## بسمه تعالی

متوفی خانمی 29 سالهL2D1 0Ab3P3G ، ساکن روستا با تحصیلات راهنمایی و خانه دار، همسر شان 32 ساله دارای تحصیلات متوسطه و کشاورز   
می باشد. مادر در تاریخ 9/5/1401 یک هفته پس از انجام سزارین اورژانسی در سن بارداری 34 هفته و 5 روز در مرکز فوق تخصصی پیوند کبد خارج از دانشگاه فوت نموده است. نامبرده دارای سابقه دو زایمان طبیعی بوده که زایمان قبلی ایشان در تاریخ 22/5/99 و در سن بارداری 25 هفته بوده است. این زایمان پره ترم منجر به تولد نوزاد کم وزن و نهایتا مرگ نوزادی شده است.

**مراقبت پیش از بارداری**

مادر در تاریخ 28/2/1400 جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری به مرکز روستایی جامع خدمات سلامت مراجعه نموده است. در شرح حال اخذ شده توسط پزشک و ماما، سابقه بیماری خاصی را ذکر ننموده است. cm155 **:** قد، kg 61**:** وزن ، وBMI مادر 25.39 (اضافه وزن) محاسبه گردیده است. نتیجه آزمایشات پیش از بارداری درخواست شده توسط پزشک به شرح ذیل می باشد:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نتایج آزمایشات پیش از بارداری | FBS: 84 | Hb: 13.7 | CBC |
| TSH: 2.18 | MCV: 83.3 |
| HBS.Ag: Neg | MCH: 27 |
|  | Plt: 254000 |

مادر سه نوبت واکسن کووید در تاریخ های 20/7/1400 – 11/9/1400 و 12/12/1400 دریافت نموده اسست.

**مراقبت بارداری**

مادر مراقبت های دوران بارداری را از دو بخش دولتی و خصوصی دریافت نموده است. در بخش دولتی در تاریخ 29/10/1400 در سن بارداری 8 هفته و 2 روز جهت تشکیل پرونده بارداری به خانه بهداشت مراجعه نموده و توسط بهورز ثبت بارداری انجام و   
مراقبت های لازم به ایشان ارائه شده است. LMP مادر 1/9/1400 و حاملگی خواسته ثبت گردیده است. در شرح حال اخذ شده به سابقه زایمان زودرس، نوزاد کم وزن و مرگ نوزادی اشاره شده و نتیجه معاینات فیزیکی پزشک فاقد مشکل ثبت شده است.

به طور کلی مادر در طی بارداری 1 بار توسط پزشک ویزیت، 3 بار توسط ماما و 3 بار توسط بهورز مراقبت گردیده است.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **نوع مراقبت** | **G.A** | **BP**  **mmHg** | **وزن**  **kg** | **نتیجه ارزیابی** |
| 29/10/1400 | مراقبت اول بارداری 10- 6 هفته  غربالگری تغذیه مادر باردار (بهورز) | 8w,2d | 70/100 | 62 | P.R: 70 R.R: 17 T: 37  مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده است. واکسیناسیون توام مادر کامل بوده، به دلیل سابقه زایمان زودرس، نوزاد کم وزن و مرگ نوزاد به متخصص زنان ارجاع گردیده که پسخوراند کتبی دریافت نشده ولی طبق گفته مادر توصیه به استراحت شده است. |
| 19/11/1400 | با توجه به FBS: 97 و Cr: 1، آموزش های تغذیه ای توسط ماما به مادر ارائه و آزمایش مجدد درخواست شده که نتیجه آن نرمال ثبت گردیده است. FBS:81 Cr: 0.9 BUN:10 | | | | |
| 3/12/1400 | ثبت نتیجه غربالگری مرحله اول جنین (ماما) | نتیجه غربالگری مرحله اول ناهنجاری جنین کم خطر و طول سرویکس cm 3.1 ثبت شده است. طبق گفته مادر، متخصص زنان دستور به اقدام خاصی را نداده و صرفا توصیه به استراحت کامل در بارداری شده است. | | | |
| 17/1/1401 | مراقبت دوم بارداری 20- 16 هفته (ماما و بهورز) | 19w,2d | 60/100 | 64.5 | P.R: 80 R.R: 19 T: 36 F.H.R:OK  مراقبت های روتین انجام، نتیجه غربالگری سلامت روان منفی و نتیجه سونوگرافی 18-16 هفته در پرونده طبیعی ثبت گردیده است. |
| 24/2/1401 | مراقبت سوم بارداری 30- 24 هفته (بهورز) | 24w,6d | 60/100 | 66.5 | P.R: 80 R.R: 19 T: 36 F.H.R:OK F.H:24w  مراقبت های روتین انجام، بجز پوسیدگی دندان، مشکل خاصی نداشته، به دندانپزشک ارجاع شده است. |
| جهت دریافت مراقبت چهارم بارداری، چندین بار توسط بهورز پی گیری شده، مادر در خارج از روستا و در منزل پدرشان بوده و اظهار نموده اند که بطور مرتب توسط متخصص ویزیت شده و طبق نظر متخصص زنان نیازمند استراحت مطلق تا زمان زایمان می باشند**.** در تاریخ 23/4/1401 نتیجه سونوگرافی خود را از طریق واتساپ به ماما ارسال کرده که در پرونده ثبت گردیده است. | | | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تاریخ انجام | G.A براساس LMP | G.A براساس SONO | سایر توضیحات |
| 22/12/1400 | 16w | 16w | F.Activity:ok FHR:ok A.F:NL Placenta:posterior |
| 11/4/1401 | 31w,3d | 33W | F.Activity:ok FHR:ok Placenta::Anterior A.F:NL |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نتایج آزمایشات 10-6 هفته باردار | U/A : NL | FBS: 97 | Hb: 13.5 | CBC |
| U/C: Neg | TSH: 1.4 | Hct: 43.1 |
| HIV.Ab: Neg | BUN: 11 | MCV: 85.9 |
| با توجه به سابقه آزمایشات زوجین در قبل از ازدواج، مشکل تالاسمی وجود نداشته است | Cr: 1 | MCH: 26.9 |
| BG&RH: AB+ | MCHC: 31.3 |
| VDRL: Neg | Plt: 326.000 |

بیمارستان **A** :

در تاریخ **25/11/1400** بیمار در سن بارداری 12 هفته به درمانگاه زنان بیمارستان A مراجعه نموده، 16/12/1400 در سن بارداری 15 هفته به متخصص عفونی در درمانگاه بیمارستان و در تاریخ 2/2/1401 در سن بارداری 21 هفته و 5 روز به اورژانس این بیمارستان مراجعه نموده است.

در تاریخ **30/2/1401** ساعت AM 11:45 بیمار با شکایت از درد کمر، به بیمارستان A مراجعه نموده، طبق مستندات دفتر ادمیت زایشگاه، بیمار در بارداری قبلی سابقه سرکلاژ و زایمان زودرس در هفته 28 بارداری داشته، سن بارداری فعلی 25 هفته و 4 روز بوده، 60/100:BP، 80:PR، 19:RR و 96%:Sat2O و 140:FHR بوده، کنترکشن، درد و آبریزش نداشته، بیمار اجازه معاینه واژینال نداده، پس از اطلاع به متخصص زنان، دستور بستری داده شده ولی بیمار حاضر به بستری نشده، سوپروایزر به ستاد هدایت اطلاع رسانی نموده و بیمار بیمارستان را ترک نموده است.

در تاریخ **15/4/1401** بیمار با سن بارداری 32 هفته و 5 روز برای تشکیل پرونده مراقبت بارداری به درمانگاه بیمارستان B مراجعه نموده است.

در تاریخ **30/4/1401** ساعت 23:20 بیمار با شکایت از کاهش حرکت جنین (از چند ساعت قبل) به بیمارستان A مراجعه نموده، در بررسی مستندات دفتر ادمیت زایشگاه بارداری 34 هفته و 3 روز، 60/100:BP، 88:PR، 37:T، 18:RR، 97%:Sat2O و 142:FHR بوده، طبق گزارش ماما سابقه بیماری خاصی نداشته، NST با توکو انجام شده و جنین 5 حرکت واضح داشته و به اطلاع متخصص زنان رسانده شده و بیمار با حال خوب بیمارستان را ترک نموده است.

بیمارستان **C** :

در تاریخ 1/5/1401 ساعت AM 10:30 بیمار با شکایت از ضعف و بی حالی به بیمارستان C مراجعه نموده، طبق برگه تریاژ، سن بارداری 34 هفته و 5 روز و 70/110:BP، **160:PR**، 37:T، 19:RR و 145:FHR بوده، به سابقه آمبولی ریه و GDM (که با رژیم غذایی تحت کنترل بوده) و به سابقه تزریق خون در زایمان اول اشاره شده است. طبق گزارش ماما، بیمار ضعف و بی حالی، ادم اندام تحتانی، سردرد، تهوع استفراغ و تب نداشته، از حرکت جنین راضی بوده و در ارزیابی خطر ترومبوآمبولی، امتیاز 4 بوده است.

طبق گزارش متخصص زنان بیمار یک ماه قبل به مطب مراجعه نموده و مشکل نداشته، بیمار از 3 روز قبل دچار ضعف و بی حالی شده، یک روز قبل از بستری که ایشان مقیم نبوده اند، با پزشک تماس گرفته شده و ایشان به همراه بیمار توصیه نموده که به بیمارستان مجهز مراجعه نمایند، در زمان بستری بیمار بی قرار و ایکتریک بوده و دیسترس تنفسی و تب و لرز نداشته و شکم متسع و ادم (2+) بوده است.

**دستورات پزشک:**

- سرم 3/2 3/1 KVO

- Rapid Test کرونا

- درخواست ECG، مشاوره قلب و مشاوره عفونی

- درخواست آزمایش CBC، کبدی، کلیوی، انعقادی و D.dimer

- سونوگرافی حاملگی و NST

- آمپول هپارین 5000 واحد/ روزانه

- آمپول کفلین gr/Stat 2 سپس هر 6 ساعت

طبق سونوگرافی حاملگی، سن بارداری 34 هفته و 6 روز بوده و مایع آزاد به میزان فراوان در شکم و لگن دیده شده است.

طبق گزارش متخصص زنان در ساعت 15:45 جواب آزمایشات آماده شده و ایشان بر بالین بیمار حضور یافته و سولفات منیزیم gr/Stat 4 و 10 واحد FFP تجویز شده، متخصص داخلی پاسخ نداده و متخصص قلب مراجعه نکرده اند، جهت اعزام بیمار با مرکز فوق تخصصی استان تماس گرفته شده و نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

103🞩22:WBC، 75%:Neut.، 2/11:Hb، 35:Hct، 101000:Plt، 60:BS، 22:PT، 77:PTT، 2/2:INR، 80:AST، 59:ALT، 3298:ALP، 10:Bili(T)، 5/5:Bili(D)، 383:LDH، 4/1:Cr، (+)CRP، Neg.:Troponin، آزمایش Covid Rapid **منفی** بوده،  
 طبق U/A: پروتئینوری و گلیکوزوری (2+)، بیلی روبین اور

ی (+) و باکتریوری Rare بوده است.

در ساعت 16:30 سولفات منیزیم gr/Stat 4 و آمپول بتامتازون و از ساعت 17 تا 19:30، 10 واحد FFP تزریق شده است.

در ساعت 17:24، با گزارش 15:GCS، 70/120:BP، 88:PR، 37:T، 18:RR و با تشخیص کبد چرب بارداری و احتمال سیروز کبدی جهت اعزام با ستاد هدایت هماهنگی انجام شده است.

مرکز آموزشی درمانی استان:

بیمار در تاریخ **1/5/1401** ساعت 20:30 با برانکارد به علت بی حالی، ایکتر و اختلال در آنزیم های کبدی در مرکز آموزشی درمانی استان پذیرش گردیده است. در بدو ورود علائم حیاتی:BP:109/50 , RR:22 , PR:145 , T:37 و o2sat:99% بوده است. بلافاصله توسط رزیدنت زنان و در ساعت 21:45 توسط اتند زنان ویزیت شد. طبق شرح حال مامایی بیمار از 3 روز قبل دچار بی حالی و ضعف شده و طی بستری دچار ایکتر شده است. سابقه دیابت تحت درمان با رژیم داشته، در زایمان اول 8 سال پیش آتونی کرده و بعد از زایمان آمبولی کرده است. طبق آخرین سونوگرافی GA:32w,3d بوده است. به دلیل پلورال افیوژن و آزمایشات مختل مشاوره داخلی درخواست شد. طبق مشاوره داخلی بیمار در معاینه pale و ایکتریک بوده،JVP برجسته نبوده، اسکلرا ایکتریک و بیمار febrile نبوده است. بیمار تاکی کارد بوده و s1,s2 مسموع و در سمع ریه رال مختصر در قاعده ریه داشته، اندامها ادماتو +2 بوده، شکم تندرنس ندارد. طبق سونوگرافی مایع آزاد فراوان در حفره لگن رؤیت شده است. طبق تماس با اتند گوارش دستور انجام سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی و انجام Tap مایع آسیت و ارسال نمونه جهت کشت و اسمیر در صورت شک به Acute fatty liver of pregnancy احتیاط لازم ختم بارداری می باشد. طبق ویزیت سرویس زنان رزرو 10 واحد PC و 10 واحد FFP، سرم cc250/ 3/2 3/1 TDS، دریافت کورتون، سرم رینگرو Mgso4/gr1 و با 2 واحد پک سل و 6 واحد پلاکت یا 1 واحد پلاکت آفرزیس به اتاق عمل انتقال یابد. همچنین دستور تزریق لازیکس mg20 و فیبرینوژن gr2 داده شد. در حضور اتند زنان بیمار دچار خونریزی شد و بیمار در ساعت 22 جهت سزارین آماده و تحویل اتاق عمل گردید. بیمار در حال دریافت فیبرینوژن بوده و مقرر گردید خون و فراورده های خونی به اتاق عمل تحویل گردد. طبق ویزیت متخصص بیهوشی در اتاق عمل بیمار با ادم ریه واضح و با تنگی نفس و افت o2sat و کراکل وارد اتاق عمل شد. بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و نوزاد پسر با آپگار 10/7 و 10/9 با وزن 2350 گرم به دنیا آمد. مایع آمنیوتیک زرد رنگ و به نظر تیک مکونیوم بوده است. دو واحد پک سل در ریکاوری تزریق گردید. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

WBC:18300 , Hb:7.5, plt:75000 , Fib:117 , PT:18.5 , INR:1.51 , APTT:67 , ALT:46 , AST:60, BUN:5 , Cr:1.4 , LDH:581 , Ammonia:73 , K:3.8 , Na:136, FDP:28 , PH:7.28 , Pco2:46.6 , BE:-3.9 , HCO3:21.2

در تاریخ **2/5/1401** ساعت AM00:15 جهت بیمار CVC ژگولار سمت راست تعبیه شد. بیمار هماچوری داشته، طبق ویزیت متخصص بیهوشی در صورت مقاومت با میدازولام و مورفین sedate شود. طبق ویزیت زنان سرم سولفات h/gr1تا h24، سرم رینگر+ اکسی توسین u30/cc100 TDS و سفازولین طبق دستور دریافت کند. بیمار در ساعت AM3:30 اینتوبه به ICU تحویل داده شد. در ساعتAM10 به علت عدم افزایش فشارخون سرم cc500/NS stat و نوراپی نفرین min/5-10gtt شروع گردد. طبق دستور اتند زنان دستور تشکیل کمیسیون پزشکی صادر شد. طبق کمیسیون پزشکی پس از ارائه شرح حال بیمار طبق آزمایشات Cr:1.5 , AST:60 , ALT:46 بوده، سطح هوشیاری 6T3 بوده، مشاوره نورولوژی، گوارش، قلب، بررسی آمونیاک سرم و مشاوره با متخصص پیوند کبد، نفرولوژی، هماتولوژی انجام شود. آمپول پنتاپرازول BD/mg40 دریافت کند. طبق تماس با متخصص پیوند کبد در حال حاضرمیزان INR, LFT قابل قبول است و در صورت تشخیص قطعی Acute liver failure توسط سرویس گوارش جهت پیوند کبد اعزام گردد.

طبق مشاوره هماتولوژی جهت اصلاح اختلال انعقادی از FFP و FIB استفاده شود. طبق ویزیت رزیدنت داخلی نتیجه PBS : پلاکت aggrigate نداشت، giant پلاکت نداشت، در حد 100000 بوده، RBC در حد 5-4 بوده، شیستوسیت در حد mild بوده است. به اطلاع اتند هماتولوژی رسانده شده با توجه به ختم بارداری نیاز به اقدام اورژانسی ندارد. توصیه شده آمپول دگزامتازون BD/mg8 دریافت کند. ریپورت PBS: Polychromasia is seen-Moderate leukocytosis with granulocytic predominancy – Left shift up to metamyelocyte is seen – Mild thrombocytopenia is seen. Giant plt is seen.

طبق مشاوره نورولوژی بیمار در حال حاضر هوشیار و اورینت بوده، مردمک ها سایز نرمال و به نور Reactive بوده، ادم پاپی و علامت فوکال ندارد. با توجه به آزمایشات HELLP مطرح بوده، Brain MRI & MRJ انجام شود و در صورت بروز علائم جدید اطلاع داده شود.

طبق مشاوره بیهوشی BP:103/50 , RR:11 بوده، درن خونریزی فعال نداشته و بیمار کواگولوپاتی داشته که سزارین شده و حتما CV line مانومتری داشته باشد و HB>7 نگه داشته شود.

طبق مشاوره فوق تخصص قلب و عروق CXR نرمال بوده و فاکتورS و 8 چک شود. سرم تراپی بلامانع بوده است. طبق نظر ایشان از نظر قلبی مشکلی ندارد.

طبق مشاوره نفرولوژی میزان ادرار h6/cc300 بوده و در صورت امکان CV line تعبیه شده و داروهای روزانه با GFR بیمارAdjust شود.

طبق مشاوره گوارش بیمار از شب گذشته دفع نداشته است. در مرحله اول از نظر هلپ و DIC بررسی شود. دریافت 10 واحد کرایو در صورت تأیید سرویس هماتولوژی، شربت لاکتولوز و شیاف بیزاکودیل و آمپول ویتامین k stat/ mg10 طبق دستور دریافت کند.

در ساعت 19 طبق ویزیت سرویس زنان علائم حیاتی BP:90/50 ,PR:115 , RR:17 , T:36 و o2sat:95% داشته، از حرکات پیروی می کند ومیزان ادرار h6/cc400 و CVP:5 بوده است. 1 واحد PC ایزوگروپ دریافت کند. طبق ویزیت متخصص بیهوشی سرم lit1/NS + cc10 kcl 15% TDSو q12h/20% Alb و 3 ویال بی کربنات سدیم در مدت 60 دقیقه انفوزیون شود. در ساعت 23 BP:70/40, PR:114 بوده، طبق نظر متخصص بیهوشی سرم سولفات قطع شود و دریپ نوراپی نفرین برای بیمار شروع شود. با توجه به VBG (اسیدوز متابولیک) و احتمال End organ Failure بیمار از دریافت نوراپی نفرین سود برده، با اینکه ممکن است تاکی کاردی بدتر شود. طبق دستور اتند زنان انجام مشاوره گوارش جهت تعیین تکلیف بیمار برای انجام پیوند کبد پیگیری گردد. نتیجه نهایی ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

WBC:46100 , Hb:10.2 , HCT:29.7 , plt:91000 , PT:25.9 , APTT:43 , INR:2.24 , Fib:154.9, PH:7.258 , PCO2:37.9, BE:-9.7 , HCO3:16.4 , PO2:102.6 , D DIMER:4300 , AST:109 , ALT:30 , LDH:1158 , Ca:7.4 , Alb:2.5 , ALP:1371 , Na:138 , K:4.1 , Mg:5.7, Billi(D):3.7 , Billi(T): 9.7 , Uric acid:4.3,PCR:Neg

در تاریخ **3/5/1401** طبق ویزیت متخصص بیهوشی با توجه به Cr:1.8 و احتمال پیشرفت نارسایی کبد از نظر مایع تراپی و دریافت الکترولیت ها مشاوره نفرولوژی درخواست کردند. طبق مشاوره نفرولوژی CVP:8-12 حفظ شود، آزمایشات ایمونولوژی درخواست گردید. در صورت SBP<90 سرم لئوفد دریافت شود.

طبق مشاوره گوارش بررسی نورولوژی از نظر ادم مغزی با معاینه و بررسی MR روزانه/ در صورت لزوم EEG – چک روزانه VBG/ آمونیا ، انمای لاکتولوز، چک هاپتوگلوبولین و PCT دستور داده شد. طبق مشاوره عفونی مروپنم و لینزولاید طبق دستور شروع شد.

در ساعت 20 طی تماس با متخصص گوارش مقرر شد جهت هماهنگی اعزام با متخصص پیوند هماهنگ شده و ویزیت حضوری توسط ایشان انجام شود. نتیجه نهایی ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

ANCA C:1.5 , ANCA P:1.6 , C3:49 , Hbs-Ag:Neg , HCV:Neg , HIV: Non reactive , Anti-dsDNA:1.3 , GBM Ab:2 , CH50:35, WBC:46900, Hb:9.7 , plt:99000, UC:Klebsiella pneumonia, D Dimer:4186 , CRP:49 , PH:7.356 , PCO2:39.6 , BE:-3.2 , HCO3:21.5 ,

در تاریخ **4/5/1401** ساعت AM2 با پزشک مقیم مرکز فوق تخصصی پیوند کبد در خارج از استان تماس گرفته شده، ولی پاسخگو نبودند. طبق ویزیت سرویس زنان در ساعت AM6 BP:100/70 , PR:126 , RR:18 , T:36.5 بوده، بیمار انما شده ولی دفع نداشته، میزان ادرار h24/cc800 بوده بیمار ادم جنرالیزه داشته است. طبق تماس با متخصص گوارش جهت اعزام به دستور ایشان با متخصص پیوند کبد هماهنگی های لازم انجام شود. همچنین آمپول هپارین BD/U5000 و ادامه دستورات دارویی دستور داده شد. طبق ویزیت بیهوشی با فنتانیل sedate شده و طبق ویزیت اتند زنان بیمار اینتوبه، هوشیار بوده شکم مختصر distended بوده، معاینه واژینال انجام شده CMT منفی بوده، مجدداً مشاوره با متخصص پیوند کبد پیگیری شود. درن در شرایط استریل DC شد. طبق مشاوره گوارش از روز گذشته بیمار دفع نداشته، شربت لاکتولوز و کپسول ریفاکسمین تجویز گردیده و مقرر شد اعزام بیمار به مرکز فوق تخصصی پیوند کبد در خارج از استان پیگیری شود. طبق مشاوره بیهوشی انتقال بیمار در صورتی که در این اعزام برای بیمار نفع زیادی وجود داشته باشد، از نظر تنفسی اعزام با تیم ورزیده بلامانع است.

از ساعت 14 اعزام بیمار پیگیری شده، در ساعت 18 با پزشک ستاد هدایت جهت هماهنگی با پزشک پیوند تماس گرفته شد و مقرر شد مجدداً تماس گرفته شود. چیف رزیدنت شرایط بیمار را به اطلاع پزشک مرکز فوق تخصصی پیوند کبد در خارج از استان رساندند و مقرر شد مدارک بیمار ارسال گردد. تماس های گرفته شده به اطلاع سوپروایزر رسانده شد، مدارک ارسال گردید و مقرر شد به ستاد هدایت اطلاع رسانی گردد. ستاد هدایت نیز پیگیر اعزام بوده و مقرر شد پذیرش از بخش پیوند مرکز فوق تخصصی پیوند کبد در خارج از استان اخذ گردد. طی تماس ستاد هدایت با پزشک مرکز فوق تخصصی پیوند کبد در خارج از استان ، ایشان اظهار داشتند از مرکز فوق تخصصی دیگری پذیرش اخذ شده و ویزیت بیمار توسط فلوی پیوند در مرکز فوق تخصصی پیوند(2) انجام خواهد شد. پس از پیگیریهای انجام شده به دلیل عدم تخت خالی ICU در مرکز فوق تخصصی پیوند(2) و مرکز فوق تخصصی پیوند(1) پذیرش بیمار انجام نشد.

طبق سونوگرافی بوردر کبد نامنظم بوده که می تواند مطرح کننده سیروز کبدی باشد. قطر ورید پورت و CBD طبیعی بوده در بررسی کالر داپلر فلوی ورید پورت به صورت هپاتوپتال مشهود بوده است. کیسه صفرا کانترکته و دارای ضخامت جداری افزایش یافته با نمای layering می باشد.

نتیجه نهایی ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

WBC:30300 , Hb:8.6 , HCT:25.4 , BS:168 , BUN:19 , Cr:1.6 , Billi(T):7.4 , Billi(D):2.7 , Alb:2.8 , Ammonia:102 , APTT:40.7 , PT:30.7 , INR:2.73 , PH:7.237 , PCO2:51.2 , BE:-6.6 , HCO3:21.1 , PO2:76.3 , PO2sat:91.5 ,

در تاریخ **5/5/1401** طبق ویزیت سرویس زنان مشاوره هماتولوژی درخواست شد. اتند بیهوشی با توجه به افت BP و انفوزیون وازوپرسور اجازه انتقال بیمار به واحد سونوگرافی را نداده، در ویزیت اتند زنان، بیمار کاملاً لتارژیک بوده و با صدا زدن به سختی چشمها را باز می کرده است. GCS:5T3 بوده فشار خون با لئوفد تنظیم شده BP:108/51 , PR:116 و spo2:95% بوده است. کمیسیون پزشکی با حضور اساتید زنان، بیهوشی، فلو گوارش تشکیل شده و طبق نظر اساتید با توجه به تشخیص multi organ failure & Acute on chronic liver failure از نظر سرویس گوارش اعزام بیمار به مرکز پیوند کبد تحت شرایط ICU انجام شود.

طبق ویزیت سرویس زنان بیمار به سؤالات در حد تکان دادن سر پاسخ داده و به تحریکات دردناک پاسخ می دهد. در محل خروج درن leakage داشته است. جهت هماهنگی اعزام از صبح رزیدنت زنان چندین بار با MCMC شیراز تماس گرفتند و پس از انتظار طولانی امکان صحبت با متخصص زنان یا فلوی زنان را نداشتند. طبق مشاوره گوارش 10 واحد کرایو، ویتامین K mg10 روزانه و انجام مشاوره فارماکولوژی دستور داده شد. بیمار source خونریزی نداشته و سیر آزمایشات نزولی بوده. طبق مشاوره هماتولوژی نیاز به اقدام اورژانسی ندارد. Fib:91 , INR:2.73 , Hb:8.6 , plt:72000 , Cr:1.6

طبق مشاوره نفرولوژی بیمار ادم داشته، داروها با GFR بیمار adjust شود و آمپول لووفلوکساین دریافت کند.

در ساعت 23:15 طبق ویزیت دستیار داخلی بیمار گاواژ شده، poor obey بوده، طبق تماس فلو گوارش با مرکز فوق تخصصی پیوند(2) توصیه گردید رزیدنت زنان با مرکز فوق تخصصی پیوند(1) جهت پذیرش هماهنگ شود (عدم پذیرش از مرکز فوق تخصصی پیوند(2)). طبق تماس رزیدنت زنان با رزیدنت جراحی جهت مشاوره با متخصص پیوند کبد ایشان مرخصی بودند، به دستور رزیدنت جراحی از لحاظ جراحی اقدامی نیاز نداشته و جهت رزرو پیوند کبد از طریق سرویس زنان اقدام شود. در ساعت20:52 ستاد درخواست تلکنفرانس با اتند زنان داشتند.

در ساعت MN12 طبق تماس تلفنی اتند زنان و تلاشهای فراوان سوپروایزر با دستیار زنان تماس گرفتند، مقرر شد مدارک بیمار برای رابطین پیوند کبد ارسال گردد. طبق تماس با مدیر مرکز فوق تخصصی پیوند(1) در حال حاضر کبد برای پیوند وجود نداشته و به محض پیدا شدن کبد و خالی شدن تخت ICU هماهنگی از طریق ستاد هدایت انجام خواهد شد. بیمار در حال دریافت دریپ لئوفد بوده و میزان ادرار h/cc40 بوده است. طبق سونوگرافی اکوی پارانشیمال کبد مختصر کاهش یافته و همراه با افزایش اکوی periportal می باشد. علائم تغییرات سیروتیک از جمله اکوی پارانشیمال Coarse و هتروژن و حدود ندولار و نامنظم رؤیت نگردید. مجموع شواهد می تواند ناشی از تغییرات التهابی زمینه ای باشد. مایع آسیت به میزان متوسط در حفره شکم رؤیت شد.

نتیجه نهایی ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

PH:7.390 , pco2:37.3 , HCO3:21.9 ,BE:-2.2 , Po2:100 , Po2sat:97.5 , Hb:7 , Mg:3.1 , Ammonia:85 , BS:135 , BUN:17 , Cr:1.5 , Anti LKM&It:3 , ANA:23

در تاریخ **6/5/1401** طی تماس رزیدنت زنان با رزیدنت داخلی و اطلاع Hb بیمار با توجه به عدم افت Hb و Hb>7 نیاز به دریافت PC نمی باشد. در ساعت AM7 طبق ویزیت سرویس زنان دستورات دارویی ادامه داشته و طی تماس رزیدنت زنان با مرکز فوق تخصصی پیوند(2) می بایست PCR، وایرال مارکرها، مشاوره ریه، قلب، سونوگرافی داپلر IVC و پورت انجام شود. طبق مشاوره ریه کشت و اسمیر از ترشحات لوله تراشه انجام شده و انفوزیون لووفلوکساسین mg750 روزانه و انجام MDCT دستور داده شد و با توجه به دریافت لئوفد اعزام با قبول ریسک بالا خواهد بود. طبق مشاوره قلب از نظر قلبی Mod risk بوده است. طبق ویزیت بیهوشی انتقال جهت سونوگرافی بلامانع بوده است. طبق سونوگرافی کیسه صفرا علیرغم fasting، سمی کنتراکته و با جدار اکوژن و ادماتو مشاهده شد. در بررسی داپلر فلوی عروقی ورید پورت کاهش یافته و در حد CM/S 9 رؤیت شد.

در ساعت 14:30 طی تماس سوپروایزر مرکز فوق تخصصی پیوند(1) با رزیدنت زنان پذیرش بیمار را اعلام کردند. به ستاد هدایت   
اطلاع رسانی شد و طبق نظر متخصص بیهوشی با توجه به دریافت لئوفد اعزام با بالگرد انجام شود. بیمار اکستوب شده و میزان spo2:100% با ماسک ساده بوده است. در ساعت 16 طبق ویزیت بیهوشی با توجه به پذیرش بیمار جهت انجام پیوند کبد و اورژانسی بودن مورد و رضایت آگاهانه همراهان اعزام بیمار با تیم احیا و پزشک و آمبولانس مجهز بلامانع بوده و نهایتاً اعزام بیمار در ساعت 17:52 تأیید گردید.

**خلاصه گزارش بیمار در مرکز فوق تخصصی پیوند(1):**

بیمار در تاریخ **7/5/1401** ساعت AM2:30 در مرکز فوق تخصصی پیوند(1) پذیرش شده، بیمار با GCS:13 تحویل گرفته شده، در بدو ورود BP:190/164 داشته، به دلیل فشار خون بالا طبق دستور متخصص داخلی سرم لئوفد شروع شد. طبق اکوکاردیوگرافی انجام شده EF:60% بوده است. طبق مشاوره گوارش نیاز به پیوند کبد نمی باشد. بیمار گاهی سرفه داشته، CXR و CT ریه به نفع کووید بوده ولی تست PCR:Neg بوده است. 8 بگ plt و 2 ویال آلبومین تزریق گردید.

در تاریخ **8/5/1401** بر اساس نتیجه آزمایشات و علائم بیمار، تشخیص sepsis&DIC مطرح بوده و پس از درمان sepsis با آنتی بیوتیک های وسیع االطیف پیوند کبد انجام خواهد شد. در سونوگرافی شکم tap مایع انجام شد نتیجه کشت به نفع پریتونیت عفونی بوده است. در ساعت 23:50 اینتوبه شد.

در تاریخ **9/5/1401** بیمار اینتوبه با GCS:2 مردمک ها فیکس بوده است. طبق مشاوره هماتولوژی در لام شیستوسیت نداشته و D-DIMER پایین بوده است. علائم بیمار مؤید DIC به دنبال سپسیس بوده است. طبق نظر نورولوژی کاهش سطح هوشیاری بیمار منشأ نورولوژی نداشته و به دلیل شوک عفونی، سپسیس و افت BP بوده است. طبق نظر متخصص عفونی DIC احتمالاً به دلیل مشکل کبدی بوده و کمتر زمینه سپسیس مطرح است. ساعت 15:50 بیمار برادیکارد شده عملیات احیا انجام شده که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و در ساعت 18:05 فوت بیمار اعلام می گردد.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نقص مداخله** | **مداخله** | **فعالیت** |
| **بارداری:**  - در مراقبت پیش از بارداری با توجه به نمایه توده بدنی مادر (در محدوده اضافه وزن) به کارشناس تغذیه ارجاع نگردیده است. | **ارتقاء خدمات مراقبتی مادران** | **مکاتبه با کلیه واحدهای بهداشتی در خصوص:**  - تاکید بر ارائه خدمات مراقبتی مادران باردار مطابق با بوکلت راهنمای مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران |
| - در شرح حال اخذ شده از مادر توسط پزشک، ماما و بهورز (با توجه به اطلاع بهورز از سوابق قبلی مادر) به سابقه آمبولی ریه در اولین بارداری مادر اشاره نشده است. | - دقت در معاینه فیزیکی و اخذ شرح حال کامل از خدمت گیرنده توسط کلیه متولیان ارائه خدمت به مادران باردار و تاکید بر ضرورت ارائه هرگونه سوابق طبی و مامایی توسط مراجع |
| - مراقبت "ارزیابی خطر ترومبوآمبولی" در این بارداری برای مادر انجام نشده است. | - تاکید بر ارائه خدمات مراقبتی مادران باردار مطابق با بوکلت راهنمای مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و همچنین نامه شماره 12812/6/د مورخ 23/12/97 با عنوان "نحوه ثبت غربالگری ترومبوآمبولی در بارداری" |
| - در بررسی واکسیناسیون مادر، فاصله تا زمان زایمان به درستی علامت گذاری نشده است. | - دقت در ثبت اطلاعات صحیح در پرونده الکترونیک |
| - عدم همکاری و توجه مادر در خصوص دریافت مراقبت ها از خانه بهداشت و مراجعه به سطوح تخصصی با توجه به شرایط مادر، به کارشناس رابط سلامت مادران حوزه بهداشت (کارشناس برنامه سلامت مادران در ستاد شهرستان) اعلام نگردیده است. | - تاکید بر اجرای دستورعمل 25 استانی در خصوص پیگیری مادران باردار |
| - با توجه به انتقال موقت مادر به شهرستان محل سکونت خانواده پدری، ثبت اطلاعات مادر باردار در سامانه نقل مکان صورت نگرفته است. | - اجرای مکاتبه استانی شماره 240/6/د مورخ 22/1/1401 در خصوص اعلام و ثبت اطلاعات مادران در سامانه اعلام نقل مکان |