## بسمه تعالی

متوفی خانمی 25 سالهL2 0Ab2P2G ، ساکن شهر با تحصیلات لیسانس و خانه دار، همسر شان 29 ساله دارای تحصیلات لیسانس و کارمند بانک می باشد. مادر در تاریخ 3/4/1401، 10 روز پس از زایمان طبیعی در مرکز آموزشی درمانیاستان فوت نموده است. زایمان اول مادر در تاریخ 9/7/99 و به روش طبیعی انجام شده است.

**مراقبت پیش از بارداری**

مادر جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری مراجعه نداشته است.

**مراقبت بارداری**

مادر مراقبت های دوران بارداری را از بخش های دولتی و خصوصی (مطب متخصص زنان) دریافت نموده است. سوابق مراقبتی بخش خصوصی موجود نمی باشد. در بخش دولتی در تاریخ 2/9/1400 در سن بارداری 10 هفته و 5 روز جهت تشکیل پرونده بارداری به پایگاه سلامت مراجعه نموده و توسط ماما ثبت بارداری انجام و مراقبت های لازم به ایشان ارائه شده است. LMP مادر 18/6/1400، حاملگی خواسته، cm158 **:** قد ، kg 53**:** وزن قبل از بارداری، وBMI مادر 21.23 (طبیعی) محاسبه گردیده است. در شرح حال اخذ شده توسط پزشک و ماما بجزء حاملگی با فاصله کمتر از دو سال، مشکل خاصی ثبت نگردیده است.

به طور کلی مادر در طی بارداری 1 بار توسط پزشک ویزیت و 8 بار از مامای پایگاه مراقبت دریافت نموده است.

**سایر مراقبت های مادر به شرح ذیل بوده است:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **نوع مراقبت** | **G.A** | **BP**  **mmHg** | **وزن**  **kg** | **نتیجه ارزیابی** |
| 2/9/1400 | مراقبت اول بارداری 10- 6 هفته  غربالگری تغذیه مادر باردار (ماما) تفسیرآزمایش های 6 تا10 هفته بارداری | 10w,5d | 60/100 | 53 | P.R: 80 R.R: 16 T: 37  مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده است. واکسیناسیون توام مادر کامل بوده، با توجه به برنامه غذایی نامطلوب، آموزش های لازم داده شده است. به دلیل TSH:0.16 ، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال و بارداری همزمان با شیردهی به متخصص زنان ارجاع شده است. طبق پسخوراند دریافتی از متخصص، مراقبت ها انجام و  آزمایش تیرویید مجددا درخواست شده که نتیجه نرمال بوده است. |
| 23/9/1400 | غربالگری مرحله اول جنین | 13w,5d | 100/60 | 53 | P.R: 80 R.R: 16 T: 37  نتیجه غربالگری مرحله اول ناهنجاری جنین کم خطر ثبت شده است. با توجه به عدم افزایش وزن، آموزش های لازم به مادر ارائه شده است. |
| 30/10/1400 | مراقبت دوم بارداری 20- 16 هفته (ماما ) | 19w | 60/100 | 55.5 | P.R: 78 R.R: 18 T: 36.8 F.H.R:OK  مراقبت های روتین انجام و نتیجه سونوگرافی 18-16 هفته در پرونده طبیعی ثبت گردیده است. |
| 21/12/1400 | مراقبت سوم بارداری 30- 24 هفته (ماما ) | 26w,2d | 60/90 | 59.5 | P.R: 78 R.R: 18 T: 36.8 F.H.R:OK F.H:26w  مراقبت های روتین انجام، با توجه به افزایش وزن بیش از حد طبیعی، بررسی های لازم شده، پروتئینوری و سایر علایم خطر نداشته، آموزش های تغذیه ای لازم انجام و نتیجه طبیعی آزمایش های معمول 24 تا 30 هفته بارداری در پرونده ثبت شده است. |
| 29/1/1401 | مراقبت چهارم بارداری 34- 31 هفته (ماما ) | 31w,4d | 65/100 | 63 | P.R:81 R.R: 18 T: 37  F.H.R:OK F.H:31w  مراقبت های روتین انجام شده مشکل خاصی نداشته است. |
| 26/2/1401 | مراقبت پنجم بارداری 37- 35 هفته  غربالگری کاردیومیوپاتی | 35w,4d | 60/100 | 65 | P.R:80 R.R: 19 T: 37  F.H:35w F.H.R:OK  مراقبت های روتین انجام شده مشکل خاصی نداشته، در غربالگری کاردیومیوپاتی نیازمند ارجاع نبوده، نتیجه طبیعی سونوگرافی 34-31 هفته در پرونده ثبت گردیده است. |
| 12/3/1401 | مراقبت ششم بارداری38 هفته | 38w | 100/60 | 67 | P.R:80 R.R: 18 T: 37  F.H:38w F.H.R:OK  مراقبت های روتین انجام شده است. |
| 22/3/1401 | مراقبت هفتم بارداری39 هفته | 39w,3d | 105/60 | 68 | P.R:78 R.R: 18 T: 36.8  F.H:39w F.H.R:OK  مراقبت های روتین انجام شده است. |
| * در هر بار مراجعه مادر، غربالگری کووید و ارزیابی خطر ترومبوآمبولی توسط مامامراقب انجام و فاقد مشکل ثبت شده است. * مادر در تاریخ 23/3/1401 در کلینیک خانواده به طور طبیعی زایمان نموده است. | | | | | |
| 26/3/1401 | مراقبت نوبت اول پس از زایمان | 3 روز پس از زایمان | 105/60 | P.R:78 R.R: 18 T:37  نتایج مراقبت نرمال ثبت شده است اموزش شیردهی بهداشت فردی تغذیه و مصرف مکمل ها اموزش داده شد . علایم خطر بررسی شده مشکلی نداشته است. | |

**شرح سونوگرافی های انجام شده در زمان بارداری**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تاریخ انجام | G.A براساس LMP | G.A براساس SONO | سایر توضیحات |
| 25/10/1400 | 18w,2d | 18w , 1d | F.Activity:ok FHR:ok A.F:NL Placenta:posterior |
| 8/2/1401 | 32w,5d | 32W | F.Activity:ok FHR:ok Placenta::Posterior A.F:NL |

**نتایج آزمایش های انجام شده در زمان بارداری**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نتایج آزمایشات 10-6 هفته بارداری | U/A : NL | FBS: 89 | Hb: 13.7 | CBC |
| U/C: Neg | TSH: 0.16 | Hct: 39 |
| VDRL: Neg | BUN: 8.5 | MCV: 86.3 |
| HBS.Ag: Neg | Cr: 0.69 | MCH: 30.7 |
| HIV.Ab: Neg | BG&RH: AB+ | MCHC: 35.2 |
|  |  | Plt: 269.000 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نتایج آزمایشات 30-24 هفته بارداری | Plt: 238000 | Hb: 12.1 | CBC |
| FBS: 81 | Hct: 36.6 |
| U/A : NL | MCV: 91 |
| RHمادر: positive | MCH: 30.1 |
|  | MCHC: 33.1 |

بیمارستان **A**:

بیمار در تاریخ 23/03/1401ساعت AM8:27 با نامه بستری از طرف متخصص زنان با GA:39w,3d جهت زایمان طبیعی به بخش اورژانسی مامایی بیمارستان A مراجعه کرده و بستری شده است. در بدو ورود معاینه اولیه واژینال:دیلاتاسیون:cm4 افاسمان:40درصد و کیسه آب بسته و علائم حیاتی بدو ورود:BP:100/70 PR:80 T:37 RR:19 و FHR:140 بوده است.

مادر سابقه بیماری در خود و خانواده ذکر نکرده، سابقه جراحی و حساسیت نداشته وسابقه تزریق واکسن کرونا نداشته و سابقه زایمان طبیعی یک سال و شش ماه گذشته داشته است.آزمایشات ارسال شد و NST:Reactive بوده است.

در ساعت AM8:35CST انجام شد و منفی بود. مادر در جریان زایمان طبیعی بوده، در ساعت 9:30 آمنیوتومی انجام شده که مایع شفاف بوده است. در ساعت 10بی دردی اپیدورال توسط متخصص بیهوشی انجام شده و رضایت از مادر و همسر گرفته شده است. در ساعت 10:30 دیلاتاسیون cm7 بوده، در ساعت 11:25 زایمان NVD+EPIانجام شد. نوزاد دختر به ظاهر سالم با آپگار 10/9 با وزن 3.090 کیلوگرم متولد شد. بلافاصله بعد از زایمان سرم رینگر و 30واحد اکسی توسین و جهت پیشگیری از خونریزی زیاد آمپول مترژین یک عدد stat دریافت کرد. علائم حیاتی بعد از زایمان: BP:110/60 PR:86 T:37 RR:18 بوده است.

در ساعت 15:13به علت خونریزی در حد متوسط قرص میزوپروستول 200میکروگرم دو عدد دریافت کرده است. 15دقیقه بعد مادر از قرمزی کف هر دو دست شاکی بوده، تنگی نفس و خارش نداشته، طبق دستور متخصص زنان ویال هیدروکورتیزون 100mg دریافت کرد. مادر و نوزاد ساعت 16:30 به بخش مامایی منتقل شد.

در بخش مامایی مادر رژیم معمولی داشته، دیورز برقرار بوده است. در تاریخ 24/03/1401ساعت 9 صبح توسط متخصص زنان ویزیت شده و با دستور دارویی شیاف دیکلوفناک ترخیص گردید. مادر همراه نوزاد با حال عمومی خوب و علائم حیاتی:BP:90/60 PR:76 T:37 RR:17 مرخص شد.

**طبق پرسشگری انجام شده** با خانواده متوفی از روز ششم پس از زایمان مادر از سردرد شاکی بوده است. در تاریخ 29/3/1401 با شکایت از سردرد به مطب متخصص زنان مراجعه کرده و آمپول استامینوفن، سرم نرمال سالین و داروهای تقویتی و کلسیم تجویز گردیده است.

در تاریخ **31/3/1401** ساعت 14:30 با شکایت از سردرد و بی قراری به بیمارستان B مراجعه کرده، توسط پزشک اورژانس ویزیت شده، آمپول دگزامتازون و آمپول کترولاک و ناپروکسن تجویز گردیده است و پس از تزریق داروها ترخیص گردیده است.

در همان تاریخ به علت عدم بهبود سردرد در ساعت 18 باشکایت از سردرد به اورژانس مامایی بیمارستان A مراجعه کرده است. در بدو ورود نتیجه چک علائم حیاتی BP:120/70 PR:88 T:37 RR:19 بوده است. طبق گزارش مامای شیفت بیمار از همان روز پس از زایمان از سردرد شاکی بوده است. وضعیت بیمار به اطلاع متخصص بیهوشی رسانده شد و دستورات دارویی سرم نرمال سالین یک لیتر طی2 ساعت و آمپول آپوتل یک گرم stat، شیاف دیکلوفناک q8h/ mg100، مایعات فراوان، شیاف دیکلوفناک 100mg دو عدد با فاصله یک ساعت، قرص استامینوفن کدئین هر 6ساعت، قرص سوماتریپتان 100 mg دو عدد با فاصله یک ساعت و در صورت عدم بهبود سر درد، شنبه جهت اپیدورال پچ مراجعه کند.

ساعت 10:18 شرح حال مادر به اطلاع متخصص زنان رسانده شده و مقرر شد دستورات متخصص بیهوشی انجام شود. در ساعت 20:30 بعد از اتمام داروها مادر اظهار بهبودی کرده است و به گفته مادر شکایت از سردرد، سرگیجه، سوزش سر دل، تهوع و استفراغ ندارد. در ساعت 20:40 طی تماس با متخصص زنان، به علت اظهار بهبودی بیمار از سردرد دستور ترخیص به منزل صادر شده و مقرر شد در صورت تکرار سردرد مراجعه کند. در ساعت 21 با علائم حیاتی :BP:120/70 PR:88 T:37 RR:18 Spo2:98 ترخیص شد. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:WBC:16200 , HB:12.4 , HCT:37.5 , MCV:89.5 , PT:12 , INR:1 , PTT:39

در تاریخ **1/4/1401** ساعت 23 مجدد مادر هوشیار و با شکایت سر درد و بی حسی اندامها به خصوص سمت راست با ویلچر به اورژانس مامایی بیمارستان A مراجعه کرده است. علائم حیاتی بدو ورود به صورت BP:120/80 PR:70 T:37 RR:19بوده است. شرایط مادر به اطلاع متخصص زنان رسانده شد و ایشان دستور بستری داده و دستورات: ارسال آزمایشاتCBC-BS-LFT-ALT-U/A-PT PTT-INR- و سرم رینگر 500stat ، مشاوره نورولوژی و مشاوره بیهوشی دستور داده شد.

در ساعت 23 طبق تماس با متخصص بیهوشی و اطلاع شرح حال بیمار مقرر شد مشاوره نورولوژی انجام شود. در ساعت 23:5 با متخصص نورولوژی تماس گرفته و وضعیت مادر به اطلاع ایشان رسانده شده و دستورات ارسال آزمایشات CBC-BUN-Cr-Na-K-PT-PTT، سرم 24h/3/2 3/1 lit2 دریافت کند. در صورت سردرد آمپول کتورولاک دریافت کند. در صورت تشدید علائم و یا تغییر علائم حیاتی اطلاع داده شده و فردا صبح Brain CT شود.

در ساعت 23:30 بیمار توسط متخصص زنان ویزیت شده و مادر از تهوع و استفراغ (1 مرتبه) شاکی بوده و طبق دستور متخصص زنان Brain CTاورژانسی و مشاوره نورولوژی اورژانسی انجام شود. ساعت AM00:15 استفراغ مادر و انجام CTبه اطلاع متخصص نورولوژی رسانده شد.

IMP CT: superior sagittal sinus and right transverse sinus thrombosis and sub cortical hemorrhage.

طبق تماس با متخصص نورولوژی با توجه به ریپورت CT تشخیص های متعدد نظیر DVT مطرح بوده و نیاز به انجامMRI-MRV Brain اورژانسی داشته و مادر به مرکز آموزشی درمانی استان اعزام گردد و آمپول لوبل 500mgیک عدد دریافت کند. دستورات ایشان به اطلاع متخصص زنان رسانده شد و مقرر گردید، جهت اعزام هماهنگی های لازم انجام شود. در ساعت AM1:10متخصص زنان مجدد بر بالین مادر حاضر شدند و طی مشاوره با اتند زنان و پزشک معین مرکز آموزشی درمانی استان پذیرش مادر را در سرویس ایشان هماهنگ کردند. به علت بی قراری و شکایت مادر از سردرد شدید طی تماس با متخصص نورولوژی نیاز به مسکن نداشته و اعزام شود. در حین انجام اقدامات درمانی، مادر بیمار سابقه آمبولی در دوران بارداری و زایمان خودش را ذکر کرد که این سابقه در پذیرش اولیه مادر اصلاً ذکر نشده بوده است. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

WBC:12920 , HB:14.4 , MCV:95.5 , PLT:178000 , Na:139.8 , K:3.7 , LDH:293 , Billi T:0.47 , ALT:17 , AST:14 , Mg:2 , BS:106 , Cr:0.64 , Uric Acid:5,9 ,Ca:9.1 , BUN:15 , PT:12.9 , INR:1 , PTT:28

در ساعت AM45:1مادر با علائم حیاتی : BP:130/80 PR:62 RR:17 Spo2:97با شکایت سردرد و بی قراری شدید و بی حسی اندام تحتانی و و فوقانی همراه با ماما و تکنسین بیهوشی با آمبولانس به مرکز آموزشی درمانی استان اعزام شد.

مرکز آموزشی درمانی استان :

در تاریخ 2/4/1401 ساعت AM2 بیمار با شکایت از سردرد در مرکز آموزشی درمانی استان تریاژ شده است. علائم حیاتی بدو ورود به صورت:BP:120/70 , PR:59 , RR:20 , T:37 بوده است. در ساعت AM2:40 طبق ویزیت دستیار زنان در ادمیت لیبر رزرو 2 واحد پک سل، سرم رینگر TDS/lit1، مشاوره نورولوژی، آمپول دیازپام SB/ mg10 و ارسال آزمایشات لازم دستور داده شد. طبق گزارش رزیدنت زنان بیمار از 6 روز قبل سردرد، تاری دید و دوبینی داشته و از روز قبل دچار همی پلژی سمت راست شده است. تشخیص CVT دو طرفه مطرح شده است.

طبق مشاوره دستیار نورولوژی در ساعت AM3 بیمار obey ولی بی قرار بوده و حرکات مشکوک به تشنج داشته است. در سمت راست ادم پاپی مثبت بوده، طبق ریپورت CT تشخیص CVT مطرح بوده (multifocal hemorrhagic foci are seen in both hemisphere) و آمپول انوکساپارین BD/mg60، آمپول لوبل BD/ mg500، انتقال به ICU ، آپوتل stat/gr1 و سرم q12h/lit1 NS و انجام MRI , MRV دستور داده شد. در ساعت AM3:45 به ICU انتقال یافت. در ساعت AM4:30 طبق ویزیت بیهوشی بیمار همی پلژی بوده، تنفس خودبخودی و بدون دیسترس بوده است. مقرر شد آمپول فنتانیل PRN/q12h، مشاوره نورولوژی اتندینگ، مشاوره قلب و اکو، سونوگرافی DVT انجام شود. در ساعت AM6 مشاوره نوروسرژری انجام شد که طبق آن بیمار جهت تعیین force همکاری نداشته و فقط اندامهای سمت چپ را حرکت می داده است. طبق CT شوهد CVT مشهود است. هیپودنسیتی در LT high parietal رویت شده است. کنترل دقیق سطح هوشیاری و انجام Brain CT کنترل در ساعت AM10 و دریافت اکسیژن به صورت min/lit10- 8 دستور داده شد.

نتیجه ارسال آزمایشات به صورت زیر بوده است: WBC:16200 , HB:13.4 , HCT:38.7 , ALT:13 , BUN:15 , BS:111 , Ca:9.7 , Cr:0.8 , Mg:1.9 , Na:140 , D DIMER:5510 , FDP:27 , Trop:Neg , APTT:30 , PT:11.30 , INR:1.13 , K:3.9 , ANA:18 , C3:152 , IgG:1 , IgM:1 , ANCA C/PR3:1.5 , ANCA P/MPO:1.2 , Lupus:Neg

در ساعت AM8 T:37.8 بوده و طبق مشاوره داخلی نیاز به اقدام خاصی نداشته است. طبق ویزیت اتند زنان درخواست MRI ,MRV شده، سونوگرافی کامل شکم و لگن، سونوگرافی کالر داپلر اندام تحتانی دوطرف و ارسال آزمایشات دستور داده شد. نتیجه سونوگرافی شکم و لگن و داپلر ورید اندام تحتانی نرمال بوده است. ریپورت CT مجدد:

multifocal small ICH in left occipital lobe is noted. There is another hemorrhagicfocus in right parietal lobe.hemorrhagic is seen.

در ساعت AM11 مشاوره بیهوشی انجام شده و بیمار آماده انتقال به MRI شده است. طبق مشاوره قلب ادامه دریافت آنتی کواگولان و کنترل تب و بدن شویه دستور داده شد. علائم حیاتی: GCS:11 , BP:117/88 , T:37 , PR:80 , RR:24 بوده و در ساعت 13:20 پس از انتقال از MRI بیمار دچار V Tack شده، تاکی کاردی بین 180 – 170 بوده، آمیودارون تجویز شده و به علت کاهش سطح هوشیاری بیمار **اینتوبه** شد و به ونتیلاتور متصل گردید. GCS:7 و SPO2:95% بوده است. MRI به صورت Multifocal areas of hemorrhagic infarctions و MRV به صورت Superior sagittal sinus Thrombosis ریپورت گردید.

طبق مشاوره نوروسرژری بیمار فیکس میدریاز شده و GCS:1T1 بوده و مقرر شد در صورت رضایت ویژه همراهان جهت عمل جراحی اطلاع رسانی شود. طبق مشاوره نورلوژی اتندینگ در صورت امکان بیمار در وان یخ قرار داده شده و یا کمپرس سرد شود تا T:35 شده و سرم مانیتول q3h/mg100، آمپول دگزامتازون، لوبل، آمپول سیتی کولین q8h/mg500 و محدود بودن هیدریشن دستور داده شد. طبق مشاوره مجدد قلب BP:80/50 بوده، انجام ECG و اکوکاردیوگرافی و سرم لئوفد 10- 5 قطره دستور داده شد.

در ساعت 15:10 طبق ویزیت دستیار جراحی مغز و اعصاب بیمار آماده جراحی شود ولی همراهان رضایت به عمل ندادند. پس از اخذ رضایت همراهان در ساعت 18 طبق گزارش دستیار نوروسرژری در هنگام انتقال به اتاق عمل بیمار برادی کارد شده PR:40 بوده و افت o2sat:79% داشته و طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار قابل انتقال نبوده است. عملیات احیا انجام شد. در ساعت 19:35 بیمار مجدداً دچار ارست قلبی تنفسی شد به مدت 65 دقیقه عملیات احیا انجام شد که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و مادر فوت شد.

نواقص و مداخلات بخش سرپایی مراقبت های ارائه شده به مادر متوفی:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نقص مداخله** | **مداخله** | **فعالیت** |
| **بارداری:**  - سابقه ترومبوآمبولی وریدی در بستگان درجه یک، در هنگام بستری مادر و توسط مادر ایشان عنوان شده است و در خدمت ارزیابی "خطر ترومبوآمبولی" که در هر بار مراجعه مادر انجام شده است، به این مورد اشاره نگردیده است. | **ارتقاء خدمات مراقبتی مادران** | **مکاتبه با دانشکده پزشکی درخصوص:**  - ضرورت انجام آزمایشات تشخیصی تکمیلی جهت بررسی اختلالات ارثی انعقادی در موارد دارای سابقه ترومبوآمبولی در بستگان درجه یک  **مکاتبه با کلیه واحدهای بهداشتی در خصوص:**  - نظر به اهمیت سوابق پزشکی و خانوادگی مادر در بارداری، بر دقت در اخذ شرح حال و توجیه مراجع در خصوص ضرورت اشاره به هرگونه سابقه طبی و خانوادگی تاکید می گردد. |
| - نتیجه آزمایش مجدد تیرویید در پرونده ثبت نگردیده است. | - با توجه به اهمیت مراقبت مادر باردار، ثبت کلیه اقدامات پاراکلینیکی در پرونده الکترونیک مادر ضروری می باشد. |
| مطب متخصص زنان  - مستندات مربوط به ثبت اطلاعات در کارت مراقبت مادر در دوران بارداری در مطب متخصص زنان موجود نبود. | " | **مکاتبه با انجمن علمی متخصصین زنان و سازمان نظام پزشکی اصفهان:**  - تاکید مجدد به متخصصین زنان و زایمان در خصوص تکمیل صحیح اطلاعات در کارت مراقبت بارداری(ابلاغ شده از معاونت درمان) و ضرورت تنظیم آن در دو نسخه صورت گیرد. |