساچوراسیون تا حد 88% (بدون اکسیژن) و زیاد شدن کاهش بینایی و عدم پیشرفت علائم زایمانی با پزشک ICU ریه مشاوره شده و مادر ساعت 12:30 دومین روز بستری به همراه رزیدنت سال 1 زنان به ICU ریه منتقل می گردد.

موقع پذیرش در ICU ریه مادر تب دار نبود. یک لنف نود 2*2 در اینگوینال وجود داشت. در اندامهای تحتانی ادم 2+ وجود داشت. در آندوسکوپی، واریس مری نداشت و آروزیون سطحی بصورت Patchy در فوندوس و آنتر معده وجود داشت. در سونوگرافی کبد اکوژنیسیته غیر یکنواخت با Span=176 cm وطحال با پارانشیم غیر یکنواخت با Span=181 cm گزارش شده بود. وریدهای کبدی و IVC باز بودند.

در مشاوره چشم پزشکی Serosus Retinal Detachment درپل خلفی، با درگیری ماکولا که مطرح کننده بدخیمی سیستمیک متاستاتیک، بدخیمی و یا ضایعات التهابی اکولار می باشد گزارش شده بود. در آنالیز مایع صفاقی High SAAG با WBC=500 و ارجحیت لنفوسیت و A.D.A=17 بود.

همزمان سرم آنالیز مایع صفاقی:

Protein=3.5	Protein=1
Alb=1.6	Alb=.2
LDH=90	LDH=90
	WBC=500

RBC=2100 اسمیرو کشت مایع صفاقی منفی بود

مادر چندروز بعد ساعت 00:30 با مدام دچار دردهای زایمانی می شود و ساعت 6:00 در حالیکه برای انتقال به بیمارستان زنان بروی برانکاردر قرار گرفته بود در حضور رزیدنت زنان زایمان واژینال بدون اپی زیوتومی انجام می دهد. حاصل زایمان دختر زنده پره ترم (حدوداً 32 هفته) بود. برای

مادر سرم سنتو شروع و 5 عدد شیاف میزوپروستول رکتال گذاشته می شود. BP=100/70 PR=88 2. واحد پکدسل و 5 واحد پلاکت

درخواست می گردد. باشروع تزریق پکدسل، دچار لرز شده و قطع می شود. رزیدنت زنان تا stable شدن مادر (3 ساعت) بر بالین بیمار می ماند. به علت تب دار شدن مادر Sepsis Workup شده و آنتی بیوتیک های قبلی (سفتریاکسون و سیپرو فلوکساسین) به آمپول مترونیدازول و سفتازیدیم تبدیل می شود. دوروز بعد از زایمان) مادر بصورت ناگهانی دچار خونریزی شدید واژینال شده و مشاوره زنان درخواست می شود. در معاینه رحم جمع بود و در سونوگرافی رحم 32 سی سی تجمع داشت. آمپول مترژین تزریق شده و به علت پائین بودن شمارش پلاکت $PLT=46,000$ ، 8 واحد پلاکت درخواست و تزریق می گردد. BP=110/70 PR=120. بعد از دریافت پلاکت خونریزی قطع می شود. در ادامه بستری مادر دچار پلورال افیوژن و پریکار دیال افیوژن خفیف می شود. برای تشخیص علت بالا بودن آنزیمهای کبدی مادر جهت انجام بیوپسی کبد به بخش گوارش منتقل می گردد ولی مادر دچار کاهش هوشیاری نوسان دار، تشنج، تب و آنسفالوپاتی کبدی شده و مادر به ICU ریه بازگردانده می شود. با شروع درمان آنسفالوپاتی کبدی هوشیاری مادر برمی گردد و تب و ادم تا حدودی کاهش می یابد.

روز بیستم بستری: مادر لتارژیک است و اولیگوری و کاهش فشار خون دارد. O2Sat=99% PR=112 BP=85/40

سمع قلب و ریه نرمال و ادم اندامهای تحتانی +2 می باشد. ادم ناحیه ژنیتالیا را دارد. سرم نرمال سالین تزریق می شود.

روز بیست و یکم بستری: شب مادر دچار دسترس تنفسی و تاکی کاردی شده و انتوبه می شود. هوشیاری در حد light coma می باشد. فشار خون

پائین و تب دار است. BP=87/67 HR=128 O2Sat=97% BT=39.9

روز بیست و سوم بستری: مادر تشنج های مکرر دارد برای مادر و الپرات سدیم تجویز می شود ولی تشنجهای تکرار می شود. آمپول میدازولام و پروپوفول بصورت Stat تجویز می گردد.

روز بیست و چهارم بستری: هوشیاری در حد Deep Coma است. تنفس خودبخودی ندارد. تشنجهای استاتوس دارد. برای بیمار آمپول تیوپنتال بصورت tapering شروع می شود. علیرغم تزریق حجم و دوپامین فشار خون پائین است. سمع ریه ها clear است.

O2Sat=96% HR=102 BP=78/48

روز بیست و پنجم بستری: ساعت 1:45 با مدام مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات: $CU=1.7$ ادرار 24 ساعته Ferretin=648 TIBC=198 Folate>20 Vit B₁₂=1652

Irone=56

الکتروفورز پروتئین های سرم: Alb=45.6 $\alpha_1=6.6$ $\alpha_2=9.4$ $\beta=10.1$ $\gamma=28.3$ A/G=0.84

ALKMA=Neg ASMA=Neg ANA=0.7 P-ANCA=Neg C-ANCA=Neg Retic Count=4.5

BMB=Normocelular marrow (مورخ 91/3/18) Anti ds DNA=0.5

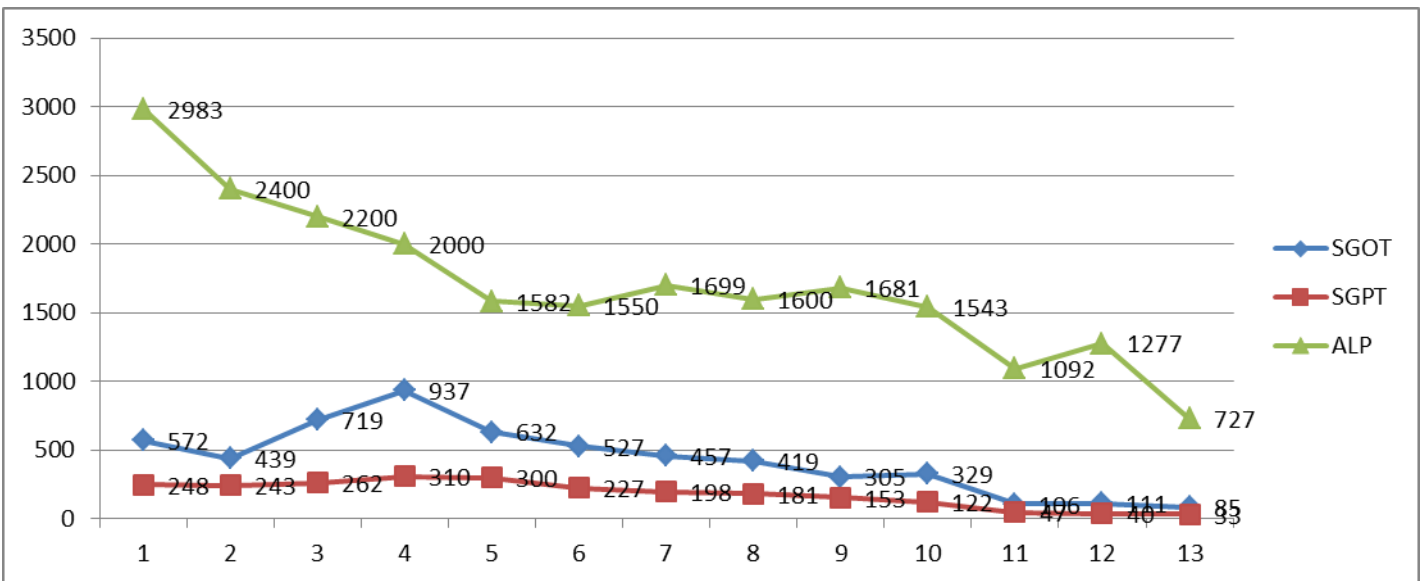
U/C=Neg Ceruloplasmin=60.3 B/C=Neg AMA=Neg Toxoplasma و CMV (IgM) Ab=Neg

Ca=6.5

در بستری دوم اجازه BMA نداده بود.

LDH	ALP	SGPT	SGOT	Uric Acid
-----	-----	------	------	-----------

	1230	2983	248	572	
			243	439	8.2
			262	719	8.1
			310	937	9.1
	1042	1582	300	632	8.5
			227	527	7.7
		1699	198	457	7.5
			181	419	9.2
		1681	153	305	9.3
		1543	122	329	8.1
		1092	47	106	
		1277	40	111	3.4
		727	33	85	



تشخیص علت مرگ : هپاتیت اتوایمیون که در بیمارستان هپاتیت حاد به آن اضافه شده است.

Comment

باتوجه به نمودار آنزیمهای کبدی ، در مراحل بهبودی بیمار از هپاتیت اتو ایمیون ، هپاتیت حاد احتمالاً ویرال به آن اضافه شده و مادر را به کام مرگ کشانده است.

خانم 81

متوفی خانمی است 32 ساله، ساکن شهرستان ، $G_1 P_0$ ، Case شناخته شده بیماری قلبی ریوی (VSD بزرگ + سندم آیزن منجر از سال 79) علیرغم توصیه پزشک معالج حامله شده است . از اوایل ماه چهارم مراقبت های بهداشتی شروع شده بود. به علت داشتن سابقه بیماری قلبی و عدم وزن گیری به متخصص زنان ارجاع داده شده ولی علیرغم توصیه متخصص به سقط تراپوتیک اقدام ننموده و به توصیه ایشان مبنی بر بستری در طول دوران بارداری در بیمارستان نیز اعتنا نکرده بود.

متوفی در هفته 32 حاملگی به علت افزایش فشار خون و علایم پره اکلاپسی در بیمارستان زنان بستری و به علت تاکی کاردی ، تنگی تنفس شدید به بیمارستان قلب منتقل می گردد. 4 روز بعد در بیمارستان قلب بصورت الکتیو سزارین می شود (در هفته 33) و حاصل آن یک نوزاد پسر با آپکار $9/10$ بود. بدنبال اکستیوبا سیون بعد از عمل دچار تنگی نفس و کاهش O_2sat می شود و دوباره انتوبه می شود روز دوم بعد از عمل بیمار تبار شده و علت تب علیرغم بررسی (کشت خون ، CXR ، اکوکاردیوگرافی معمولی و ترانس توراسیک) مشخص نمی شود. تب بصورت **singl spik** بوده و به تجویز آمپی سیلین 2گرم هر 6ساعت و کلیندامایسین و جنتامایسین پاسخ نمی دهد .

در مطالعات پاراکلینیک بیمار PAH شدید ، MR^{3+} ، ادم ریه و نارسایی قلبی با $EF=30\%$ و ARDS ، داشته و 4روز بعد سزارین به علت نارسایی قلبی تنفسی فوت می شود.

خانم 82

متوفی خانمی است 32 ساله، ساکن شهرستان ، $G_1 P_0$ ، Case شناخته شده بیماری قلبی ریوی (VSD بزرگ + سندم آیزن منجر از سال 79) علیرغم توصیه پزشک معالج حامله شده است . از اوایل ماه چهارم مراقبت های بهداشتی شروع شده بود. به علت داشتن سابقه بیماری قلبی و عدم وزن گیری به متخصص زنان ارجاع داده شده ولی علیرغم توصیه متخصص به سقط تراپوتیک اقدام ننموده و به توصیه ایشان مبنی بر بستری در طول دوران بارداری در بیمارستان نیز اعتنا نکرده بود.

متوفی در هفته 32 حاملگی به علت افزایش فشار خون و علایم پره اکلاپسی در بیمارستان زنان بستری و به علت تاکی کاردی ، تنگی تنفس شدید به بیمارستان قلب منتقل می گردد. 4 روز بعد در بیمارستان قلب بصورت الکتیو سزارین می شود (در هفته 33) و حاصل آن یک نوزاد پسر با آپکار $9/10$ بود. بدنبال اکستیوبا سیون بعد از عمل دچار تنگی نفس و کاهش O_2sat می شود و دوباره انتوبه می شود روز دوم بعد از عمل بیمار تبار شده و علت تب علیرغم بررسی (کشت خون ، CXR ، اکوکاردیوگرافی معمولی و ترانس توراسیک) مشخص نمی شود. تب بصورت **singl spik** بوده و به تجویز آمپی سیلین 2گرم هر 6ساعت و کلیندامایسین و جنتامایسین پاسخ نمی دهد .

در مطالعات پاراکلینیک بیمار PAH شدید ، MR^{3+} ، ادم ریه و نارسایی قلبی با $EF=30\%$ و ARDS ، داشته و 4روز بعد سزارین به علت نارسایی قلبی تنفسی فوت می شود.

خانم 83

متوفی خانمی است 34 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، بدون سابقه بیماری خاص، باقد 175 سانتیمتر و درشت هیكل حاملگی خواسته بود .
 مراقبت دوران بارداری نامرتب بوده است. آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود .

مادریا شکایت آبریزش به بیمارستان الف مراجعه می کند. موقع پذیرش (ساعت 5:07 صبح) انقباضات رحمی نداشته و درمعاینه واژینال ، کول خلفی و بدون دیلاتاسیون و افسمان بود و ساک نیک داشت. $FHR=132$ و علائم حیاتی نرمال می باشد. سن حاملگی براساس سونوگرافی اوایل حاملگی 41 هفته و 3 روز بود. مادر در بلوک زایمانی بستری و سرم رینگر بصورت K.V.O وصل و NST درخواست می گردد. در ساعت 7:00 صبح به دلیل پائین بودن Base FHR در NST و نداشتن Beat to Beat مناسب به متخصص زنان تلفنی اطلاع می دهند (نوار Base NST $FHR=120$ بود). متخصص زنان درمانگاه در ساعت 10:10 صبح مادر را ویزیت کرده و دستور ایندکشن با 10 واحد سنتوسینون تحت مانیتورینگ قلب جنین را می دهد. در ساعت 13:40 آمینوتومی انجام می گیرد (مایع شفاف بود). در ساعت 16 دیلاتاسیون و افسمان کامل می شود ولی ایستاسیون سر جنین +1 بود (سر Boss داشت) در ساعت 17 به علت افت ضربان قلب (تا حد $FHR=90$) به دستور متخصص زنان که در اتاق عمل حضور داشت ، ایندکشن قطع و اکسیژن و پوزیسیون LP داده می شود. FHR تا حدودی اصلاح می شود (گهگاهی افت داشته). در ساعت 17:30 مادر توسط متخصص زنان ویزیت و به علت برادیکاردی دوبار و اکیوم گذاشته می شود و هر دو بار Off می شود. مادر ساعت 17:40 با برانکارد به همراه ماما جهت سزارین به اتاق عمل فرستاده می شود. عمل بلافاصله با بی هوشی عمومی شروع می گردد (17:50) در اتاق عمل $FHR=60$ بود. حاصل سزارین نوزاد دختر با وزن 4030 گرم و بند ناف 3 دور دور گردن و کوتاه با آپگار 4/10 بود که بعد از خروج احیاء شده و به NICU منتقل می شود. بعد از اتمام سزارین (موقع نوشتن شرح عمل) به متخصص زنان اطلاع می دهند که مادر خونریزی شدید واژینال دارد. بلافاصله ماساژ دودستی رحم شروع شده و آمپول مترژین و آمپول سنتوسینون تزریق و 5 عدد شیاف میزوپروستول بصورت رکتال گذاشته می شود. واژن بررسی شده و لاسراسیون ها تا حد ممکن سوچور زده می شود ولی خونریزی همچنان ادامه می یابد. در سونداژ مثانه برای کنترل I/O ، 300 سی سی ادرار کاملاً خونی خارج می شود (مثانه قبل از سزارین توسط سوند نلاتون خالی شده بود و ادرار روشن بود) . با متخصص ارولوژی و متخصص زنان مشاور تماس گرفته شده و عمل هیستریکتومی ابدومینال شروع می شود. متخصص ارولوژی مثانه و مسیر حالبها را بررسی می کند ، مشکل خاصی وجود نداشت. جدار بیستر واژن راکه دچار کنتوزیون شده بود مجدداً سوچور زده و پیک می کند. با شروع خونریزی تستهای انعقادی و کراس مچ خون درخواست می گردد. و بلافاصله ترانسفوزیون شروع می شود. ($PT=240$ ، $PTT=240$ ، $PLT=90,000$ بود). در سوچور پدیکول آخر هیستریکتومی متخصص زنان مشاور در اتاق عمل حاضر می شود. مجدداً محل سوچورها و شکم توسط ایشان بازبینی می شود. به علت عدم قطع خونریزی ، واژن بایک لنگاز پک می شود. در ضمن هیستریکتومی ، توسط متخصص بی هوشی CVP Line ازورید جوگولار تعبیه می شود که بار اول Fail می گردد و مجدداً از ورید ساب کلاوین گذاشته می شود و دو لاین وریدی با کات دان تعبیه و پلاکت ، FFP و پیکدسل بصورت سریع ترانسفوزیون می شود. به علت عدم قطع خونریزی با وجود اقدامات انجام شده اینترنال ایلیاک هر دو طرف در محل دوشاخه شدن توسط متخصص جراحی عمومی بسته می شود. ولی خونریزی قطع نمی شود. از متخصص زنان پیشکشوت نیز درخواست کمک می کنند و ایشان دستور می دهد Uterin bag درواژن قرار داده شود و با کاهش مقدار خونریزی ساعت 22:40 شکم با تعبیه پن روز بسته می شود. به علت عدم افزایش فشارخون ، علیرغم ترانسفوزیون ماسیو خون و فرآورده های دیگر از متخصص داخلی نیز درخواست کمک می شود. ایشان در ساعت 22:20 بیمار را در اتاق عمل ویزیت می کند. در یادداشت ایشان آمده است: $BP=75/?$ ، $HR=132$ (در حال دریافت دوپامین است)

Hb=10 (بعد از دریافت 10 واحد پکدسل) PLT=22,000 PT=240 PT=240

O₂Sat=100% (با FIO₂=60-100%)

(طبق توضیح متخصص بی هوشی در برخی موارد ساچوراسیون تا حد 80% افت داشت).

برای بیمار تشخیص احتمالی DIC و تشخیص افتراقی ازوتمی پره رنال مطرح است و پیشنهاد می شود:

CVP در حد 10-12 نگه داشته شود-درخواست و ترانسفوزیون حداقل 5 واحد FFP و 10 واحد پلاکت -کنترل I/O و پرونده ادراری در حد 0.5cc/kg/h نگه داشته شود-چک هموگلوبین هر دو ساعت- ادامه دوپامین با دوز 7µg/min .

به علت اسیدوز متابولیک و هیپر کالمی (K=7.7) بیکربنات سدیم، کلیسم، انسولین و گلوکز 10% تجویز می گردد. بیمار ساعت 23:15 دچار ادم ریه شده و از لوله تراشه کف فراوان خارج می شود. برای مادریک عدد آمپول مورفین، 200 میلی گرم هیدروکورتیزون، نیم لیتر سرم مانیتول 10%، 40لازیکس (در 4 دوز منقسم) تزریق می گردد. مادر ساعت 23:30 ارست قلبی می کند. با ماساژ قلبی و D.C شوک ریتم قلب سینوسی می شود. به علت افت ناگهانی فشارخون و عدم پاسخ به اقدامات درمانی با احتمال پنوموتوراکس یک عدد chest tube تعبیه می شود ولی کمی خون تیره خارج می گردد. همزمان از محل پن روز نیز خون تیره خارج می گردد. در ساعت 1:00 با ماداد به علت برادیکاردی مقاوم به درمان (HR=20) و با احتمال خونریزی داخلی شکم مجدداً باز می شود. Oozing منتشر در جدار شکم وجود داشت و علیرغم اقدامات انجام شده مادر فوت می کند.

درکل: 11 واحد کرایو- 14 واحد پلاکت - 16 واحد FFP - 16 واحد پکدسل و 2 واحد خون کامل و 6.5 لیتر رینگرتزریق شده بود ولی پرونده ادراری 300 سی سی و کاملاً خونی در ابتدای شروع خونریزی بود.

آزمایشات:

موقع بستری : WBC=8,200 RBC=4.38*10⁶ Hb=12.4 Hct=37.4 PLT=208,000

ساعت 19:12 (بعد از شروع خونریزی) : BUN=11 Cr=0.9 Hb=5 PLT=96,000

تشخیص علت مرگ : براساس سیر بالینی طبق نظر متخصصین محترم زنان با احتمال زیاد DIC ناشی از آمبولی مایع آمینوتیک علت مرگ می باشد .
اشکالات وارد بر پرونده:

1. در اولین تظاهر برادی کاردی باید برای تخمین وزن نوزاد و وضعیت بند ناف سونوگرافی می شد.
2. اصرار غیر منطقی به زایمان طبیعی موجب بروز عوارض ناخواسته در نوزاد و مادر می شود و در اینمورد آمبولی مایع آمینوتیک در طول پروسه زایمان رخ داده است.
3. گذاشتن واکيوم در آن شرایط اشتباه بوده است.

خانم 84

متوفی خانمی است 21ساله ، ساکن شهر ، G₁P₀، سابقه بیماری روماتیسم قلبی که تحت درمان نامرتب با پنی سیلین ماهانه قرار داشت، ورزشکار و سیگاری (روزانه یک پاکت) ،مراقبت دوران بارداری نداشته و فقط یکی دو بار جهت درخواست سونوگرافی به مطب مامایی مراجعه کرده بود .مادر با

شکایت آبریزش، تپش قلب و دفع خلط خونی از سه روز قبل به بیمارستان مراجعه و بعد از انجام سونو گرافی با گزارش جنین فاقد قلب، 38 هفته

و کاهش مایع آمنیوتیک، بند ناف دور گردن در بیمارستان در ساعت 22:7 با علایم :

BT=36.7 RR=40 BP=100/60 HR =120

FHR=0 TV: 6-7cm/80%/Cephal/ساک پاره

کراکل منتشر در قاعده هردو ریه و سیانوز مرکزی پذیرش می شود. بیمار پس از بستری در بخش زایمان با واکيوم زایمان طبیعی می کند. پس از زایمان به علت O2 Sat پائین و سابقه بیماری قلبی، ادم ریه و نبود تخت خالی در ICU اناچاراً به بخش CCU منتقل می شود. رزیدنت داخلی علی رغم درخواست کمک هنگام زایمان بر بالین بیمار حاضر نمی شود. در بخش CCU برای بیمار اکسیژن 10-8 لیتر در دقیقه لازیکس 120 mg، اسپری سالبوتامول، اسپری آتروونت، آمپول هیدروکورتیزون تجویز می شود و علیرغم این اقدامات، O2 Sat افزایش نمی یابد (67%) و بیمار انتوبه شده به ونتیلاتور با سیستم SIMV وصل می شود. و چندین دوز میدازولام، نسدونال، مورفین تزریق میگردد. برای بیمار به علت پایین بودن هموگلوبین (Hb=7.9) واحد پکد سل تزریق شده تحت درمان با ایندرال 40 میلیگرم هر 6 ساعت قرار می گیرد. به علت پایین نیامدن ریت قلب ایندرال وریدی و آمیودارون شروع می شود. علی رغم این اقدامات O2 Sat از 89% بالا نمی رود. در CXR سایز قلب نرمال و ادم منتشر ریوی و دراکو MS, MR متوسط گزارش شده بود. بیمار صبح روز بعد با هماهنگی رزیدنت داخلی به ICU بیمارستان دیگر منتقل میشود. در ساعت 12:15 نیز با تشخیص ادم ریه مقاوم به درمان جهت بررسی بیشتر به بیمارستان قلب اعزام می شود. هنگام پذیرش در اورژانس قلب در وضعیت Light Coma قرار داشت. در سمع ریه کراکل در نیمه تحتانی ریه وجود داشت. BP=70/30 بود. با تزریق

5 mg و راپامیل و 80 mg لازیکس در بخش CCU بستری می شود. (ساعت 13:20) در طی بستری در CCU: هوشیاری در حد Light Coma، مردمک ها ایزوکوریک و 2 میلیمتر و راکتیو به نور، DTR ها +2، فاقد علایم فوکال عصبی، ترشحات NGT و ریوی خونی بود، BP=90/70، HR=120، و سینوسی برونده ادراری خوب بود و تب دار نبود. با FIO2=100% O2 Sat=84-86% بیمار تحت درمان با هپارین و لازیکس، ASA و TNG قرار می گیرد. ولی به علت بالا بودن تستهای انعقادی و افت فشار خون دادن دارو ها با احتیاط صورت می گرفت. آزمایشات :

INR=3.49 PTT=107 PT=23.3 Plat=107,000 Hb=13 WBC=20,000

در CXR نارسایی قلبی و در اکو MS متوسط و کلسیفیه، PAH، TR2+، M VA=1.35 و سپتوم D شکل و EF=45-50% گزارش شده بود.

بیمار در ساعت 1:30 روز سوم بستری دچار برادی کاردی و افت فشار خون شده و به اقدامات درمانی پاسخ نمی دهد و ساعت 2:15 فوت می کند.

خانم 85

متوفی خانمی است 23 ساله، ساکن حاشیه ی شهر، G2P1، سابقه یکبار NVD در 6 سال قبل، سابقه ترومای کمر از یک هفته قبل از بستری (همسر آزاری)، حاملگی خواسته بوده با LMP نامعلوم.

مراقبتهای دوران بارداری از هفته 12 بارداری در مرکز بهداشت شروع شده، 3 بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک مرکز مراقبت شده بود.

نامبرده در هفته 36 بارداری به علت تب و سردرد که از یک روز قبل شروع شده بود به کلینیک خصوصی مراجعه می کند. مادر توسط پزشک عمومی ویزیت شده و جهت بررسی مامایی به بیمارستان الف راهنمایی می شود. شب ساعت 23 به بیمارستان الف مراجعه کرده و به علت پره ترم لیبر به

بیمارستان ب ارجاع داده میشود. موقع مراجعه به بلوک زایمانی بیمارستان الف ، مادر انقباضات رحمی داشت و کول Ripe بود. FHR=140 و علائم حیاتی نرمال بود.

مادر ساعت 23:40 با شکایت درد زایمانی به بیمارستان ب مراجعه میکند. موقع مراجعه: BP=110/60 FHR=0 با سونیکیت و TV: 3cm/Ripe/ C//3 بود. به علت نبود سونوگرافی در مرکز ب، مادر جهت بررسی وضعیت جنین به مرکز آموزشی درمانی ج ارجاع داده می شود. بعد از انجام سونوگرافی (ساعت 40 دقیقه بامداد) به علت نبود تخت خالی، مادر به بیمارستان ب بازگردانده می شود. در سونوگرافی، جنین بدون ضربان قلب با سن 36 هفته و مایع آمینوتیک نرمال گزارش شده بود. بعد از بازگشت از بیمارستان ج، در بیمارستان ب بصورت سرپایی آزمایش درخواست می شود. بعد از آماده شدن جواب آزمایش، (ساعت 4:10) مجدداً معاینه می شود. در معاینه مادر هوشیار و اریخته بود و از تنگی نفس از یک روز قبل شکایت بود. تب دار نبود. سمع قلب و ریه نرمال بود. در معاینه رحم تندرست و حساس نبود. در معاینه واژینال لیک مایع داشت (بوی بد نداشت) و TV: 3cm/40-50%/ C/R/-2.

مادر ساعت 5:00 با ویلچر به بخش زایمان منتقل و ساعت 5:10 زایمان واژینال انجام می دهد. حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار صفر بود. (ماسره نبود) مادر ساعت 6:10 با وضعیت Stable به بخش منتقل می شود. BP=110/70 PR=85

جواب آزمایشات ساعت 3:30 بامداد: WBC=5,000 Neut=82 Hb=13.1 Hct=39.5

SGOT=32 SGPT=36 BS=101 Uric Acid=5.2 Urea=26 Cr=1.4 PLT=153,000

INR=1.1 PTT=39 PT=14 Fibrinogen=301 LDH=454

ساعت 8:15 (حدود 3 ساعت بعد از زایمان) مادر دچار سیانوز، تنگی نفس، تاکی کاری و تاکی پنه شده و تب دار می شود.

علائم حیاتی: BT=39.5 HR=164 RR=75 O₂Sat=70% BP=122/39

در معاینه سافل دیاستولیک در LSB سمع می شد. رحم جمع بود و خونریزی در حد Post Partum بود. برای مادراکسیژن نازال وصل و آنالیز ادرار و تستهای کبدی و کلیوی درخواست و دورگ بزرگ تعبیه کرده و سرم رینگر با سرعت 100 سی سی در ساعت شروع می شود. به علت پروتئین اوری +2، 4 گرم سولفات منیزیم وریدی تزریق کرده و جهت کنترل پرونده ادراری سونداژ می شود ولی ادراری خارج نمی شود. با مشاور داخلی تماس می گیرند و ایشان به علت حضور در بیمارستان دیگر، توصیه می کنند مادر به بیمارستان جنرال اعزام شود.

بعد از شروع اکسیژن نازال ساچوراسیون اکسیژن به 95% می رسد. برای مادریه علت شک به آمبولی ریه هپارین فول دوز شروع می شود (اختلاف سایز اندامها وجود نداشت). با اساتید بیمارستان ج مشورت کرده و مادر به همراه رزیدنت سال 1 و ماما به بیمارستان ج اعزام می شود. جواب

آزمایشات ساعت 7:06: Cr=1.6 Urea=38 SGOT=80 SGPT=70 LDH=1000

ALP=300 Uric Acid=5.7 Hb=13.1 Hct=40.1 PLT=145,000

Blood=3+ Pro=2+ در آنالیز ادرار BS=99 INR=1.3 PT=15 PTT=42

WBC=10-12

جواب آزمایشات ساعت 9:20:

ALP=278 UricAcid=6.5 LDH=872 SGPT=87 SGOT=92 Urea=45 Cr=2.3

INR=1.1 PT=14 PTT=42 PLT=101,000 Hct=40.1 Hb=13.2

Fibrinogen=200

موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان ج (ساعت 10:23): مادر هوشیار ولی Toxic ill بود. ازدرد گردن شاکمی بود ولی ردورگردن نداشت. صورت فلاشینگ داشته و مخاطات خشک بود. در سمع ریه ها کراکل در قاعده هردو ریه سمع می شد. در قلب سوفل دیاستولیک در LSB سمع می شد. شکم نرم و تنفس شکمی بود. در اندامها، اختلاف سایز وجود نداشت و سرد و مرطوب بودند و نبضها فیلی فورم بودند. کیسه ادرار خالی بود. رحم جمع بود و خونریزی در حد Post Partum بود. مادر بلافاصله به ICU منتقل شده و متخصص بی هوشی، متخصص پریناتولوژی و پزشک معالج بر بالین مادر حاضر می شود. برای مادر مشاوره ی قلب، داخلی و عفونی درخواست می شود. طبق یادداشت رزیدنت قلب: بیمار تاکیکارد بوده و نبضهای محیطی فیلی فورم هستند. ملتحمه پر خون و صورت فلاشینگ دارد. jvp برجسته نیست. اکوی قلب نرمال می باشد. شواهد به نفع کاهش حجم داخل عروقی و وازودیلاتاسیون جلدی می باشد و شوک سپتیک، واکنش آلرژیک و هیپوولمی برای بیمار مطرح است. در بررسی B-Mode و پالسد کالر داپلر، وریدهای سطحی و عمقی اندامهای تحتانی علانمی به نفع ترومبوز وجود نداشت. در لگن و شکم مایع آزاد قابل توجه و هماتوم واضح لگنی و شکم وجود نداشت. در ریه پلورال افیوژن دوطرفه با کلاپس ریه زیرین در دوطرف مشهود بود. طول کلیه راست 110 سانتی متر و کلیه چپ 100 سانتی متر با افزایش اکوژنیسته هردو کلیه همراه بود و مثانه خالی بود. به علت افزایش زمان انعقاد PT=21 PTT=63 INR=3.8 و نبود شواهد آمبولی، هپارین Hold می شود.

20 میلی گرم لازیکس و 500 سی سی سرم نرمال سالین و 200 میلی گرم هیدرو کورتیزون شروع می شود. 5 واحد FFP، 5 واحد پلاکت و 3 واحد پکدسل کراس مچ شده رزرو می گردد. آزمایشات ANA, Anti ds DNA, LE Cell، آنتی فسفولیپید آنتی بادی، آنتی کاردیولیپین، کشت خون در دونوبت و کشت ادرار و ABG درخواست و 5 واحد FFP تزریق می گردد. پس از تزریق سرم و لازیکس، ادرار برقراری می شود (100 سی سی در

عرض نیم ساعت). علایم حیاتی: BP=120/70 O₂Sat=96% RR=50 HR=120

FIO₂=0.21 BE=-11.9 PO₂=92.8 HCO₃=11 PCO₂=21.2 PH=7.33 :ABG

برای تنظیم حجم داخل عروقی از مشاور جراح عمومی جهت تعبیه CVP Line و کات دان درخواست کمک می شود. بعد از نمونه گیری جهت کشت خون و ادرار آمپول آمپی سیلین و جنتامایسین شروع می گردد.

از اساتید محترم گروه عفونی مشاوره درخواست شده و ایشان ضمن ویزیت مادر یادداشت کرده بودند (ساعت 14:50): مادر لتارژیک بوده ولی

اریتاناسیون طبیعی دارد. تب دار نبوده ولی تاکیکارد است BP=100/60 HR=120 که در ضمن معاینه فشارخون

سیستولی به 75mmHg کاهش می یابد. در ABG : PH=7.16 PCO₂=28 HCO₃=10

Na=131

در آزمایش ادرار پیوری دارد (WBC=10-12) در CXR انفیلتراسیون دوطرفه دارد و مجموعه علایم به نفع سپتی سمی می باشد. و پیشنهاد می شود برای جلوگیری از خستگی تنفسی، انتوبه شده و آمپول کلیندامایسین، آمپول جنتامایسین، آمپول آمپی سیلین و سیپروفلوکساسین شروع و کشت

خون وادرار پیگیری شود -هپارین با دوز پروفیلاکتیک و آمپول هیدروکورتیزون با دوز 50mg/q8h شروع و حجم داخل عروقی با انفوزیون سرم نرمال سالین اصلاح گردد(با مانیتورینگ CVP Line) و در صورت عدم اصلاح فشارخون، اینوتروپ شروع شود.

در حین انتوباسیون دچار V Tac های مقاوم به درمان شده و بعد از چند مرحله CPR به عملیات احیا پاسخ نمی دهد. ساعت فوت: 17:50
جواب آزمایشات بیمارستان ب ساعت 11:00:

LEcell=Neg Anti Cardiolipin(IgG,IgM)=Neg Anti dsDNA=Neg ANA=Neg

Anti phosphlipide(IgG,IgM)=Neg

PLT=133,000 Neut=92% WBC=3500 Hct=27 Hb=9.4

Uric Cr=1.2 Urea=21 Fibrinogen=127 INR=3.8 PTT=63 PT=21.9

SGPT=10 SGOT=43 K=3.5 Na=139 P=3 Ca=8.3 Acid=3.7

Free T4=9 TSH=0.8 T3=0.73 T4=39 Alb=2.2 LDH=451 ALP=105

(حساس به وانکومایسین و آمپی سیلین و مقاوم به کلینداماسین و جنتامایسین) B/C=Beta Hemolytic group A Streptococci

U/C=Neg

Fibrinogen=269 INR=1.5 PTT=79 PT=14.3 : ساعت 15:45

تشخیص علت مرگ : DIC ناشی از سپسیس می باشد.

اشکالات وارد بر پرونده:

1. مادر در طی بستری چندین بار جابجا شده است

2. در بیمارستان الف به بهانه پره ترم لیبر متخصص زنان آنکال مادر را ویزیت نکرده بود و ارجاع مادر باردار با سن حاملگی 36

هفته از آن بیمارستان به بیمارستان دیگر بر اساس سطح بندی پری ناتال توجیه پذیر نیست.

3. ارجاع مادر به مرکز دیگر برای بررسی زنده بودن جنین اشتباه بوده و متخصص آنکال زنان می توانست خودش سونوگرافی انجام دهد.

4. وضعیتی که جنین با FHR نرمال رادر عرض 40 دقیقه کشته حتماً باید جدی تلقی شده و مادر باید سریع بستری می شد(حدود 5 ساعت مادر بلا تکلیف بوده است).

5. در مادران باردار پرخطر و کمپلیکته باید با سایر متخصصین و حتی المقدور گروههای آموزشی (اساتید) مشاوره انجام گیرد .

6. تب هایی که بصورت ناگهانی بعد از زایمان شروع می شود باید به سپسیس شک شود.

7. افزایش ساچوراسیون با اکسیژن نازال و تب بالا آمبولی ریه را رد می کند.

8. با توجه به اینکه مادر در سونداژ مثانه ادرار نداشته است شروع سولفات منیزیوم اشتباه بود.(پروتئین اوری می تواند در زمینه ی تب باشد)

9. با توجه به INR بالا بیمار دچار DIC شده بود.

10. شنیده شدن همزمان سوفل دیاستولیک در قلب و کراکل در ریه ها می تواند ناشی از آندوکاردیت باکتریال در زمینه استرپتوکوک باشد.

خانم 86

متوفی خانمی است 34 ساله ، ساکن شهرستان ، G_3P_2 حاملگی خواسته بوده و آخرین زایمان 12 سال قبل بود. وسیله پیشگیری LD و IUD بود. سابقه بیماری خاص نداشته است. از اوایل حاملگی تحت کنترل متخصص زنان بود و از ماه هشتم به مرکز بهداشت نیز مراجعه کرده بود مادر در هفته 41 به متخصص زنان در شهرستان مراجعه می کند و طبق سفارش ایشان به علت گذشتن EDC در بیمارستان بستری می شود و تحت اینداکشن قرار می گیرند موقع پذیرش : $FHR, BP = 120/70$ نرمال و بدون دیلاتاسیون و افاسمان بود . 17 ساعت بعد از شروع اینداکشن زایمان واژینال انجام می دهد و حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 9/10 بود و ساعت 1pm ، 10 دقیقه بعد از زایمان ، فشارخون بیمار کنترل و بلافاصله به بخش منتقل می گردد و در دستورات پزشک که ساعت 12:50 ظهر نوشته شده است کنترل V/S و V/B بدون ذکر مدت و زمان، واکسی توسین 7 واحد قید شده است .

در ساعت 14 همراه بیمار اطلاع می دهد که مریض خونریزی دارد فشار مریض کنترل شده (مقدار فشار نوشته نشده است) و کوراژ می گردد. برای بیمار سرم رینگر یک لیتر بصورت free و 15 واحد اکسی توسین IM و یک عدد مترژین عضلانی تزریق می گردد بیمار از سرگیجه و تهوع نیز شکایت داشته است . ضمناً با پزشک متخصص تماس گرفته می شود ایشان دستور شروع سولفات فروس را می دهد در ساعت 15:30 همچنان خونریزی مریض ادامه داشته و $BP=60/40$ میشود . یک لیتر دیگر سرم وصل می شود بصورت KVO و 2 واحد خون رزرو می شود و دوباره به پزشک متخصص اطلاع داده می شود . پزشک ساعت 15:40 بر بالین بیمار حاضر می شود در ساعت 16:20 خون آماده تزریق می گردد و همزمان کد احیاء نیز اعلام میشود . بیمار در ساعت 17 دچار شوک شده و ارست تنفسی و بعداً ایست قلبی می کند و علی رغم تلاش متخصص داخلی و بیهوشی به احیاء جواب نداده در ساعت 18:45 فوت می کند %

خانم 87

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن شهر ، خانه دار ، G_1P_0 ، بدون سابقه بیماری خاص . حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مطب مامایی (بخش خصوصی) شروع شده و مرتب کنترل شده بود (7 بار). در کارت مراقبت فشارخون همواره در محدوده نرمال بود.

نامبرده در هفته 39-40 حاملگی (ساعت 22:50 باشکایت درد زایمانی و آبریزش از حدود 5 ساعت قبل، به درمانگاه بیمارستان الف مراجعه کرده و بستری می گردد. در موقع بستری $TV:2Fing/40\%/R/C/-3$ و $FHR=130$ انقباضات خفیف رحمی داشت. علایم حیاتی:

$BP=100/60$ $PR=100$. مادر در زایشگاه تحت نظر گرفته می شود. در ساعت 2:30 بامداد جنین برادیکارد شده با دادن

اکسیژن و پوزسیون و مایعات بطور موقت برطرف شده و دوباره تکرار می شود. یک عدد آتروپین به دستور پزشک تزریق می گردد ولی برادیکاردی

ادامه می یابد. ساعت 2:50 دستور آمادگی برای سزارین داده می شود. عمل راس ساعت 3:15 با بی حسی اسپینال شروع شده و ساعت 3:50 تمام می

شود. حاصل زایمان نوزاد دخترترم با آپگار 9/10 بود. در طول عمل مشکل خاصی نداشت (فشارخون موقع ورود به اتاق عمل $BP=115/69$ و موقع

خروج $BP=127/50$ بود). مادر ساعت 4:15 با وضعیت stable به بخش تحویل داده می شود.

دستورات بعد از عمل : NPO ، سرم رینگر یک لیتر +10 واحد اکسی توسین در عرض 8 ساعت - سرم 2/1،3/3 یک لیتر ، سرم D/W یک لیتر ، آمپول سفازولین ، آمپول مترونیدازول ، کنترل علایم حیاتی ، کنترل V/B ، کنترل I/O .

BP=120/65	PR=86	4:30	علایم حیاتی : ساعت
BP=120/70	PR=87	4:45	
BP=110/70	PR=86	5:00	
BT=37.3	BP=110/70	PR=84	6:00

مادر بطور ناگهانی در ساعت 10:35 (6.5 ساعت بعد از زایمان) دچار کاهش بینایی و حرکات غیر ارادی چشم ها و حرکات مشکوک به تونیک کلونیک می شود. در کنترل علایم حیاتی PR=90 BP=160/100 بود. به علت دردسترس نبودن پزشک معالج، با متخصص زنان آنکال در اتاق عمل تماس می گیرند و ایشان دستور شروع سولفات منیزیوم و بررسی پروتئین ادرار و مشاوره چشم پزشکی می دهد.

بعد از شروع سولفات منیزیوم و گزارش پروتئین اوری +4 ، با پزشک معالج تماس می گیرند ایشان تلفنی دستور میدهد ست احیا بالای سر بیمار باشد، سوندفولی تعبیه گردد و سرم نرمال سالین 100cc/h وصل گردد. سولفات منیزیوم با کنترل DTR,RR, I/O تزریق شود و مشاوره نرولوژی درخواست گردد. جواب مشاوره چشم پزشکی که در ساعت 11:30 انجام شده بود: دید هر دو چشم در حد Hand Motion و مردمکها گرد و راکتیو می باشد. Red Reflex هر دو چشم نرمال است. در فوندوسکوپ دیسک، ماکولا، عروق رتین و فشار هر دو چشم نرمال می باشد. برای بیمار با توجه به تابلو و احتمال پره اکلامپسی ، ایسکمی مغزی و عصب اپتیک رترو بولبار محتمل است .

جواب مشاوره نرولوژی (که در بیمارستان ب انجام شده بود) : رفلکس کف پای چپ آبوله و راست فلکسور است . با توجه به اسکن مغز نرمال، احتمال CVT برای مادر مطرح می باشد. توصیه میشود:

1- انوکسپارین 60mg/BID - آسپرین 80mg روزانه - والپرات سدیم یک قرص هر 8 ساعت - بعد از مرخص شدن از نظر مامایی به بیمارستان ب منتقل شود. در کنترل علایم حیاتی : HR=100-110 و BP=130-140/90-100 بود. پرونده ادرار از ساعت 19 (15 ساعت بعد از سزارین) به بعد کاهش می یابد (100 سی سی در عرض 4 ساعت) ولی به پزشک اطلاع نمی دهند.

آزمایشات موقع بستری : WBC=8,500 Hb=10.7 Hct=33.1 PLT=158,000

مادر ساعت 15 روز بعد جهت بررسی مسایل نرولوژیک با هماهنگی به بیمارستان ب اعزام می گردد. موقع اعزام BP=120/70 و خونریزی در حد پرئود بود. مادر بعد از اعزام توسط پزشک اورژانس بیمارستان ب ویزیت شده ولی حاضر به بستری نمیشود و با رضایت شخصی مرخص می گردد. بنا به اظهار خواهر بیمار خونریزی مادر در منزل در حد پرئود بود. 4 روز بعد از زایمان صبح به علت تنگی نفس به مطب پزشک عمومی مراجعه و آزمایش درخواست میشود. بعد از آماده شدن جواب آزمایش به علت هموگلوبین پائین ساعت 15:30 به مطب فوق تخصص توراکس مراجعه و توسط ایشان به بیمارستان ارجاع می شود در ساعت 16:30 به اورژانس بیمارستان الف مراجعه می کند. مادر به دستور متخصص زنان آنکال بلافاصله با اکسیژن نازال به بخش جراحی منتقل می گردد. دربدو پذیرش لتارژیک بود. ill و شدیداً pale بود. تنگی نفس و سرفه داشت. نبضهای محیطی قابل لمس نبود BP=80/30. در سمع ریه ها پر بودند. خونریزی فعال و اژینال نداشت. شکم دیستانت بود .

دستورات : تعبیه 2 لاین محیطی - آمپول لازیکس 40mg/state - درخواست ABG- تعبیه سوند فولی - درخواست آزمایشات :
PT,PTT,BUN,Cr,CBC,BG -سونوگرافی شکم، مشاوره جراحی و داخلی .با توجه به $Hb=2.9$ و $Hct=10$ ترانسفوزیون سریع خون بدون کراس مچ شروع می شود.مادر ساعت 16:57 ارست قلبی می کند .سریعاً انتوبه شده و ماشاژ قلبی و 3 بار D.C شوک داده میشود.مادر به عملیات احیا پاسخ داده و ریتم قلبی سینوسی می شود.درسونوگرافی داخل شکم ،خون فراوان وجود داشت. مادر بعداز Reanimation با همراهی جراح عمومی ،مشاور داخلی ،متخصص بی هوشی و متخصص زنان مشاور جهت لاپاراتومی تجسسی ،به اتاق عمل منتقل می گردد.درضمن انتقال رگ سوم تعبیه شده و پکدسل و FFP ترانسفوزیون می شد.

طبق نظر متخصص داخلی مادر در فاز ARDS قرار دارد($O_2Sat=54-60\%$ و ترشحات فراوان ریوی داشت). 300mg لازیکس در چنددوز و 200 میلی گرم هیدروکورتیزون تجویز می گردد.برای کاهش متابولیسم پایه ،پکهای یخ رو پاها و شکم بیمار گذاشته می شود(تنظیم دما در حد 32-35 درجه سانتیگراد).در اتاق عمل باتزریق موادمخدر و شل کننده ، انسزیون میدلاین شکم داده می شود. خون کهنه حدوداً 1-1.5 لیتر داخل شکم وجود داشت .خونریزی روشن و فعال وجود نداشت وهماتوم کوچک انترامورال وجود داشت (احتمالاً در زمینه DIC). خون تخلیه و بعداز شستشو با نرمال سالین شکم بسته می شودو به ونتیلاتور وصل می گردد. بیمار بعداز اتمام عمل به ریکاوری منتقل می گردد.

دستورات بعداز عمل : ساکشن مرتب ترشحات ریه -دادن اکسیژن- تزریق 5واحد پکدسل ،7واحد FFP ،5واحد پلاکت -آمپول سفازولین-آمپول مترونیدازول-گذاشتن کیسه یخ روی رحم-آمپول هیدروکورتیزون 100mg/q8h -آمپول لازیکس 20میلی گرم بعداز تزریق هرواحدخون.

بیمار در ساعت 6:20 عصر در حضور متخصص داخلی مجدداً ارست قلبی می کند و با عملیات احیا برمی گردد.برای انتقال مادر به ICU با چند بیمارستان تماس می گیرند.بیمار در ساعت 19:30 برای بار سوم ارست می کند.پس از احیا ساعت 19:50 به ICU بیمارستان ب اعزام میشود. موقع خروج از بیمارستان الف (ساعت 20) : $HR=117$ و ریتم سینوسی $O_2Sat=70\%$ و فشار خون غیر قابل اندازه گیری بود.بیمار ساعت

20:36 با $GCS=3$ و مردمکهای دوبل میدریاز وبدون واکنش به نور و خونریزی شدید واژینال پالس $BP=65$ $HR=133$

$O_2Sat=70\%$ با $Fio_2=100\%$ و نتیلیاسیون با آمبوپگ توسط تکنسین بی هوشی در مسیر اعزام در اورژانس بیمارستان ب پذیرش

و به ICU منتقل می شود.مادر در ساعت 21 و 21:20 دوبار دچار ارست قلبی شده و ساعت 21:50 فوت می کند.

تشخیص علت مرگ :اکلامپسی +خونریزی و شوک هیپوولمیک

اشکالات وارد بر پرونده:

1. دادن آتروپین در جنین برادیکارد به علت ماسکه شدن پاراسمپاتیک و مخفی شدن علت برادیکادی اشتباه بوده است.
2. دادن سرم 2/1,3/3 و دکستروز 5% بعداز عمل سزارین به ادم ریه کمک کرده و جایگاهی ندارد.
3. تابلوی بیمار (فشارخون بالا و پروتئین اوری +4 و تشنج و تاری دید) مشخصاً اکلامپسی بوده و باید management اکلامپسی می شد (درخواست آزمایشات کیدی ، کلیوی ، اسید اوریک ، آزمایشات انعقادی و CBC و...).
4. شروع انوکسپارین بادوز فول بعداز سزارین اشتباه می باشد.
5. مادران عرضه دار باید بصورت تیمی manage و درمان شوند و انتقال مادر به بیمارستان دیگر اشتباه بوده است.
6. پرستار بخش باید پزشک معالج را در جریان کاهش پرونده ادراری قرار می داد.

7. سوپروایز رویا رابط سلامت مادران باید پیگیر مادر می شد و عدم بستری شدن را به پزشک معالج و یامعاونت درمان یابهداشت اطلاع می دادند.
8. پزشک اورژانس بیمارستان ب باید مادر و همراهان را نسبت به خطرات احتمالی ترخیص زود هنگام آگاه می کرد.
9. رقیق شدن خون در پرره اکلامپسی و اکلامپسی توجیه کننده هموگلوبین 2.9 نمی باشد.
10. هموگلوبین 2.9 (کاهش حاد) با زندگی منافات دارد و احتمالاً تنگی نفس به علت عطش هوا بوده است.
11. در بستری دوم می بایست تا **Stable** شدن علائم حیاتی مادر در اتاق عمل نگهداری می شد (تا 5-6 ساعت)

خانم 88

متوفی خانمی است 25 ساله، ساکن شهر ، $G_3 p_1 ab_1$. زایمان قبلی 6 سال قبل بصورت **NVD** می باشد. وسیله پیشگیری **IUD** و حاملگی خواسته می باشد. سابقه بیماری خاصی را ذکر نکرده است. ، اولین مراقبت از هفته 13 حاملگی در مرکز بهداشت شروع شده و 10 بار مراقبت شده است. مشکل خاصی ثبت نشده است متوفی در هفته 40 بارداری با شکایت آبریزش و دردهای زایمانی به مرکز آموزشی درمانی مراجعه و ساعت 12

ظهر با علائم $BP = 110/70$ ، $FHR=130$

+1 / ساک پاره و مایع روشن / سفال / 60% / 7 cm : TV معاینه

پذیرش می شود بلافاصله به بخش زایمان منتقل و زایمان طبیعی بدون هیچ مشکلی با نوزاد ترم و آپگار 9/10 می کند. در علائم حیاتی ، معاینات و آزمایشات مشکل خاصی نداشته و روز بعد با دستورات بهداشتی و مراجعه روز دهم و علائم عمومی خوب مرخص می شود. مادر 8 روز بعد به مرکز بهداشت مراجعه و مراقبت شده است ($BP=100/60$ و مشکلی ثبت نشده است) طبق اظهار اطرافیان، بعد از زایمان مادر از سردرد و ضایعات قرمز رنگ در اندامها شاکی بود و چندین بار به پزشک مراجعه کرده و فقط استامینوفن و ایبوپروفن تجویز شده بود. روز 11 زایمان صبح سردرد بیمار زیاد شده و استفراغ می کند و با این تابلو به بیمارستان خصوصی مراجعه و ویزیت سرپائی می شود. بعد از ظهر در منزل تشنج کرده (؟) و به مطب خصوصی برده می شود و ایشان توصیه به بستری می کنند بیمار با اختلال هوشیاری ناگهانی در بیمارستان خصوصی پذیرش می شود. معاینات هنگام پذیرش: هوشیاری در حد استئوپور ، بی قراری ، فوندوسکوپي نرمال ، رودورگردنی و پرودزنکسی منفی ، کف پایی دوپل فلکسور ، شدیداً **pale** و $BP = 100/60$ ،

$HR = Normal$ با تشخیص احتمالی آنسفالوپاتی بیمار به بخش **ICU** منتقل و تحت مراقبت ویژه قرار می گیرد .

در **ICU** برای بیمار با احتمال آنسفالیت ویرال آسیکلوویر ، دکزامتازون ، بوسپیرون ، فنی تونین ، مروپنم و سفتریاکسون تجویز می شود در آزمایشات درخواستی در طول بستری نکات قابل توجه :

$WBC = 11600$ و $Neut = 76.4\%$ و $LDH = 5754$ و 6255

$Fibrinogen=300$ $RBC=2.46$ $Hb=7.2$, $Hct=22$ $Platlet = 20000$ \uparrow $Bilirudin = 3.2$ indirct)

CTS مغزی بدون کنتراست طبیعی ، سونوگرافی کبد و طحال بجز خشونت سطح کبد طبیعی بود. برای بیمار یک واحد پلاکت و 4 واحد پکدسل تزریق شده بود ولی در روز چهارم بستری با وجود دستور تجویز 12 واحد پلاکت ، به علت نبود در بانک خون بیمارستان تزریق نشده بود. مادر در روز پنجم بستری (17 روز بعد از زایمان) صبح ساعت 8 دچار دسترس تنفسی شده انتوبه و به ونتیلاتور وصل می شود. در ساعت 10 دچار ایست قلبی

تنفسی شده و با احیاء ضربات قلب برگشته و BP= 70/30 و HR =95 می شود در ساعت 10:45 دو باره برادیکارد شده به اقدامات احیاء پاسخ نمی دهد و در ساعت 11:15 قبل از ظهر فوت می شود.

خانم 89

متوفی خانمی است 41ساله ، ساکن شهر ، BMI= 26.5 ، $G_3P_1 AL_1$ ، سابقه یکبار زایمان و ژینال 8سال پیش، سابقه یکبار سقط و کورتاژ دوسال قبل، سابقه سردرد میگرنی و مصرف نورتریپتیلین (مادر در اغلب موارد بی حال و بی حوصله بود)، سابقه مصرف سالیوتامول به علت آسم برونکیال و مصرف ایندرال به علت تپش قلب. برای پیشگیری از کاندوم استفاده می کرد. حاملگی خواسته بود .

مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی در مطب متخصص زنان (بصورت نامرتب) و از هفته 20 در مرکز بهداشت انجام شده بود. دوبار بستری به علت ویراشدید حاملگی در هفته های 6 و 10 و یکبار به علت گاستریت و استفراغ مقاوم به درمان در هفته 17 داشته است. مقدار TSH در یکبار TSH=9.3 و بار دوم TSH=0.01 FT4=1.73 بود. برای مادر قرص PTU و ایندرال بصورت سرپایی شروع شده بود. در هر دو بستری

بیلیروبین توتال و غیر مستقیم بالا بود. در آزمایشات بستری اول Total Bile=3.9 Direct Bile=0.3 آنزیمهای کبدی و ALP نرمال بودند. بستری دوم Direct Bile=0.4 Total Bile=2.5 SGOT=38 SGPT=70 ALP=171 بود.

نامبرده در هفته 34 حاملگی به علت تپش قلب و تنگی نفس به متخصص قلب مراجعه و جهت R/O ترومبوآمبولی ریه در بخش CCU بیمارستان الف بستری می شود. در بررسی های انجام شده اکوکاردیوگرافی قلب نرمال با EF=60% ، اسکن پرفیوژن/ونتیلایسیون ریه نرمال و D.Dimer=0.6 TSH=0.5, Hb=9.3 بود و مادر با نسخه دارویی قرص ایندرال و فروس سولفات مرخص می شود. در هفته 36 حاملگی به دنبال سونوگرافی و تشخیص اولیگو هیدرآمینوس (AFI=83mm) به بیمارستان ب جهت ختم حاملگی معرفی می شود. موقع پذیرش در بیمارستان ، علایم حیاتی نرمال بود. تب دار نبود. خونریزی و ژینال و آبریزش و علایم زایمانی نداشت. برای مادر NST و مشاوره بی هوشی درخواست می شود.

طبق نظر متخصص بی هوشی، مادر با دستورات آمپول هیدروکورتیزون و اسپری سالیوتامول PRN و قرص متورال در صورت تپش قلب و آزمایشات روتین برای عمل آماده می شود. عمل سزارین ساعت 22:10 با بیحسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان نوزاد دختر با آگار 8/9 و وزن 2900 گرم و پره ترم بود. نوزاد به علت مشکلات تنفسی به بخش نوزادان منتقل می گردد. در طی عمل مشکل خاصی قید نشده است. مادر با دستورات دارویی ، کنترل علایم حیاتی و خونریزی و ژینال ، آمپول سفازولین و آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت، اسپری سالیوتامول به بخش منتقل می شود. مادر عصر روز دوم بعد از عمل با وضعیت Stable مرخص می شود. علایم حیاتی موقع ترخیص: BP=100/60 T=37.5 PR=82

آزمایشات بدو پذیرش: Hb=10.2 Hct=31 MCV=78.9 MCH=26 WBC=7,500 PLT=220,000

مادر بعد از ترخیص مراقبت بهداشتی نداشته است. 12 روز بعد از زایمان مادر به علت سردرد یکطرفه و تب ، ساعت 23:23 به اورژانس بیمارستان الف مراجعه و توسط پزشک اورژانس سرم 1/3 و 2/3 یک لیتر ، آمپول سفازولین یک گرم ، آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم ، آمپول لازیکس 20 میلی گرم و 30 عدد قرص سرماخوردگی Order شده و بعد از یک ساعت مرخص می شود. 8 ساعت بعد به علت عدم بهبودی دوباره به اورژانس مراجعه می کند و توسط همان پزشک آمپول سفازولین ، آمپول بتامتازون ، قرص ایبوپروفن و قرص استامینوفن تجویز می گردد. در هیچکدام از مراجعات پرونده تشکیل نشده و علایم حیاتی و یا علت مراجعه قید نشده بود. (لیست داروها از داروخانه استخراج شده است).

مادر ساعت 13:30 روز بعد (15 روز بعد از زایمان) به علت تب ولرز و فشارخون بالا به اورژانس بیمارستان الف مراجعه کرده، تحت نظر گرفته می شود. علائم حیاتی موقع مراجعه: BP=150/90 BT=38.2 در معاینه سمع قلب و ریه نرمال بود. ته حلق و معاینه گوش ها نرمال بود و محل عمل مشکلی نداشت. تست کرنیک و پرودزنسکی منفی بود. برای مادر نیم لیتر سرم وصل و یک گرم سفتریاکسون و یک عدد آمپول اپوتل تجویز و آزمایشات CBC, U/A, درخواست می شود. پس از مشاوره تلفنی با متخصص زنان مادر از اورژانس بیمارستان الف مرخص و بصورت سرپایی ساعت 18 جهت ویزیت متخصص زنان به بیمارستان ب ارجاع می شود. متخصص زنان پس از ویزیت توصیه می کند به مرکز آموزشی درمانی مراجعه کنند و مادر با آژانس کولر دار به بیمارستان آموزشی مرکز استان می رود. در موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان آموزشی (ساعت 21:05) مادر آریته بود، GCS=13، آنیزوکوریک (راست میوتیک و چپ میدیاز داشت). سمع قلب تاکیکاردی باریتم نرمال داشت، ریه ها پاک بودند، تستهای مخچه ای نرمال بود. محل عمل سزارین بدون اریتم و تندرنس و بدون ترشح بود.

علائم حیاتی: BP=160/80, 140/90 PR=151 BT=40.8 O2 Sat=78 (بدون اکسیژن)

مادر با دستورات: مانیتورینگ قلبی - پالس اکسی متری مداوم - اکسیژن تراپی - تعبیه لاین وریدی - درخواست آزمایشات CBC, Cr, BUN, K, Na, Ca, BS, PT, PTT, INR, LFT, D. Dimer, U/A, U/C, B/C, CXR و آمپول ایمی پنم و کلیندامایسین بعد از تهیه نمونه کشت خون وادرار و مشاوره عفونی به اتاق CPR منتقل می گردد.

در ساعت 22:40 به علت افت ساچوراسیون اکسیژن و افت هوشیاری انتوبه و به ونتیلاتور وصل می گردد. بیمار سونداژ شده و 500cc سرم نرمال سالین با کنترل ریه ها تجویز می گردد. مشاوره عفونی ساعت 23:30 مادر را ویزیت کرده و تشخیص های احتمالی آبسه مغزی، هماتوم انتراکرانیا و ICH را مطرح و پیشنهاد می کند: برای بیمار اسکن اسپیرال اورژانس مغز انجام و آنتی بیوتیکهای سفتریاکسون 2g/BID، وانکومایسین 1g/TDS، مترونیدازول 500mg/qid و آمپول دگزامتازون با دوز 8mg/TDS شروع شود.

در اسکن مغزی علائمی به نفع هماتوم، ایسکمی، توده و شیفت میدلاین وجود نداشت. در CXR یافته پاتولوژیک نداشت.

مادر ساعت 3:15 با ممداد جهت مشاوره جراحی مغز و سونوگرافی شکم به مرکز آموزشی ج اعزام می شود. مشاوره جراحی مغز یاد داشت کرده بود: به علت فقدان mass و شیفت میدلاین درسی تی اسکن مغز علیرغم آنیزوکوریا نیاز به اقدام جراحی اورژانس ندارد. در سونوگرافی شکم مایع آزاد در شکم و لگن وجود نداشت. روده هاپرگاز بودند و در رحم تجمع حدود 13cc وجود داشت. مادر با تشخیص احتمالی مننژیت و یا آبسه مغزی ساعت 4:50 جهت

ادامه درمان به مرکز آموزشی اول باز گردانده می شود. علائم حیاتی موقع پذیرش: BP=135/90 PR=82 O2 Sat=98% بود. برای

مادر NGT تعبیه کرده و به علت ترشحات قهوه ای شستشو داده می شود. بعد از ویزیت مشاور زنان و نروولوژی مادر ساعت 8:00 به ICU عفونی منتقل می گردد. با دستورات: آمپول دیازپام Stand by - هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت - آمپول سفپیپیم - آمپول مروپنم - و آمپول اپوتل.

جواب مشاوره نروولوژی: مادر تنفس آپنوستیک دارد و به ونتیلاتور وصل است. سدیت می باشد، اختلال gaze ندارد، مختصری پروپتوزیس دوطرفه دارد. آنیزوکوریا دارد بارفلکس ضعیف به نور، ادم پایی ندارد. رفلکس اکولوسفال منفی و DTR ها جواب نمی دهد. رفلکس کف پای دویل آبوله است. با توجه به تب بالا پروسه عفونی مطرح است. و برای رد CVT انجام MRV لازم است و در صورت نبود کنتراست دیکاسیون آمپول سیتی کولین وریدی شروع شود.

در ساعت 12:20 فشارخون بیمار دچار افت ناگهانی شده و یک لیتر سرم نرمال سالین و سرم دوپامین شروع می شود.

در ساعت 13:50 مجدداً فشارخون بیمار به BP=50 کاهش یافته و مشاوره جراحی اورژانس جهت تعبیه CVP Line درخواست و آمبول هیدروکورتیزون با احتمال نارسایی هیوفیز و یا شوک سپتیک تزریق می گردد. فشارخون به 105 افزایش یافته ولی 15 دقیقه بعد برادیکارد می شود. HR=25-40. ماساژ قلبی شروع شده و 3 عدد آتروپین تزریق می گردد. ریت قلبی بصورت موقت افزایش ولی دوباره کاهش یافته و آسیستول می شود و در نهایت ساعت 16 فوت می کند. در طی بستری دمای بدن به 42 درجه افزایش یافته بود. جسد جهت تشخیص علت فوت به پزشکی قانونی ارجاع شده ولی اطرافیان اجازه ی کالبد شکافی را نمی دهند.

آزمایشات مورخ Hb=11:4/25 WBC=10,800 Neu=85% PLT=384,000 K=4.2—2.9
 BS=171 Na=127--130 Cr=1 SGPT=67 SGOT=131 Urea=39
 Bil=3.1 ALP=114 Bil Direct=0.9 LDH=1096 CK=2178
 CK(MB)=72 D.Dimer=4900
 PT=14 PTT=31 INR=1.3 CRP=Neg ESR=28,50 Wright=Neg CTNI=0.3
 Coombs Wright=Neg B/C=Neg U/C=Neg U/A:Keton=1+ Protein=1+

تشخیص علت مرگ : با توجه به سیر بیماری CVT ترومبوز سینوسهای مغزی (سپتیک و یا آسپتیک) در درجه اول مطرح می باشد.
 توضیحات اعضای جلسه:

- با توجه به تب بالا ، سابقه بی حسی اسپینال و علائم فوکال (آنیزوکوریا) عفونتهای مغزی برای مادر مطرح بود.
- بیماریکه اخیراً راشی شده و یا تب و سردرد یکطرفه مراجعه کرده کیس بسیار مهم بوده و نباید درمان علامتی شود. مادر در مراجعه اول به اورژانس بیمارستان بناب باید بررسی کامل میشد.
- عدم حساسیت به علائم و سوابق بیمار و درمان علامتی در مراجعات اولیه سبب از دستن رفتن زمان طلایی و Mismatch شده است.
- در بیماران با سابقه میگرن گاهی شنتهای قلبی همراه بوده و می تواند ترومبو آمبولی های کریپتوژنیک ایجاد کند .
- نبود علائم شیفت میدلاین درسی تی اسکن آبه مغزی را رد می کند.
- در زمان عدم دسترسی به MRV می توان از MRI بایادون کنتر است استفاده کرد.
- درمان آبه مغزی ، CVT و مننژیت همان داروهایی است که شروع شده است ولی مشکل مادر از تاخیر در شروع درمان می باشد.
- شایعترین CVT بدنبال زایمان، آسپتیک و در درجه بعدی سپتیک می باشد و کشت خون گاهی این دورا از هم تفکیک می کند.
- دادن همزمان متورال و اسپری سالیوتامول و یا سالیوتامول با ایند رال کار غیر علمی می باشد .
- دادن سرم 1/3,2/3 و لازیکس یک تناقض در درمان می باشد
- مادر به جای اعزام با آمبولاس و همراه درمانی ، ارجاع شده است.

متوفی خانمی است 19 ساله ، G_1P_0 ، ساکن روستای اصلی با $BMI=17.7$. از هفته 18 حاملگی تحت مراقبت خانه بهداشت قرار گرفته و 6 بار مراقبت شده بود و در هیچکدام از مراقبتها مشکلی ذکر نشده بود. وزن گیری حین بارداری مطلوب نبود. مادر در هفته 22 حاملگی با شکایت تنگی نفس، کبود شدن لبها و سابقه مصرف متی مازول و ایندرال به پزشک مراجعه و به کلینیک غدد ارجاع داده می شود. در گزارش قید شده از کلینیک غدد سائیز تیروئید 25-30 گرم و $FT4=0.9$ و $FT3=3.2$ و $TSH=2.3$ و توصیه به قطع داروها می شود.

مادر در طول حاملگی چندین بار به متخصص زنان مراجعه داشته ولی به تنگی نفس و سیانوز ایشان توجه نشده بود. با شروع دردهای زایمانی برای ختم حاملگی به بیمارستان شهرستان مراجعه و به علت سیانوز و تنگی نفس به مرکز آموزشی درمانی اعزام می شود. در موقع پذیرش : یافته های مثبت: $BP = 140/85$ ، سابقه بیماری قلبی ، سیانوز و تنگی نفس ، سوفل III/VI ، ویزبازدمی و کلابینگ واضح . مادر در ساعت 2:50am با کمک و اکسیژن زایمان طبیعی می کند و یک نوزاد پسر با آپکار 9/10 آغشته به مکنیوم غلیظ بدنیا می آید. با کنترل خونریزی و وضعیت همودینامیک **stable** مادر بدون دستور خاص از نظر قلبی به بخش منتقل می شود. بعلت بالا بودن فشار سولفات منیزیم هم قبل از زایمان شروع شده بود . در روز بعد ساعت 7 صبح جهت ترخیص از بیمارستان زنان مشاوره داخلی برای کسب تکلیف از نظر مشکل قلبی بعمل می آید و ساعت 10:30 بیمار جهت مشاوره به بیمارستان قلب منتقل می شود . مادر روز دوم بستری در بیمارستان قلب با تابلوی برادیکاردی و آسیستول دچار ارست قلبی شده و به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

در اکوگرافی انجام شده با TEE ، VSD بزرگ با قطر 1.7 سانتی متر با گرادیان فشار 20 mmHg - $Mild$ to $Modrate$ PI- بزرگی خفیف R.V و TR^{2+} و $EF = 45-50\%$ گزارش شده بود. در CXR بزرگی مختصر قلب با ادم جزئی ریه ها گزارش شده بود.

D_x : نترالوژی فالوت

خاتم 91

متوفی خانمی است 17 ساله، ساکن روستای اصلی ، G_1P_0 ، $Weight=45 \text{ kg}$ ، قبل از بارداری رنگ پریده بود.

از هفته 13 حاملگی تحت مراقبت بهورز قرار گرفته است. در آزمایشات روتین اوایل حاملگی $Hb=9/7$ ، $WBC=2300$ ، $Plat=16000$ بود. برای بیمار قرص آهن Bid و اسید فولیک روزانه یک میلی گرم شروع می کنند و توصیه به مراجعه یکماه بعد میکنند.

مادر در هفته 22 حاملگی بعلت ضعف و بی حالی، دیزوری، تنگی نفس و خون دماغهای مکرر به بیمارستان شهرستان برده می شود و بعد از یک روز بستری و تزریق یک واحد خون ایزوگروپ با تشخیص احتمالی آنمی آپلاستیک به بیمارستان جنرال ارجاع داده می شود. در بیمارستان جنرال موقع پذیرش:

$BP=120/65$ ایستاده و $110/80$ خوابیده $RR=14$ $PR=100$ $BT=36.5$ Axillary

در معاینه ارگانومگالی نداشت سائیز کبد و طحال در سونوگرافی نرمال بود. لنفادنوپاتی، پتشی و پورپورا نداشت.

در آزمایشات :

$Hb=6.4$ $Hct=19.4$ $MCV=111.5$ $MCH=36.8$ $MCHC=33$ ، $Neut=1130$ ، $WBC=2300$

$Urea=15$ $Cr=0.5$ $Ca, p = \text{Normal}$ $Plat=27000$ $RBC=1,74 \times 10^6$ $L=1170$

$Uric \text{ Acid}=2.5$ $Bil = \text{Normal}$ $PTT=29$ $PT=13$ $LDH=267$ $ESR=35$ $Bs=117$

$Protein=1+$ ، $Blood=1+$ ، $RBC=8-10$ ، $WBC=Many$ ، $U/A:$

مادرباشتخیص های افتراقی-1- آنمی آپلاستیک 2- آنمی فانکونی 3- لویوس 4- لوسمی های انفیلراتیو بستری می شود.

گزارش BMA: تشخیص Megaloblastic Anemia منتها سلولاریته کمتر از آن است که در آنمی مگالوبلاستیک دیده می شود.

برای بیمار 6 واحد پلاکت، سرم آمینوفیوژن 10% ، اسید فولیک 5mg روزانه و vit B12 روزانه تجویز می شود و برای بخش خون معرفی می شود منتها بیمار حاضر به انتقال نشده با رضایت شخصی مرخص می شود.

مادر در هفته 31 به علت فشار خون بالا 140/80 و افزایش وزن زیاد 60Kg و ادم+2 به پزشک مرکز ارجاع شده بود.

ویکبار هم در هفته 33 به علت BP=150/85 ، و تهوع و استفراغ به پزشک مرکز و متخصص داخلی ارجاع شده و قرص هیدرالازین تجویز شده

بود. مادر در هفته 35 توسط متخصص زنان ویزیت شده و آزمایش درخواست می شود. در آزمایش U/A ، آلبومین ادرار +4 بود. بیمار را جهت

بستری به بیمارستان شهرستان معرفی می کنند منتها ایشان مراجعه نمی کنند. 2 روز بعد با شروع دردهای زایمانی ساعت 8:30 am به بیمارستان

شهرستان مراجعه و بعلت سابقه فشار بالا و آلبومین اوری و پره ترم لیبر(هفته 36 حاملگی) و سابقه آنمی مگالوبلاستیک با تزریق سرم نرمال سالین

و یک دوز آمپول دکزامتازون با فشار 130/80 با دیلاتاسیون 4cm و افسان 40% در ساعت 9/25 صبح به همراه یک ماما به مرکز استان اعزام می

کنند. در طی اعزام علائم حیاتی و انقباضات و قلب جنین کنترل می شد. بیمار در مسیر اعزام در ورودی شهر داخل آمبولانس زایمان می کند (ساعت 4am

11/20) و حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 8/10 بود. رحم کوراژ شده و خونریزی قطع می شود. مادر ساعت 11:45am در وضعیت شوکه با

یک رگ در بیمارستان آموزشی تحویل گرفته می شود. در موقع پذیرش بیمار کاهش هوشیاری داشته، جفت و پرده ها خارج شده بود. RR=30 با

رتراکشن ساب کوستال و تنفس های سطحی ، PR=100 ، رحم جمع و در حد ناف بدون خونریزی و ژینال بود، BP قابل اندازه گیری نبود برای

بیمار آزمایش درخواست می گردد.

جواب آزمایشات: ، plat=32000 ، Hb=3 ، گروه خونی ABG B- : PH=6.7 ، Hco₃=2.6 ، Alb=3+ Cr=1.2 ادرار در

سونداژ مثانه 50 سی سی ادرار روشن خارج می شود. نوزاد توسط همراه تحویل NICU داده می شود.

در مشاوره با متخصص داخلی برای بیمار 4 واحد بیکربنات داخل یک لیتر سرم در عرض 3 ساعت تزریق می گردد. سایر دستورات:

40mg P.C=8u-O₂=10 lit/min انفوزیون (انفوزیون شد) - گرم کردن اندامها. در صورت عدم برقراری ادرار تا یک ساعت بعد لازیکس

وریدی داده شود (80mg تزریق شد بعلت کراکل ریه ها) ABG- مجدد

حجم ادرار به 300 cc می رسد و BP=140/90 می شود.

دستورات 12:10 pm: چهار رگ از چهار اندام گرفته شود- مشاوره داخلی و بی هوشی- رزو 20 واحد خون ایزوگروپ و 10 واحد کراس مچ-

هیدروکورتیزون 200mg/IV و سپس دکزامتازون 64mg/IV وریدی- رزو 10 واحد پلاکت و 10 واحد FFP-100mg لازیکس

بعد از بهتر شدن اسیدوز جهت ادامه درمان به ICU بیمارستان جنرال همراه با رزیدنت زنان و یک ماما اعزام می شود.

در ساعت 14:50 در بیمارستان جنرال پذیرش می شود. در هنگام پذیرش T=37 ، PR=30 ، HR=85 ، BP=120/70 ، هوشیار + ادم

قابل توجه ولو(ناحیه External genitalia)

دستورات دارویی اولیه: رژیم مایعات؛ کنترل علائم حیاتی، سرم یک لیتر 1/3 ، 2/3 هر 12 ساعت ، اکسیژن 2-3 لیتر در دقیقه ، ECG , ABG

کنترل I/O

ساعت 11:30 pm ، BP=160/100 ادرار روشن و بیشتر از 30cc/h و cr=1.4 پروتئینوری +2 طبق تماس تلفنی با متخصص زنان شروع سولفات را لازم ندانستند و درخواست آنزیمهای کبدی می کنند. برای بیمار قرص آنتولول 100 mg روزانه ، لازیکس 20mg دو بار در روز، دیلتازم 60mg سه بار در روز ، قرص آهن سه بار در روز + اسید فولیک 5mg روزانه تجویز می شود.

روز بعد مادر تب دار شده و مشاوره عفونی درخواست می کنند. و مشاور عفونی درخواست سونوگرافی رحم، کشت خون و U/C و کشت مدفوع می کند. بعد از کشت برای بیمار سفتریاکسون 1g هر 8 ساعت و کپسول آزیتروماتسین 250 mg روزانه داده می شود. برای بیمار دستور انتقال به بخش را می دهند. ساعت 7pm مادر دچار افت فشار می شود. درخواست رز و 6 واحد پلاکت، 2 واحد P.C چک Hb و سونوگرافی کبد و طحال و رحم بصورت اورژانس می کنند .

و جواب سونوگرافی: کبد و طحال نرمال با دیلاتاسیون مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی + مقداری مایع آزاد داخل حفره شکم. در Tap مایع روشن بود. کلیه ها نرمال و بقایای جنینی در رحم دیده نمی شد.

دستور تزریق Vit K و تزریق سرم 500 cc بصورت شوت در دو نوبت داده می شود.

مادر ساعت 00:30 am دچار افت فشار خون مقاوم به درمان شده و طبق توصیه متخصص داخلی جهت تیتراژ سطح کورتیزول نمونه گرفته می شود و هیدروکورتیزون شروع می شود. در ساعت 1am دچار برادی کاردی شده و ایست قلبی تنفسی می کند. بعد از احیا ریتم Fine VF می شود و سرانجام در 1:30am فوت می کند.

خانم 92

متوفی خانمی است 30 ساله ، ساکن روستای اصلی $G_3P_2ab_0Al_2$ ، BMI=35.6، و سابقه HTN از دو سال قبل که تحت درمان دارویی بوده است. وسیله پیشگیری تاسه سال قبل از حاملگی LD بوده و بعداً بعثت تاکید پزشکان بر عدم مصرف قطع کرده است و از روش منقطع استفاده می کرده است. حاملگی خواسته بود و آخرین زایمان 10 سال پیش بود. از هفته 19 حاملگی تحت مراقبت خانه بهداشت و تیم سلامت قرار گرفته است. از ابتدای مراقبت، فشارخون 140/80 داشته و متیل دوپا مصرف میکرد (Bid 250 mg) و از ماه هفتم دچار ادم اندامها شده بود. در آزمایش ادرار ، Alb منفی بود. متوفی در هفته 35 حاملگی توسط پزشک تیم سلامت ویزیت شده و بعثت فشارخون 140/80 و عفونت ادراری به مراجعه به پزشک متخصص توصیه می شود ولی ایشان مراجعه نمی کنند روز بعد، بعد از میهمانی ساعت 18:15 مادر احساس تنگی نفس ناگهانی کرده و دچار کاهش هوشیاری میشود. ایشان را به اورژانس بیمارستان شهرستان می برند در ساعت 18:45 با علایم کاهش هوشیاری در حد Light coma ، مردمک میوتیک ، BP=220/110 و مواد استفراغی در اطراف دهان و FHR خوب پذیرش شده و توسط پزشک عمومی و ماما ویزیت میشود. بعد از ساکشن ترشحات برای بیمار سرم رینگر - O2 و airway ، هیدرالازین هر پنج دقیقه 5mg - سولفات منیزیم دوز Loading ، سوند فولی تجویز شده و بعثت نبود متخصص زنان در شهرستان مادر با BP=170/100 و با دستورات انتوباسیون در صورت ارست تنفسی و دادن تنفس با آمبویگ ، اکسیژن 5lit/min از طریق کانول بینی ، ساکشن ترشحات در صورت استفراغ ، هیدرالازین 5mg/q20' تا کاهش فشار دیاستول به 90 و 10mg دیازپام در صورت بروز تشنج همراه با تکنسین بیهوشی به بیمارستان (فرانس) اعزام میشود. حدود 20 دقیقه قبل از رسیدن به مرکز ریفرال در آمبولانس

دچار ارست قلبی شده و فوت می کند. هنگام پذیرش در بیمارستان مادر فاقد علائم حیاتی بود و صدای قلب جنین شنیده نمیشد ولی با احتمال زنده بودن جنین مادر را به اتاق عمل می برند و سزارین می کنند جنین زنده با آسفیکسی شدید خارج میشود و بعد از یک روز فوت می کند .

DX: CVA due to Eclampsia

خانم 93

متوفی خانمی است 27 ساله ، ساکن شهر ، G_1P_0 ، حاملگی خواسته بوده با حاملگی دوقلوئی و از اوایل حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت و متخصص زنان بوده و مشکل خاصی نیز ذکر نشده است. مادر حوالی هفته 34 حاملگی صبح دچار آبریزش میشود و به متخصص مراجعه و بعثت زایمان زودرس به مرکز آموزشی درمانی معرفی میشود. هنگام پذیرش (ساعت 18:54) : $BP=140/90$ ، پروتئین ادرار $trace$ و وضعیت جنین ها $cephalic$ و $cephalic$ و خوب $FHR=$ هردو قل، سن حاملگی 33-34 هفته ، آبریزش واضح همراه با انقباضات فعال ، دیلاتاسیون 4cm ، افسان 60% و ساک پاره بدون علائم $severity$ بود. بیمار تمایلی به زایمان طبیعی نداشت و تقاضای سزارین میکرد ولی بعثت پیشرفت خوب طبق صلاحدید اتند محترم مقیم برای زایمان واژینال گذاشته شده ، آمپی سیلین $2gr/6h$ - جنتامایسین $80mg/8h$ و بتامتازون $12mg/24h$ شروع میشود در ساعت 11:20 بعثت کامل شدن دیلاتاسیون به تخت ژنیکولوژی منتقل میشود (بیمار خود روی تخت میرود) منتها در هنگام گرفتن وضعیت لیتوتومی احساس تنگی نفس می کند و اکسیژن میدهند. بعد از دادن برش اپی زیوتومی قل اول که دختر بود بلافاصله خارج می گردد (با آپگار 9/10) بعد تنگی نفس شدیدتر شده ، آزیته و سیانوزه میشود و سریعاً بطرف ادم ریه میرود در این موقع رزیدنت سال بالا نیز بر بالین بیمار حاضر میشود بعد از مدت کم بیمار دچار ارست تنفسی میشود و به برانکارد منتقل شده ، برای بیمار لازیکس $1gr$ ، دیگوکسین ، دوپامین و مرفین تزریق میشود و رزیدنت بیهوشی و کودکان را برای کمک دعوت میکنند بیمار به احیا پاسخ داده و علائم بعد از احیا $BP=90/40$ ، مجدداً ارست قلبی کرده و دوباره احیا میشود و طبق مندرجات پرونده در ساعت 12 شب به اتند آنکال اطلاع داده میشود و 00:05 بامداد بر بالین بیمار حاضر میشود قل دوم در ساعت 1Am (85/7/10) با واکيوم خارج می شود و حاصل آن پسر مرده بوده است. جفت خارج و رحم کورژمی شود و اپی زیوتومی ترمیم می شود. علائم حیاتی

بیمار در زمان خروج جنین دوم: $BP=160/100$ ، $RR=40$ ، $PR=148$ ، $PCO_2=54$ ، $O_2sat=98\%$ ، $ABG: PH=7/017$

ریه ها $clear$ و هوشیاری بیمار در حد $deepcoma$ بود ولی سیانوز کاهش یافته بود.

در ساعت 1:30am به علت حرکات غیر عادی صورت و چشمها بر اساس مشاوره داخلی و نرولوژی برای بیمار سولفات $1g/h/IV$ شروع ، دیازپام 5 میلیگرم ، و فنی تونین نیز شروع میشود. با بیمارستان خصوصی هماهنگ شده بیمار به همراه رزیدنت زنان و انترن کشیک به ICU بخش خصوصی منتقل میشود. بیمار در ساعت 2:15 با وضعیت $deepcoma$ ، $BP=90/60$ ، $RR=0$ ، $PR=100$ که با آمبو ونتیله میشده با تشخیص انسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک در بیمارستان پذیرش و به ونتیلاتور وصل میشود با تنظیم RR و $SIMV$ و $fio_2 60\%$ ، و سایر دستورات: آمپول میدازولام $5mg/iv stat$ ، آمپول نسدونال و میدازولام و دیازپام تکرار میشود بعثت تبادر شدن بیمار در اوایل بستری در ICU برای بیمار سفتریاکسون $1g/q12h$ و کلیندامایسین $600mg/q8h$ و بعداً آمیکاسین $500mg/q12h$ شروع میشود. تب بیمار علی رغم شروع آنتی بیوتیک و مصرف شیاف دیکلوفناک ، استامینوفن و پاشویه موقتاً کاهش ولی دوباره افزایش می یابد (گاهی تا 41 درجه) و بررسی محل عفونت شامل کشت خون ، کشت ادرار ، CXR و سونوگرافی رحم برای بررسی بقایای جفت نتیجه ای نمی دهد.

روزاول بستری در ICU: $GCS=3$ ، حرکات تشنجی دارد. ریه ها clear، کلیه هایلی اوریک ($outPut=4900$) و همچوریک ولی cr نرمال، $BT=39(BP=110/70)$ و $O2sat=99\%$ ، برای بیمار مشاوره داخلی، زنان و قلب توصیه میشود در جواب مشاوره ها از نظر زنان و محل اپی مشکلی نداشته، مشاوره قلب: با احتمال $post\ partum\ cardiomyo\ pathy$ یا آمبولی مایع آمیوتیک، برای بیمار درخواست LDH و CPK و تره پونین میکنند که نتیجه آزمایش هر سه بالا بوده است $LDH=1111$ و $Treponin=29$ و $MB=52$ cpk = 787 در روز دوم بستری وضعیت هوشیاری کمی بهتر میشود $GCS=5$ ، رفلکس مردمک به نور برمی گردد و گاهی تنفس خود بخود دارد از بینی راست خونریزی داشته که برای بیمار آمپول vit k تزریق میشود $out\ put=2204cc$ ، $BP=110/70$ ، $BT=38/6-39$ ، $Fio2=30\%$ کاهش می دهند.

روز سوم: هوشیاری دوباره افت می کند حرکات تشنجی قطع شده است مردمک آنیزو کوریک است $BP=105/75$ ، $out\ 2300$ ، درویزیت عصر $HR=157$ و $BP=163/100$ برای بیمار $5mg/q8h$ انالاپریل و هیدرالازین PRN و مدروکسی پروژسترون $20mg/8h$ و سرم مانیتول 20% شروع میشود و آنیزوکوریا اصلاح میشود.

روز پنجم: $GCS=3$ ، مردمک بدون رفلکس نوری، فوندوسکوپي نرمال، بیمار اکیموز دارد، اکولو سفال منفی، $4-5$ عدد تنفس خودبخودی دارد $O2sat=94$ ، $out\ put=3500cc$ ، $BT=38-39^{\circ}C$ روز ششم: خشونت صداهای ریوی دارد و $O2sat=89\%$ و بعد از تعویض لوله تراشه دچار برادی کاردی سپس آسیستول میشود و با احیا ریتم برگشته دوباره دچار آریتمی و ارست قلبی میشود و در ساعت 15 فوت میکند.

: Dx

- 1- آمبولی مایع آمیوتیک
- 2- کاردیو میوپاتی پریپارتوم

خانم 94

متوفی خانمی است 17 ساله، ساکن و اهل شهر، خانه دار با سواد سوم راهنمایی، G_2P_0 Ab_1 ، $BMI>37$ ، سابقه درمان نازایی به مدت یکسال. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 حاملگی در مرکز بهداشتی و مطب متخصص زنان شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. از هفته 32 حاملگی دچار افزایش فشارخون شده و سه بار به علت فشارخون بالا و افزایش غیر عادی وزن جهت بررسی آلبومین اوری ارجاع شده بود که در دومورد اول منفی و بار سوم مثبت بود. آزمایشات اوایل بارداری نرمال بودند. نامبرده در هفته 35 حاملگی به علت افزایش وزن ناگهانی و فشارخون بالا به بیمارستان ارجاع و با تشخیص پره اکلامپسی به علت پره ترم بودن به مرکز آموزشی درمانی ارجاع می شود. در موقع پذیرش: $BP=160/110$ $FHR=142$ سردرد داشت. سوزش سردل و تاری دید نداشت. افزایش وزن به میزان 7 کیلوگرم در عرض یکماه داشت. معاینه قلب و ریه نرمال بود. خونریزی، آبریزش، انقباضات رحمی و علائم زایمانی نداشت. ادم +2 در اندامهای تحتانی داشت و در آنالیز ادراری پروتئین اوری +2 داشت. برای مادر 10 میلی گرم هیدرالازین در دو دوز تزریق کرده و دوز Loading سولفات منیزیوم شروع و در بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود. در بخش انفوزیون آمپول سولفات منیزیوم 2گرم هر ساعت - آمپول

بتمتازون 12 میلی گرم روزانه در دوز درخواست آزمایشات CBC, LFT, U/A، پروتئین ادرار 24 ساعته، آزمایشات کلیوی، اسید اوریک، تستهای انعقادی، NST، سونوگرافی بیومتریک و اکوداپلر جفت order می شود.

روز دوم بستری به علت نرمال بودن تستهای کبدی و انعقادی، میزان مایع آمینوتیک و جریان خون شرانین جفتی مادربه بخش حاملگی پرخطر منتقل می گردد. برای مادر آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت بصورت زیر جلدی - قرص فرسولین (Hb=9.5) - قرص مولتی ویتامین - قرص متیل دوبا به رژیم دارویی اضافه می شود. روز سوم بستری دوز هپارین به 5000 واحد هر 12 ساعت کاهش و سولفات منیزیوم قطع می شود.

فشارخون مادر اغلب در محدوده BP=140-150/85-90 بود. مادر با کنترل NST روزانه و سونوگرافی بیومتریک تحت نظر گرفته می شود. به علت فشارخون بالا در برخی مواقع مشاوره داخلی درخواست می شود و ایشان تلفنی دستور افزودن قرص متورال 25 میلی گرم هر 12 ساعت و قرص نیفیدپین 10 میلی گرم سه بار در روز به رژیم قبلی را می دهد. روز هشتم بستری برای مادر اینداکشن شروع می شود ولی بعد از چند ساعت به علت تاکیکاردی جنین و خونریزی واژینال با شک به دکولمان سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 18:05 با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان دخترزنده حدوداً 35-36 هفته و وزن 2850 گرم با آپگار 9/10 بود و جفت دکولمان 20-30% داشت. در طول عمل مشکل خاصی نداشت. مادر ساعت 19:25 به بخش تحویل داده می شود. 6 ساعت بعد از عمل آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت شروع می شود. به علت چاقی شدید شکم، پوست محل عمل باز شده و روزی چندبار زیر چراغ گذاشته می شود. مادر روز سوم بعد از عمل با نسخه دارویی؟ از نظر زنان مرخص می شود و مشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی تلفنی دستور می دهد: بیمار با داروهای متورال و نیفیدپین مرخص است و یکماه بعد به درمانگاه داخلی مراجعه کند. فشارخون در موقع ترخیص BP=140/90 (با وجود مصرف متورال و نیفیدپین) بود.

PLT=168,000	Hct=31.9	Hb=9.5---8.7:	آزمایشات:		
Cr=0.8	Urea=21	Uric Acid=6	LDH=445	SGPT=8	SGOT=21
Urine Protein(24)=1466			INR=1.2	PTT=42	PT=14.6

بعد از ترخیص، به علت بالا بودن فشارخون، توسط کارکنان مرکز بهداشت توصیه به بیمارستان شده بود و دو روز بعد مادربه مرکز بهداشت مراجعه می کند با BP=180/110 و ادم اندام تحتانی و اظهار می کند که به بیمارستان مراجعه کرده و گفتند مشکلی نداری (ولی مراجعه نکرده بود). مادر را به پزشک مرکز بهداشت ارجاع می دهند و پزشک از روی شرح حال متوجه می شود که مادر داروهای ضد فشار را مصرف نمی کند و ضمن توجه مادر و خانواده توصیه به مصرف مرتب داروی کند. کارکنان بهداشتی در روز پشت سرهم فشارخون مادر را در منزل کنترل می کنند و در هر دو بار طبیعی بوده است. مادر روز سیزدهم بعد از زایمان ساعت 19 عصر با شکایت تنگی نفس، تهوع و سرگیجه به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. در معاینه دیسترس تنفسی نداشت. تب دار نبود. Pale و توکسیک نبود. ادم +2 اندامهای تحتانی را داشت ولی اختلاف سایز نداشت. BP=100/70 PR=95 RR=16 دو ساعت بعد از اکسیژن تراپی، دریافت سرم، تزریق آمپول پلازیل و کلرفینر آمین مرخص می گردد. روز بعد مادر در پای چپ احساس ناراحتی می کند (تنگی لباس). ظهر کارکنان بهداشت مادر را پیگیری کرده و بعد از ویزیت پزشک به علت تورم یکطرفه پای چپ جهت R/O, DVT به اورژانس بیمارستان شهرستان ارجاع فوری می دهند (ساعت 13:10). مادر ساعت 13:23 (13 دقیقه بعد) به اورژانس مراجعه و مستقیماً (با پای خودش) به بلوک زایمانی برده می شود. مادر درد سینه و تنگی نفس

داشت. به محض رسیدن به اتاق معاینه دچار ارست قلبی تنفسی شده و اقدامات احیا شروع می شود ولی متأسفانه پاسخ نمی دهد. ساعت 14:20 فوت می کند. موقع احیا، متخصص زنان، متخصص بی هوشی و متخصص داخلی و پزشک اورژانس حضور داشتند.

تشخیص علت مرگ: ترومبوآمبولی ریه می باشد.

اشکالات وارد بر پرونده:

1. کاهش هپارین از روز سوم بستری به دوبار در روز با وجود ریسک فاکتورهای مانند BMI بالا پوره اکلامپسی اشتباه بود.
2. بیمار بعد از ترخیص باید دوز پروفیلاکسی هپارین می گرفت.
3. عدم ویزیت متخصص داخلی و دستورات تلفنی
4. هیپوکسی در هنگام فعالیت از علایم آمبولی ریه بوده و در زمان مراجعه به اورژانس بیمارستان (در تاریخ 00/10/11) به علت داشتن دیسپنه و احساس خفه شدن بستری و تحت بررسی قرار می گرفت (ترومبوآمبولی مقلد بزرگ بوده و می تواند با حملات اضطرابی ظاهر شود). توضیح اینکه در مادر باردار $O_2Sat < 94\%$ به نفع آمبولی ریه می باشد.
5. در زمان مراجعه به مرکز بهداشت با وجود شک بالینی به DVT و احتمال PTE مادر باید با آمبولانس ویرانکار به اورژانس (نه بلوک زایمانی) اعزام می شد. حتی برداشتن یک قدم می تواند سبب آمبولیزاسیون لخته شود.

خاتم 95

متوفی خانمی است 17 ساله، ساکن و اهل شهر، خانه دار با سواد سوم راهنمایی، $G_2P_0 Ab_1$ ، $BMI > 37$ ، سابقه درمان نازایی به مدت یکسال. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 حاملگی در مرکز بهداشتی و مطب متخصص زنان شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. از هفته 32 حاملگی دچار افزایش فشارخون شده و سه بار به علت فشارخون بالا و افزایش غیر عادی وزن جهت بررسی آلبومین اوری ارجاع شده بود که در دومورد اول منفی و بار سوم مثبت بود. آزمایشات اوایل بارداری نرمال بودند.

نامبرده در هفته 35 حاملگی به علت افزایش وزن ناگهانی و فشارخون بالا به بیمارستان ارجاع و با تشخیص پره اکلامپسی به علت پره ترم بودن به مرکز آموزشی درمانی ارجاع می شود. در موقع پذیرش: $FHR=142$ $BP=160/110$ سردرد داشت. سوزش سردل و تاری دید نداشت. افزایش وزن به میزان 7 کیلوگرم در عرض یکماه داشت. معاینه قلب و ریه نرمال بود. خونریزی، آبریزش، انقباضات رحمی و علایم زایمانی نداشت. ادم +2 در اندامهای تحتانی داشت و در آنالیز ادراری پروتئین اوری +2 داشت. برای مادر 10 میلی گرم هیدرالازین در دو دوز تزریق کرده و دوز Loading سولفات منیزیوم شروع و در بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود. در بخش انفوزیون آمپول سولفات منیزیوم 2 گرم هر ساعت - آمپول بتامتازون 12 میلی گرم روزانه در دوز - درخواست آزمایشات $CBC, LFT, U/A$ ، پروتئین ادرار 24 ساعته، آزمایشات کلیوی، اسید اوریک، تستهای انعقادی، NST، سونوگرافی بیومتریک و اکوداپلر جفت order می شود.

روز دوم بستری به علت نرمال بودن تستهای کیدی و انعقادی، میزان مایع آمینوتیک و جریان خون شرانین جفتی مادربه بخش حاملگی پرخطر منتقل می گردد. برای مادر آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت بصورت زیر جلدی - قرص فرسولین ($Hb=9.5$) - قرص مولتی ویتامین - قرص متیل دوبا به رژیم دارویی اضافه می شود. روز سوم بستری دوز هپارین به 5000 واحد هر 12 ساعت کاهش و سولفات منیزیوم قطع می شود.

فشارخون مادر اغلب در محدوده **BP=140-150/85-90** بود. مادر با کنترل **NST** روزانه و سونوگرافی بیومتریک تحت نظر گرفته می شود. به علت فشارخون بالا در برخی مواقع مشاوره داخلی درخواست می شود و ایشان تلفنی دستور افزودن قرص متورال 25 میلی گرم هر 12 ساعت و قرص نیفیدپین 10 میلی گرم سه بار در روز به رژیم قبلی را می دهد. روز هشتم بستری برای مادر اینداکشن شروع می شود ولی بعد از چند ساعت به علت تاکیکاردی جنین و خونریزی واژینال با شک به دکولمان سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت **18:05** با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان دخترزنده حدوداً **35-36** هفته و وزن **2850** گرم با آپگار **9/10** بود و جفت دکولمان **20-30%** داشت. در طول عمل مشکل خاصی نداشت. مادر ساعت **19:25** به بخش تحویل داده می شود. **6** ساعت بعد از عمل آمپول هپارین **5000** واحد هر **8** ساعت شروع می شود. به علت چاقی شدید شکم، پوست محل عمل باز شده و روزی چندبار زیر چراغ گذاشته می شود. مادر روز سوم بعد از عمل با نسخه دارویی؟ از نظر زنان مرخص می شود و مشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی تلفنی دستور می دهد: بیمار با داروهای متورال و نیفیدپین مرخص است و یکماه بعد به درمانگاه داخلی مراجعه کند. فشارخون در موقع ترخیص **BP=140/90** (با وجود مصرف متورال و نیفیدپین) بود.

	PLT=168,000	Hct=31.9	Hb=9.5---8.7		
Cr=0.8	Urea=21	Uric Acid=6	LDH=445	SGPT=8	SGOT=21
	Urine Protein(24)=1466	INR=1.2	PTT=42	PT=14.6	

بعد از ترخیص، به علت بالا بودن فشارخون، توسط کارکنان مرکز بهداشت توصیه به مراجعه به بیمارستان شده بود و دو روز بعد مادر به مرکز بهداشت مراجعه می کند با **BP=180/110** و ادم اندام تحتانی و اظهار می کند که به بیمارستان مراجعه کرده و گفتند مشکلی نداری (ولی مراجعه نکرده بود). مادر را به پزشک مرکز بهداشت ارجاع می دهند و پزشک از روی شرح حال متوجه می شود که مادر داروهای ضد فشار را مصرف نمی کند و ضمن توجیه مادر و خانواده توصیه به مصرف مرتب داروی کند. کارکنان بهداشتی در روز پشت سر هم فشارخون مادر را در منزل کنترل می کنند و در هر دو بار طبیعی بوده است. مادر روز سیزدهم بعد از زایمان ساعت **19** عصر با شکایت تنگی نفس، تهوع و سرگیجه به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. در معاینه دیسترس تنفسی نداشت. تب دار نبود. **Pale** و توکسیک نبود. ادم **+2** اندامهای تحتانی را داشت ولی اختلاف سایز نداشت. **BP=100/70** **PR=95** **RR=16** دو ساعت بعد از اکسیژن تراپی، دریافت سرم، تزریق آمپول پلازیل و کلرفینرامین مرخص می گردد. روز بعد مادر در پای چپ احساس ناراحتی می کند (تنگی لباس). ظهر کارکنان بهداشت مادر را پیگیری کرده و بعد از ویزیت پزشک به علت تورم یکطرفه پای چپ جهت **R/O**، **DVT** به اورژانس بیمارستان شهرستان ارجاع فوری می دهند (ساعت **13:10**). مادر ساعت **13:23** (13 دقیقه بعد) به اورژانس مراجعه و مستقیماً (با پای خودش) به بلوک زایمانی برده می شود. مادر درد سینه و تنگی نفس داشت. به محض رسیدن به اتاق معاینه دچار ارست قلبی تنفسی شده و اقدامات احیا شروع می شود ولی متأسفانه پاسخ نمی دهد. ساعت **14:20** فوت می کند. موقع احیا، متخصص زنان، متخصص بی هوشی و متخصص داخلی و پزشک اورژانس حضور داشتند.

تشخیص علت مرگ: ترومبوآمبولی ریه می باشد.

اشکالات وارد بر پرونده:

1. کاهش هپارین از روز سوم بستری به دوبار در روز با وجود ریسک فاکتورهای مانند **BMI** بالا و پره اکلامپسی اشتباه بود.
2. بیمار بعد از ترخیص باید دوز پروفیلاکسی هپارین می گرفت.

3. عدم ویزیت متخصص داخلی و دستورات تلفنی

4. هیپوکسی در هنگام فعالیت از علایم آمبولی ریه بوده و در زمان مراجعه به اورژانس بیمارستان (در تاریخ 00/10/11) به علت داشتن

دیسپنه و احساس خفه شدن بستری و تحت بررسی قرار می گرفت (ترومبوآمبولی مقلد بزرگ بوده و می تواند با حملات اضطرابی ظاهر شود). توضیح اینکه در مادر باردار $O_2Sat < 94\%$ به نفع آمبولی ریه می باشد.

5. در زمان مراجعه به مرکز بهداشت با وجود شک بالینی به DVT و احتمال PTE مادر باید با آمبولانس و برانکاره به اورژانس

(نه بلوک زایمانی) اعزام می شد. حتی برداشتن یک قدم می تواند سبب آمبولیزاسیون لخته شود.

خاتم 96

متوفی خانمی است 17 ساله ، ساکن و اهل شهر ، خانه دار با سواد سوم راهنمایی، $G_2P_0 Ab_1$ ، $BMI > 37$ ، سابقه درمان نازایی به مدت یکسال. حاملگی خواسته بود. مراقبت دوران بارداری از هفته 10 حاملگی در مرکز بهداشتی و مطب متخصص زنان شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. از هفته 32 حاملگی دچار افزایش فشارخون شده و سه بار به علت فشارخون بالا و افزایش غیر عادی وزن جهت بررسی آلبومین اوری ارجاع شده بود که در دومورد اول منفی و بار سوم مثبت بود. آزمایشات اوایل بارداری نرمال بودند.

نامبرده در هفته 35 حاملگی به علت افزایش وزن ناگهانی و فشارخون بالا به بیمارستان ارجاع و با تشخیص پره اکلامپسی به علت پره ترم بودن به مرکز آموزشی درمانی ارجاع می شود. در موقع پذیرش: $FHR=142$ $BP=160/110$ سردرد داشت. سوزش سردل و تاری دید نداشت. افزایش وزن به میزان 7 کیلوگرم در عرض یکماه داشت. معاینه قلب و ریه نرمال بود. خونریزی، آبریزش، انقباضات رحمی و علایم زایمانی نداشت. ادم +2 در اندامهای تحتانی داشت و در آنالیز ادراری پروتئین اوری +2 داشت. برای مادر 10 میلی گرم هیدرالازین در دو دوز تزریق کرده و دوز Loading سولفات منیزیوم شروع و در بخش زایمان تحت نظر گرفته می شود. در بخش انفوزیون آمپول سولفات منیزیوم 2 گرم هر ساعت - آمپول بتامتازون 12 میلی گرم روزانه در دوز - درخواست آزمایشات $CBC, LFT, U/A$ ، پروتئین ادرار 24 ساعته ، آزمایشات کلیوی، اسید اوریک، تستهای انعقادی، NST ، سونوگرافی بیومتریکی و اکوداپلر جفت order می شود.

روز دوم بستری به علت نرمال بودن تستهای کبدی و انعقادی ، میزان مایع آمینوتیک و جریان خون شراین جفتی مادریه بخش حاملگی پرخطر منتقل می گردد. برای مادر آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت بصورت زیر جلدی - قرص فرسولین ($Hb=9.5$) - قرص مولتی ویتامین - قرص متیل دوبا به رژیم دارویی اضافه می شود. روز سوم بستری دوز هپارین به 5000 واحد هر 12 ساعت کاهش و سولفات منیزیوم قطع می شود.

فشارخون مادر اغلب در محدوده $BP=140-150/85-90$ بود. مادر با کنترل NST روزانه و سونوگرافی بیومتریکی تحت نظر گرفته می شود. به علت فشارخون بالا در برخی مواقع مشاوره داخلی درخواست می شود و ایشان تلفنی دستور افزودن قرص متورال 25 میلی گرم هر 12 ساعت و قرص نیفیدپین 10 میلی گرم سه بار در روز به رژیم قبلی را می دهد. روز هشتم بستری برای مادر اینداکشن شروع می شود ولی بعد از چند ساعت به علت تاکیکاردی جنین و خونریزی واژینال با شک به دکولمان سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود. عمل ساعت 18:05 با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل زایمان دخترزنده حدوداً 35-36 هفته و وزن 2850 گرم با آپگار 9/10 بود و جفت دکولمان 20-30% داشت. در طول عمل مشکل خاصی نداشت. مادر ساعت 19:25 به بخش تحویل داده می شود. 6 ساعت بعد از عمل آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت شروع می شود. به علت چاقی

شدید شکم، پوست محل عمل باز شده و روزی چندبار زیر چراغ گذاشته می شود. مادر روز سوم بعد از عمل با نسخه دارویی؟ از نظر زنان مرخص می شود و مشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی تلفنی دستور می دهد: بیمار با داروهای متورال و نیفیدپین مرخص است و یکماه بعد به درمانگاه داخلی مراجعه کند. فشارخون درموقع ترخیص $BP=140/90$ (باوجود مصرف متورال و نیفیدپین) بود.

آزمایشات: $Hb=9.5$ --- 8.7 $Hct=31.9$ $PLT=168,000$
 $SGOT=21$ $SGPT=8$ $LDH=445$ $Urea=21$ $Cr=0.8$ $Uric\ Acid=6$
 $PT=14.6$ $PTT=42$ $INR=1.2$ $Urine\ Protein(24)=1466$

بعد از ترخیص، به علت بالا بودن فشارخون، توسط کارکنان مرکز بهداشت توصیه به مراجعه به بیمارستان شده بود و دو روز بعد مادر به مرکز بهداشت مراجعه می کند با $BP=180/110$ و ادم اندام تحتانی و اظهار می کند که به بیمارستان مراجعه کرده و گفتند مشکلی نداری (ولی مراجعه نکرده بود). مادر را به پزشک مرکز بهداشت ارجاع می دهند و پزشک از روی شرح حال متوجه می شود که مادر داروهای ضد فشار را مصرف نمی کند و ضمن توجه مادر و خانواده توصیه به مصرف مرتب دارو می کند. کارکنان بهداشتی در روز پشت سر هم فشارخون مادر را در منزل کنترل می کنند و در هر دو بار طبیعی بوده است. مادر روز سیزدهم بعد از زایمان ساعت 19 عصر با شکایت تنگی نفس، تهوع و سرگیجه به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. در معاینه دیسترس تنفسی نداشت تب دار نبود. $Pale$ و توکسیک نبود. ادم +2 اندامهای تحتانی را داشت ولی اختلاف سایز نداشت. $BP=100/70$ $PR=95$ $RR=16$ دو ساعت بعد از اکسیژن تراپی، دریافت سرم، تزریق آمپول پلازیل و کالرفینر آمین مرخص می گردد. روز بعد مادر در پای چپ احساس ناراحتی می کند (تنگی لباس). ظهر کارکنان بهداشت مادر را پیگیری کرده و بعد از ویزیت پزشک به علت تورم یکطرفه پای چپ جهت R/O ، DVT به اورژانس بیمارستان شهرستان ارجاع فوری می دهند (ساعت 13:10). مادر ساعت 13:23 (13 دقیقه بعد) به اورژانس مراجعه و مستقیماً (با پای خودش) به بلوک زایمانی برده می شود. مادر درد سینه و تنگی نفس داشت. به محض رسیدن به اتاق معاینه دچار ارست قلبی تنفسی شده و اقدامات احیا شروع می شود ولی متأسفانه پاسخ نمی دهد. ساعت 14:20 فوت می کند. موقع احیا، متخصص زنان، متخصص بی هوشی و متخصص داخلی و پزشک اورژانس حضور داشتند.

تشخیص علت مرگ: ترومبوآمبولی ریه می باشد.

اشکالات وارد بر پرونده:

1. کاهش هپارین از روز سوم بستری به دوبار در روز با وجود ریسک فاکتورهای مانند BMI بالا و پره اکلامپسی اشتباه بود.
2. بیمار بعد از ترخیص باید دوز پروفیلاکسی هپارین می گرفت.
3. عدم ویزیت متخصص داخلی و دستورات تلفنی
4. هیپوکسی در هنگام فعالیت از علایم آمبولی ریه بوده و در زمان مراجعه به اورژانس بیمارستان (در تاریخ 00/10/11) به علت داشتن دیسپنه و احساس خفه شدن بستری و تحت بررسی قرار می گرفت (ترومبوآمبولی مقلد بزرگ بوده و می تواند با حملات اضطرابی ظاهر شود). توضیح اینکه در مادر باردار $O_2Sat < 94\%$ به نفع آمبولی ریه می باشد.
5. در زمان مراجعه به مرکز بهداشت با وجود شک بالینی به DVT و احتمال PTE مادر باید با آمبولانس و برانکارد به اورژانس (نه بلوک زایمانی) اعزام می شد. حتی برداشتن یک قدم می تواند سبب آمبولیزاسیون لخته شود.

متوفی خانمی است 30 ساله، ساکن شهرستان $G_4P_3Al_2$ با LMP اوایل بهمن و EDC اوایل آبان، حاملگی خواسته بوده، فاصله بارداری 9 سال میباشد.

نامبرده تحت کنترل مامای تحصیل کرده (بخش خصوصی) بوده و مرتب کنترل می شده است منتها هیچ پرونده ای در دسترس نمی باشد. بنا به اظهار اطرافیان از ماه 5-6 افزایش فشار خون و ادم اندامها داشته و از درد پهلو و تکرر ادرار شکمی بوده است. مادر بعلت فشار خون بالا به مرکز آموزشی درمانی ارجاع داده می شود ولی ایشان به بیمارستان دیگر مراجعه می کند.

در هنگام پذیرش در بیمارستان (ساعت: 21:45) BP=160/120 ، آلبومین ادرار +4 ، ضربانات قلب جنین نرمال، بدون افسمان و دیلاتاسیون بوده، و سردرد شدید ، تهوع، درد اپی گاستر داشته است. برای بیمار 2 دوز آمپول هیدرالازین (5mg IV در هر بار) و یک دوز قرص هیدرالازین 25mg تجویز و دستور اینداکشن داده می شود ولی بعلت وخامت حال مریض با ویلچر و اکسیژن به اتاق عمل برده میشود.

بیمار با دستورات سولفات منیزیم 10mg IM ، سفالوتین 2g ، آمپول هیدرالازین 10mg هر 12 ساعت، 20 واحد سنتوسینون، میدازولام و پلازیل با راشی سزارین می شود (ساعت 21:30 طبق مندرجات پرونده). حاصل زایمان پسر ترم با آپکار 9/10 بوده است. بیمار با فشار 120/90 به بخش مامایی منتقل میشود.

دستورات بعد از عمل: سفالوتین، جنتامایسین 80mg/q8h با کنترل I/O ، کنترل V/S و کنترل V/B هر ربع ساعت.

نصف شب در ساعت 1:15 am به علت افزایش فشار و دیسترس تنفسی با متخصص قلب مشاوره می شود و ایشان تلفنی دستور انتقال به ICU را می دهند و برای بیمار پروتکل TNG و قرص آمیلودیپین stat 2/5 mg داده می شود. آزمایشات Cr, BUN,PT,PTT,CBC درخواست می شود. ساعت 7am توسط متخصص بیهوشی ویزیت می شود و به علت عدم افت فشار کپسول آدالات زیربائی و مشاوره مجدد با متخصص قلب می شود. ایشان تلفنی دستور دادن کاپنوپریل 1/2 قرص می دهد و در ساعت 8 am متخصص زنان بیمار را ویزیت می کند در این موقع BP=160/100 ، RR=33 ، PR=109 ، U/O=OK ولی همچوریک ، PTT=38 و پلاکت 145000 و Cr=0.8 و Hb=15 بوده و ادامه دستورات + Tab)Amilodipin 5mg دوبار در روز) قرص آلپرازولام و ادامه TNG تا افت فشار به 140/80 داده میشود.

ساعت 11:30 am BP=260/120 شده و بیمار دچار تشنج می شود و با 10mg دیازپام ، 15mg هیدرالازین ، 80mg stat لازیکس کنترل می گردد. طبق دستور تلفنی متخصص نورولوژی آمپول فنی تونین 750mg داخل نیم لیتر سرم نرمال سالین در عرض دو ساعت انفوزیون می شود. بعد فنی تونین 125mg هر 8 ساعت بصورت IV ادامه می یابد. ایشان دستور اندازه گیری Ca,BS,U/A را می دهد و آمپول گلوکزاسیلین نیز به

داروها اضافه می کند. (همزمان Cephelotin 2g/6h و Cloxacillin و Gentamicine 80mg/q8h)

تجویز می شود.)

بیمار دوباره در ساعت 7 pm همانروز دچار تشنج و استفراغهای مکرر همراه با رگه های خونی می شود در ضمن بیمار ایکتریک نیز می شود. طی مشاوره با نورولوژیست دستور گرفتن CT scan مغزی و اصلاح اختلالات الکترولیتی می دهد. در ساعت 7:25 pm BP=150/115 ، PR=126 ، BT=37 ، u/o=50cc/h و هماچوری مختصر داشت در ساعت 9:30 pm O2sat=80-90 % و پاپیلای چشم دوبل دیلاته و وضعیت هوشیاری Deep Coma شده بیمار انتوبه می شود و سرم مانیتول و دکزامتازون شروع و به ونتیلاتور وصل می شود.

روز بعد ساعت 9:30am توسط متخصص بیهوشی ویزیت می شود. BP=120/80، علائم حیاتی Stable و PR=80 و O₂ sat=99 و u/o در 24 ساعت 1500 cc بوده است. طبق یادداشت ایشان مشکل بیمار تشنجهای مکرر بود. سطح Ca و Mg سنجش می شود که Mg بالا بوده و سولفات موقتاً قطع می شود. در ساعت 10pm با توجه به حجم پائین ادرار برای بیمار لازیکس و دوپامین شروع می شود و برای کاهش تقلای تنفس زیر پاولن گذاشته می شود.

نتایج آزمایشات :

Hb=12.3 , Cr=1.4 , urea=64 , plate=< 80000 , PT=19.5 , PTT=53 , SGPT=268 , SGOT=510

سونوگرافی کبد، کلیه ها و سی تی اسکن مغز نرمال بوده در CXR ریه ها محققن و سینوسهای جنبی باز بود روز دوم بستری:

Cr=4.6 , urea=205: دیگر: plate=51000 , Cr=0.9 , urea=39, Hb=8

بیمار از شب اول بستری بطور متناوب پلاکت ، FFP و کرایو دریافت می کرده است.

روز چهارم بستری به علت افزایش اوره و کراتینین 85/8/8 با urea=311 , Cr=10.18 برای بیمار درخواست مشاوره اورژانس اورولوژی جهت دیالیزی شود و بصورت اورژانس کاتتر تعبیه و بمدت 2 ساعت تحت دیالیز قرار میگیرد. در ساعت 9pm دچار دیسترس تنفسی و هایپوکسی زیر ونتیلاتور ، خونریزی از بینی، خونریزی از محل کاتتر، هموپتیزی و تاکیکاردی می شود. در 11pm برای بیمار پلاکت و FFP تزریق می شود. بیمار در ساعت 7am 85/8/9 دچار ایست قلبی - تنفسی می شود و به احیاء پاسخ نمی دهد.

تشخیص احتمالی : سندرم HUS

خاتم 98

متوفی خانمی است 41 ساله ، ساکن شهر ، تحت پوشش کمیته امداد (شوهر کرولال می باشد) G₂P₁ ، سابقه یکبار زایمان طبیعی 9 سال پیش. سابقه صرع از زمان کودکی ، حاملگی ناخواسته بوده با LMP نامعلوم در 2.5 سال گذشته از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کرده است. مراقبتهای دوران بارداری از هفته 15 بارداری در مرکز بهداشت شروع شده و 3 بار توسط کاردان بهداشت خانواده ، یکبار هم توسط پزشک مرکز مراقبت شده بود. مادر در طول بارداری تحت نظر متخصص مغز و اعصاب بوده و بصورت نامرتب فنوباریتال و کاربامازپین مصرف می کرد.

نامبرده در هفته 27 حاملگی حوالی ساعت 17:30 دچار تشنج شده و کاهش هوشیاری پیدا می کند بی اختیاری ادراری نیز داشته است. مادر توسط همراهان به اورژانس بیمارستان برده می شود و بعد از سرم تراپی هوشیاری تا حدودی برمی گردد. با متخصص اعصاب مشاوره شده و مادر به مطب ایشان برده میشود. ایشان بعد از ویزیت مادر، دستور بستری می دهد. مادر ساعت 22 پذیرش می شود. موقع پذیرش مادر لتارژیک بود و به سوالات پاسخ کلامی نمی داد. علائم عصبی فوکال نداشت. علائم حیاتی: BP=110/70 HR=78 RR=18 O₂Sat=96% مادر

در بخش زنان بستری و یک لاین وریدی با برانول 20 تعبیه شده و یک لیتر سرم 2/1، 3/3 وصل می شود. آمپول فنی تونین و قرص کاربامازپین، آمپول B.complex و آمپول سفتریاکسون BID شروع شده و آزمایشات CBC, FBS, Cr, Urea, Na, k, Ca و مشاوره زنان درخواست می شود. مادر ساعت 3:05 بامداد دچار ارست قلبی تنفسی می شود. با اعلام کد احیا عملیات احیا شروع می شود. با برگشت ریتم قلب ، مادر به ICU منتقل و به

ونتیلاتور وصل می شود. برای بیمار NGT و سوند فولی تعبیه کرده و به علت فشارخون پائین BP=70/50 یک لیتر سرم رینگر +20mEqKCl و یک لیتر سرم نرمال سالین در عرض 4 ساعت تجویز می گردد ولی فشارخون اصلاح نمی شود و دوپامین و دوپوتامین شروع می گردد. مادر در ساعت 8:40 با مدام مجدداً دچار ارست قلبی شده و عملیات احیاء شروع می شود. ریتم قلب برمی گردد. بدنبال ارست سوم در ساعت 10 صبح همزمان با احیا سزارین انجام می گیرد و یک نوزاد بظاهر سالم با آپگار صفر بدنیا می آید. که پاسخی به عملیات CPR نمی دهد. احیای مادر تا ساعت 10:50 ادامه می یابد ولی پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات: Hb=13: بدوپذیرش Hb=10.8 ساعت 8 صبح PLT=132,000 WBC=12,400 FBS=108 Cr=0.8
Ca=8.7 K=3.2 Na=147 Urea=28

درسی تی اسکن مغز بعد از مرگ (2 ساعت بعد از مرگ) ناحیه هیپودنس در فرونتوپاریتال چپ همراه با کانونهای هیپردنس مطرح کننده هموراژی در مجاورت خلفی ضایعه و اثر فشاری بارز بر روی بطن جانبی چپ و شیفت مید لاین به سمت راست و شواهد هرنی ساب فالکس دیده می شود. تشخیص پاراکلینیکی: احتمالاً آستروسیتوما-سایزتومور بزرگ بود.

جواب اتوپسی: علت فوت تومور بدخیم و بزرگ مغزی و نوع تومور: تومور بدخیم آناپلاستیک با منشا احتمالی آپاندیمی می باشد. اشکالات وارد بر پرونده:

- مادر در طول بارداری داروی ضد صرع مصرف نکرده بود. (در مراقبت ها به این مسئله توجه نشده است)
- به علت وجود سابقه ی صرع در بیمار سایر موارد تشنج در مادر بررسی نشده است.
- مادر جهت بررسی به مطب پزشک برده شده است در حالیکه باید در بیمارستان بستری شده و از متخصص مغز و اعصاب مشاوره درخواست می شد.
- از متخصص زنان برای ویزیت مادر مشاوره درخواست نشده است
- بعد از بستری و در ICU مدیریت بیمار غیر علمی بوده است.

خاتم 99

متوفی خانمی است 37 ساله ، ، AL₁ P₁ G₂ ، سابقه زایمان و ژینال 9 سال پیش. حاملگی خواسته بود.

نامبرده در هفته 9 حاملگی دچار تورم یکطرفه پای راست شده و 3 روز بعد به مطب متخصص داخلی مراجعه با تشخیص DVT در بیمارستان الف بستری می گردد. دستورات حین بستری: CBR - elevation - پای راست - آمپول انوکسپارین 40mg/q12h زیرجلدی - درخواست آزمایشات CBC with diff و PT, PTT, INR - مشاوره زنان. متخصص زنان روز اول بصورت تلفنی و روز دوم بصورت حضوری مادر را ویزیت کرده و قرص ویتامین B6 - قرص پلازیل - قرص دیمترون به علت و یار حاملگی تجویز می کند.

در سونوگرافی رحم، جنین با سن 9 هفته و چهار روز و کیستی به قطر 62 میلی متر در آدنکس چپ گزارش شده بود.

در سونوداپلر وریدی پای راست، کاهش قدرت فشردگی و ترومبوس اکوژن ورید تیبیال خلفی مشاهده شده بود. بقیه عروق نرمال بودند.

در طول بستری فشارخون و تعداد نبضها در محدوده نرمال بودند.

آزمایشات: Hb=13.1 Hct=41.9 PLT=169,000

INR=1

PTT=36

PT=13

Neut=79%

WBC=9600

مادر یک هفته بعد با نسخه دارویی انوکسپارین 40mg روزانه مرخص می گردد. دوروز بعد با شکایت درد قفسه سینه و درد ناحیه اپی گاستر با اورژانس 115 به اورژانس بیمارستان الف آورده می شود. در معاینه ناحیه اپی گاستر حساس بود. سایز هردو اندام تحتانی برابر بود.

علامت حیاتی: SPO2=84% RR=17 PR=114 BP=110/80

برای مادر ECG و آزمایشات INR, PTT, PT, سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی و مشاوره جراحی درخواست می شود. در نوار قلبی یافته خاصی نداشت. گزارش سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی: شکل واکوژنیسته کبد طبیعی است. قطر پورت 10mm و کلدوک 6.5mm می باشد. مجاری اینترهپاتیک دیلاته نیست. جدار کیسه صفرا ضخیم تراز حد طبیعی است (6.3mm) در کیسه صفرا دبریهای اکوژن ظریف (Sludge) دیده می شود. گردن کیسه صفرا کنتراکته است.

INR=1

PTT=39

PT=13

Hb=13.3

WBC=12900

مشاور جراح عمومی یادداشت کرده بود: بیمار نیاز به اقدام جراحی اورژانس ندارد و توصیه می شود به متخصص داخلی زنان مراجعه کند.

مادر 2 ساعت بعد با توصیه مراجعه به مطب متخصص زنان و داخلی مرخص می گردد و عصر بصورت سرپایی به مطب متخصص داخلی زنان مراجعه می کند. نامبرده دو روز بعد با شکایت درد شکم به اورژانس بیمارستان الف مراجعه و توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شود. در معاینه درد

ناحیه RUQ داشت. علامت حیاتی: SPO2=89% RR=18 PR=121 BP=90/70

برای مادر لاین وریدی تعبیه و سرم 1/3 و 2/3 و 1 گرم سفنازیدیم بصورت Stat داخل سرم انفوزه می شود. 5mg مورفین وریدی تزریق و آزمایشات CBC و آمیلاز سرم درخواست می گردد.

PLT=99,000

Hb=12.5

Hct=40.2

Neut=89%

WBC=11,300

Amylase =40 (در محدوده نرمال) دو ساعت بعد مرخص می گردد.

مادر صبح روز بعد با حالت سیانوز و تنگی نفس و کاهش هوشیاری گذرا به اورژانس بیمارستان ب مراغه آورده شده و در حین معاینه دچار ارست قلبی

PLT=168,000

Hct=31.9

Hb=9.5---8.7: آزمایشات نمی دهد. آزمایشات

INR=1.2

PTT=42

PT=14.6

علت مرگ: ترومبو آمبولی ماسیو ریه

Comment اعضای جلسه

1. متخصص زنان باید غیراز ویا حاملگی بر کیفیت درمان DVT هم نظارت می کرد (team work)
2. دوز انوکسپارین برای درمان DVT کافی نبود. (مراجعه به پروتکل درمان ترومبو آمبولی)
3. یک هفته بعد از شروع درمان DVT باید بیمار از نظر پیشرفت Propagation لخته بررسی گردد.
4. حاملگی، وزن بالای 120 کیلو از جمله مواردی است که کفایت دوز انوکسپارین در درمان DVT باید با تستهای مخصوص مانیتورینگ شود (حداقل D.Dimer اندازه گیری می شد)

5. علت دردمادر درمراجعه دوم وسوم آمبولی های راجعه بوده است وراه رفتن سبب کنده شدن بیشتر لخته و آمبولیزاسیون آنها می شودومادر باید درمراجعه دوم بستری شده وبررسی کامل می شد.
6. درمادرباردار $O_2Sat < 94\%$ باید بعنوان یک مشکل جدی تلقی شده وبررسی گردد.
7. درمراجعه دوم بجای ارجاع مادربه متخصص زنان وداخلی باید مادربستری شده ومشاوره انجام می شد.
8. درمادران باردار 50% موارد DVT درسه ماهه اول ،وابسته به استروژن بوده وباید با دوز کافی درمان گردد ودرطول درمان کفایت دوز دارو کنترل شود (حداقل با D-Dimer)
9. دادن سفنازیدیم درمراجعه سوم کار غیر علمی بوده است.تجویز آنتی بیوتیک وریدی در بیمار سرپایی وبدون تشخیص اشتباه می باشد. اگر دریک بیمار مشکل عفونی تشخیص داده شود باید بستری شده ،بعزاز کشت خون ازروی محتمل ترین سوش وسورس عفونت، آنتی بیوتیک وریدی شروع وبا جواب کشت ادامه یابد.

خانم 100

متوفی خانمی است 27 ساله ، اهل شهر، G_2P_1 ، سابقه سزارین 6 سال قبل، سابقه سنگ کلیه. حاملگی خواسته بود. مادر د به علت درد شکم به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی مراجعه می کند. علایم حیاتی : $BP=110/70$ $PR=84$ برای مادر سونوگرافی رحم وضمائم βHCG درخواست می شود. βHCG مثبت بود ودرسونوگرافی مشکلی نداشت. مادر بدون توصیه خاصی مرخص می شود. مراقبت دوران بارداری از اوایل حاملگی درمطب متخصص زنان بود. نامبرده دراواخر شهریورماه(حدود هفته 15 حاملگی) دچار ضعف وبیحالی وتهوع واستفراغ واسهال شده وبتدریج زردی نیز به تابلوی بیماری اضافه می شود.مادر با این تابلو به متخصص زنان مراجعه می کند.ایشان با مشاهده ایکتر، مادر را به سرویس عفونی بیمارستان معرفی میکند.برای مادر سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی ،آزمایشات کبدی ومارکر های هپاتیت درخواست می شود.

جواب آزمایشات :

PLT=330,000	MCV=78	Hb=13.4	WBC=11,490	
ALP=524	SGPT=449	SGOT=763	Direct Bil=4.41	Total Bil=6.78
	Ceruloplasmin=0.456(Normal)			Serum Copper=106(Normal)
ALP=481	SGPT=535	SGOT=757	Direct Bil=5.76	Total Bil=9.68
HCV Ab=Neg	HBc Ab=Neg	HBs Ab=Neg	HBs Ag=Neg	Anti HAV Ab(IgM)=0.28
			INR=1.8	PTT=32
				PT=17.5

درسونوگرافی کبد ،کیسه صفرا ومجاری صفراوی نرمال بود.

مادر یک هفته بعد به یکی از اساتید عفونی مراجعه کرده وایشان ضمن بررسی آزمایشات قبلی 25 میلی گرم پردنیزون ،آمپول B.Complex وقرص دایجستيو تجویز می کند ولی مادر به علت ترس از عوارض برروی جنین مصرف نمی کند. اسهال مادرقطع واستفراغ تاحدودی کاهش می یابدولی ضعف وبی حالی وزردی ادامه داشته است. با زیاد شدن تهوع واستفراغ مادر به اورژانس بیمارستان جنرال مراجعه می کند.درموقع پذیرش

(ساعت 9:50 صبح): مادر هوشیار و اوربانته بود. پوست بشدت ایکتریک بود. سمع قلب و ریه نرمال بود. ارگانومگالی نداشت. ادم +1 اندامهای تحتانی داشت. علائم فوکال عصبی نداشت.

علائم حیاتی: BP=90/60 PR=95 RR=17 BT=36.5° GA=20w

مادر با تشخیص احتمالی کبد چرب حاد حاملگی در بخش گوارش بستری می گردد. با دستورات: NPO - سرم 1/3,2/3 - درخواست آزمایشات CBC, Retic Count, BS, Cr, Urea, LFT, PT, PTT, INR, ANA, ASMA, ALKMA, ds Anti DNA, GTT, GGT, Alb, K, Na, TSH, FTI, CPK، هاپتوگلوبولین، فرتین سرم، پانل هیپاتیت ویرال.

جواب آزمایشات:

ALP=504 SGPT=160 SGOT=240 BS=55 Hb=13.6 WBC=10,400
INR>7.9 PTT>120 PT>35 Urea=40 PLT= 189,000 Cr=0.3 Urea=9
K=3.5 Na=137

عصر با توجه به جواب آزمایشات دستورات: سرم دکستروز 10% 80cc/h - MRCP - اسمیر خون محیطی - آمپول پنتو پرازول - مشاوره اورژانسی زنان جهت ختم حاملگی - انفوزیون FFP دو واحد هر 8 ساعت - آمپول ویتامین K یک میلی گرم وریدی - شربت لاکتولوز 30cc/q8h تا ایجاد مدفوع شل به دستورات قبلی اضافه می شود. مشاور زنان در جواب مشاوره یادداشت کرده بود. مادر در معاینه علائم زایمانی ندارد و فشار خون نرمال است و در سونوگرافی جنین زنده با FHR منظم گزارش شده است. به نظر نمی رسد اختلال تستهای انعقادی با حاملگی مرتبط باشد. در صورت مفید بودن ختم حاملگی به سیر بهبودی بیمار مجدداً مشاوره شود.

روز دوم بستری: مادر Confused است. علائم حیاتی Stable می باشد. علی رغم دریافت مرتب FFP تستهای انعقادی همچنان مختل است. کارکرد شکمی ندارد. به علت اختلال هوشیاری مشاوره نرولوژی درخواست شده و مشاور نرولوژی باتوجه به نبود علائم فوکال عصبی و ادم منتشر در ناحیه تمپوروپاریتال چپ در Brain CT Scan بر تشخیص آنسفالوپاتی کبدی تاکید می کند. برای مادر مشاوره جهت انتقال به ICU درخواست می شود و انفوزیون Alb20% (باتوجه به پایین بودن آلبومین سرم) و آمپول سفتریاکسون به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز سوم بستری: مادر همچنان لتارژیک است و دیلیریوم دارد. علائم حیاتی Stable است. حرکات غیر ارادی در اندامها و دهان مشاهده می شود (بی قرار است). در چشم ها اختلال بینایی دارد؟ مردمکها مید سایز و راکتیو به نور می باشد. ته چشم نرمال و رفلکس کف پایی آبله می باشد. آنزیمهای کبدی و هموگلوبین نسبت به دیروز کاهش یافته است:

indirect Bil=19 Total Bil=26.8 ALP=415 SGPT=95 SGOT=166 Hb=7

مشاوره نرولوژی برای بررسی مسایل عروقی مغز و مشاوره زنان برای ختم حاملگی درخواست می گردد. مشاور نرولوژی درخواست MRI و MRV مغز می کند. در هیچکدام از مطالعات فوق، مشکل توجیه کننده علائم بیمار وجود نداشت و پیشنهاد می شود بیمار از نظر مسایل داخلی بررسی گردد و برای کاهش ادم مغزی انفوزیون سرم مانیتول 20% بصورت tapering و آمپول دکزامتازون 8mg/q8h و هپیر و نتیلایسون توصیه می شود. مشاور زنان برای مادر ایندکشن با رژیم نیم نواک شروع می کند. مادر ساعت 16:45 به بخش ICU ریه منتقل می شود. بعد از انتقال به ICU هوشیاری مادر در حد GCS=7 کاهش می یابد.

علامه حیاتی : BP=110/70 PR=110 RR=20 BT=37.5° O2Sat=97%

BE=-5 HCO3=18 PCO2=34.3 PH=7.35 ABG:

به علت کاهش هوشیاری با پیشنهاد رزیدنت نرولوژی انفوزیون سرم مانتیتول و آمپول دکزامتازون و هیپرونتیلیاسیون شروع می شود.

روز چهارم بستری: هوشیاری در حد **GCS=6-7** می باشد. دفع مدفوع شل دارد. اینداکشن با حضور رزیدنت زنان ادامه دارد. تستهای

انعقادی علیرغم دریافت مرتب **FFP** و ویتامین **K** مختل است. به علت کاهش ساچوراسیون اکسیژن به **94%** مادر انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد **SIMV** وصل می شود. در ساعت **11:15** جنین وجفت با خونریزی اندک دفع می شود و حاصل سقط جنین پسر مرده با سن **20** هفته و به ظاهر سالم می باشد.

علامه حیاتی : BP=140/70 PR=90 RR=20 O2Sat=100%

بر اساس مشاوره عفونی چک مجدد مارکهای اتوایمیون و **NH4**، درخواست **HEV Ab, EBV IgG, IgM, Wright, Coobs Wright**، کشت خون در سه نوبت، تجویز قرص **Livergol**، ویتامین **E** و **C**، آمپول مترونیدازول، تصمیم گیری برای انجام بیوپسی کبدی به دستورات اضافه می شود. دو واحد پکد سل نیز به مادر ترانسفوزیون می شود. مشاوره جراحی جهت پیوند اورژانس کبد انجام می گیرد و ایشان پاسخ می دهند "در حال حاضر موردی برای پیوند در استان وجود ندارد و امکان انتقال به شیراز نیز ندارد." عصر مادر دچار کریز هیپرتانسیون و تاکیکاردی شده و ساچوراسیون اکسیژن بشدت افت می کند (**BP=189/106 O2Sat=75% PR=110**) و مشاوره قلب و نرولوژی و زنان درخواست می گردد. در معاینه ریه ها ادم منتشر در هر دو ریه وجود داشت (در **CXR** پرتابل افیوژن لاملا در قلعه هر دو ریه و کودورت منتشر با ارجحیت نواحی مرکزی دیده می شد). در اکوی **Bed Side** مشکل حادی در قلب وجود نداشت **EF=55%**. برای مادر لازیکس، مورفین و **TNG** توصیه می شود.

جواب مشاوره نرولوژی: مردمکها میدسایز و راکتیو به نور بوده، ته چشم نرمال است. رفلکس اکولوسفال مثبت است و باتوجه یافته های فوق **ICP** بالا و هرنیاسیون رد می شود. جواب مشاوره زنان: باتوجه به گذشت بیش از **24** ساعت از ختم حاملگی، احتمال شروع پره اکلامپسی منتفی بوده و شروع سولفات منیزیوم اندیکاسیون ندارد. برای مادر سونوگرافی رحمی درخواست می شود. در سونوگرافی **60** سی سی بقایای حاملگی در رحم وجود داشت. بااطمینان از خروج کامل جفت و جنین، از طریق سرویکس رحم کوراژ شده و لخته های کوچک خارج می شود.

آزمایشات: **SGOT=77 SGPT=60 ALP=326 Total Bil=24.5 indirect Bil=17.9**

PT=33 PTT=51 INR=6.5 Na=147 K=3.3

روز ششم بستری: هوشیاری مادر در حد **GCS=5** می باشد. دیسترس تنفسی دارد. فشارخون همچنان بالاست. قلب تاکیکارد است:

علامه حیاتی : BP=174/100 PR=128 RR=28 O2Sat=78%

لوله تراشه، **NGT** و سوندادرای ترشحات خونی دارند. به اتند محترم ریه اطلاع داده می شود. قطع فنانتیل و شروع پروپوفول و پروپافنون، تغییر **Setting** و ونتیلاتور، انفوزیون کرایوپرسیپیتانت به جای **FFP** و قطع لازیکس، آمپول ایمی پنم و جوراب ترمبو **Order** می شود. در **CXR** پرتابل علامه

ARDS وجود داشت. **FIO2=100% BE=-10 HCO3=16.7 PCO2=47.6 ABG: PH=7.14**

در ساعت 12:30 ظهر مادر دچار برادی کاردی شده PR=30-35 و عملیات احیا شروع می شود. مادر احیاء شده و ساعت 14:20 دچار ارست قلبی تنفسی شده و در نهایت در ساعت 14:50 فوت میکند.

جواب آزمایشات: Serum Amylase=90(Normal) BS=55 Cr=0.5 Urea=13
ASMA=1.1(Neg) ALKMA=5.8(Neg) ANA=0.6(Neg) CPK=240 AMA=2.1 (Neg)
CPK-MB=55 CMV{ IgG=81 IgM=2.6 CTNI=Neg Anti ds DNA= Neg HEV=Neg

باتوجه به شواهد بالینی و آزمایشگاهی به احتمال قوی **Acute Fatty Liver of Pregnancy** علت مرگ می باشد.
توضیحات اعضای محترم جلسه :

1. مادر باردار با علائم ایکتر و مخصوصاً PT بالا باید در همان مراجعه اول به پزشک به بیمارستان معرفی و بستری می شد.
2. عفونتهای HSV و HEV جزو تشخیصهای افتراقی می باشد.
3. با توجه به سن شروع علائم (14-15 هفته) حدث کبد چرب حاملگی مشکل است ولی قند خون پایین ، $SGOT > SGPT$ ، بالا بودن بیلیروبین مستقیم و نرمال بودن پلاکت به نفع تشخیص کبد چرب حاد حاملگی می باشد.
4. کبد چرب حاد حاملگی همیشه با ختم حاملگی بهبود نمی یابد ولی بهتر بود با توجه به وضعیت مادر در همان ابتدای بستری ختم حاملگی داده می شد.
5. کاهش آنزیمهای کبدی در سیر بیماری نشانه تخریب سلولهای کبدی بوده نه بهبودی پروسه هپاتیت و باید سونوگرافی کبد مجدد جهت بررسی سیر بیماری انجام می شد.
6. بیلیروبین بالا مقدار Cr را کمتر از مقدار واقعی نشان می دهد و به جای کراتینین سرم ، تیتراژ سیستاتین C قابل اطمینان است. (در بیمارستان امام رضا موجود است).
7. بعد از فوت باید نکرپسی کبد جهت تشخیص علت هپاتیت حاد انجام می شد.

خاتم 101

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن روستای اصلی ، $G_4P_1 AL_1$ ، سابقه یکبار زایمان طبیعی ، یکبار سقط و دوبار لاپاراتومی (سالپنژکتومی به علت EP و آپاندکتومی) ، سابقه فشارخون مزمن ، حاملگی خواسته بود.

مراقبت دوران بارداری از هفته 8 در خانه بهداشت شروع شده و یکبار بار توسط بهورز و یک بار توسط ماما مراقبت شده بود .
نامبرده در هفته 12 بارداری با شکایت درد اپی گاستر و تهوع به بیمارستان الف مراجعه کرده توسط ماما و پزشک عمومی ویزیت می شود . بعد از سرم تراپی و تجویز پتیدین و ویتامین B6 ، با تکمیل برگ ارجاع فوری به سونوگرافی و متخصص زنان مرخص می شود. روز بعد شب به علت سوزش ادرار ، بی اشتها ، تهوع و استفراغ به مرکز بهداشت شهرستان مراجعه می کند . در معاینه کول بسته و بدون خونریزی و آبریزش بود. حساسیت مختصر لژ کلیه داشت. BP=135/95 BT=37.3 FHR=138 برای مادر آنالیز ادرار درخواست می شود. به علت نداشتن ادرار

سرم وصل می کنند . در آنالیز ادرار **Blood=2+** **Protein=2+** **WBC=2-3** داشت. مادر باتشخیص احتمالی پیلونفریت به مرکز

آموزشی درمانی زنان اعزام می شود . موقع پذیرش (ساعت **00:13** بامداد) در معاینه هوشیار و اریانته بود. **III** و توکسیک نبود. تب دار نبود. درد ژنرالیزه شکم با شدت بیشتر در **RLQ** داشت. در سونوگرافی، جنین زنده با ضربان قلب منظم، مایع آمینوتیک نرمال و سن **12** هفته و **5** روز گزارش

شد. **BP=130/80** و در آزمایش **CBC** لوکوسیتوز **WBC=10100** داشت. مادر در اورژانس تحت نظر گرفته می شود . در ساعت **3** بامداد ، برای

R/O شکم حاد جراحی به بیمارستان جنرال اعزام میشود. در موقع پذیرش در اورژانس بیمارستان (ساعت **3:40** بامداد) علائم حیاتی نرمال بود و بعد

از بررسی های اولیه و سونوگرافی **Bedside** و مشاهده مایع آزاد شکمی در فضای ساب هپاتیک و موریسون و داخل لگن بدون اقدام درمانی خاصی

مادر با ماشین شخصی به بیمارستان دیگر ارجاع می شود؟ موقع پذیرش در اورژانس مرکز دوم (ساعت **12:10**): مادر هوشیار ولی **III** بود . توکسیک

و تب دار نبود. دیسترس تنفسی مختصر و تاکی کاردی داشت . ریه ها پاک بودند. شکم دیستاتنه بوده و تندرنس ژنرالیزه داشت. علائم زایماتی

نداشت. در سونوگرافی **Bedside** جنین فاقد قلب بود. علائم حیاتی : **O2Sat=96%** **BP=110/70** **PR=110**

برای مادر سوند فولی و **NGT** تعبیه می شود. ترشحات **NGT** صفرای بود و پرونده ادراری نداشت. در **ABG** اسیدوز متابولیک با **BE=-7** داشت

INR>1.5 بود. بعد از سرم تراپی و برقراری ادرار با نرمال سالی و رینگر لاکتات و تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک (سفتریاکسون و مترونیدازول)

و رزرو **FFP** و پکدسل ایزوگروپ مادر با تشخیص شکم حاد جراحی به اتاق عمل منتقل می شود. عمل راس ساعت **14** با بی هوشی عمومی و برش

میدلاین شکم شروع می شود. گانگرن روده باریک در اثر گیر افتادن توسط باند چسبیده در پیچ ایلیوسکال وجود داشت ولی به علت تشکیل **Wall**

off پریتونیت ژنرالیزه ایجاد نشده بود. **20** سانتی متر از انتهای روده رزکت و پس از انترولیزیس بصورت **End to End** آناستوموز می شود. عمل

ساعت **16** پایان و مادر با دستورات : انتقال به **ICU** - کنترل علائم حیاتی و **ABG- I/O** هر **12** ساعت - آمپول سفتریاکسون **1g/q12h** -

آمپول مترونیدازول **500mg/q8h** - مشاوره زنان و مشاوره عفونی به علت نبود تخت خالی در **ICU** جراحی، به بخش جراحی منتقل می شود. برای

تنظیم همودینامیک **CVP** لاین تعبیه میگردد. **CVP** اغلب پایین و در حد **6-7** بود و با وجود تزریق چند لیتر نرمال سالی بالا نمی رفت. اسیدوز شدید

متابولیک داشت. **PH=7.08** **HCO3=9.4** **PCO2=31** . در ساعت **16:30** رزیدنت مشاور زنان، مادر را ویزیت می کند

طبق یادداشت ایشان در معاینه کول بسته و فاقد خونریزی و آبریزش بود و درخواست سونوگرافی رحم جهت بررسی وضعیت جنین می کند.

جواب مشاوره عفونی : مادر تب دار و **ill** و **Toxic** است : **BT=38°** **PR=150** **RR=40** می باشد.

در قاعده ریه ها کراکل سمع می شود و توصیه می کند آمپول سفتریاکسون و مترونیدازول قطع و مروپنم شروع گردد و کشت خون در دونوبت صورت

گیرد. در صورت عدم قطع تب در عرض **48** ساعت و بدتر شدن وضعیت بیمار ، آمپول وانکومايسين و آموکسیسین **B** شروع گردد.

شب ساعت **23:30** با جابجایی یکی از بیماران نسبتاً **Stable** ، مادر به **ICU** جراحی منتقل و دستور هپارین **5000** واحد هر **8** ساعت- جوراب

ترومبو- **CXR** پرتابل - ویال آلبومین **20%** هر **12** ساعت (**Alb=1.5** بود) - آمپول مروپنم و آمپول مترونیدازول داده می شود.

روز دوم بستری : مادر هوشیار بوده ولی اریانته نیست. علیرغم اقدامات انجام شده و برقراری ادرار اسیدوز ادامه دارد. تستهای انعقادی افزایش یافته

است (**INR=1.4—2.7**) و در روی قسمت میدال ران اکمیوز دیده می شود. مشاوره ی داخلی انجام می گیرد و ایشان تنظیم دقیق همودینامیک ، تجویز

پنتو پرازول ، متوکلوپرامید و درخواست مارکرهای بیماریهای کلژن و اسکولار را توصیه می کند. ظهر بدلیل تنفس سطحی و تاکی پنه مادر انتوبه شده و به

ونتیلیاتور با مد **SIMV** وصل می شود. بدلیل پایین بودن فشارخون **BP=65** و عدم لمس شدن نبضهای محیطی با نظر مشاور داخلی ، سرم تراپی

وانفوزیون دوپامین شروع می شود. ادم ژنرالیزه دارد. جنین بدون خونریزی واضح دفع شده است (روی پوشاک افتاده بود). رزیدنت زنان بعد از تزریق 4 واحد FFP و اصلاح INR، با رزرو 10 واحد FFP، 10 واحد پلاکت و 3 واحد پکدسل در ساعت 23 شب در اتاق عمل و زیر بی هوشی عمومی کورتاژرحمی کرده و جفت را خارج می کند.

روز سوم بستری: علایم حیاتی مادر Stable نبوده و وابسته به دوپامین است. به علت تاکیکاردی HR=150 مشاوره قلب درخواست می شود. مشاور مسایل قلبی را رد کرده و تنظیم دقیق همودینامیک را توصیه می کند.

روز چهارم بستری: علایم حیاتی مادر Stable نبوده و تاکیکارد است. با وجود دریافت 20µg/min دوپامین، فشارخون پائین BP=80 (CVP=17) می باشد. آنوریک است و اسیدوز متابولیک متوسط دارد (PH=7.13) تستهای انعقادی با وجود دریافت مرتب FFP و 10 واحد کرایوپرسیپیانت، مختل است. مادر جهت Second Look و بررسی محل عمل به اتاق عمل منتقل می شود. شکم حاوی یک لیتر مایع واکنشی بود و لیک محل عمل و dehiscence نداشت. بعد از بستن محل عمل مادر به ICU جراحی منتقل می شود. برای مادر ویزیت مشترک با اتند داخلی گذاشته می شود و ایشان واسکولوپاتی و DIC را مطرح کرده و توصیه می کنند اولاً CXR جهت بررسی موقعیت کاتتر CVP گرفته شود و ثانیاً دوپامین را قطع و نوراپی نفرین با دوز 10-15µg/min شروع و تا 30µg/min افزایش داده شود. و نتیلاتور فول سینکرونایزد شود. FDP، کورتیزول پایه سرم و کرایوگلوبولین تیتراژ شده و آمپول دگزامتازون 8mg/q8h شروع شود. لام خون محیطی از نظر شیسستوسیت بررسی گردد. اکوکاردیوگرافی اورژانس از نظر کاردیومیوپاتی بعمل آید.

مادر ساعت 6:30 بامداد دچار برادی آریتمی شده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

آزمایشات:

15/9

Hb=18.6 RBC=6.5*10⁶ WBC=18,600 Neu=90% PLT=277,000

Na=136 K=4.4 Cr=0.7 Urea=30 PTT=27--36 PT=15—20.6 INR=1.4—2.7

15/10

Hb=21.3 Hct=56.3 PLT=122,000 Urea=44 Cr=1

PTT=58 PT=32 INR=6 SGOT=43 SGPT=22 ALP=41

15/12

Hb=18 RBC=6.33*10⁶ WBC=3,200 PLT=95,000 Cr=1.5

Urea=77

PTT=37 PT=20 INR=2.8 Fibrinogen<60 Mg=1.3 Alb=1.9 Ca=6.5

P=4.6

15/13

Hb=17.5 PLT=69,000 Cr=2.6 Urea=103 PTT=60 PT>32 INR>6

در لام خون محیطی شیبستوسیت 0-1 عدد بود.

علت مرگ : DIC ناشی از شوک سپتیک می باشد.

توضیحات اساتید:

1. مراقبت بارداری مناسب نبوده و باید پیگیری لازم برای انجام سونوگرافی و مراجعات پزشکی انجام می شد.
2. در زن باردار با سابق EP باید اوایل حاملگی، سونوگرافی برای رد EP مجدد درخواست گردد.
3. تزریق پتیدین و درمان علامتی برای زن باردار که سابقه دوبار عمل جراحی داشته و یا علائم شکم حاد (درد اپی گاستر + تهوع و استفراغ) مراجعه کرده است در اورژانس بیمارستان شهرستان اشتباه بوده است و می بایست مادر جهت بررسی علت درد اپی گاستر و تهوع بستری و یا اعزام می شد.
4. بیمار مشکوک به شکم حاد جراحی در اورژانس بیمارستان جنرال حدود 9 ساعت بدون اقدام خاص درمانی نگه داشته شده و بدون دلیل عملی با وسیله شخصی به بیمارستان دیگر ارجاع شده است.
5. قبل از اعزام به بیمارستان زنان علایم سپسیس در مادر وجود داشته است (نبود برون ده ادراری و تاکی کاردی) و تبدیل سفتریاکسون و مترونیدازول به مروپنم و دوپامین به نوراپی نفرین کار علمی و صحیح می باشد. شوک سپتیک در اثر گانگرن روده تنها موردی است که می توان همراه با مرو پنم (کارباینم) مترونیدازول و ریدی داد و در مورد این بیمار نیز همین کار شده است.
6. دادن دگزامتازون در این بیمار مناسب نبوده و می توان از هیدروکورتیزون با حداقل دوز و با احتیاط استفاده کرد.
7. کاردیومیوپاتی در این بیمار نامحتمل بوده و دیدن لام خون محیطی و شیبستوسیت کمکی به بیمار نمی کند.
8. علایم بیمار با سپسیس و شوک سپتیک سازگار می باشد.

خانم 102

متوفی خانمی است 28 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G_1P_0 ، $BMI=26.3$ ، بدون سابقه بیماری خاصی. حاملگی خواسته بوده و مادر مراقبت پیش از بارداری نیز داشته است.

مراقبت دوران بارداری از هفته 9 بارداری در خانه بهداشت شروع شده مرتب مراقبت شده بود. آزمایشات اوایل بارداری و هفته 28 نرمال بود. فشار خون مادر در محدوده نرمال بود ($BP=90/70$). وزن گیری مادر نامناسب بوده و در هفته های آخر کاهش وزن داشته است. (در طول بارداری مجموعاً یک کیلوگرم افزایش وزن داشته است). در اواخر حاملگی به علت کاهش وزن به متخصص زنان ارجاع شده بود در بررسی مادر پروتئین اوری و پیوری نداشت و $FBS=65$ ، $GTT(1h)=115$ ، $GTT(2h)=98$ در سونوگرافی رحم، حدود یک هفته تاخیر رشد گزارش شده بود. طبق اظهار خانواده مادر از هفته 36 حاملگی تهوع و استفراغ داشته است. یکبار هم به درمانگاه مراجعه کرده و سرم دریافت کرده بود. مادر به علت دردهای زایمانی به درمانگاه مامایی بیمارستان الف مراجعه می کند. در موقع مراجعه (ساعت 18:45) علایم حیاتی نرمال بود. $GA=38w$

$FHR=157$. در معاینه واژینال: $TV: 8cm/70\% / C/ I/Mobil$ برای پیشرفت زایمان آمینوتومی انجام می دهند. مکونیوم غلیظ داشت. مادر بعد از تعبیه لاین و ریدی و درخواست آزمایشات روتین سریعاً به اتاق عمل منتقل می شود. عمل راس ساعت 19:15 با بی حسی اسپینال شروع شده

و حاصل زایمان دختر به ظاهر IUGR و آپگار 9-10 و آغشته به مکنونیوم غلیظ و وزن 2300 گرم بود. جنین آسپیراسیون مکنونیوم داشت. پرده های جفتی و دسیدوا رنگ گرفته بودند. در موقع برش پوست مایع شفاف (آسیت) خارج می شد. رحم حین عمل هیپو تون بود و برای پیشگیری از خونریزی 40 واحد سنتوسینون عضلانی و 5 عدد قرص میزوپروستول رکتال تجویز می گردد. مادر ساعت 21:30 با وضعیت Stable به بخش داده می شود. دستورات بخش: کنترل V/S, V/B, I/O - سرم رینگر - آمپول آمپی سیلین 2g/q6h - آمپول جنتامایسین - آمپول مترژین 25mg تاسه دوز - آمپول هپارین 5000u/TDS - آمپول پنتیدین PRN - آمپول ترامادول - شربت MOM - درخواست آزمایشات LFT, PT, PTT, INR, Bil, Cr, BUN به علت ایکنتر

PLT=91,000—80,000

Hb=17—15.6

WBC=18,100 : جواب آزمایشات

ALP=501 SGPT=106

SGOT=93

Total Bil=12.7

HBs Ag=Neg

INR=1.6

PTT=66

PT=16

BUN=25

Cr=1.8

FBS=68

باتوجه به جواب آزمایشات مشاوره داخلی درخواست می شود. مشاور داخلی بعد از ویزیت مادر، کلستاز و بیماری مزمن کبدی را مطرح کرده و سرم 1/3, 2/3 - کنترل LFT و INR و پلاکت هر 12 ساعت - درخواست سونوگرافی کبد، طحال و مجاری صفراوی - درخواست سونوداپلر ورید پورت از نظر ترومبوز - درخواست مارکرهای هپاتیت B, C - مشاوره جراحی - درخواست رزرو 5 واحد FFP - آمپول سفتریاکسون - تیتراژ آلبومین و پروتئین سرم - شربت لاکتولوز 25cc/q8h - آمپول ویتامین K یک عدد وریدی و اعزام به مراکز دانشگاهی را توصیه می کند.

HR=120

BP=70/40

21:30 : علایم حیاتی ثبت شده

درخواست مشاوره داخلی

HR=122

BP=70/40

22:00

4 ساعت بعد از سزارین

HR=128

BP=150/100

1:15

HR=124

BP=150/100

2:15

مطابق توصیه متخصص داخلی، سرم رینگر، آمپول آمپی سیلین، جنتامایسین، شربت MOM قطع شده و آمپول هپارین Hold می شود و آمپول رانیتیدین و سفتریاکسون شروع می شود. برای مادر 10 واحد پلاکت و 4 واحد پکدسل رزرو و 4 واحد FFP درخواست و تزریق می گردد. بدنبال تزریق FFP مادر دچار تنگی نفس شده و با دستور متخصص داخلی 20mg لازیکس تجویز می گردد. مقدار برون ده ادراری 200 سی سی در مقابل دریافت 1500 سی سی بود (در عرض 5/5 ساعت). مادر ساعت 3:15 با ممداد با هماهنگی به بیمارستان ب اعزام می شود.

GCS=15

BT=36.6°

RR=22

PR=124

BP=150/100 : علایم حیاتی قبل از اعزام

مادر ساعت 4:30 در اورژانس بیمارستان ب پذیرش می شود.

GCS=15

BT=38.3°

PR=120

BP=150/100 : علایم حیاتی موقع پذیرش

در معاینه رحم جمع بود و خونریزی در حد P.P بود. سمع ریه ها نرمال بود. سوفل II-III/VI در کانون میترال سمع می شد. مادر با تشخیص احتمالی سندروم هلمپ و دستورات رژیم NPO، سونوگرافی شکم و بررسی کبد، طحال و مجاری صفراوی - آزمایشات LFT, PT, PTT, INR, Bil, Cr, BUN - اسمیر لام خون محیطی جهت بررسی شیسیتوسیت - آمپول سولفات منیزیم 4g دوز Loading و سپس 1g/h با کنترل I/O - سرم رینگر - آمپول سفازولین و مشاوره داخلی در بخش ICU بستری می گردد.

PLT=53,000

Hb=14.1

WBC=30,600 : جواب آزمایشات

LDH=997

ALP=469

SGPT=71

SGOT=96

Direct Bil=8.7

Total Bil=11.7

Fibrinogen=210

INR=1.8

PTT=54

PT=16

BUN=25.3

Cr=2.1 Uric Acid=10

درسونوگرافی شکم هیدرو نفروز خفیف تا متوسط کلیه راست ، اندازه واکوژنیسته طحال نرمال ، ورید طحال دیلاته ، مجاری صفراوی نرمال ، سایز کبد نرمال با اکوژنیسته بالاوخشن (کبد چرب گرید I-II) ، دیلاتاسیون ورید پورت (15 میلی متر) ومایع آزاد فراوان داخل شکم ولگن گزارش شده بود. در لام خون محیطی شیسستوسیت رویت نشده بود.

بعزاز طرح پرونده در مورنینگ ریپورت، دستورات درخواست مارکرهای هپاتیت اتوایمون وهپاتیت ویرال-قطع سفازولین وشروع سفتریاکسون وکلیندامایسین تزریقی ومشاوره عفونی جهت تصمیم گیری برای ادامه آنتی بیوتیکها به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز دوم بستری: مادر هوشیار واریانته است. شکم دیستانته وتمپان است. تب بیمارقطع شده است. سمع ریه ها Clear است. علایم حیاتی نرمال است

SGPT=37

SGOT=58

Direct Bil=8.2

Total Bil=11.7 است. یافته کاهش هموگلوبین

Urine Protein=Neg

PLT=61,000

Hb=11.1

انفوزیون سولفات منیزوم قطع وبا توصیه متخصص داخلی قرص پردنیزولون 25 میلی گرم -کپسول امپرازول ، قرص دایمتیکون وکپسول Urserflor تجویز می گردد. به علت گزارش کبد چرب درسونوگرافی مشاوره گوارش درخواست می گردد.

جواب مشاوره گوارش : با توجه به یافته های بالینی وآزمایشگاهی ، درصورت عدم وجود مشکلات زنان، مادر به ICU ریه منتقل گردد. مادر بعداز هماهنگی ساعت 14:50 به بیمارستان ج اعزام وساعت 15:30 در اورژانس بیمارستان ج پذیرش شده ومستقیماً به ICU منتقل می شود.

GCS=15

O2Sat=91%

RR=20

BT=37°

PR=70

BP=132/87 : علایم حیاتی موقع پذیرش

دستورات بخش ICU : رزو 5 واحد FFP ، 10 واحد پلاکت ، 3 واحد پکدسل- چک روزانه تستهای انعقادی ، الکترولیتها ، BUN, Cr, CBC, Alb, LFT- تهیه سدیمان ادراری- ادامه دستورات بیمارستان ب. درسدیمان ادراری RBC دیسموفیک وجود نداشت.

روز دوم بستری در ICU: مادر هوشیار واریانته بوده واز تهوع واستفراغ گهگاهی شکمی می باشد. تب دار نیست. در معاینه شکم دیستانسیون زیاد شده وتمپان می باشد ودر RUQ تندرینس وجود دارد. علایم حیاتی نرمالاست. قرص پردنیزولون D.C و آمپول متیل پردنیزولون 30mg/TDS -رژیم مایعات- شربت لاکتولوز هر 8 ساعت به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز سوم بستری در ICU ریه: مادر هوشیار بوده واز احساس عطش ودرد شکم شکمی می باشد. درسمع قلب تاکیکارد است. سمع ریه ها نرمال است. شکم بشدت دیستانته بوده ودردق تمپان است. در توشه رکتال Fecal Impaction دارد. به علت تهوع کتریل وپلازیل تجویز می شود. طبق مشاوره جراحی، دیستانسیون شکم به علت Fecal Impaction بوده وتوصیه می شود بصورت مرتب هر 12 ساعت انما شود. درآزمایشات افت

Cr=2.7

PLT=73,000

ALT=25

AST=55

. Hb=9.7 است نرمال کبدی وآنزیمهای کبدی

اساتید داخلی توصیه می کنند با وجود عدم رویت شیسستوسیت درصورت افت پلاکت به زیر 60,000 پلاسمافرزیس مد نظر باشد. به علت ادامه دیستانسیون شکم از طرف سرویس جراحی CT Scan شکم با کنتراست خوراکی درخواست می گردد.

CT Scan: همتوم در دیواره قدامی شکم همراه با کاتونهای حبابی هوای آزاد درپریتونن ومایع فراوان در شکم ولگن مشاهده میشود. پرگازی در بخشی از لویهای روده باریک وکولون وجود دارد. حباب گازی درزیر جدار شکم در سمت راست نمایان است. ادم نسوج نرم جدار شکم وفلاتکها وهمچنین پلورال افیوژن حجیم دوطرفه با کلاپس ریه زیرین قابل رویت است.

عصر به علت افت فشارخون دوپامین با دوز $5\mu\text{g/kg/min}$ شروع می شود ولی با بالا رفتن فشار خون **D.C** می شود.

روز چهارم بستری در ICU ریه: مادر شدیداً آژیته وبی قرار است واحساس خفگی می کند. شکم بشدت دیستانه است. خونریزی واژینال در حد **P.P** می باشد. در معاینه ریه ها کاهش صدا در قاعده هردویه وجود دارد. کارکرد شکمی نداشته است. اولیگوریک است.

علامت حیاتی: **BP=90/50 PR=94 BT=37° RR=20 O2Sat=86% Cr=3.4**

Urea=132

به علت افت تدریجی ساچوراسیون اکسیژن وهوشیاری، مادر انتوبه شده وبه ونتیلاتور با مد **SIMV** وصل می گردد. (مادر حدود 2 ساعت بعداز انتوباسیون با آمیوونتیله می شود). به علت بی قراری با فنتانیل سدیت می شود.

در **ABG** اسیدوز متابولیک دارد. **PH=7.27 PCO2=25.3 HCO3=11.4 BE=-13.4 O2Sat=86%**

برای مادر **Tap** مایع آسیت زیر گاید سونوگرافی درخواست می شود ولی به علت پرگازی روده ها ممکن نمی شود. تستهای انعقادی مختل است ولی

خونریزی ندارد. در کلیه ها آنوری دارد ودر لام خون محیطی **Spur Cell** فراوان وجود دارد. دوپامین با دوز $8\mu\text{g/kg/min}$ شروع می شود. براساس

دستور اتند **ICU**: برای برقراری ادرار **500** سی سی سرم نرمال سالین انفوزیون **40mg** لازیکس بعداز اتمام سرم تزریق می گردد وانفوزیون **FFP**

دو واحد هر **12** ساعت واخذ نوار قلبی توصیه می شود. جریان ادرار برقرار نمی شود. **40mg** دیگر لازیکس تزریق می گردد ولی تاثیری نمی کند. با

اتند نفرولوژی تلفنی مشاوره می شود وایشان تعبیه کاتتر وشروع دیالیز را توصیه می کند ولی به علت **Unstable** بودن بیمار اقدام نمی شود. به

علت وجود **Wide QRS** در **EKG** مشاوره قلبی درخواست می شود. مشاور قلب علت **Wide QRS** را اختلالات الکترولیتی دانسته وچک

K,BS,Mg و **D.Dimer** و **CTNI** واکوی **Bed Side** وادامه هیدراتاسیون و **tapper** کردن نوراپی نفرین را توصیه می کند. مادر در ساعت

00:50 بامداد دچار برادیکاردی شده وارست قلبی تنفسی می کند. عملیات احیا بلافاصله شروع شده وبعداز **20** دقیقه ریتم قلب سینوسی می شود.

علامت حیاتی بعداز احیا: **BP=89/50 PR=110**

در **EKG** در لید های **aVR, V1, V2** پترن **RBBB** و **ST elevation** در لید **aVR** وجود داشت. در **ABG** اسیدوز متابولیک داشت. برون

ادراری نداشت. برای مادر نور اپی نفرین با دوز $5\mu\text{g/kg/min}$ شروع می شود. بعد از احیا انفوزیون فنتانیل قطع وبه جای سفتریاکسون مروپنم

تجویز می شود. **500cc** سرم رینگر(نرمال سالین) انفوزیون کرده و **60mg** لازیکس تزریق می گردد.

مادر مجدداً در ساعت **3:45** ارست قلبی تنفسی کرده ومتاسفانه به اقدامات احیا پاسخ نمی دهد.

جواب آزمایشات:

مورخ: **8/16/** **WBC=34,200 Hb=11.6 PLT=117,000**

PT=14.3 PTT=47 INR=1.37 Cr=3.4

Total Bil=18.8 Direct Bil=10.3 SGOT=58 SGPT=20 ALP=481 K=5.3

PLT=73,000 Hb=10 WBC=42,700 مورخ: 8/17

Alb=3 Ca=9.8 K=5.7 Na=130 P=5 INR=2.26 PTT=57 PT=18.6

آزمایشات بیمارستان ب

AMA=2.1 (Neg) ANA=0.6(Neg) ALKMA=12.3(Borderline) ASMA=Neg

TOXO{ } EBV{ IgG=Neg IgM=Neg } CMV{ IgG=Neg IgM=Neg }
IgG=Neg IgM=Neg

Anti Cardiolipin=Neg Anti Phospholipide=Neg Wright=Neg Coombs Wright=Neg

Protein Anti ds DNA= Neg Lupus Anticoagolan=Neg HIV(I&II)Ab/Ag(P24)=Neg ↓

↓ Retic Count=1.7% ↓ Anti Thrombin III=20 Protein S=51 C=12

Mg=6.5 Chol=57 TG=48 Fibrinogen=303 CRP=3+ ESR=8

HBs Ag=Neg IgM=Neg }Anti HAV Ab { IgG=pos(<0.10)

تشخیص احتمالی علت مرگ : سندروم هلمپ و اختلال الکترولیتی ناشی از نارسایی کلیه می باشد. تشخیص افتراقی: ترومبوز ورید پورت
توضیحات اعضای محترم جلسه :

- با وجود فشارخون نرمال ، هموگلوبین و اسید اوریک بالا و افزایش آنزیمهای کبدی و درگیری کلیه به نفع سندروم هلمپ می باشد.
- پایین بودن پروتئین C و S و آنتی ترومبین III وجود ترومبوفیلی را مطرح می کند.
- با وجود آسیب و تب بعد از سزارین احتمال اضافه شدن پریتونیت باکتریال را مطرح می کند.
- تجویز سولفات منیزیم در بیمار آنوریک (آنفریک) اشتباه می باشد.
- درد دوره حاملگی باید علت عدم افزایش وزن بررسی کامل می شد.
- با توجه به افت ساچوراسیون اکسیژن ، ریه ها باید بررسی کامل می شدند.

خانم 103

متوفی خانمی است 26 ساله ، ساکن شهر ، G₂P₁ ، سابقه یکبارزایمان و ژینال 5 سال قبل ، حاملگی خواسته بوده باسن حاملگی 8-9 هفته. مراقبت قبل از بارداری و دوران بارداری نداشته است و فقط یکبار جهت درخواست آزمایش و سونوگرافی به بخش خصوصی مراجعه کرده بود. طبق اظهار خانواده متوفی ، مادر در هفته 8 حاملگی در اثر حادثه ای که برای پسر 5 ساله اش اتفاق افتاده بود بشدت ترسیده و احساس کرده ته دلش خالی شده است. در مراجعه به درمانگاه گفته بودند مشکلی وجود ندارد و از آن زمان مادر درد کمورد قفسه سینه را ذکر می کرد.
6 روز بعد نصف شب بدنبال رفتن به دستشویی ، درد قفسه سینه و درد کمر افزایش یافته و دچار تنگی نفس می شود. مادر را به بیمارستان الف می برند. در موقع پذیرش در اورژانس (ساعت 1:50 بامداد) از ضعف و بی حالی ، درد قفسه سینه و تنگی نفس شکای بود.

SPO2=96% PR=120 BP=100/70 : علایم حیاتی

مادر به علت بارداری بودن در اتاق زایمان توسط ماما معاینه می شود و ایشان بعد از معاینه یادداشت می کند مورد مامایی ندارد و مادر را به اورژانس برمی گرداند. برای مادر نوار قلبی درخواست می شود. به علت اینکه در لید های V₃₋₅ و لید I, II, dپرسیون ST دیده می شد برای مادر با تشخیص آثرین ناپایدار قلبی (UA) شیاف دیکلوفناک سدیم قرص زیر زبانی TNG - اکسیژن نزال 3-4 لیتر و سرم 1/3, 2/3 تجویز می گردد. مادر ساعت 2:15 بامداد برای CCU Care ، با آمبولانس خصوصی به بیمارستان ب منتقل می شود. موقع اعزام علائم حیاتی : BP=110/60

PR=115 بود. موقع پذیرش در اورژانس مرکز ب (ساعت 3) : مادر آژیته و رنگ پریده بود. تهوع و استفراغ داشت. اندامهای تحتانی

سرد و سیانوتیک بود. BP=124/76 PR=160 SPO2=87% بدون اکسیژن و SPO2=91% با اکسیژن بود. برای

مادر 20 میلی گرم قرص ایندرال و 10 میلی گرم متوکلوپرامید وریدی تجویز شده اکوکاردیوگرافی Bed Side انجام می شود. جواب اکوکاردیوگرافی

قلب: Severe RVE ,RV Dysfunction, D shape septum , Severe TR ,LVEF=55-60% PAP=48mmHg

با اتند آنکال اورژانس تماس می گیرند با توجه به یافته های اکوکاردیوگرافی به نفع PTE ایشان شروع هپارین فول دوز را توصیه می کنند. 5000

واحد هپارین State انفوزیون می شود و ساعت 4:20 مادر به همراهی رزیدنت و نرس بخش جهت ادامه درمان به CCU منتقل می شود.

در موقع ورود به CCU مادر لتارژیک و کاملاً رنگ پریده بود. نبضهای محیطی و سنترال لمس نمی شد. تاکی پنه و تاکی کاردی داشت. با اتند آنکال

CCU تماس می گیرند و ایشان سریعاً بر بالین مادر حاضر می شود. ضمن احیای همو دینامیک با اتند جراحی قلب تماس می گیرند و ایشان ذکر می کند

به علت اینکه آماده کردن مقدمات عمل طول می کشد بهتر است فیبریولیتیک شروع شود. با اخذ رضایت از خانواده 1.5 میلیون واحد استرپتوکیناز

شروع می شود (ساعت 4:35). در ضمن انفوزیون S.K پروب اکوکاردیوگرافی روی قلب گذاشته می شود. ولی تغییری حاصل نشده بود. مادر

ساعت 5:00 دچار آسیستول شده و ارست قلبی تنفسی می کند. بلافاصله توسط اتند بی هوشی انتوبه شده و عملیات احیا شروع و تا 115 دقیقه ادامه

می یابد ولی پاسخ نمی دهد. خانواده سابقه مرگ مشابه در هنگام بارداری را در خاله بیمار ذکر می کردند.

جواب آزمایشات (ساعت 5): WBC=21,900 Hb=12.5 PLT= 168,000 K=3.6 Na=141

CTNI=0.1 PT=14.4 PTT=97 INR=1.37 PH=7.18 PCO2=50 PO2=13

باتوجه به سیر بیماری و یافته های اکوکاردیوگرافی و بالینی به احتمال قوی Acute PTE علت مرگ می باشد.

توضیحات اعضای محترم جلسه :

1. شروع استرپتوکیناز با توجه به نبود فرصت کافی برای آمبولکتوی گزینه مناسبی بود.

2. تجویز شیاف دیکلوفناک سدیم و قرص زیر زبانی TNG در بیمارستان الف به علت کاهش فشارخون بیمار و همچنین دادن ایندرال در اورژانس

مرکز ب برای کاهش ریت قلبی ، کار غیر علمی می باشد.

خانم 104

متوفی خانمی است 39 ساله ، ساکن روستای اصلی ، G₃P₁ Ab₁ ، سابقه یکبار زایمان و ژینال، سابقه GDM و تحت درمان با انسولین ،

حاملگی خواسته بود و مراقبت دوران بارداری از هفته 10 بارداری شروع شده و مرتب مراقبت شده بود. 5 بار به علت عدم وزن گیری به متخصص

زنان و داخلی ارجاع شده بود. نامبرده در هفته 40 حاملگی با شکایت درد زایمانی و لک بینی به بیمارستان سطح 1 مراجعه می کند. موقع مراجعه

علائم حیاتی نرمال بود. در معاینه شکم انقباضات فعال داشت. با TV: 2F/Ripe/C/I/float مادر با دستورات سرم رینگر، کنترل علائم حیاتی

ثبت NST، آزمایشات روتین، رزرو دوواحد خون ایزوگروپ و کنترل هر 6 ساعت قند خون در ساعت 9:45 صبح در بخش زایمان بستری می گردد، به علت سابقه GDM درخواست مشاوره داخلی کرده و ایشان رژیم MSI را توصیه می کند. متخصص زنان ساعت 11:30 مادر را ویزیت می کند. مادر در ساعت 17 در حضور متخصص زنان با اپی زیاتومی، زایمان طبیعی انجام می دهد و جفت 10 دقیقه بعد بصورت کامل وبدون اعمال فشار خارج می شود. حاصل زایمان نوزاد پسر با وزن 3050 گرم و آپگار 9/10 بود. بعد از خروج جفت مادر دچار خونریزی واژینال شده (با ماساژ رحم کمی جمع می شد ولی دوباره شل می شد). بلافاصله دستورات: اکسیژن تراپی - تعبیه رگ دوم - وصل یک لیتر سرم رینگر و انفوزیون 80 واحد سنتوسینون (50+30) - ماساژ دو دستی رحم. کول توسط متخصص زنان بررسی و محل پارگی که در موقعیت ساعت 3 بود سوچور زده می شود. به علت ادامه خونریزی 5 عدد میزوپروستول داخل رکتوم گذاشته می شود ولی با قطع ماساژ رحم شل می شد. 3 عدد آمپول مترژین (عضلانی تزریق می شود). دوواحد پکد سل ایزوگروپ (O-) درخواست می شود ولی دربانک خون موجود نبود. با استناد معین تماس می گیرند و ایشان پیشنهاد می کند در بیمارستان اول هیستریکتومی کندواز بیمارستان دوم خون درخواست کند. آمپول پروستاگلاندین $F_2\alpha$ بعد از تهیه در ساعت 19/05 تزریق می شود ولی خونریزی ادامه می یابد.

بعد از تهیه و ترانسفوزیون دوواحد پکد سل و تعبیه سوند فولی، مادر با حالت شوک و فشار خون $BP=60/Puls$ و $GCS=8$ به اتاق عمل منتقل و عمل ساعت 19:45 با بی هوشی عمومی شروع می شود. به جراح عمومی اطلاع می دهند و بلافاصله عمل هیستریکتومی شروع می شود. بعد از برش پوست وزیر جلد ماساژ دودستی مستقیم انجام می گیرد ولی رحم کاملاً شل بود و ناچاراً هیستریکتومی ساب توتال با حفظ تخمدانها و لوله ها انجام می گیرد. بعد از اتمام عمل از واژن Oozing وجود داشت که توسط دو عدد لنگاز پک می شود. جراح عمومی در اواسط عمل در اتاق عمل حاضر شده و اقدام به کات دان از بازو و پای راست می کند. در طول عمل 4 واحد پکد سل و 4 واحد FFP (دریافتی از سازمان انتقال خون) 4 لیتر رینگر، 5 لیتر نرمال سالین، تزریق می شود و پرونده ادراری 600 سی سی بود. عمل راس ساعت 23:35 خاتمه یافته و مادر ساعت 23:45 به ریکاوری منتقل می شود. در ریکاوری علائم حیاتی: $BP=110/75$ $PR=140$ بود. مادر ساعت 00:05 با هماهنگی استاد معین و همراهی متخصص زنان و علائم حیاتی $BP=99/69$ $PR=132$ و انتوبه به بیمارستان آموزشی زنان اعزام می شود. در مسیر اعزام: 2 واحد پکد سل از یکی از بیمارستان های مسیر (با هماهنگی قبلی) تحویل و به همراه 3 لیتر نرمال سالین و رینگر تزریق می شود. هوشیاری مادر در حد Obtundation بود. علائم حیاتی: $BP=110/80$ $PR=115$ بدون اکسیژن $O_2Sat=90-$ و 95% و تنفس خودبه خودی داشت. خونریزی فعال نداشت.

جواب آزمایشات قبل از زایمان: $Hb=12.4$ $Hct=35.5$ $PLT=130,000$ $BS=117$ $Pr=Neg$ ادرار مادر ساعت 1:45 با ممداد مستقیماً از آمبولانس به ICU منتقل می شود. در موقع پذیرش $GCS=7$ $BP=60/40$ $PR=146$ $RR=24$ بود. مردمکها بصورت نسبی میدریاز بودند. واکنش به نور نداشت؟ در سمع ریه ها کراکل کورس داشت. شکم دیستانت و محل عمل خیس بود. اندامها ادماتو و سرد بود و پیتشی و پیوریورا در اندامها وجود داشت. در شانته راست یک اکیموز نسبتاً بزرگ وجود داشت. برون ده ادراری خوب بود. از محل های تزریق و انسزیون Oozing وجود داشت.

برای مادر دستورات: مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری مداوم- گلوکومتری و تنظیم قند خون- وصل به ونتیلاتور با مد SIMV - پاتسمان فشاری محل عمل- انفوزیون دوپامین (با توجه به فشار سیستولی پایین) با دوز $10-15\mu g/kg/min$ - آمپول لازیکس (10+20)- آمپول کلیندامایسین- آمپول

جنتامایسین -امپول سفالوتین وانجام آزمایشات CBC,PT,PTT,

Fibrinogen,INR,ALT,AST,ALP,BUN,Cr,K,Na,P,Ca,Alb,ABG. و مارکهای هیپاتیت A,B,C.

جواب آزمایشات: BS=10 PT=30.4 PTT>120 INR>6 Fibrinogen<81

Urea=25 Cr=0.7 Na=148 Ca=7.1 K=4.8 Alb=1.8 P=8.2

Hb=8.8 Hct=27 PLT=50,000 WBC=10.600 SGOT=1341

LDH=358 SGPT=1391 Total Bil=1.9 Direct Bil=1

PH=6.93: ABG منفی بودند. A,B,C هیپاتیت منفی بودند. BE=-24.8 HCO3=6.8 PCO2=29

درگرافی سینه پرخونی ناف ریه وجود داشت.

باتوجه به جواب آزمایشات برای مادر دکستروز 50%- بی کربنات سدیم و کرایوپرسپیٹانت، FFP و پکدسل تجویز می گردد. برای مادر CVP تعبیه و تزریق سرم براساس آن تنظیم می شود. مادر در ساعت 10 صبح دچار اسهال بسیار شدید و آبکی شده و مشاوره عفونی درخواست می گردد. مشاور تمام آنتی بیوتیکها را قطع و قرص مترونیدازول و پنتوپرازول شروع می کند. کشت و آزمایش مدفوع منفی بود.

بعد از رانیماسیون هوشیاری مادر تا حدودی افزایش یافته و با تحریک درد ناک چشمایش را باز می کرده است. مادر در ساعت 16 با هماهنگی قبلی و با همراهی رزیدنت زنان و بی هوشی در حالیکه انتوبه بوده و دوپامین می گرفت، جهت ادامه درمان به ICU ریه بیمارستان جنرال منتقل می گردد. در طول 14 ساعت اقامت در بیمارستان زنان، 22 واحد کرایوپرسپیٹانت، 3 واحد FFP، 4 واحد پلاکت و 4 واحد پکدسل دریافت کرده بود. موقع پذیرش در ICU ریه (ساعت 16:50): علائم حیاتی: BP=105/77 PR=130 RR=14 BT=37.5 O2Sat=95% بود.

به علت Pale بودن ملتحمه و پیتشی پورپورا یک واحد پکدسل و 4 واحد FFP تزریق می شود. تزریق دو واحد FFP هر 8 ساعت - آمپول سفنازیدیم و سیپروفلوکساسین به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز دوم بستری در ICU ریه: هوشیاری تغییری نکرده است. سمع ریه ها نرمال و حجم ادرار کم شده و هماچوریک می باشد و علیرغم دریافت مرتب FFP تستهای انعقادی همچنان مختل می باشد. شکم دیستانت است. عصر مادر دچار آنوری می شود. 80 میلی گرم لازیکس بصورت State تزریق و سپس 20 میلی گرم همراه هر واحد پکد سل Order می گردد. درسونوگرافی شکم کلیه ها نرمال و مثانه خالی بود. مایع آزاد اندک در شکم و فراوان لگنی وجود داشت. برای مادر مشاوره اورژانسی جهت تعبیه کاتتر برای شروع دیالیز درخواست می شود. Cr= 3.2 بود

روز سوم بستری در ICU ریه: هوشیاری در حد Light Coma می باشد. تاکی پنه دارد و در سمع ریه ها کراکل فاین سمع میشود. خونریزی و اژینال وجود دارد. آنوریک است. علائم حیاتی: BP=130/70 PR=98 RR=43

به علت افت هموگلوبین (Hb=5.2)، یک نوبت دیالیز شده و در حین دیالیز 2 واحد پکدسل ترانسفوزیون می شود. آمپول ترانس اگزامیک اسید روزانه یک عدد به دستورات دارویی اضافه می شود.

روز چهارم بستری در ICU ریه: خونریزی و اژینال کمتر شده است. در سمع ریه ها نرمال است. کلیه ها اولیگوریک است. تب دار است BT=37.5.

روز پنجم بستری در ICU: علائم حیاتی Stable است. خونریزی و اژینال متوقف شده است. همچنان آنوریک است. برای مادر پلاسما فرز و دیالیز روزانه Order می شود.

روز هشتم بستری در ICU ریه: ادماتواست. ترشحات سروزی از محل انسزیون دارد. به علت اختلال تنفس و کاهش صدا در نیم سینه راست با تشخیص پنوموتوراکس (در گزارش گرافی سینه) chest tube تعبیه و حدود 250 سی سی مایع خونابه خارج می شود. در CXR کنترل، تصویر کدورت‌های پارانشیمال و Patchy در قسمت‌های میانی و تحتانی ریه راست و پلورال افیوژن دوطرفه گزارش شده بود. به علت اسهال بررسی از نظر کلستریدیوم دیفیسیل درخواست می گردد.

روز نهم بستری در ICU ریه: اولیگوریک و تب دار است علائم حیاتی: BP=114/67 PR=120 BT=38.5
 در ABG اسیدوز شدید دارد (PH=7.015 PCO2=51.3 HCO3=12 BE=-16.4) شب در حین دیالیز دچار برادیکاردی شده و آمپول آتروپین تزریق می گردد.

روز هشتم بستری در ICU ریه: در ساعت 10:30 صبح دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا می شود. بعد از احیا به علت فشارخون پایین انفوزیون لنوفد و دوپامین شروع می شود. ساعت 23:45 دچار برادیکاردی شده و سپس آسیستول می شود و متاسفانه به عملیات احیا جواب نمی دهد.

جواب آزمایشات : 92/10/13 Hb=4.6 Hct=9.8 WBC=10,600 PLT=7,000 PT=33.6
 PTT>120 INR=5.64 FDP>20 D.Dimer>15000
 /10/14 SGOT=1096 SGPT=815 ALP=396 Bil (Total) =19 Direct=8

Cr=4.7 /10/15 LDH=2775 CPK=1900 Amylase=245 P=6 Ca=0.9 یونیزه Mg=1.8

تشخیص علت مرگ : DIC ناشی از شوک هیپوولمیک

Comment اساتید:

1. تاخیر در شروع تزریق خون و شروع عمل هیستریکتومی موجب شوک هموراژیک و DIC شده است. باید بلافاصله بعد از آماده شدن دو واحد خون و شروع ترانسفوزیون عمل هیستریکتومی شروع می شد.
2. اعزام مادر بلافاصله بعد از عمل با علائم حیاتی ناپایدار اشتباه بوده، می بایست اول علائم حیاتی را Stable می کردند و بعد مادر اعزام می شد.
3. انتقال مادر به بیمارستان زنان و سپس جنرال اشتباه بوده و باید مستقیماً به بیمارستان جنرال منتقل می شد.
4. در مواقعی که گروه خونی مادر از گروه‌های خونی کمیاب می باشد پزشک هنگام بستری مادر باید از رزو خون مطمئن باشد.
5. با توجه به علائم حیاتی مادر هنگام ورود به اتاق عمل، مادر در شوک هیپوولمیک بوده است.
6. مادران پرخطر حتماً باید بصورت تیمی مدیریت شوند و متخصص زنان رهبر تیم بوده و مسئول تشکیل تیم می باشد بنابراین می بایست بلافاصله متخصص بی هوشی رادجریان می گذاشتند.
7. در شهرستان‌های اطراف مراغه، بیمارستان‌های مراغه به علت بعد مسافت برای کمک در اولویت می باشند مگر اینکه مادر به اقدامات فوق تخصصی نیاز داشته باشد.

متوفی خانمی است 32 ساله ، دیپلم، Case، G₆P₀ Ab₅ شناخته شده ی آیزن منگر شدید(هموزیگوت MTHFR) درزمینه PDA ، سابقه دوبار سقط تراپوتیک و سه بار سقط خودبخودی . حاملگی خواسته بود.

نامبرده داروی بوستان راکه از وزارت بهداشت، دریافت می کرده خودسرانه قطع می کند. ایشان پرونده ای در مراکز بهداشتی نداشته است. پیرو گزارش متخصص زنان شهرستان به ریاست شبکه بهداشت مینی برمراجعه مادر بارداری با سابقه بیماری پیشرفته قلبی و سن حاملگی حدود 18-17 هفته، به علت اینکه با تاکید برختم بارداری ، مادر کلیه مستندات را دریافت و هیچ سابقه ای باقی نگذاشته بود ؛ اقدامات لازم برای شناسایی فعال مدار از طریق اطلاع رسانی به کلیه مراکز و خانه های بهداشت انجام گردید، نهایتاً گروه بهداشت خانواده ،مادر را شناسایی و به علت عدم رضایت به بستری بمدت یک هفته روزانه علام حیاتی مادر در منزل کنترل و به تیم سلامت گزارش میگردد .مادر پس از یک هفته به بیمارستان زنان مراجعه می کند.درهنگام پذیرش در بیمارستان ،مادر علایم زایمانی نداشت.هوشیار واریانته بود.کلابینگ واضح در انگشتان دست داشت. علایم حیاتی:

O2Sat=91% GA=20w,5d FHR=140 BT=37 RR=18 PR=88 BP=100/80

باکسیژن

جواب آزمایشات :

Hb=19.1 Hct=58 PLT=85,000 Pr=1+ ادرار WBC=10-12 ادرار

PT=12.6 PTT=34 Fibrinogen=440 Cr=0.9

مادریا دستورات :کنترل علایم حیاتی ،مانیتورینگ قلب جنین ،اکسیژن نزال 2-3 لیتر وپالس اکسی متری مداوم، چک روزانه پلاکت ،فصد خون 200 سی سی هر هفته با جایگزینی سرم تا رسیدن همو گلوبین به 15 ، آمپول هپارین 5000u/TDS ، جوراب ترومبوز، قرص سیلدنافیل 25mg/TDS ، قرص آسپرین 80 میلی گرم روزانه ،کپسول سفالکین ، قرص فرسولین ومولتی ویتامین ،مشاوره قلب وانکولوژی به علت پلاکت پایین دربخش حاملگی پرخطر بستری می شود.مشاور قلب با توجه به آنژیوگرافی سال قبل (RVH, Large PDA, Bilateral shunt , PAP=135/80) به ختم بارداری تاکید داشت ولی به علت عدم رضایت مادر به ختم بارداری ،مادریه بیمارستان قلب منتقل ودر بخش کاردیوآبوستتریک بستری می گردد.مادر درطول بستری گاهی دچار سردرد وتنگی نفس وطپش قلب می شده ویا دادن قرص ایندرال وسرترالین (به توصیه مشاور روانپزشکی)بهبود می یافت. فشارخون در محدوده نرمال بود وساچوراسیون اکسیژن گاهی تا حد 40% کاهش می یافت .در هفته 30 حاملگی به علت شروع درد های زایمانی با بی هوشی عمومی در بیمارستان قلب سزارین شده وحاصل زایمان نوزاد پره ترم و IUGR با آپگار 6/7 بود .مادر 5 روز بعد از زایمان دچار تنگی نفس ناگهانی وطپش قلب شده وبه بخش CCU منتقل می گردد. O2Sat=37% باکسیژن بود. با اقدامات انجام شده ساچوراسیون اکسیژن به 83% افزایش می یابد.

روز بعدمادر به بخش منتقل می گردد.دربخش دردهای غیر اختصاصی مانند گرفتگی عضلانی ،درد گردن وکمردرد داشت وشدیداً آریته بوده و سیانوز مرکزی داشت.در ساعت 15 به علت دیسترس تنفسی اقدام به انتوباسیون مادر می شود. درحین انتوباسیون دچار برادیکاردی وآسیستول شده وبه عملیات احیا پاسخ نمی دهد .

تشخیص علت مرگ : احتمالاً آمبولی مغزی در زمینه ترومبوسهای in situ می باشد.

1. با توجه به اینکه مادر با کوچکترین فعالیت دچار تنگی نفس می شد انجام سزارین درمادر تصمیم درستی بوده است.
2. عدم توجه مادر و خانواده به توصیه های پزشکان و پرسنل درخصوص عدم بارداری موجب مرگ مادر شده است.

خاتم 106

متوفی خانمی است 30 ساله ، $G_3P_1 AL_1$ ، سابقه یکبارزایمان واژینال و یکبارسقط دوسال پیش. حاملگی خواسته بود.

مادر در هفته 16 حاملگی با شکایت گلودرد ، تنگی نفس و سابقه علایم شبه آنفلوانزا از یک هفته قبل به بیمارستان الف مراجعه می کند. موقع مراجعه (ساعت 18:30) تاکی پنه و ویزینگ منتشر در هردو ریه و اریتم گلو و فارنکس راداشت.

فشارخون $BP=80/50$. برای مادر اکسیژن نزال -نیم لیتر سرم نرمال سالین -نیم لیتر سرم $1/3,2/3$ و مشاوره داخلی Order می شود. مادر

در ساعت 19:20 با دستور تلفنی دستیار داخلی بادرستورات :درخواست آزمایشات CBC with dif f,Cr,BUN,ALT,AST.FBS,PT,PTT سونوگرافی کبد وطحال ، آمپول سفتریاکسون و هیدروکورتیزون دربخش داخلی زنان بستری می شود.

در ساعت 20:30 پرستار بخش به علت فشار پایین مادر و اظهار آبریزش با دستیار داخلی تماس می گیرد و ایشان تلفنی دستور درخواست آنالیز ادرار و مشاوره اورژانسی زنان را می دهد. متخصص زنان بدون ویزیت مادر، تلفنی دستور می دهد ماما مادر را در اتاق زایمان ویزیت کرده و نتیجه را

به ایشان گزارش دهد. بعد از گزارش نتیجه معاینه ، متخصص زنان اعلام می کند مادر مشکل مامایی ندارد. دستیار داخلی ساعت 1:00 بامداد (بعد از 6.5 ساعت) مادر را ویزیت می کند طبق یادداشت ایشان : مادر هوشیار ولی مضطرب است. سمع ریه ها Clear می باشد. $BP=80/50$ $PR=82$

$RR=18$ (طبق اندازه گیری پرستار بخش $BP=65/50$ $PR=85$). از سوزش سردل شاکی است.

جواب آزمایشات: $WBC=2,700$ $Hb=11,5$ $PTT=41$ $PLT=23,000$

باتوجه به جواب آزمایشات ساعت 2:45 مادر باتشخیص احتمالی سندروم هلپ با علایم حیاتی $O_2Sat=96\%$ $PR=85$ $BP=50/puls$

با همراهی ؟؟؟ به بیمارستان آموزشی زنان اعزام می شود. هنگام پذیرش (ساعت 5 بامداد) علایم حیاتی: $BP=100/60-80/40$

$PR=103$ $BT=36$ $RR=30$ $O_2Sat=89\%-84\%$ $U/O=1400cc$ بود.

در معاینه هوشیار ولی III بود. ایکتر ، تاکیکاردی و تاکی پنه داشت. در معاینه گلو آگزودای سفید داشت. در سمع ریه ها ، کاهش صدا در قاعده هردو ریه

داشت. در معاینه شکم تندر نس ژنرالیزه وجود داشت. فاقد آبریزش بود. خونریزی در حد mens داشت. سایز اندامهای تحتانی یکسان بود. مادر بلافاصله

بعد از پذیرش به ICU منتقل می شود با دستورات : مانتیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری مداوم -رزرو 4 واحد پیکدسل ، 10 واحد پلاکت و 5 واحد FFP -

کنترل علایم حیاتی-کنترل علایم زایمانی و I/O -سرم رینگر -آمپول سفتریاکسون- سونوگرافی شکم و CXR -درخواست آزمایشات

CBC,BS,PT,PTT,INR,LFT,B/C,U/C,Na,K,Mg

در سونوگرافی جنین بدون قلب باسن 14 هفته و 2 روز مشاهده می شد. مایع آزاد در لگن و داخل شکم و پیلورال افیوژن در نیمه سینه راست وجود

داشت. جواب آزمایشات: $Hct=34$ $Hb=11.1$ $PLT=50,000(35000)$ $WBC=5,100$

INR=2 Fibrinogen<81 PTT=50 PT=17.2 Neut=79% WBC=9600(4500)
 CRP=1+ Alb=2.4 K=3.3 Na=152 P=4 Cr=1.4 Urea=54
 Uric Acid=7.9 BS=53 Total Bil=4 Urine Pro=Trace
 CPK=326 Lipase=131 Amylase=163 ALP=325 SGPT=550 SGOT=1770
 CPK-MB=126 BE= -20 PCO2=30 HCO3=11 PH=7.30 : ABG

بعد از آماده شدن جواب آزمایشات، طی تماس تلفنی با رزیدنت داخلی و اتند آنکال زنان، مادر در معیت رزیدنت ارشد زنان و تکنسین بیهوشی با تشخیص احتمالی TTP / DIC به ICU ریه بیمارستان جنرال منتقل می شود. علایم حیاتی موقع اعزام به به بیمارستان جنرال :

O2Sat=93% RR=48 BT=36.8 PR=108 BP=85/38

موقع پذیرش در ICU ریه هوشیار واریانته بود. تاکی پنه داشت. مخاطات کاملاً خشک بود. به دستورات قلبی، آمپول ایمی پنم-سیپروفلوکساسین و کلیندامایسین و تزریق FFP هر 8 ساعت دو واحد اضافه می شود. جنین خود بخود دفع می شود. بعد از خروج جفت رحم جمع شده و خونریزی در حد P.P بود. شب به علت دیسترس تنفسی انتوبه شده و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می گردد.

روز دوم بستری در ICU ریه : هوشیاری مادر کاهش یافته است. (سدیت می باشد) ill و توکسیک می باشد. سمع ریه ها Clear و قلب تاکیکارد

O2Sat=95% PR=124 BP=110/70: کلیه ها آنوریک و تستهای انعقادی مختل می باشد. علایم حیاتی

برای برقراری جریان ادرار 500 سی سی نرمال سالین در عرض نیم ساعت انفوزیون و سپس 40 میلی گرم لازیکس تزریق می گردد. دلی موثر واقع نمی گردد. 20 میلی گرم دیگر تزریق می شود. ادرار برقرار نمی شود. عصر مادر دچار افت فشار خون در حد BP=70/30 داشت. 500 سی سی نرمال سالین در عرض یک ساعت انفوزیون و نوراپی نفرین با دوز 5µg/kg/min شروع می گردد.

به علت بالا بودن آمیلاز و لپاز مشاوره جراحی درخواست می گردد. مشاور جراحی توصیه به انجام CT Scan شکم با کنتراست خوراکی و اصلاح آب و الکترولیت و تستهای انعقادی می کند. برای تنظیم آب و الکترولیت تعبیه CVP Line پیشنهاد می شود ولی به علت اختلال تستهای انعقادی انجام نمی گیرد. شب ساعت 22:15 مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا می گردد. بعد از احیا از مخاطات خونریزی داشت.

O2Sat=96% PR=150 BP=140/83 علایم حیاتی بعد از احیا:

یک ساعت بعد مجدداً ارست قلبی کرده و احیا می شود. در ساعت 1:30 بامداد برای بار سوم ارست قلبی تنفسی کرده و به عملیات احیا پاسخ نمی دهد.

U/C=Neg B/C=Neg Troponin=1.69 CTNI=Neg: جواب آزمایشات

Cr=2.5 INR>8 PTT>120 PT>38 PLT=21,000 Hb=7.9 : آزمایشات روز آخر :

در CXR اپاسیتی در قاعده لوپ تحتانی ریه چپ دیده می شد.

در سونوگرافی شکم سایز واکوژنیسته کبد نرمال و کیسه صفرا حاوی چندین ناحیه اکوژن بود. مجاری صفراوی دیلاته نبود. در CXR پرتابل زوایای جنبی دو طرف باز بود و کورت پارا هیلر دو طرف بویژه سمت راست مشهود بود.

تشخیص علت مرگ : سپسیس در زمینه یک کانون عفونی (با احتمال قوی کوریو آمینیت).

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادرکلاً **mismanage** شده است .
2. متخصص زنانی که مادر را با شکایت تب و لرز ویزیت کرده بود قصور کرده و بایستی مادر را بستری و بررسی کامل می کرد (حداقل یک سونوگرافی جهت بررسی سلامت جنین انجام می داده است)
3. درمان آنوری در **ICU** ریه باید تحت نظارت بخش نفرولوژی انجام می شد.

خانم 107

متوفی خانمی است 23 ساله ، ساکن شهر **G1P0**، حاملگی خواسته بوده و از هفته 7 حاملگی تحت مراقبت مرکز بهداشت و متخصص زنان در شهرستان قرار گرفته است . مشکل خاصی در پرونده قید نشده بود. در هفته 16 بارداری ساعت 13 حین بازگشت از مراسم عزاداری دچار سرگیجه و تهوع می شود در همین زمان فشار خون بیمار را **BP=60/50** اندازه می گیرند. بلافاصله بیمار را با وسیله شخصی به اورژانس بیمارستان می برند. موقع پذیرش (ساعت 13:30) سردرد ، استفراغ ، تنگی نفس و اختلال هوشیاری داشته است . برای بیمار سرم دکستروز 5% و پلازیل تزریق می گردد و با تشخیص احتمالی ضایعه مغزی و یا مشکل روانی با آمبولانس به همراه ، همراه درمانی به بیمارستان خصوصی (با اصرار همراهان) اعزام می کنند. موقع اعزام **GCS=12**، **BP=105/70** بود. در حین انتقال دچار حرکات تشنجی مشکوک نیز شده بود. بیمار را در ساعت 15:30 بجای بخش خصوصی به اورژانس مرکز آموزشی درمانی می برند. موقع پذیرش **BP=150/90** ، **PR=45** ، **O₂Sat=85%** مادر لتارژیک ، دارای حرکات تشنجی تونیک کلونیک و خروج کف از دهان بود. ریه ها **Clear** بودند. از بیمار نوار قلبی گرفته و مانیتورینگ قلبی می کنند و اکسیژن با کانول بینی وصل کرده با تشخیص احتمالی پره اکلامپسی **2g** سولفات منیزیم وریدی تزریق و سرم نرمال سالین وصل می کنند. در ساعت 16 توسط رزیدنت نوروسرجری ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان هوشیاری بیمار در حد **Light Coma** بوده و حرکات هر چهار اندام با تحریک دردناک **Withdrawal** ، کف پای دابل **Ext.** تنفس خودبخودی و مردمک های وکوریک (**3mm**) و راکتیو به نور (ضعیف) و **DTR= +2** بود.

به علت خرابی سی تی اسکن مرکز، بیمار را جهت اسکن مغز به بیمارستان دیگر می فرستند. در هنگام بازگشت **GCS =3** و مردمک ها مید سایز ، فیکس و نان راکتیو بود . در اسکن مغز خونریزی **3*5** در نیمکره راست مشاهده می شد. بیمار را انتوبه کرده و سوند مثانه تعبیه می کنند. مانیتول **20%** و سرم فنی تونین انفوزیون می گردد و آزمایشات تعیین گروه خونی ورزو **4** واحد خون ، **PT**، **PTT**، **Hb** می کنند. در ساعت **18:30** بیمار را با بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی قرار داده ، هماتوم تخلیه و شنت تعبیه می گردد. ساعت **22:30** بیمار با تنفس خودبخودی و **O₂Sat=100%** و فشار خون **BP= 120/70** با دستورات : مشاوره زنان ، کنترل شنت ، جوراب آنتی ترومبوز ، تغییر پوزیشن ، گاوآزمیعات ، آمپول دکزامتازون ، رانیتیدین ، مانیتول **20%** **150** سی سی هر **8** ساعت ، دوپامین **10** قطره در دقیقه و افزایش تا **25** قطره (تا افزایش فشار خون سیستمی تا **120mmHg**) ، آمپول فنی تونین و آمپول سفتریاکسون و انتقال به **ICU** در صورت خالی شدن تخت ، به بخش جراحی مغز تحویل داده می شود. بیمار روز چهارم بستری به **ICU** منتقل می شود.

در سونوگرافی رحم که روز دوم جهت بررسی وضعیت جنین بعمل می آید جنین زنده ، متحرک ، با قلب و مایع نرمال گزارش می شود. در پاسخ مشاوره زنان ، قید شده بود چون جنین **Viable** نیست نیازی به اقدام خاصی نیست و فقط مواظب خونریزی و آژینال باشید. در سونوگرافی روز ششم بستری جنین مرده گزارش شده و در مشاوره رزیدنت محترم زنان استفاده از شیاف میزوپروستول و یا پروستاگلاندین **E₂** جهت **Ripening** کول توصیه می

کند و در نهایت روز هشتم جنین سقط می شود. فشارخون بیمار همواره $BP=80-90/50-60$ قفید شده بود. در طول بستری 4 واحد پکدسل تزریق شده بود. دریافت سرم مانتیتول تا روز هفتم بستری ادامه داشته است. دوپامین فقط دو دوز تزریق شده بود. از روز پنجم بستری بصورت متناوب دچار کاهش O_2Sat و اسیدوز متابولیک شده بود. از روز ششم بستری دچار هیپر ناترمی (تا حدود $Na=177$) و از روز هشتم افزایش BUN, Cr می شود. در روز ششم بستری درگرافی سینه کدورت وسیع و پلورال افیوژن گزارش شده بود ولی در مشاوره ریه، سمع ریتین مشکلی نداشت و فقط تغییر **Setting** و نتیلیاتور سفارش شده بود. در طول بستری 3 بار مشاوره داخلی و کلیه شده بود (به علت هیپر ناترمی و افزایش کراتینین) و در پاسخ مصرف دسموپرسین و تنظیم I/O توصیه شده بود. بیمار روز دهم بستری ساعت **13:40** دچار ارست قلبی تنفسی شده و به احیا پاسخ نمی دهد.

تشخیص احتمالی: **CH: اوسیع مخچه در زمینه احتمالی AVM + هیدروسفالی حاد**

خانم 108

متوفی خانمی است 29 ساله، ساکن شهر، $G_2P_1Ab_0$ ، زایمان اول 16 ماه قبل با سزارین انجام گرفته، حاملگی ناخواسته بوده و از هفته 18 متوجه حاملگی شده بود. مادر با تزریق آمپول و دستکاری اقدام به سقط جنین کرده منتها جنین ها دوقلو بوده و فقط یکی از جنینها تلف شده و قل دوم زنده می ماند. مراقبت دوران حاملگی در بخش خصوصی (توسط متخصص زنان) بصورت مرتب صورت گرفته است. سابقه بیماری خاص و یا مشکلی در دوران بارداری نداشته است. مادر به پزشک معالج مراجعه و جهت سزارین به علت سابقه سزارین و جفت سرراهی توصیه به بستری در بیمارستان خصوصی می شود.

متوفی ساعت **6:30** صبح با علایم حیاتی $BP=90/60$ $PR=76$ $RR=17$ $BT=37^{\circ}C$ بستری شده و ساعت **9am** با بی هوشی عمومی تحت عمل جراحی قرار می گیرد. بعد از خروج جنین پزشک متوجه تهاجم جفت به بافت رحم و ممانه می شود (جفت اینکرتا). بعلت مشکل تصمیم گیری جهت هیستریکتومی (از نظر اخلاقی) و تلاش برای حفظ رحم بیمار دچار خونریزی زیاد می شود. از همکاران مجرب جهت کنترل خونریزی درخواست کمک می شود و در نهایت هیستریکتومی می کنند. در اواخر عمل بیمار دچار **oozing** از محل سوچورها شده و با شک **DIC** از متخصص داخلی نیز درخواست کمک می شود. برای بیمار 8 واحد پکدسل، 9 واحد **FFP**، 10 لیتر کریستالوئید، آمپول پروستادین و مترژین تزریق شده و جدار شکم با گذاشتن چهار درن بسته می شود (اتمام عمل **12:30**). وضعیت همودینامیک **unstable** و فشار بیمار بین **60/p** و **110/50** در نوسان بود. ادرار کم و خونی شده برای بیمار سرم دوپامین و **40 mg** لازیکس تزریق می گردد ولی در برونده ادراری تغییر چندانی ایجاد نمی شود. بیمار تایک ساعت بعد از اتمام عمل در اتاق عمل مراقبت می شود. در این مدت **10cc** کلسیم گلوکونات **10%** بصورت وریدی تزریق می کنند. در ساعت **14** بیمار به بخش **ICU** منتقل شده و در حین جابجایی دچار افت فشارخون و برادی کارد شده و بدنبال آن ارست قلبی تنفسی کرده و احیا می گردد. بعد از نیم ساعت ریتم قلبی، سینوسی میشود. در ساعت **14:50** دوباره ارست کرده و در ساعت **15:30** فوت می کند.

آزمایشات: $Hb=11$ $Hct=32$ $WBC=27000$ $Plat=105000$ $INR=8.5$

$PTT>120''$ $PT>35''$ $INR=8.5$

تشخیص احتمالی: خونریزی زیاد به علت تاخیر در هیستریکتومی و واکنش به ماسیو ترانسفیوژن

خانم 109

متوفی خانمی است 23 ساله، ساکن واهل روستای اصلی، دیپلم، خانه دار، G₁P₀، به علت نازایی 5 سال تحت درمان متخصصین زنان قرار گرفته است. LMP=86/3/20 و EDC=86/12/27 از هفته 7 بارداری تحت مراقبت خانه بهداشت قرار گرفته، 5 بار توسط بهورز، 4 بار توسط ماما و 4 بار توسط پزشک تیم سلامت مراقبت شده بود. همزمان تحت مراقبت متخصص زنان نیز بوده و 15 روز یکبار ویزیت می شده است. در طول بارداری فشارخون بالا نداشته ولی ادم اندامها و افزایش وزن سریع (19 کیلوگرم از اول بارداری) داشته است. بیمار در تاریخ 86/4/28 به علت ضایعات اکیموتیک روی اندامها به متخصص هماتولوژی ارجاع و توسط ایشان ویزیت شده و درخواست CBC و آزمایشات دیگر شده بود. در آزمایشات درخواستی PIT=89000 ANA=Neg CRP=Neg PT,PTT افزایش یافته بود. بیمار با تشخیص ITP تحت مراقبت قرار می گیرد. (هر 15 روز یکبار ویزیت و درخواست آزمایش می شد). همچنین در سونوگرافی مورخ 86/4/26 اندازه طحال بزرگ با ابعاد 103*218 و اکوژنیسته هموزن و خشن شدن اکوژنیسته کبد گزارش شده بود و با احتمال هپاتیت مزمن پیشنهاد کنترل آزمایشات کبدی داده بودند ولی جواب آزمایش در پرونده نبود. متخصص هماتولوژی در تاریخ 86/11/4 (هفته 33 حاملگی) به علت نزدیکی زمان زایمان 75mg/d پردنیزولون شروع کرده و در جواب مشاوره متخصص محترم زنان نوشته بودند عمل جراحی و یا زایمان با پلاکت 59000 بلامانع می باشد 8 روز بعد از شروع کورتون مادر به علت احساس کاهش حرکات جنین و لک های روی شکم به بیمارستان الزهرا مراجعه می کند، ضایعات استریا تشخیص داده شده و قلب و حرکات جنین نرمال بود و توصیه شده که هنگام شروع دردهای زایمانی مراجعه کند. 4 روز بعد (هفته 35 بارداری) مادر بعد از صبحانه به دستشویی رفته و در آنجا دچار سنکوب می شود. بیمار توسط اطرافیان به بیمارستان برده می شود. در اورژانس بیمارستان موقع پذیرش مادر و جنین فاقد علائم بودند. (فاصله منزل تا بیمارستان حدود 10 دقیقه می باشد). در اتوپسی در داخل شکم حدود 3-3.5 لیتر خون وجود داشت.

آزمایشات :

هفته 7 :

INR=1.38 PTT=32 PT=15.3 PIT=89,000

هفته 10: PLT=38,000

هفته 13: PLT=50,000

هفته 22: ESR_(1h)=6 ESR_(2h)=23 BT=4 CT=7.45

MCHC=33 MCH=33 MCV=99 Hb=11.5 RBC=3.47*10⁶ WBC=4.6*10³

هفته 25: PLT=62,000

هفته 31: PLT=89,000 Hb=11.4 WBC=4500 Fib=221 PTT=51 CT=5 BT=3.45

INR=1.4 PT=16.1

هفته 33: PLT=58,000

متوفی خانمی است 28 ساله ، ساکن روستای سیاری ، کاشکتیک ، تحت پوشش کمیته امداد ، حاملگی خواسته بوده ، G_1P_0 با LMP نامشخص، مراقبت دوران بارداری نداشته . فقط یکبار توسط پزشک عمومی ویزیت شده و به علت ظاهر ایکتریک و ضعف در خواست آزمایش کرده ولی مادر به آزمایشگاه مراجعه نکرده بود. متوفی به علت شروع دردهای زایمانی به تسهیلات زایمانی مراجعه می کند . مادر توسط ماما ویزیت می شود با علایم $BT=37.8^{\circ}C$ ، $Bp=100/70$ ، در معاینه واژینال دیلاتاسیون و افسامان کامل ، پرزنتاسیون سفالیک، ایستاسیون $+1$; FHR خوب، لگن نرمال با تقارب نسبی - کیسه آب در ضمن معاینه پاره می شود. برای بیمار IVLine با سرم رینگر تعبیه شده جهت زایمان آماده می شود و از مامای همکار درخواست کمک می شود. ایشان در هنگام معاینه متوجه بوس $1 * 1$ سر جنین شده و با بیمارستان تماس می گیرد ولی متخصص زنان حضور نداشت. با بیمارستان شهرستان دیگر هماهنگ شده ، بیمار به همراه ماما اعزام و در ساعت $12:50$ ظهر با علایم Stable به بیمارستان تحویل داده می شود. در هنگام پذیرش در بیمارستان جنین تاکیکارد ($FHR=172$) بوده و به علت وجود بوس شدید و ارست زایمانی مادر را جهت سزارین به اتاق عمل می فرستند. سزارین ساعت $14:05$ با بیهوشی عمومی شروع شده نوزاد پسر با آپگار 4-3 آغشته به مکنونیوم غلیظ، حدواً ترم با وزن $2/700$ کیلوگرم خارج می شود . بیمار ساعت $14:35$ با وضعیت خوب به بخش تحویل داده می شود . دستورات پزشک بعد از عمل: کنترل خونریزی، کنترل علایم حیاتی، سفتریاکسون ، جنتامایسین ، شیاف ایندومتاسین - آمپول ترامادول و 30 واحد سنتوسینون و مترژین. بود و قبل از عمل نیز 2 گرم کفلین طبق روتین بیمارستان تزریق شده بود. مادر بعد از به هوش آمدن شیر دهی داشته است. در ساعت $15:30$ مادر دچار افزایش تب در حد $BT=39.5^{\circ}C$ ، افت فشار و تاکی کاردی $PR=150$ ، $BP=70/50$ می شود. به متخصص زنان اطلاع می دهند و ایشان تلفنی دستور تزریق سرم بصورت شوت و درخواست خون می دهد . در ساعت $16:15$ دوباره با پزشک تماس گرفته می شود و ساعت $16:30$ متخصص بر بالین بیمار حاضر می گردد. طبق مندرجات پرستار بخش، رحم منقبض و زیرناف بود. خونریزی واژینال و خونریزی از محل عمل و محل تزریقات نداشت $out\ put=1750\ cc$ ادرار بود. متخصص زنان با احتمال خونریزی داخلی و هماتوم رتروپریتونن بیمار را جهت لاپاراتومی به اتاق عمل می برد و از متخصص جراح عمومی درخواست کمک می کند . بلافاصله بعد از لاپاراتومی بیمار دچار ارست قبلی تنفسی می شود. در ضمن CPR برای جلوگیری از خونریزی احتمالی هیستروکتومی می شود. در هنگام لاپاراتومی در شکم $1/5-2$ لیتر مایع خونابه ای و $50\ 0cc$ خون لخته در داخل شکم وجود داشت بیمار به CPR پاسخ نمی دهد و ساعت $17:50$ فوت می کند .

آزمایشات : $Hct=20$ $Hb=6.5$

تشخیص احتمالی گذاشته شده توسط پزشکان معالج شوک سپتیک یا آمبولی مایع آمینوتیک بود ولی کمیته علت مرگ را آنمی مزمن و شوک هموراژیک تشخیص داد.

خانم 111

متوفی خانمی است 36 ساله، ساکن روستای اصلی ، بی سواد و کشاورز ، $G_8P_7AL_5Ab_0$ ، آخرین زایمان 3 سال قبل بود. وسیله پیشگیری مصرف قرص به صورت نامرتب ، حاملگی ناخواسته بود. نامبرده از هفته 12 بارداری تحت مراقبت بهورز قرار گرفته و 5 بار مراقبت شده است. آزمایشات دوران بارداری و سونوگرافی را علیرغم تاکید بهورز انجام نداده است. متوفی در دوران بارداری مشکلی نداشته و به توصیه متخصص زنان جهت انجام زایمان و TL به بیمارستان مراجعه می کند ولی به علت عدم رضایت همسر بستری نمی شود. شب همان روز در منزل زایمان می کند. بنا به اظهار مادر

بیمار درزایمان مشکلی نداشت و بچه نیز سالم بود. دوز بعد دچار درد شکم و سرفه می شود با زیاد شدن درد به بیمارستان مراجعه میکند در بیمارستان موقع پذیرش ساعت 18:35 تنگی نفس داشته و از ضعف و بی حالی شکای بود. هوشیار و Pale بود به سولات به خوبی پاسخ می داد. برای بیمار درخواست همو گلوبین، اوره، کراتینین و کراس مچ و رزو 3 واحد خون میشود. یک لیتر سرم رینگر وصل و تحت مونیترینگ قلبی قرارداد و سوند مثانه می زنند.

در اورژانس علایم حیاتی به شرح ذیل بود :

ساعت 19:05	SatO2=98%	HR=140	BP=110/70	ساعت 18:50
BP=140/70	ساعت 19:20	SatO2=99%	HR=147	BP=130/70
SatO2=99%	HR=147	BP=140/100	ساعت 19:35	SatO2=98% HR=143

بیمار در ساعت 20:10 توسط متخصص قلب ویزیت و با تشخیص احتمالی آمبولی ریه جهت مراقبت بیشتر به بخش CCU منتقل می شود. در شرح حال متخصص قلب : معاینه قلب نرمال بدون سوفل و صدای اضافی، ریه ها پاک فاقد کراکل و ویز، ادم +1 در اندام ها، دیسترس تنفسی خفیف و رنگ پریدگی داشت. در بخش CCU پرستار حین خونگیری متوجه عدم انعقاد خون می شود و برای بیمار درخواست PT, PTT, INR می کند. در ساعت 22:35 با تشدید تنگی نفس بیمار به متخصص قلب اطلاع داده میشود. با حضور ایشان بیمار اکو شده و CXR پرتابل تهیه می شود و بیمار در همین حال دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا می گردد. در گزارش اکو : هیپو کنیزی گلوبال قلب با EF=15-20% بزرگی قابل توجه بطن و دهلیز راست با TR²⁺ بدون افیوژن پریکاردیال. در گرافی سینه: بزرگی قلب همراه با برجسته شدن عروق اطراف ریه وجود داشت. (نمای قلب در حالت پره ارست)

آزمایشات : Hb=9. Cr=0.8 Urea=30 PT=20" PTT=69" INR=2.2

بیمار در ساعت 23:45 به علت نیاز به ونتیلاتور و ICU همراه با تکنیسن بیهوشی با آمبو بگ به مرکز استان اعزام میشود و در مسیر اعزام فوت میکند.

تشخیص احتمالی : 1- سپتیک شوک ناشی از بقایای جفت 2- آمبولی ریه

خانم 112

متوفی خانمی است 29 ساله، ساکن روستای اصلی، G₁P₀، قد 140، BMI=27. اولین مراقبت دوران بارداری در هفته 8 بارداری انجام گرفته و مرتب مراقبت شده بود. در آزمایشات اوایل بارداری مشکل نداشت. در ماه اول بارداری عفونت دندانی داشته که توسط بهورز درمان شده بود. در هفته 16 بارداری سوزش ادرار و لک بینی داشته و به متخصص زنان ارجاع شده ولی پسخوراند نداشت. همچنین در طول دوران بارداری گهگاهی دچار اسهال و درد شکم می شده است.

مادر در هفته 26 حاملگی (طبق LMP) شب ساعت 23:30 دچار تشدید درد پهلوی چپ که از یک هفته قبل شروع شده بود، می شود و ظهر به متخصص ارولوژی مراجعه و بعد از سونوگرافی در بیمارستان بستری می گردد. در سونوگرافی دیلاتاسیون 1/3 پروگزیمال حالب چپ، سنگ حالب چپ + هیدرونفروز گرید 2 کلیه چپ و جنین نرمال 24 هفته گزارش شده بود. در موقع بستری تب دار نبود، شکم نرم، BS+، BP=90/65، Hb = 10/1 بود. تحت درمان دارویی (آمپی سیلین، پتیدین، شربت M.O.M و پلازیل) قرار می گیرد. بیمار صبح فردا ساعت 5:35 بدنبال درد

شدید و آبریزش در بخش در حضور پرستار زایمان زود رس انجام می دهد و یک نوزاد با آپگار 1-0 با وزن 600 g دنیا می آید. به علت خونریزی زیاد و عدم قبول مسئولیت جراح عمومی با بیمارستان زنان هماهنگ شده، به همراه دو همراه درمانی به آن بیمارستان اعزام می کنند. هنگام پذیرش در زایشگاه (ساعت 6:35) BP = 70/40 ، PR = 140 ، خونریزی در حد 3+، جفت خارج شده بود و بیمار شدیداً رنگ پریده بود . ماساژ دو دستی توسط ماما صورت می گیرد . رحم جمع می شود و سپس پارگی مجرارا ترمیم کرده به متخصص زنان اطلاع می دهند . ایشان بدون ویزیت بیمار دستور تزریق آمپول مترژین ، سنتو سینون 30 واحد داخل یک لیتر سرم رینگر و 10 واحد عضلانی ، سفالین دو گرم و کنترل Hb , Hct ، رزرو دو واحد خون و ماساژ رحمی و اطلاع در صورت عدم بهبودی وضعیت بیمار را می دهند . در ساعت 7:30 خونریزی کنترل می شود ولی بیمار دچار تهوع و استفراغهای مکرر میگردد . در این ساعت استفراغ های مکرر بیمار ، وضعیت شوکه ، رنگ پریدگی و نتیجه آزمایشات بیمار (Hb = 10 و Hct = 30) را به پزشک اطلاع می دهند . ایشان دو باره تلفنی دستور تزریق پرومتازین ، رژیم Npo ، ادامه انفوزیون سرم سنتو ، تزریق مجدد مترژین و سونوگرافی از رحم را می دهند . به علت نبود سونولوژیست در بیمارستان ، سونوگرافی انجام نمی شود . در ساعت 8 صبح بنابه اصرار ماما و حضور متخصص زنان مسنول در اتاق عمل، بیمار توسط متخصص بی هوشی ویزیت شده و رگ دوم گرفته شده، درخواست 2 واحد خون می کنند . منتها بعد از آوردن خونها چون برگ درخواست توسط متخصص زنان امضاء نشده بود عودت داده می شود .

متخصص زنان در ساعت 8:50 بیمار را ویزیت کرده و درخواست کنترل مجدد Hb و Hct می کند . در ساعت 10:15 ارولوژیست از بیمارستان اول تماس می گیرد و ضمن صحبت با متخصص بی هوشی در مورد وضعیت بیمار توصیه می کند بعد از کنترل Cr و BUN ، 20 mg لازیکس وریدی State و بعد از 15 دقیقه 20mg دیگر تزریق گردد . سرم بصورت k.v.o باشد ، دو واحد پکدسل و 4 واحد FFP نیز تزریق گردد . در ساعت 10:45 به علت آنوریک بودن ، BUN = 60، Cr = 2 و دیسترس تنفسی متخصص زنان درخواست مشاوره سرویس داخلی می کند . در پاسخ مشاوره متخصص داخلی تشخیص ATN داده و توصیه به انتقال بیمار به ICU بیمارستان اول می کند با تزریق سرم 3 half normal لیتر در عرض 24 ساعت و یک لیتر عرض نیم ساعت اول . در ساعت 11:10 ارولوژیست مادر را ویزیت می کنند . طبق یادداشت ایشان ، بیمار کاملاً Pale ، هوشیاری کاهش یافته ، نبضها ضعیف و تاکیکارد ، پالس Bp = 80 بود . کاتتر ورید گردنی تعبیه می شود ، یک واحد پکدسل و دو واحد FFP وصل می شود ، 2 عدد آمپول دو بوتامین داخل 500 cc سرم قندی با 16 قطره در دقیقه نیز انفوزیون می گردد . کات دان شده سرم نرمال سالین وصل شده و مجموعاً 100 mg لازیکس تزریق میگردد . در ساعت 12:35 دستور اعزام نوشته شده و ساعت 13/15 اعزام می شود . موقع رسیدن به اورژانس ساعت 13:35 با علایم حیاتی Bp = 124/96 ، HR = 130 ، RR = 25 ، OutPut = 50 ادراری و هوشیار (؟) پذیرش شده جهت مانیوتورینگ بیشتر به ICU منتقل می شود . برای بیمار ECG ، CXR می گیرند . در ساعت 5 p.m به علت بالا رفتن فشار خون عضلانی بصورت State و 2g هر 4 ساعت ادامه یابد ولی به علت برونده ادراری کم فقط دوز اولیه تزریق می گردد . در طی بستری در ICU تهوع و استفراغ همچنان ادامه داشته و ساعت 18 اسهال شدید آبکی نیز به تابلوی بیماری اضافه می شود . برونده ادراری در طی این مدت 250 cc در مقابل دریافت 1950 cc مایع بود . بیمار دچار ادم اندام ها و دیستائیسون شکم شده و کراتین بیمار به 2/2 می رسد و بر روی اندامها ادمیوز ایجاد می شود .

متخصص داخلی در ساعت 20 بیمار را ویزیت نموده و Tap تشخیصی شکمی انجام می دهد و مایع روشن خارج می گردد. در ساعت 22:45 دچار ارست تنفسی و VF می شود . ضمن احیاء انتوبه کرده و به ونتیلاتور وصل می کنند در ساعت 23:45 مجدداً دچار برادی کاردی شده و ارست قلبی می کند و نهایتاً 00:20 فوت می کند .

آزمایشات :

ساعت 18 : روز اول Cr= 1.4 BUN=30 BS = 123 Hb= 10.1 ادرار+1Pr ادرار+3Blood
 Cr= 2 Hb=9
 ساعت: 12 روز دوم PTT=60 PT=16 BUN=61 ادرار Pr=2+ ادرار+3Blood
 LFT=N ALP= 468

ساعت 18 روز دوم Hb=10/3 PT=15.3 در آنالیز ادرار WBC=2-4 RBC= 14-16 Pr= 1+ Blood= 3+
 اشکالات وارد بر پرونده :

- 1- در زنان باردار یکی از تشخیصهای افتراقی رنال کولیک پره ترم لیبر می باشد و باید مشاوره زنان درخواست می شد.
- 2- درزایشگاه متخصص زنان باید به محض اطلاع از وضعیت بیمار ایشان را ویزیت میکرد.
- 3- دوز لازیکس برای در آمدن بیمار از آنوری کافی نبود و میتوانستند تا 1g لازیکس تزریق کنند.
- 4- با احتمال ATN بیمار نیاز به دیالیز اورژانس داشت و باید به بیمارستان دارای بخش دیالیز اعزام می شد.
- 5- ATN post partum پروگنوز بد دارد و می بایست توسط متخصص داخلی زودتر ویزیت و مدیریت می شد.
- 6- در موارد مشابه و کلا بیماران High Risk و کمپلیکته باید پزشکان به صورت تیمی بیمار را Manage کنند.

خاتم 113

متوفی خانمی است 40 ساله ، ساکن شهر ، G₂P₁Ab₀ ، چاق ، سابقه نازایی اولیه و ثانویه ، حاملگی ناخواسته ، فرزند اول 15 سال قبل به روش سزارین متولد شده و ماکروزوم بوده است . ناراحتی خاص و یا سابقه مصرف دارو در پرونده بهداشتی درج نشده بود. تحت مراقبت متخصص زنان و مرکز بهداشت بصورت نامرتب بوده است. بیمار به علت GDM و افزایش فشارخون به بیمارستان ریفرال مراجعه و از آنجا به بیمارستان دیگر ارجاع داده شده است. در هنگام پذیرش در اورژانس بیمارستان دوم ساعت (23:13) : کول بسته ، FHR نرمال و علائم زایمانی نداشت 95 / BP=140-150 ، PR=80 و +2 ادم ، Pr=Trace ادراری ، FBS=131 2hpp=185 Severe علامت نداشت . سن جنین از روی سونوگرافی هفته ی هشتم ، 35 هفته و 6 روز ولی ارتفاع رحم حدود ترم بود. بیمار با دستور شروع سولفات منیزیم ، هپارین 5000/12h واحد زیرجلدی و کنترل فشار خون هر یک ساعت ، کنترل FHR هر نیم ساعت + کنترل علائم Severe ، پوشیدن جوراب ترومبوز ، کنترل I/O و آلبومین ادراری ، آمپول بتامتازون هر 12 ساعت - قرص متیل دوپا در صورتیکه BP > 140/90 ، در بخش زایمان بستری میشود و در ساعت 9:00Am با تجویز رزیدنت ارشد با ویلچر به بخش حاملگی پرخطر منتقل میشود. در مدت بستری فشارخون همواره 140-150/90-100 بود. در ساعت 20:00 بیمار دچار تهوع و استفراغ شده بود و کیسه ادرار حاوی ادرار تیره و خونی بود.

روز دوم بستری دچار دردهای زایمانی و انقباضات رحم میشود و با دستور اتند ساعت 21:00 بیمار را جهت c/s به اتاق عمل منتقل میکنند. مادر ساعت 21:15 با راشی تحت عمل سزارین قرار می گیرد و یک نوزاد پسر، پره ترم با وزن 4Kg و آپکار 9/10 دنیا می آید. طبق یادداشت متخصص بیهوشی در شروع عمل بیمار کمی سیانوزه بود و تنگی نفس داشت (SatO2<89) ولی در ادامه تنفس نسبتاً خوب میشود. ساعت 23 عمل خاتمه می یابد و بیمار به مدت 10 دقیقه در ریگوری میماند. هنگام تحویل به بخش Sat O₂<70 و بدون اکسیژن حالت سیانوز پیدا می کرد. در طول عمل فشارخون خوب کنترل می شد 120/80، با انتقال بیمار به بخش در ساعت 23:15 بیمار دچار تاکی پنه و تنگی نفس ناگهانی و سیانوز می شود. در قاعده ریه ها کراکل های خفیف سمع می شود. برای بیمار لازیکس تا 80 میلیگرم متناوب تزریق می گردد. با Icu بیمارستان ریفرال تماس گرفته شده و جهت اعزام به آن بیمارستان بیمار به آمبولانس منتقل می شود. ولی در این حال وضع بیمار وخیم تر شده و به اورژانس منتقل می شود (جهت احیا)، با حضور متخصص بیهوشی و متخصص زنان عملیات احیا انجام میگردد، ولی متأسفانه مادر فوت می کند. در طول انتقال از بخش به آمبولانس و آمبولانس به اورژانس بیمار انتوبه نبوده و اکسیژن نیز دریافت نکرده بود.

آزمایشات :

2hpp=185	FBS=131	cr و BUN	LFT=Normal
			Hct=34 Hb=11
	PT, PTT=Normal	Pr=2+ ادرار	BS=94
		Alb=1+ ادرار	FBS=139
Pr(24h)=150	GTT(2h)=155	GTT(1h)= 150	

خاتم 114

متوفی خانمی است 39 ساله، ساکن روستای اصلی، G₂P₁Ab₀، BW=42Kg و BMI=17 زایمان اول 4 سال قبل و LBW بوده است. روش پیشگیری IUD بوده و به علت تمایل به حاملگی در آورده شده بود. اولین مراقبت دوران بارداری در هفته 12 حاملگی انجام گرفته و چهاربار مراقبت شده، در هر بار مراقبت اشاره شده که به پزشک ارجاع شده ولی پس خوراند نداشت. در آزمایشات اوایل بارداری به Hb=10/4 و بقیه موارد نرمال بود بود. فشارخون ثبت شده همواره BP=100/50 بود. سونوگرافی اوایل حاملگی نرمال بود. در طول بارداری و یا قبل از آن توسط پزشک تیم سلامت ویزیت نشده بود. بیمار در هفته 22 حاملگی با شکایت تنگی نفس به پزشک مراجعه و با تشخیص آسم؟ به بیمارستان ارجاع می شود ولی در حین انتقال به بیمارستان فوت می کند و هنگام پذیرش در بیمارستان فاقد علائم حیاتی بود. در هیچ یک از مراجعات قبلی بیمار به پزشک، نسخه مربوط به آسم وجود نداشت.

خاتم 115

متوفی خانمی است 40 ساله، ساکن و اهل روستای اصلی، G₈P₂Ab₅Al₀، سابقه یکبار سزارین و یکبار هیستروتومی، با همسر نسبت فامیلی دارد (پسر دایی و دختر عمه)، در بررسی علت سقطها، دیابت، آنتی فسفولیپید، آنتی کاردیولیپین، ANA و سندرم Torch منفی بوده است.

در حاملگی اخیر نامبرده در هفته 14 حاملگی بعلت Spotting به بیمارستان زنان مراجعه و بعلت نارسایی و گشادبودن سرویکس (2 cm) تحت عمل مکدونالد قرار میگیرد. در هفته 23 حاملگی بعلت خونریزی بستری می گردد در معاینه BP = 110/80، PR = 86، قلب جنین نرمال، فاقد آریتمی، فاقد آبریزش و خونریزی در حد پریود و غیرفعال بود در سونوگرافی 45 cc هماتوم پشت جفت وجود داشت. بعلت هیپرتون بودن رحم و افزایش ارتفاع رحم داشتن انقباض رحم نخ مکدونالد برداشته میشود در معاینه TV سرویکس 3-4cm دیلاته بود و ساک سالم بود. انقباضات هرازچندگاه ایجاد میشد 25-30 ثانیه. برای بیمار دستور CBR، آمپول آمپی سیلین 2g/6h و جنتامایسین 80mg/8h و فرس سولفات شروع میشود و سه روز بعد با دستور استراحت و نسخه دارویی (؟) مرخص میشود و توصیه به مراجعه ماهی یکبار جهت کنترل به درمانگاه میشود.

مادر 8 روز بعد بعلت شروع درد های زایمانی دوباره به بیمارستان مراجعه و بستری می گردد در هنگام پذیرش ساعت 4:30 PM، خونریزی و آبریزش نداشت. (TV: Dil 7cm, eff: 60%, ساک سالم و GA= 24W, 4d بود FHR= 140 و Bp=110/70 و مادر در بخش زایمان بستری و منتظر پیشرفت زایمان میشوند ولی انقباضات موثر نبود و زایمان پیشرفت نمی کند (در مدت بستری 11 بار توشه واژینال شده بود) روز دوم بستری 30 PM: 2 بیمار از درد پهلوی راست شاکی بود و در معاینه costo vertebral Angle تند بود و PR=84 و BT= 37.5 بود در UA باکتری و WBC فراوان گزارش شده است ولی آنتی بیوتیک شروع نمیشود دو دوز بتا متازون تزریق می گردد. بعلت تپش قلب و HR= 120 مشاوره قلب میشود و بعلت دیلاتاسیون 7 سانتی متر از مشاور محترم درخواست میشود که در بیمارستان زنان مادر را ویزیت کند و ایشان فقط ایندرال 10 mg هر 12 ساعت تجویز می کنند و او را به بعد موکول میکنند روز سوم ساعت 5:15، FHR شنیده نمیشود و برای بررسی وضعیت جنین سونوگرافی درخواست میشود. در سونوگرافی جنین، قلب نداشت بعد از برگشتن از سونوگرافی بیمار دچار لرز ناگهانی و سیانوز مرکزی میشود BT گرفته میشود در آگزیلاری 40 درجه سانتیگراد گزارش میشود با PR= 120 و BP= 120/70 سریعاً بیمار سونداژ میشود و ABG گرفته میشود:

HCO3= 17/3 O2 Sat= 91/4% PCO2= 20/8 PH=7/52

برای بیمار مشاوره عفونی اورژانس درخواست میشود و به دستور آنکال محترم کلیندامایسین، جنتامایسین و استامینوفن و پاشویه انجام میشود آمنیوتومی شده در ساعت 6/30 pm زایمان می کند. بعد از خروج جنین بعلت خونریزی زیاد جهت خروج جفت بیمار به اتاق عمل برده میشود. به آنکال اطلاع داده و خون درخواست می کنند. جفت که تاحدی چسبندگی داشت بصورت دستی خارج می گردد و رحم کوراژ میگردد. رحم جمع شده و خونریزی کنترل میگردد بدلیل افت فشار و فیلی فرم بودن نبضها برای بیمار از چندین محل توسط تیم بیهوشی رگ گرفته میشود ولی بعلت عدم بهبود وضعیت از رزیدنت جراحی جهت کات دادن کمک خواسته میشود

برای بیمار پنج واحد خون کامل و پکدسل تزریق گردیده و بعلت شروع مجدد خونریزی 8/30 pm ماساژ دودستی، تزریق پروستاگلندین، اکسی توسین صورت گرفته ولی بعلت عدم قطع خونریزی با حضور اساتید، جهت هیستریکتومی اقدام میکنند حدود یک ربع بعد از بیهوشی بیمار دچار برادی کاردی و بعد دچار ارست شده رحم سرویکال خارج و شکم بسته میشود ولی بیمار به احیا جواب نداده ساعت 9 /40 PM، expire میشود. در گزارش جراحی در هنگام هیستریکتومی، بوی بد یا dehiscens و یا پارگی وجود نداشت و بیمار قبل از عمل دچار mottling شده بود.

در کشت خون E.Coli رشد کرده بود.

Dx: septic shock due to pylonephritis

متوفی خانمی است 19 ساله ، ساکن شهر ، ، حاملگی خواسته بوده و از هفته هفتم بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت قرارداد داشت و مشکل خاصی در پرونده قید نشده است. در طول بارداری 3 بار سونوگرافی شده و در سونوگرافی آخر احتمال ماکروزومی مطرح شده بود .مادر در هفته 39 حاملگی باشکایت آبریزش به بیمارستان مراجعه و بستری می شود.موقع بستری در ساعت 17:30 : BP=105/70 FHR=138 Hb=13 Hct=39 معاینه واژینال : /Cephalic /Mobil /Intact /70% /3-4cm و در معاینه شکم جنین درشت به نظر می رسيد . با گرفتن یک رگ و تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی طبق روتین بخش به متخصص زنان آنکال اطلاع می دهند و ایشان دستور می دهند منتظر پیشرفت زایمان باشند.در ساعت 23:20 علایم زایمانی کامل می شود.بادادن اپی زیوتومی وسیع نوزاد با بندناف دورگردن و وزن 4 کیلوگرم و آپگار 10/9 در ساعت 23:20 بدنیا می آید (توسط ماما).محل اپی زیوتومی تامپون و ترمیم شده وبا دستورات ادامه آنتی بیوتیک ، کنترل علایم حیاتی ،کنترل خونریزی واژینال (بدون قیدزمان) و ماساژرحمی دستور انتقال به بخش رامی دهند. به علت رنگ پریدگی مادر، بیماربرایشان راباتاخیر (ساعت 1:10am دقیقه) به بخش منتقل می کند .متاسفانه در مدت حضور بیماردر اتاق زایمان علایم حیاتی ویا میزان خونریزی قید نشده است .در بخش یک عدد آمبول مترژین و 20 واحد سنتوسینون داخل 500 cc سرم درونوبت تزریق می گردد وکیسه یخ توسط همراه مریض بر روی شکم گذاشته می شود.در ساعت 2:20 am به علت کم نشدن مقدار خونریزی و دفع خون تیره وبدون لخته به متخصص زنان اطلاع می دهند وایشان تلفنی دستور کوراژ ورزو دو واحدخون می دهد.در کوراژ مشکلی مشاهده نمی شود.

PR=100	BP=90/60	1:00am	: ساعت : یادداشت شده
PR=80	BP=90/60	1:45 am	
PR=72	BP=80/50	2:15 am	
-	BP=70/40	2:40 am	

متخصص زنان ساعت 2:45 am بربالین بیمار حاضر می شود. درموقع رسیدن پزشک، مادر هوشیار بوده ومشغول خوردن کیک بود.پزشک دستور می دهد بیماررابرای بررسی به اتاق زایمان منتقل کنند.بیمار بعداز انتقال به اتاق زایمان بدحال می شود .برای بیمار رگ دوم گرفته شده یک واحد پکدسل وصل می گردد. (ساعت درخواست خون 3:00 am وساعت تحویل خون 3:20 am قید شده بود).متاسفانه از زمان حضور پزشک بربالین بیمار به بعد نه علایم حیاتی یادداشت شده ونه سوند فولی برای بررسی برونده ادراری تعبیه شده بود. درکنترل هموگلوبین Hb=8.3 بود.با شروع ترانسفوزیون خون به متخصص بی هوشی اطلاع می دهند. ضمن ریا نیماسیون ، مادر جهت بررسی کانال زایمانی به اتاق عمل منتقل می گردد.هنگام رسیدن متخصص بی هوشی(ساعت 3:45 am)بیمارارست کرده بود . همزمان با احیا ء مسیر کانال زایمانی بررسی می شود.طبق یادداشت متخصص زنان هیچ پارگی نداشت ودر کوراژ نیز بقایای جفت وجود نداشت .طبق اظهار متخصص بی هوشی بیماربه تجویز دوز های بالای آدرنالین وآتروپین جواب نداد ولی علایم ادم ریه وسیانوز نداشت . در ساعت 4:30 am بیمار فوت می کند.

علت مرگ : خونریزی زایمانی

متوفی خانمی است 27 ساله ، ساکن روستای قمر ، بارداری خواسته بوده و از سه ماهگی تحت مراقبت بهورز بوده است سابقه بیماری خاصی نداشته است . در آزمایشات اوایل حاملگی ، UTI داشت ولی ظاهراً دارویی دریافت نکرده بود . طبق مندرجات پرونده خانوار در هفته 37 بارداری BP=150/90 بوده و برگ ارجاع نیز نوشته شده است ولی مراجعه نکرده است . بیمار به علت فشار بالا 140/90 و شروع انقباضات رحمی به بیمارستان ارجاع شده و با تشخیص پره اکلامپسی با فشار خون 160/100 توسط ماما پذیرش و بستری می گردد. برای بیمار سولفات منیزیم شروع و تحت اینداکشن قرار می گردد (ساعت 22) .مادر در تمام مدت بستری هیچ داروی آنتی هیپر تانسو دریافت نکرده بود و حتی در دستورات پزشک ، دستور تزریق آتروپین یک دوز در صورت افت فشار بود که تزریق نشده بود.

بیمار در ساعت 18 روز بعد زایمان طبیعی می کند . و بادستورات :سرم رینگر K.V. O و سولفات منیزیم و سرم $\frac{2}{3}$ ، $\frac{1}{3}$ و کنترل V/S و V/B به بخش منتقل می شود.

فشارخون در بیمارستان همواره 130/90 و 140/90 بوده است مادر فقط توسط ماما ویزیت شده بود. نامبرده دوز بعد با دستورات دارویی (؟) از بیمارستان مرخص می شود. بدون هیچ توصیه خاص . مادر بعد از مراجعه به منزل به خانه پدری در روستای دیگر می رود .مادرروزهشتم بعداززایمان ساعت 4صبح به علت تنگی نفس به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند و 20 mg آمپول لازیکس بصورت وریدی و 20میلیگرم عضلانی دریافت می کند و به منزل بر می گردد . روز بعد دوباره به علت تشدید تنگی نفس از بهورز روستا خواسته می شود فشارمادر را در منزل بگیرد و فشارش BP=160/110 بوده است و ایشان توصیه به مراجعه به مرکز بهداشت می کند.مادربه مرکز بهداشت مراجعه و با فشار خون 160/100 به متخصص قلب ارجاع داده می شود. فردای آنروز مادرمجدداً به علت طپش قلب و تنگی نفس صبح ساعت 11 به بیمارستان شهرستان دیگر مراجعه می کند و با تشخیص PSVT نصف آمپول وراپامیل دریافت می کندو به علت اینکه گفته می شود متخصص قلب دو روز دیگر خواهد آمد بستری نمی شود. عصر آن روز به علت وخیم شدن حال بیمار دوباره مادر را به همان بیمارستان بر میگردانند و ساعت 9:20 pm با شکایت تنگی نفس با فشار 130/80 پذیرش می شود. برای بیمار تشخیص ادم دیده و R/O unstable Angina گذاشته می شود. دو عدد آمپول لازیکس تزریق می گردد و دستورات :NPO، اکسیژن نازال. و سرم 1/3, 2/3 ، آمپول سایمتدین و ویزیت آنکال توسط پزشک اورژانس گذاشته می شود. 30دقیقه بعدمادر دچار ارست قلبی ریوی شده و احیاء می گردد. با متخصص داخلی مشاوره میشود. طبق یادداشت متخصص داخلی در ساعت 10:30pm : بیمار stable بوده و مشکل قلبی و عروقی ندارد . BP=160/100 ، PR=100 ، هوشیار نبوده و با آمبوونتیله می شودو کف پایی دوبل آبوله بوده، هر دو چشم انحراف به بالا و طرفین دارد . از بیمار CXR گرفته می شودکه اوپاک بوده ولی دراکو مشکل خاصی نداشت. متخصص داخلی برای بیمار تشخیص ARDS و CVA می گذارد و دستور مشاوره نرولوژی ، تنفس مکانیکی با ونتیلاتور ، کنترل الکترولیتها و تزریق هیدرو کورتیزون می دهد . بیمار در ساعت 12m.n دچار آسیتول شده CPR می شود . در ساعت 00:30am دچار V.T می شود و سرانجام در 00:45 Expire am می شود.

متوفی خانمی است 32 ساله، ساکن روستای اصلی، سیگاری (سابقه کشیدن سیگار از 5 سال قبل روزانه یک پاکت داشته و طبق اظهار خود بیمار در طی حاملگی روزانه 4-5 عددی کشیده است)، G_4P_3 ، زایمان قبلی 8 سال قبل و در منزل بود. برای پیشگیری از نور پلنت، آمپول دیو و قرص LD استفاده می کرده و حاملگی ناخواسته بود. از ماه چهارم حاملگی تحت مراقبت بهورز بوده و 7 بار مراقبت شده بود.

مادر به دلیل آبریزش (لوشی) به متخصص زنان ارجاع و به علت اینکه از روی سونوگرافی هفته 34، سن حاملگی 41-42 بوده جهت ختم حاملگی بستری می گردد. در زمان پذیرش در بیمارستان ساعت 13:35 علایم حیاتی نرمال و $FHR=135$ بود.

در معاینه واژینال: کول بسته و مولتی پار بدون علایم زایمانی و بدون کنترکشن و جنین در داخل شکم بود. به دستور متخصص زنان، برای بیمار اینداکشن با $10U/Lit$ اکسی توسین شروع می شود. در معاینات انجام گرفته در مدت 22 ساعت بستری انقباض ویا پیشرفت زایمانی نداشته است. در معاینه

ساعت 12 ظهر روز دوم بستری دیلاتاسیون 3-2 سانتی متر، افسمان 30% و ایستاسیون 3- بود. مادر بطور ناگهانی بی قرار شده و روی زمین دراز می کشد و قلب جنین سمع نمی شود. در ساعت 12:30 مادر را دوباره ویزیت می کنند. در معاینه واژینال دیلاتاسیون و افسمان کامل، ایستاسیون

$FHR=110+2$ گزارش می شود. به متخصص زنان اطلاع می دهند. با نظارت ایشان بیمار به علت آرتیاسیون و عدم همکاری در انتقال به تخت ژنیکولوژی در روی تخت لیبر توسط ماما زایمان می کند. حاصل زایمان پسر زنده با آپگار 4-5 بود. جفت خارج و بدلیل خونریزی زیاد ماساژ رحمی داده

می شود. برای بیمار 50 واحد اکسی توسین و یک عدد آمپول مترژین تزریق می گردد. قبل از زایمان $BP=100/60$ و بعد از زایمان $BP=70/40$ بود. پس از کنترل خونریزی (؟) در ساعت 13:20 به بخش منتقل شده و در ساعت 13:35 دوباره خونریزی زیاد شده و بیمار را به زایشگاه منتقل

می کنند. به متخصص زنان اطلاع داده و رگ دوم گرفته و ماساژ رحمی می دهند و کیسه بیخ روی رحم می گذارند و درخواست دو واحد خون ایزوگروپ (B منفی) می شود. در ساعت 14:10 به علت آرتیته بودن و عدم همکاری بیمار، جهت سداسیون و بررسی مسیر زایمان تحت بی حسی به اتاق عمل منتقل

شده، رحم کوراژوپارگی سطحی سرویکس به قطر $2*1$ سوچور زده می شود. سوند فولی تعبیه شده و به علت آنوری 100 mg لازیکس از طریق ست سرم تزریق می گردد ولی پرونده ادراری زیاد نمی شود. در این زمان $BP=80/50$ و $PR=170$ بود. دو مسیر از طریق کات دان

از دو پا ایجاد می گردد. ولی هیچیک از مسیرها جریان خوب نداشته است (به علت کندن برانولها توسط بیمار کلا در طی ریانیماسیون حدود یک لیتر سرم رینگرد ریافت داشته است). در اتاق عمل رحم حالت خمیری داشته و از مخاطات خونریزی داشت. بیمار در ساعت 14:30 ارست قلبی تنفسی کرده و علی

رغم انجام اقدامات احیا توسط متخصصین بی هوشی و داخلی و قلب و عروق، در ساعت 15:15 فوت می کند.

Hct=32

Hb = 10.6

آزمایشات : در زمان پذیرش

تشخیص احتمالی : پارگی رحمی در اثر اینداکشن کنترل نشده

نظر اعضای کمیته :

- بایستی بیمار لاپاراتومی می شد
- احتمال دوم آمبولی مایع آمینوتیک می باشد و لازم بود گازهای خون شریانی واکو کاردیوگرافی انجام گیرد.

یک زن 25 ساله با سابقه چهارسال نازایی و تحت درمان حدود ساعت 14 بعد از رفتن به دستشویی دچار درد شدید شکم میشود بطوریکه نه می تواند راه برود و نه بنشیند. بلافاصله با ماشین شخصی به بیمارستان آورده شده و با برانکارد به اورژانس منتقل می گردد. در هنگام پذیرش در تریاژ (ساعت

15:27): هوشیار بود ولی ضعف داشت و بیقرار بود. از تهوع و استفراغ و درد شکم شاکی بود. شدیداً رنگ پریده بود. علائم حیاتی: BP=80/60

PR=150 O2SaT=75% بدون اکسیژن. سابقه درد شکم و درماتهای خودسرانه را از حدود یک هفته قبل ذکر می کرد. در معاینه شکم در قسمت تحتانی تندرست داشت. خونریزی واژینال نداشت. در توشه رکتال، مدفوع وجود داشت. آزمایش β.HCG درخواست میشود که مثبت بود. در ساعت 15:45 دچار کاهش هوشیاری و افت فشار خون شده و تنفس gasping پیدا می کند. بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده و اکسیژن نازال، NGT، دو عدد IV Line تعبیه می شود. ترشحات NGT صفراوی بود. در سونوگرافی bed side مایع فراوان در فضای موریسون و اسپلنورنال و فضای کلدوک وجود داشت. دو واحد پکدسل با کراس مچ صحرايي درخواست می گردد. در ساعت 17:05 به محض Push کردن پکد سل مادر دچار ارست قلبی تنفسی شده و بعد از 10 دقیقه عملیات احیا برمی گردد. مادر سریعاً به اتاق عمل منتقل می گردد. عمل ساعت 17:45 با بی هوشی عمومی و برش ML شروع می شود. داخل شکم حدود 3 لیتر خون وجود داشت. محل خونریزی EP پاره شده در لوله فالوپ راست بوده و پارشیل سالپینژکتومی انجام می گیرد. پس از هموستاز و شستشو، شکم بسته می شود. در اتاق عمل 4 واحد پکدسل، 4 واحد FFP و یک لیتر سرم تزریق می گردد. فشار خون سیستمی در اتاق عمل در محدوده 120-130 بود. عمل ساعت 19:45 خاتمه یافته و مادر به ICU جراحی منتقل می شود. بعد از عمل: در ABG اسیدوز شدید داشت. PH=6.77 HCO3=6.3. جریان ادرار برقرار ولی همآچوریک بود. بنا به توصیه متخصص داخلی مادر سدیت شده و اسپری سالبوتامول، آترونت و سروتاید و بی کربنات تجویز می شود.

روز دوم بستری: مادر هوشیار نیست. تحت ونتیلاتور می باشد. قلب تاکیکارد و سمع ریه ها نرمال و کراتینین افزایش یافته است. BP=144/100

Cr=1.9 HR=131

برای مادر مشاوره نرولوژی به علت پایین بودن سطح هوشیاری درخواست می شود. در معاینه مردمکها ایزوکوریک و راکتیو به نور بوده و Obey نسبی داشت. رفلکس اکولوسفال و قرنیه مثبت بود. تحریک دردناک اندامها اکستانسیون داشتند. درسی تی اسکن ادم خفیف در نیمکره ها وجود داشت. روز سوم بستری: هوشیاری در حد GCS=7-8 می باشد. علائم حیاتی ثابت است. جریان ادرار برقرار است. به علت همآچوری و ترشحات

خونی NGT تستهای انعقادی درخواست می شود. PT=24.1 PTT=43 INR=3.22 PLT=69,000

روز چهارم بستری: مادر آریتمه است. هوشیار است ولی آریتمه نمی باشد. طبق دستور رزیدنت ارشد مادر اکستوبه می شود. به علت عدم توجه وضعیت هوشیاری مادر MRI و MRV درخواست می شود.

روز پنجم بستری: هوشیاری در حد GCS=9 می باشد. سمع قلب و ریه نرمال می باشد. شکم نرم و بدون دیستانسیون می باشد. علائم حیاتی Stable می باشد. تب دار نیست. در اندامها ادم +2 گوده گذار وجود دارد. با وجود برقراری جریان ادرار افزایش کراتینین ادامه دارد. Urea=41 Cr=3.8. برای مادر درخواست مشاوره نرولوژی می کنند. مشاور احتمال ATN ایسکمیک و یا نفروتوکسیک را مطرح می کند. برای مادر دستورات قرص ب کمپلکس- اسید فولیک- کربنات کلسیم- چک روزانه الکترولیتها- سونوگرافی کلیه ها Cr, Urea, U/A, Alb, D. Dimer, FDP, Fibrinogen - می دهد.

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

Mg=2.3Ca=8.2

Alb=3.6

D.Dimer=5045

روز هفتم بستری: هوشیاری در حد $GCS=10$ می باشد. مادر تب دار شده است $BT=38.5$. بدلیل دیسترس تنفسی انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می گردد. به علت افت هموگلوبین $Hb=8.6$ دو واحد پکدسل درخواست و تزریق می گردد. عصر به علت افت شدید هوشیاری و $gaze$ به چپ چشمها مشاوره نرولوژی درخواست می شود. حرکات تونیک کلونیک نداشت. مشاوره نرولوژی برای مادر فنی تونین (وریدی) شروع کرده و EEG و LFT درخواست می کند و توصیه می کند در صورت عدم انجام MRI مغزی، CT Scan با سداسیون کافی انجام دهند.

مطابق مشاوره داخلی به علت تب دار بودن، B/C درد نوبت و CXR درخواست شده و مترونیدازول و سفتازیدیم شروع می شود. درگرافی سینه کدورت در قسمت تحتانی ریه چپ که باعث محوشدن دیافراگم شده، گزارش می شود.

روز یازدهم بستری: مادر اکستوبه می شود ولی به علت عدم تحمل تراکنوستومی شده و از محل تراکنوستومی انتوبه می شود. علائم حیاتی **Stable**

O2Sat=98%

BT=37

PR=88

BP=130/100

در نورامغزی احتمال آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک مطرح شده است و مشاوره نرولوژی اقدامات کنسرواتیو نظیر قرص استازولامید-آمیپول دگزامتازون-قرص پیراستام و ادامه فنی تونین را توصیه می کند.

روز چهاردهم بستری: افت هوشیاری دارد و تب دار شده است $BT=39$. تاکی پنه دارد و هیپرونتیله می کند. در ریتین کراکل **Coarse**

دارد. $O_2Sat=90\%$ مشاوره عفونی شده و ایشان توصیه می کند کشت خون درد نوبت، کشت و آنالیز ادرار انجام شده و سفتازیدیم قطع و سفپییم بادوز $2g/bid$ شروع شود و دوز مترونیدازول به $500mg/q8h$ افزایش یابد. سونوگرافی شکم جهت بررسی collection انجام گیرد.

روز پانزدهم بستری: مادر ساعت $18:40$ دچار برادیکاردی شده و متعاقب آن ارست قلبی تنفسی می کند. متاسفانه به عملیات احیا پاسخ نمی دهد. جواب

آزمایشات:

Cr=1.9

PLT=118,000

WBC=22,000

Hb=10.9

12/12

BS=263

INR=2.74

PTT=62

PT=22

Urea=22

PT=19.6

Urea=32

Cr=2.7

PLT=69,000

Hb=15.7

12/13

INR=2.2

PTT=72

SGOT=33

Cr=1.4

Urea=52

INR=2.01

PTT>120

PT=18.5

18/2

Total BIL=0.43

ALP=60

SGPT=120

B/C= Neg

INR=1.56

PTT=25

PT=16.1

در کنترل همزمان در آزمایشگاه دیگر:

Urea=12

Cr=0.7

19/2/92

در پاتولوژی لوله فالوپ رزکت شده، حاملگی داخل لوله گزارش شده بود.

تشخیصی علت مرگ: شوک هیپوولمیک ناشی از EP پاره شده

توضیحات اعضای کمیته:

1. مادریا علایم شوک وارد اورژانس شده و به جای CPR به اورژانس داخلی هدایت شده است.
2. تاخیر برای انجام β .HCG غیر منطقی بوده و باید مادر سریعاً جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل می شد.
3. پاسگاری مادر بین طب اورژانس و گروه جراحی سبب تاخیر اقدامات و در نتیجه آسیب هیپوکسیک مغزی شده است و بایستی از همان ابتدا با تشخیص شکم حاد جراحی توسط سرویس جراحی و یا بصورت تیمی مدیریت میشد.
4. در موارد مشکوک به خونریزی داخل شکمی نظیر پارگی های رحمی، EP پاره شده و... نباید عمل جراحی را برای آماده شدن خون به تاخیر انداخت و همزمان با انتقال مادر به اتاق عمل، گروه پشتیبان مقدمات تهیه خون و فرآورده را فراهم کند.
5. اکستوباسیونهای بی مورد سبب وخامت حال مادر شده است.
6. فرستادن مادر با وضعیت همودینامیک ناپایدار و انتوبه برای انجام MRI توجیه علمی ندارد.
7. Care بعدی مادر نیز مناسب نبوده است.