## بسمه تعالی

متوفی خانمی 37 ساله (متولد3/3/64) G5P4Ab1L2D2، ساکن شهر با تحصیلات دیپلم و خانه دار، همسرشان 40 ساله دارای تحصیلات ابتدایی و کارگر می باشد. مادر در تاریخ 30/02/1401، در ساعت 12 ظهر در سن حاملگی 34w,4d فوت نموده و پس از ایست قلبی، جنین به روش سزارین خارج شده است.

**مراقبت پیش از بارداری**

مادر جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری به مرکز بهداشتی مراجعه نداشته است.

**مراقبت بارداری**

مراقبت بارداری در مطب متخصص زنان و واحد بهداشتی انجام شده است. در بخش بهداشتی مادر در تاریخ 10/08/1400در سن باردار5w,6d به پایگاه سلامت مراجعه و توسط مامامراقب ثبت بارداری و تشکیل پرونده بارداری انجام شده است. LMP مادر 30/06/1400، حاملگی خواسته، cm 160**:** قد ، kg 74**:** وزن قبل از بارداری، وBMI مادر 28.91 (اضافه وزن) محاسبه گردیده است.جهت ویزیت و اخذ شرح حال اولیه و همچنین به دلیل BMI بالا به پزشک و کارشناس تغذیه ارجاع شده است.

به طور کلی مادر در طی بارداری2 بار توسط پزشک ویزیت ، 6 بار توسط ماما و 3 بار توسط کارشناس تغذیه مراقبت گردیده است.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **نوع مراقبت** | **G.A** | **BP**  **mmHg** | **وزن**  **kg** | **نتیجه ارزیابی** |
| 10و11/8/1400 | - مراقبت هفته  10- 6 بارداری  - غربالگری تغذیه مادر باردار | 5w, 6d | 60/100 | 74 | T:36.2 P.R:80 R.R: 20  مراقبت روتین به مادر ارائه شده، واکسیناسیون توام کامل و دو نوبت واکسن کووید قبل از بارداری دریافت نموده است.در خصوص تغذیه مناسب و اقدامات لازم، آموزش های مربوطه به ایشان ارائه شده است. |
| 02/9/1400 | - ارزیابی وضعیت تغذیه مادر باردار(کارشناس تغذیه) | 9w,1d | - | - | - مادر تهوع و استفراغ داشته و در پرونده سابقه کلسترول بالا، فشارخون بالا ،دیابت و چاقی در فامیل درجه 1و2 ایشان ذکرشده است. آموزش تغذیه داده شده و برای دو هفته بعد نوبت بررسی وزن تعیین گردیده است. |
| 21/10/1400 | - مراقبت هفته  20- 16 بارداری  (پزشک و ماما) | 16w | 60/100 | 75.5 kg | T: 36.2 P.R:80 R.R:20 F.H.R: OK F.H: 16w  مراقبت روتین به مادر ارائه شده، مشکل خاصی ثبت نگردیده است. در تاریخ 6/10/1400 غربالگری ناهنجاری جنین (هفته 11-13) کم خطر ثبت شده است. |
| 10/11/1400 | - غربالگری ناهنجاری جنین (هفته 17- 15) | 18w | 60/100 | 75.5 kg | T:36.2 P.R:80 R.R: 20  ویزیت اولیه پزشک انجام و با توجه به سابقه مرده زایی به متخصص زنان ارجاع شده است. نتیجه غربالگری نوبت دوم ناهنجاری جنین (هفته 17-15) که توسط پزشک متخصص درخواست شده، پرخطر ثبت شده است. با توجه به نتیجه غربالگری به پریناتولوژیست ارجاع و طبق پسخوراند ارجاع نیازی به انجام آمنیوسنتز نبوده است. |
| 7/1/1401 | - مراقبت هفته  30- 24 بارداری  (پزشک و ماما)  - ارزیابی وضعیت تغذیه مادر باردار (کارشناس تغذیه) | 26w, 5d | 110/60 | 82 kg | T: 36.2 P.R:82 R.R:20 F.H.R: OK F.H: 26w  آزمایشات نوبت دوم بارداری نرمال و در پرونده ثبت گردیده است. به دلیل افزایش وزن علایم خطر بررسی شده، مشکلی نداشته، به مادر آموزش تغذیه داده شده و به پزشک مرکز و کارشناس تغذیه ارجاع گردیده است. مراقبت ویژه برای دو هفته بعد جهت بررسی وزن گیری مادر تعیین شده است. |
| 28/1/1401 | - مراقبت ویژه بارداری  - ارزیابی وضعیت تغذیه مادر باردار (کارشناس تغذیه) | 29w,5d | 110/60 | 87 kg | - در مراقبت ویژه افزایش وزن ناگهانی و ادم ثبت شده، سایر علائم خطر توسط ماما بررسی شده، که مشکلی نداشته است. چک روزانه فشارخون توصیه و توصیه تغذیه ای آموزش داده شده است.  - مجددا توسط کارشناس تغذیه بررسی و پی گیری دو هفته بعد تعیین گردیده است. |
| 20/2/1401 | - مراقبت هفته  34- 31 بارداری  (پزشک وماما) | 33w | 120/75 | 89 kg | T: 36.5 P.R:84 R.R:17 F.H.R: OK F.H: 33w  مشکل خاصی ثبت نگردیده است. |
| غربالگری کووید 19 و ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در طی بارداری به تاریخ های زیر انجام و در کلیه موارد فاقد مشکل ثبت گردیده است.  10/8/1400 – 6/9/1400 – 6/10/1400 – 22/10/1400 – 5/11/1400 – 10/11/1400 – 7/1/1401 – 28/1/1401 – 20/2/1401 | | | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تاریخ انجام | G.A براساس LMP | G.A براساس SONO | سایر توضیحات |
| 1400/11/5 | 18w | 17w,4d | Single Alive FHR:ok Placenta:Anterior A.F:NL |
| 4/2/1401 | 30w,5d | 29w,4d | Single Alive FHR:ok Placenta:Anterior A.F:NL |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نتایج آزمایشات 10- 6 هفته بارداری  (تاریخ ثبت: 2/9/1400) | HIV: Neg | FBS: 92 | Hb: 12 | CBC |
| VDRL: Neg | TSH: 2.2 | Hct: 36.3 |
| U/A: NL | BUN: 8.4 | MCV: 81.8 |
| U/C: Neg | Cr: ./8 | MCH: 27 |
|  | BG&RH: o- | MCHC: 33.1 |
| In.Coombs: Neg | Plt: 245000 |
| نتایج آزمایشات 34- 31 هفته بارداری  (تاریخ ثبت: 7/1/1401) |  | FBS: 71 | Hb: 11.7 | CBC |
| Ogtt 1h: 107 | Hct: 36 |
| Ogtt 2h: 90 | MCV: 88.9 |
| U/A: NL | MCH: 28.9 |
|  | | MCHC: 32.5 |
| Plt: 228000 |

**مراقبت بارداری در بخش خصوصی**

مراقبت بارداری در مطب متخصص زنان به شرح زیر انجام شده است:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **سن بارداری** | **BP** | **وزن** (**Kg**) | **FHR** | **سایر** |
| 30/8/1400 |  |  |  |  | LMP:1400/6/25 , EDC:1401/4/2 ,BGRH:O+  نتیجه ارسال آزمایشات:HB:12 , FBS:92 , Cr:0.8,HBS Ag:Neg , HIV:Neg , PLT:245000 , TSH:2.2 , BMI:29, NT:1.2 |
| 7/10/1400 | 14 هفته | 80/110 | 75 | Reg | HB:11.7 , PLT:228000 |
| 5/11/1400 | 18 هفته و 4 روز | 80/120 | 77.5 | " | تجویز ASA ، قرص آهن و کلسیم |
| 3/12/1400 | 22 هفته | 80/120 | 78 | " | توصیه به رعایت رژیم، ادم ندارد |
| 24/12/1400 | 26 هفته | 80/120 | 81 | " |  |
| 20/1/1401 | 29 هفته | 80/120 | 83.5 | " |  |
| 5/2/1401 | 31هفته | 80/120 | 84 | " | Sono 2/4:29w,4d , AFI:12cm , placenta:ANT , Accreta:neg  تمایل به مراجعه به بیمارستان A |

بیمارستان **A**:

بیمار در تاریخ **26/2/1401** ساعت 14 با شکایت افزایش فشار خون در منزل(170/90) و سرگیجه و تاری دید از شب گذشته به بیمارستان A مراجعه کرده است. طبق فرم تریاژ مامایی علائم حیاتی به صورت: BP:140/100 , PR:92 , RR:18 , T:37 و FHR:147 بوده است. طبق شرح حال مامایی GA:34w,2d طبق سونوگرافی NT بوده است. بیمار ذکر کرده در بارداری فعلی فشار متغیر داشته و حداکثر فشار خون 130 بوده است. در بارداری اول سابقه پره اکلامپسی داشته، سابقه کورتاژ و انجام هیستروسکوپی به دلیل رحم دوشاخ و سابقه هیپرتیروئیدی (در حال حاضر دارو مصرف نمی کرده ) داشته و در این بارداری قرص ASA تجویز گردیده است. شرح حال به اطلاع متخصص زنان رسانده شده و دستور بستری دادند. در ساعت 16 BP:160/98 بوده، بیمار اظهار تاری دید داشته، طبق دستور متخصص زنان سرم سولفات به صورت stat gr4 و h/gr2 با سرم 3/2 3/1 شروع شده و توسط ایشان ویزیت شده و آمپول هیدرالازین stat/mg5 تزریق گردید. همچنین ارسال آزمایشات PIH و فتال مانیتورینگ و رژیم پرپروتئین دستور داده شد. در چک مجدد، BP:130/80 (دست راست) و 140/90 (دست چپ) کاهش یافت. به دستور دکتر آمپول آمپی سیلین و آمپول بتامتازون طبق دستور تزریق گردد. در ساعت 20:30 توسط متخصص زنان آنکال شب ویزیت شده و درخواست انجام مشاوره داخلی گردید. میزان فشار خون 119/78 , 118/86 بوده به اطلاع متخصص داخلی رسانده شده و مقرر گردید توسط ایشان ویزیت گردد. مددجو در شیفت عصر احساس جرقه زدن و دلدرد داشته که طی یکی دوساعت بهبود یافته است. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

Hb:12.7,HCT:38 , PLT:214000 , BUN:8 , Cr:0.76, AST:17 , ALT:14 , ALP:292 , Protein U:Neg

در تاریخ **27/2/1401** انفوزیون سرم سولفات ادامه داشته، علائم حیاتی در ابتدای شیفت صبح به صورت:BP:138/85 , RR:18 , PR:88 , T:37.2 بوده ، طبق دستور متخصص زنان سونوگرافی بارداری انجام شده که طبق آن GA:33w,2d بوده است. طبق مشاوره متخصص داخلی بیمار ادم اندام تحتانی 2+ داشته، BP:145/85 بوده، قرص هیدرالازین q8h/mg10 به شرط SBP>120 تجویز شده که توسط متخصص زنان تجویز آن تأیید نشد. در شیفت عصر بیمار علائم خطر نداشته و هر یک ساعت ویزیت سولفات منیزیوم انجام شده و طبق ویزیت متخصص زنان ادامه انفوزیون سرم سولفات قطع گردید. در ابتدای شیفت شب BP:135/85 بوده و در ساعت 22 به بخش مامایی انتقال یافت. و مجدداً در ساعت AM6 به لیبر انتقال یافت. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

BS:206 , BUN:9 , Cr:0.76 , Uric acid:5 , AST:14 , ALT:12 , ALP:288 , Billi T:0.5 , Billi D:0.2 , LDH:379 , Mg:3.87 , PTT:28 , PT:11 , INR:1.05

در تاریخ **28/2/1401** طبق ویزیت متخصص زنان مشاوره قلب درخواست و سپس DC شده، به علت اظهار بیماراز گلودرد تست PCR ارسال گردید که نتیجه منفی گزارش گردید. NST انجام شده و در ساعت 13:30 به دستور متخصص زنان به بخش مامایی انتقال گردید. بیمار علائم خطر نداشته و علائم حیاتی به صورت:BP:120/80 , RR:18 , PR:89 و FHR:140 بوده است. نتیجه ارسال آزمایش ادرار 24 ساعته به صورت زیر بوده است: volume:2600 , Pr 24h:250 , Cr 24h:1086

در تاریخ **29/2/1401** بیمار علائم خطر نداشته، طبق ویزیت متخصص زنان چک q6h/BS دستور داده شد. علائم حیاتی به صورت:BP:130/80 , PR:87 , RR:16 T:37 وBS:95 (AM10) ، در ساعت AM11:30 جهت انجام NST به زایشگاه منتقل شده ودر ساعت 12:30 توسط متخصص زنان ویزیت شده است. چک q3h/BP انجام شده و در شیفت شب میزان فشار خون 140/80 ثبت گردیده است.

در تاریخ **30/2/1401** در ابتدای شیفت صبح بیمار راه می رفته، رژیم معمولی داشته، در ساعت AM11:25 به صورت ناگهانی از کمردرد شدید شاکی شده و بسیار بی قرار بوده است. بیمار در همان لحظه استفراغ صفراوی داشته و از تاری دید و تنگی نفس لحظه ای شاکی بوده است. اکسیژن تجویز گردید، میزان o2sat:98% بوده، جهت چک FHR تلاش شد، که شنیده نشد. بیمار با تخت بستری به بخش لیبر انتقال یافت. در ساعت 11:32 وضعیت به اطلاع متخصص زنان رسانده شد، اکسیژن با سرعت min/lit10 برقرار شد، بیمار مانیتورینگ شده، علائم حیاتی به صورت: BP:130/75 , PR:90 , T:36.8 و o2sat:97% بوده است. در ساعت 11:35 توسط متخصص زنان ویزیت شده، بیمار هوشیار بوده و به سؤالات پاسخ می داده است. در معاینه شکم کاملاً نرم و بدون تندرنس، معاینه واژینال ext open بوده، به دستور دکتر جهت سزارین آماده شد. در ساعت 11:35 به اتاق عمل انتقال یافته و دراتاق عمل متخصص زنان به علت شک به آمبولی در انجام عمل سزارین مردد بوده و تصمیم به بازگرداندن بیمار به بخش لیبر گرفتند.

طبق گزارش پرستار اتاق عمل بیمار حالت بی قرار و تاکی پنه و با هوشیاری پایین بوده، پزشک زنان پس از 4 دقیقه جهت بررسی بیشتر وضعیت بیمار و انجام مشاوره داخلی تصمیم به بازگرداندن بیمار به بخش لیبر گرفتند.

طبق گزارش متخصص بیهوشی در ساعت 11:40 در ورودی اتاق عمل بیمار معاینه شده، بیمار هیپوترم و سیانوتیک بوده، گاهاً حرکات خودبخودی داشته، نبض لمس نشده و فشار خون توسط دستگاه نمایش داده نمی شده است. بیمار سریعاً به اتاق عمل انتقال یافته و اینتوباسیون انجام شده است. عملیات احیا شروع شد. CVC تعبیه شد. دریپ لئوفد و اپی نفرین تجویز گردید. در حین انجام عملیات احیا عمل سزارین انجام شده است.(PH:7.27 , PCO2:85.5 PO2:28). نوزاد دختر در ساعت 11:45 با آپگار 10/4 متولد گردید. متخصص نوزادان در اتاق عمل حضور داشته، نوزاد اینتوبه شده و به بخش نوزادان انتقال یافت. خونریزی فعال اینتراابدومینال و خونریزی حین سزارین نرمال بوده ولی شواهد حاکی از کلاپس قلبی عروقی بود. سوند معده و مثانه گذاشته شد. خونریزی معده نداشت. به علت pale بودن توسط متخصص داخلی توشه رکتال شد، خون دیده نشد. 3 واحد خون ایزوگروپ اورژانسی درخواست شد. طبق مشاوره داخلی بیمار خونریزی فعال و اکیموز و پورپورا نداشته است. طبق گزارش متخصص زنان در حین CPR پس از پرپ، درپ و باز شدن پوست و رحم نوزاد به ظاهر سالم با آپگار پایین به دنیا آمد. جفت و پرده ها به طور کامل خارج شد. دکولمان نبود. خونریزی نداشت. رحم در دولایه ترمیم شد. شکم و لایه های آناتومیک و فاشیا و پوست ترمیم گردید. متخصص قلب، ریه، داخلی اعصاب و عفونی در اتاق عمل حضور یافتند. در ساعت 12:30 ریتم بیمار سینوسی شد، نبض ها قابل حس شده و صداهای قلبی قابل سمع و رگولار بود. طبق مشاوره قلب بیمار هوشیاری نداشته، نوار قلب سینوسی تاکی کاردی بوده، بیمار اکوکاردیوگرافی شد، EF:25% بود. شواهدی از massive PTE مشاهده نشده و حفرات طرف راست Dilated نبوده است. طبق مشاوره نورولوژی بیمار میدریاز فیکس بوده و به تحریک دردناک پاسخ نمیداده است. در ساعت 12:50 مجدداً بیمار برادیکارد شده و ارست کرد. عملیات احیا انجام شده که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و در ساعت 13:5 فوت بیمار اعلام می گردد.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نواقص خدماتی** | **هدف** | **فعالیت** |
| **حوزه بهداشت**  **بارداری:**  - ویزیت اولیه (شرح حال اولیه پزشک) با تاخیر انجام شده است.  - در شرح حال اخذ شده از مادر توسط پزشک و ماما به سابقه فشارخون در بارداری قبلی ایشان اشاره نشده است.  - عدم هم خوانی قابل توجه وزن ثبت شده توسط واحد بهداشتی و پزشک بخش خصوصی در برخی از مراقبت ها  - تاکید بر مشخص بودن مسئول ارائه خدمات بارداری و پی گیری های لازم به هر مادر در واحدهای بهداشتی  - عدم پی گیری مادر جهت مراجعه و کنترل فشارخون با وجود تعیین لزوم کنترل روزانه فشارخون مادر توسط ماما | **ارتقاء خدمات مراقبتی مادران** | **مکاتبه با کلیه واحدهای بهداشتی در خصوص:**  - تاکید بر ارائه خدمات مراقبتی مادران باردار مطابق با بوکلت راهنمای مراقبت های سلامت مادران  - تاکید بر ضرورت پی گیری انجام ویزیت اولیه پزشک توسط ماما/ بهورز  - ضرورت نظارت بر برگزاری دوره توجیهی نیروهای جدیدالورود توسط کارشناسان برنامه سلامت مادران  - ضرورت پایش مستمر واحدهای ارائه دهنده خدمت و پی گیری رفع نواقص تا حصول نتیجه  (در خصوص نیروهای شرکتی از طریق انجام مکاتبه با ریاست شرکت و طرح موضوع در جلسات ماهیانه شبکه با شرکت نیز پی گیری شود)  - دقت در معاینه فیزیکی و اخذ شرح حال کامل از خدمت گیرنده توسط پزشک و ماما و تاکید بر ضرورت ارائه هرگونه سوابق طبی و مامایی توسط مراجع  - لزوم توجه به کالیبراسیون ترازوهای مورد استفاده در واحدهای بهداشتی و مطب های بخش خصوصی (بخش خصوصی پیگیری توسط حوزه درمان)  - تاکید بر بررسی کارت مراقبتی بخش خصوصی در هر بار مراقبت توسط ارائه دهندگان خدمت به مادران باردار در واحدهای بهداشتی (برای مادرانی که همزمان از بخش خصوصی و دولتی مراقبت دریافت می نمایند.)  - در صورتی که به هر علتی ماماهای غیرثابت در واحدهای مامایی فعالیت می نمایند ضمن بررسی دقیق سوابق مراقبتی مادر باردار، در هر بار مراجعه، پی گیری ها و اقدامات لازم مطابق با دستورعمل های مربوطه و بوکلت راهنمای مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صورت گیرد.  - انجام پی گیری دریافت خدمات یا نتیجه ارجاعیات انجام شده بویژه در مادران نیازمند مراقبت ویژه تا حصول نتیجه و بر اساس دستورعمل 25 استانی |
|
| **مطب متخصص زنان**  - در کارت مراقبت مطب، سوابق بیمار (پره اکلامپسی در بارداری اول) بررسی نشده بود.  - عدم تطابق وزن گیری مادر در مراقبتهای انجام شده در بهداشت و مطب  - با توجه به سابقه سقط و مرده زایی آزمایشات آنتی فسفولیپید درخواست نشده بود.  - در طی مراقبت های بارداری مشاوره قلب درخواست نشده بود. | **ارتقاء**  **خدمات**  **مراقبتی**  **مادران** | **مکاتبه با انجمن علمی متخصصین زنان در خصوص:**  - تأکید بر بررسی سوابق بیمار در بارداریهای قبلی  - بررسی مراقبتهای انجام شده در حوزه بهداشت  - کالیبراسیون ترازوهای مورد استفاده در مطب متخصصین زنان  - تأکید بر ارائه خدمات به مادران پرخطر بر اساس پروتکل کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (ویرایش سوم مبحث پره اکلامپسی، بیماری قلبی و ادم در بارداری) |