

بسمه تعالی

متوفی خانم ۲۷ ساله (متولد ۱۳۷۵/۱۰/۰۲)، G1P1L1 ساکن شهر با تحصیلات مهندسی متالوژی و مواد و خانه دار، همسرشان ۲۸ ساله دارای تحصیلات مهندسی مکانیک و شغل کارمند (مهندس صنایع دفاع) می باشد. مادر در تاریخ ۱۳/۱۰/۱۴۰۲، ۲۱ روز بعد از زایمان به روش سزارین در بیمارستان A شهرستان فوت نموده، زایمان در تاریخ ۲۲/۰۹/۱۴۰۲ در سن بارداری ۳۵ هفته و ۴ روز صورت گرفته که منجر به تولد نوزاد زنده گردیده است. طبق اظهار مادر متوفی در جریان پرسشگری، نامبرده ۱/۵ سال قبل (آبان ۱۴۰۰) ازدواج نموده است.

مراقبت پیش از بارداری

مادر جهت مراقبت پیش از بارداری مراجعه نداشته است.

مراقبت بارداری

مراقبت بارداری در مطب متخصص زنان بخش خصوصی انجام شده و ۲ نوبت مراجعه به واحد بهداشتی داشته است. شرح مراقبت ها در مطب متخصص زنان به صورت زیر بوده است:

توضیحات	FH	وزن (Kg)	BP	سن بارداری	تاریخ
LMP:1402/1/19 – EDC:1402/10/23 Sono 24/3: 10w , FHR:OK	ok	۶۰	۱۱۰/۸۰	۹ هفته و ۳ روز	۱۴۰۲/۳/۲۳
Sono 6/4/: 11w,6d- FHR:OK- Placenta:Ant AF:OK- NT:1.2					۱۴۰۲/۴/۶
	ok	۶۰/۵	۸۵/۷۰	۱۲ هفته و ۶ روز	۱۴۰۲/۴/۱۳
Lab:Hb:14.1 , PLT:226000, MCH:30 , MCV:9.3 , FBS:91 , BUN:3.7 , Cr:0.51 , TSH:0.994 , BGRH:O+					۱۴۰۲/۴/۱۹
Sono16/5/:17w,6d-FHR:ok- AF:ok					۱۴۰۲/۵/۱۶
	ok	۶۱/۵	۹۰ /۵۰	۱۸ هفته	۱۴۰۲/۵/۱۸
	ok	۶۴	۸۰ /۶۰	۲۲ هفته	۱۴۰۲/۶/۱۴
Lab:Hb:13.6 , PLT:221000, MCH:30.8 , TSH:1.4,FBS:100 ,GTT 1 :152,GTT 2 :145, GTT 3 :143					۱۴۰۲/۷/۵
	ok	۶۵	۱۰۰/۷۰	۲۸ هفته و ۲ روز	۱۴۰۲/۷/۱۹
sono 28/8/:31w,3d – FHR:ok – AF:ok- wt:1580					۱۴۰۲/۸/۲۸
Lab 5/9/:U:V24h:960 – U:P 24h:224.6 - U:Cr:889.2	ok	۷۰	۱۳۰/۸۰	۳۳ هفته و ۳ روز	۱۴۰۲/۹/۴

در **واحد بهداشتی** مادر در تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۵ در سن بارداری ۳۳ هفته و ۱ روز با تست بتا مثبت جهت تشکیل پرونده بارداری به پایگاه بهداشتی مراجعه نموده، (بنا به پرسشگری انجام شده پیرو ارجاع از مطب متخصص زنان و جهت کنترل فشارخون مادر) در این مراجعه توسط ماما ثبت بارداری انجام و مراقبت های مربوطه به ایشان ارائه شده است. LMP مادر ۱۹/۱۰/۱۴۰۲ و حاملگی برنامه ریزی شده ثبت گردیده، اما در کارت مراقبتی بخش خصوصی (بارداری ناخواسته) ثبت شده است. ۱۵۶cm : قد، ۶۷ kg : وزن قبل از بارداری و BMI ۲۷,۵۳ (اضافه وزن)، محاسبه گردیده است.

به طور کلی مادر در واحد بهداشتی طی بارداری ۱ بار توسط پزشک ویزیت و ۲ بار توسط ماما مراقبت گردیده و این مراقبت ها به شرح ذیل بوده است.

نتیجه ارزیابی	وزن kg	BP mmHg	G.A	نوع مراقبت	تاریخ
P.R: 77 R.R: 17 T: 36.7 F.H.R: 142 F.H:33 w در شرح حال اخذ شده توسط پزشک و ماما مادر فاقد مشکل بوده، مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده و واکسیناسیون توام مادر کامل بوده است. در ارزیابی تغذیه، BMI قبل از بارداری اضافه وزن، روند وزنگیری و مصرف گروه های غذایی نامطلوب بوده که ارجاع به پزشک جهت اقدامات مربوطه (ارجاع به کارشناس تغذیه) صورت گرفته است، که ارجاع به کارشناس تغذیه توسط پزشک انجام نشده است. پیگیری مجدد جهت ارجاع به کارشناس تغذیه صورت نگرفته است.	76	120/85	33w,1d	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری (پزشک و ماما) مراقبت چهارم بارداری (هفته ۳۱ تا ۳۴) و غربالگری تغذیه مادر باردار (ماما)	۱۴۰۲/۰۹/۰۵
U/A: Apperance : Semi clear, Protein: , GTT3hr: 143 و GTT2hr: 145 ,GTT1hr: 152 ,FBS: 100 Trace, WBC: 20-25, Epithelial cells: 10-12, Bacteria: Few, U/C: Colony count: 6000 با توجه به نتایج آزمایشات نوبت دوم، مادر نیازمند ارجاع غیر فوری به متخصص زنان بوده که بنا به اظهارات مادر آزمایشات توسط ایشان رویت و رعایت رژیم غذایی به مادر توصیه شده است.					۱۴۰۲/۰۹/۰۷
P.R: 78 R.R: 18 T: 36.7 F.H.R:OK F.H:35w مراقبت های روتین انجام شده، مورد غیرطبیعی براساس سامانه سیب گزارش نگردیده است. نتیجه ارزیابی غربالگری کاردیومیوپاتی کم خطر بوده است. بنا به گفته ماما در هنگام پرسشگری، در مراقبت اول مورخ (۱۴۰۲/۰۹/۰۵) وزن مادر ۷۰ بوده که اشتباها ۷۶ ثبت شده است.	72	130/80	35w,2d	مراقبت پنجم بارداری (۳۵ تا ۳۷ هفته) و غربالگری کاردیومیوپاتی (ماما)	۱۴۰۲/۰۹/۲۰
در تاریخ های ۱۴۰۲/۰۹/۰۵ و ۱۴۰۲/۰۹/۲۰ ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده است.					

شرح سونوگرافی های انجام شده در زمان بارداری

تاریخ انجام	G.A براساس LMP	G.A براساس SONO	سایر توضیحات
1402/08/28	32w.1d	31w.3d	F.Activity:ok FHR:ok Placenta: Anterior A.F:NL

نتایج آزمایش های انجام شده در زمان بارداری

CBC	Hb:	14.1	FBS:	91	U/A :	NL	نتایج آزمایشات ۱۰-۶ هفته
	Hct:	41.3	TSH:	0.99	U/C:	Neg	
	MCV:	87.9	BUN:	3.7	HIV.Ab:	Neg	
	MCH:	30	Cr:	0.51	HBS(Ag):	Neg	
	MCHC:	34.1	BG&RH:	O+			
	Plt:	226.000	VDRL:	Neg			

CBC	Hb:	13.6	Plt:	221000	RH:	مادر +	نتایج آزمایشات ۲۴-۳۰ هفته
	Hct:	40.8	FBS:	100	U/A :	Positive	
	MCV:	92.3	GTT 1hr:	152	U/C:	Positive	
	MCH:	30.8	GTT 2hr:	145			
	MCHC:	33.3	GTT3hr:	143			

بیمارستان A شهرستان:

مادر در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۲ ساعت ۸:۳۲AM با ویلچر و با شکایت از ۴ بار vomiting در همان روز صبح به اورژانس بیمارستان A شهرستان مراجعه کرده است. علائم حیاتی بدو ورود به صورت: T:37.4 , RR:20 , PR:90 , BP:170/90 و o2sat:95% و BS:177 بوده است. سطح تریاژ ۲ تعیین شده است. طبق ویزیت متخصص طب اورژانس بیمار به دلیل درد شکمی و افزایش BP مراجعه کرده است. در معاینه فیزیکی بیمار هوشیار و بیدار بوده و درد شکمی مختصر داشته است. طبق دستور ایشان در ساعت ۸:۳۵AM سرم نرمال سالین ۵۰۰cc/TDS، آمپول سولفات منیزیم ۲gr، ویزیت سرویس زنان، ارسال آزمایشات لازم و دریافت اکسیژن نازال ۴-۵ lit/min، PO و HM، آمپول میدازولام، انجام ECG دستور داده شد. طبق ویزیت متخصص زنان بیمار سردرد و درد اپیگاستر داشته است. طبق دستور متخصص زنان در ساعت ۸:۴۰AM آمپول لابتالول ۱۰mg/stat و سولفات منیزیم ۴gr/stat و سپس ادامه به صورت ۲gr/h و انجام مشاوره قلب اورژانس و اکوکاردیوگرافی و سپس تحت نظر در زایشگاه دستور داده شد. در ساعت ۹AM پس از دریافت لابتالول BP:190/110 بوده و طبق مشاوره قلب درپ TNG با سرعت ۵ قطره در دقیقه شروع شد. طبق اکوکاردیوگرافی EF:55% بوده و بقیه موارد نرمال گزارش گردید. ۴gr mgso4 دریافت کرد و طبق گزارش پرستاری بیمار در ساعت ۹:۴۵AM به زایشگاه منتقل شد.

طبق فرم تریاژ مامایی در زمان تحویل درپ TNG در جریان بوده و علائم حیاتی به صورت BP:170/100 , PR:57, RR:18 و T:37 و FHR:108 بوده است. مادر هوشیار و گیج بوده، درد معده داشته، ولی سردرد و تاری دید نداشته است. مادر مانیتورینگ شده جهت سزارین اورژانس آماده شده، میزان out put:200cc بوده است. سرم سولفات به صورت ۲gr/h شروع به انفوزیون شد. قبل از انتقال مادر از تخت به برانکارد جهت انتقال به اتاق عمل دچار تشنج شد. کد احیا فراخوان شد. air way گذاشته شد. در ساعت ۱۰:۰۵ مجدداً دچار تشنج شد. به دستور پزشک معالج مقرر شد، مشاوره قلب و نورولوژی و بیهوشی قبل از انتقال به اتاق عمل انجام شود و آمپول دیازپام stat تزریق گردد. به دستور متخصص نورولوژی ختم اورژانسی حاملگی انجام شود. طبق مشاوره قلب در ساعت ۱۰:۲۰ مادر برادیکارد و سیانوز بوده، دستور ادامه لابتالول ۱mg/min و انفوزیون سرم سولفات داده شد.

NST انجام شد، جنین برادیکارد 96:FHR بود. طبق مشاوره بیهوشی در ساعت 10:25AM مادر خواب آلود بوده، با تحریک لاله گوش بیدار و نام خود را به زبان آورد. در معاینه ضعف و بی حالی دارد. قادر به حرکت دست و پا می باشد. تنفس خودبخودی بوده و سمع ریه دو طرف قرینه است. اکسیژن با ماسک دریافت می کند. بیمار سیانوز نبوده و با اکسیژن با ماسک پرتابل به اتاق عمل انتقال یافت. در ساعت 10:30AM به اتاق عمل انتقال یافت. طبق گزارش متخصص بیهوشی بیمار با کاهش هوشیاری شدید و تشنج و سیانوز به اتاق عمل منتقل گردید. بلافاصله بیمار توسط متخصص بیهوشی اینتوبه شد. در ساعت 10:45AM عمل جراحی شروع شد، بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفت. حاصل سزارین نوزاد پسر با آپگار 3/10، 7/10 و با وزن 1710 گرم به دنیا آمد. نوزاد IUGR بوده، جفت بسیار کوچک و بندناف باریک و بدون مایع آمنیون بوده است. در حین عمل فشار خون BP:160/72 بوده، لابتالول تزریق شد. نتیجه ارسال آزمایشات اولیه به شرح زیر بوده است:

WBC:12900 , Hb:16.6 , PLT:178000 , Cr:0.85 , Na:143 , K:3.9 , AST:429 , ALT:285 , ALP:280 , BS:150 , BUN:8.2 ,

پس از عمل در ساعت 11:30 به علت خونریزی واژینال و دفع لخته مجدداً سرم سنتو و 1000 میکروگرم میزوپروستول به صورت رکتال دریافت کرد. به دستور متخصص زنان پس از عمل سزارین سولفات منیزیم 2gr/h ادامه یابد. به علت ادامه خونریزی و دفع clot در ساعت 12 با دو عدد سوند فولی، رحم پک شد تا ساعت 12:30، 250CC خون در بگ جمع شد. از محل انسزیون خونریزی داشته که پانسمان فشاری گذاشته شد. طبق گزارش متخصص بیهوشی در ساعت 13 بیمار کاملاً pale بوده، تنفس خودبخودی داشته، نبضها ضعیف و فیلی فرم و تاکی کارد بوده، cvc line گذاشته شد. به علت اسیدوز متابولیک 2 ویال بی کربنات تزریق شد. تا این لحظه بیمار 3 لیتر سرم نرمال سالین و یک لیتر رینگر دریافت کرده بود. با توجه به نیاز به تزریق خون شالون گذاشته شد. یک واحد خون بدون کراس مچ درخواست و تزریق شد. در چک مجدد ABG اسیدوز شدید تر شده و مجدداً دو ویال بی کربنات تزریق گردید. نتیجه آزمایشات در ساعت 13:24 به صورت: Hb:6.9 , HCT:22.2 , PLT:80000 , PT:70 , PTT:118 , INR:6.93 گزارش گردید. طبق مشاوره داخلی در ساعت 13:30 از محل انسزیون سزارین خونریزی دارد. علائم حیاتی به صورت: BP:110-140/100 متغیر بوده و PR:120,T:37 بوده، بیمار pale بوده، دستور تزریق 2 واحد FFP/q8h و 4 واحد پک سل ایزوگروپ و سرم NS 1lit/q8h، تزریق مروپنم و وانکومايسين، آمپول ترانگزامیک اسید TDS و ارسال آزمایشات لازم داده شد. با توجه به ادامه خونریزی از محل انسزیون پس از مشاوره با استاد معین و انجام سونوگرافی شکم و لگن که احتمال خونریزی داخل شکم مطرح بوده با همکاری متخصص زنان دوم تصمیم به باز کردن مجدد شکم گرفته می شود. طبق سونوگرافی شکم و لگن مایع آزاد به میزان متوسط در فضاهای مورپسون و لگن مشاهده شد. مایع آزاد به میزان فراوان در فضاهای اسپلنورنال و ساب فرنیک چپ دیده شد. طبق گزارش کارشناس اتاق عمل در ساعت 14 حدود 400CC خون در بگ سوند متصل به رحم بوده و بگ ادراری خالی بوده است. طبق شرح عمل پس از باز کردن شکم حدود 200CC خون در شکم بوده که ساکشن شده و به علت آتونی رحم B-lynch انجام شد. 20 واحد سنتوسینون داخل رحم تزریق شده و یک عدد گلوکونات کلسیم و لایکس در سرم نرمال سالین دریافت کرد. آمپول ترانگزامیک اسید تزریق شد. 4 واحد پک سل و 4 واحد FFP انفوزیون شد. نتیجه تستهای انعقادی در ساعت 14:50 به صورت: PT:27.8 , PTT>120 , INR:2.45 گزارش گردید.

متخصص جراح در اتاق عمل حضور یافتند و با توجه به آتونی بودن رحم و ادامه خونریزی هیستریکتومی اورژانسی انجام شد. بگ ادراری و سوند فولی چک شد که حجم ادرار 200CC و هماچوری بوده است. با توجه به ادامه خونریزی از جدار با وجود خونگیری

و طولانی شدن BT شکم پک و بسته شد. درن پن رز تعبیه شد. با توجه به کاهش پلاکت و احتمال DIC و آنوریک بودن بیمار درخواست ۱۵ واحد پلاکت و تزریق فاکتور ۷ و کرایو داده شد. نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۱۵:۲۸ به شرح زیر بوده است:
ESR:2 , WBC:14700 , Hb:6.9 , HCT:24.1 , PLT:70000

طبق گزارش متخصص و کارشناس بیهوشی پس از عمل در ساعت ۱۵:۴۵ بیمار دچار تاکی کاردی و VT شده، CPR انجام شده، دو مرتبه شوک داده شده، آدرنالین تزریق شده و مجدداً ۴ کیسه پک سل و FFP، ۷ واحد کرایو و ۴ واحد پلاکت درخواست شد. بیمار پس از احیا به صورت اینتوبه در حالی که فشار خون detect نمی شد به ریکاوری تحویل داده شد. طبق ویزیت متخصص بیهوشی در ساعت ۱۶ بیمار آنوریک بوده، مردمکها میوتیک و VBG کاملاً مختل و اسیدوز متابولیک بوده است. از ساعت ۱۳:۳۰ تا ۱۶، ۷ واحد پک سل و ۵ واحد FFP دریافت کرد. مجدداً ۸ واحد پک سل، ۸ واحد FFP و ۸ واحد پلاکت و انفوزیون آمپول نوراپی نفرین ۱۰ggt/min (SBP>90) درخواست گردید. در ساعت ۱۶ طبق دستور متخصص زنان آمپول مروپنم ۱gr/TDS، وانکومایسین ۱gr/BD، مشاوره داخلی، نورولوژی، قلب، هماتولوژی انجام شود. طبق مشاوره قلب در ساعت ۱۶ فشار خون detect نبوده و سرم لئوفد ۲-۴ و ۴ لیتر سرم NS دریافت کند. آمپول نوراپی نفرین ۱۰mgr/kg و ارسال آزمایشات لازم طبق تماس با متخصص هماتولوژی ادامه دریافت فرآورده های خونی ۴ واحد پک سل، ۴ واحد FFP، ۱۰ واحد پلاکت و سرم نرمال سالین ۱۰۰۰cc/stat و فرآورده های خونی تا زمانیکه Hb به ۱۰ برسد، ادامه یابد. بیمار با BP:150/90 , PR:90 و spo2:100% به ICU انتقال یافت. نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۱۶ به شرح زیر می باشد: BS:491 , AST:619 , ALT:188
Cr:1, BUN:10

در ساعت ۱۷ PH:7.24 بوده، به متخصص بیهوشی اطلاع رسانی شد. دستور CXR پرتابل داده شد. نتیجه آزمایشات در ساعت ۱۷:۱۱ به صورت: PT:16.7 , PTT:61 , INR:1.38 , Hb:12 , HCT:36.7 , PLT:87000 به صورت: PH:7.24 بوده، به متخصص بیهوشی اطلاع رسانی شد. دستور CXR پرتابل داده شد. نتیجه آزمایشات در ساعت ۱۸:۳۰ به علت کاهش o2sat توسط متخصص داخلی ویزیت شد. طبق ویزیت داخلی بیمار هوشیار نبوده، مردمک ها میدریاز و spo2:70% بوده، ادرار خونی ۱۵۰cc و طبق CXR تشخیص ARDS و ادم حاد ریه و آلونلار هموراژیک مطرح بوده است. آمپول لازیکس ۲-۵mg In/h و سرم ۵۰۰cc/TDS NS و آمپول هیدروکورتیزون ۲۰۰mg/stat دستور داده شد. در ساعت ۱۷:۳۰ طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار دچار VT شد، مجدداً CPR شد و ۳ مرتبه شوک داده شد. ماساژ قلبی داده شد، ریتم قلب سینوسی شد. نبض کاروتید ملموس بوده و مجدداً تحت ونتیلاتور قرار گرفت. طبق مشاوره قلب و انجام اکوکاردیوگرافی severe LV systolic dysfunction & diastolic dysfunction و EF:20% گزارش گردید. در ساعت ۱۹ طبق مشاوره هماتولوژی بیمار کیس DIC بوده، ۱۰ کیسه PC، ۸ واحد FFP، ۷ واحد کرایو و یک عدد فاکتور ۷ دریافت کرده است. از محل جراحی خونریزی دارد. طبق مشاوره نورولوژی بیمار در Deep coma بوده، مردمکها میدریاز دو طرفه و پاسخ مناسبی به نور نداشته، علائم دال بر severe Encephalopathy بوده و توصیه به هیپوترمی و Brain CT شده است. در ساعت ۲۰ انفوزیون سرم سولفات شروع شده و علائم حیاتی به صورت: RR:12 , PR:130 , BP:155/110 با تزریق لئوفد بوده است. در ساعت ۲۰:۵۰ توسط متخصص زنان ویزیت شده به علت دیستانسیون شکم و خونریزی از محل انسزیون مشاوره جراحی درخواست شد. مقرر شد سرم سولفات ادامه یابد و پیگیری تزریق فاکتور ۷ نیز انجام شود. طبق ویزیت متخصص بیهوشی در ساعت ۲۲ PH:7.14 , PCO2:44 , HCO3:15 , BE:-14 بوده، مردمک ها میدریاز فیکس بوده و نبض اندامها به طور ضعیف

ملموس بوده است. output:100-150cc و خونی بوده و بیمار در حال دریافت پک سل بوده است. طبق دستور متخصص زنان ۲ واحد پک سل، ۲ واحد FFP و ادامه PLT تا صبح دریافت کند.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۳ طبق ویزیت متخصص بیهوشی در ساعت ۰۵:۰۰ AM بیمار اینتوبه و تحت ونتیلاتور بوده، هوشیار و بیدار نبوده است. طبق ABG: PH:7.2 , PCO2:36 , HCO3:15 , FIO2:100% میزان spo2:96% و HR:140 بوده است. در ساعت ۳:۳۰ AM بیمار افت o2sat داشته، سمع ریه کراکل داشته است. طبق گزارش متخصص بیهوشی در ساعت ۸:۱۰ AM بیمار هوشیار و بیدار نبوده، مردمکها میدریاز فیکس و out put ادراری ۱۰۰ cc و هماچوری بوده، تاکی کارد بوده و طبق ABG همچنان اسیدوز متابولیک است. توسط متخصص زنان ویزیت شده T:36.5 , PR:152 , BP:105/70 و out put:50cc و ترشحات درن خونی و از انسزیون خونریزی داشته است. طبق مشاوره داخلی بیمار خونریزی واژینال داشته و میزان ادرار کاهش یافته و احتمال همولیز مطرح می باشد. سرم NS ۱lit /TDS دستور داده شد. نتیجه آزمایشات به اطلاع متخصص هماتولوژی رسانده شد، به دستور ایشان NS ۲۰ mg/۱۰۰۰ cc Amp vit k ، ۱۰ واحد پک سل، ۲/TDS واحد FFP، ۱۰ واحد کرایو دستور داده شد. CVP بین ۵ تا ۱۰ حفظ شود و فاکتور ۷ q3h تزریق گردد. طبق مشاوره داخلی در ساعت ۲۲ بیمار کیس severe hypoxic encephalopathy& DIC & AKI می باشد. بیمار تا کنون ۱۷ واحد پک سل، ۱۸ واحد FFP، ۱۷ واحد کرایو و ۲۱ واحد پلاکت و ۳ واحد فاکتور ۷ دریافت کرده است. دستور تزریق آمپول هیدروکورتیزون ۵۰ mg/QID و سرم NS ۲۵۰ cc/q6h + output ۶ ساعت قبل دستور داده شد. در ساعت ۱۳ طبق مشاوره بیهوشی جهت انجام CT scan و تشکیل کمیسیون پزشکی درخواست شد. در ساعت ۲۰:۳۰ FDP>50 بوده، Hb:11.3 و PLT:45000 بوده و به متخصص داخلی اطلاع رسانی شده است. در ساعت ۲۳:۳۰ بیمار یک نوبت تشنج داشته است.

نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است: Fbs:138 , Cr:1.5 , LDH:2956 , BUN:21 , WBC:9600 , Hb:12.9 , HCT:38.8 , PLT:53000 و نتیجه تستهای انعقادی در ساعت ۲۱: PT:12.6 , PTT:42 , INR:1.01 گزارش گردید.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۴ ساعت ۱:۰۵ AM طی تماس تلفنی با متخصص زنان مبنی بر انجام دیالیز و دستورات آنکال داخلی فرمودند دستورات اجرا گردد و درخواست مشاوره جراحی جهت تعبیه cvc line شد. بیمار در حال دریافت درپ لئوفد بوده، در ساعت ۸ AM طبق ویزیت متخصص زنان GCS:2T و علائم حیاتی به صورت T:37.5 , PR:117 , BP:110/60 و o2sat:76% و بیمار در حال انجام دیالیز بوده است. (Cr:2.83) محل انسزیون خونریزی نداشته و ترشحات درن ۱۵۰ cc و ترشحات خونی بوده است. جهت انجام کمیسیون پزشکی هماهنگی های لازم انجام شد. جفت و بندناف نوزاد جهت بررسی پاتولوژی ارسال گردید. ادامه سرم تراپی تحت نظر سرویس داخلی و ادامه سولفات منیزیم و دیازپام SB دستور داده شد. طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار اسیدوز متابولیک و تحت انفوزیون نوراپی نفرین بوده، همودینامیک مختل بوده و ادم جنرالیزه، مردمکها fixed dilated بوده است. طبق کمیسیون پزشکی انجام Brain CT در اولین فرصت، سرم ۵۰۰ cc/BD ۱/۳ ۲/۳ انجام آزمایشات آنتی کاردیولیپین، فاکتور ۵ لیدین و آزمایشات آنتی فسفو لیپید و تزریق فراورده های خونی و FFP و PLT و فاکتور ۷ طبق دستور ادامه یابد. طبق مشاوره نورو سرژی با توجه به ریپورت B.CT بیمار Clinical Brain death بوده و اندیکاسیون جراحی ندارد. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

Cr:2.83 , K:7.9 , ALT:792 , LDH:5028 , BUN:28.8 , Billi T:4.1, Billi D:2.02, Hb13.3 , HCT:40 , PLT:74000, PT:11.4 , PTT:102.6 , INR:0.9

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۵ توسط متخصص زنان ویزیت شده، BP:144/70, PR:107, T:37.3 و O₂sat:91% بوده، میزان out put طی ۳ ساعت ۱۰۰cc بوده، بیمار اینتوبه GCS:2T و مردمک ها میدریاز فیکس بوده، ۴ عدد فاکتور ۷، ۱۰ واحد پلاکت و ۲FFP /TDS واحد دریافت کرده است. در ۲۴ ساعت گذشته تب نداشته و در حال دریافت مروپنم و وانکومايسين و نوراپی نفرین است. طبق مشاوره نورولوژی با توجه به رؤیت CT بطن های مغزی پر از خون بوده و مغز کاملاً ادماتو و clot در ناحیه اکسی پیتال چپ مشاهده شده است. در ساعت ۱۶ طی تماس با متخصص زنان مبنی بر Cr:3.09 مقرر شد سولفات منیزیم قطع شود. در صورت بروز تشنج آمپول دیازپام وریدی تزریق شود. در شیفت عصر out put:100cc بوده است. در ساعت ۱۰:۲۱ طی تماس با متخصص زنان Cr:3 و میزان out put کمتر از ۲۰cc/h بوده، مقرر شد سرم DW 5%/800cc با ۵۰ گرم مانیتول و ۵۰ meq/۲۴h/stat بی کربنات دریافت کند.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۶ طی تماس با متخصص هماتولوژی از امروز نیاز به تزریق FFP نمی باشد. طبق ویزیت متخصص بیهوشی CXR نمای ARDS داشته و افت spo₂:80% داشته است. VBG اصلاح شده و قابل قبول است. در ساعت ۱۵:۳۰ دچار افت O₂sat:77% و خونریزی از هر دو بینی شد. که طی تماس با متخصص داخلی مقرر شد تامپون بینی گذاشته شود. درخواست مشاوره نورولوژی و مشاوره داخلی جهت کنترل الکترولیت شد. طبق مشاوره ریه بیمار ICH+ و ARDS شدید و کانتوزن ریه داشته، در حال حاضر نیاز به دیالیز ندارد.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۷ طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار میدریاز فیکس، برادیکارد و هیپوترم بوده و ادم جنرالیزه داشته است. طبق ویزیت متخصص زنان به علت اپیستاکسی تامپون شده است. مادر از فاز DIC خارج شده و در ۱۲ ساعت گذشته ۴۰۰cc ادرار داشته و حدود ۳۰۰cc ترشحات سروری در ۲۴ ساعت گذشته فراورده های خونی دریافت نکرده، با توجه به باز بودن شکم مشاوره عفونی جهت ادامه آنتی بیوتیک ها درخواست شد. مروپنم DC و ادامه ونکومايسين و تازوسین دستور داده شد. بیمار برادیکارد بوده، مشاوره قلب درخواست شد. طبق مشاوره قلب BP:100/50 , PR:55 و بیمار برادیکاردی سینوسی بوده، لئوفد DC و دوپامین طبق دستور شروع شود. طی مشاوره جراحی گازها توسط جراح از شکم خارج شد. ۴۰۰cc خون تیره ساکشن شد. از ۶ صبح ۵ لنگاز خونی تعویض شده است. PLT:33000 , Hb:11.2 در ساعت ۱۴ طبق ویزیت نورولوژی بیمار از نظر بالینی کرایتریهای Brain death را داشته و از نظر نورولوژی نیاز به اقدام خاصی نداشته است. طبق ویزیت داخلی مقرر شد، فعلاً بیمار دیالیز نشود و ۲FFP/q8h و ۱۰ واحد پلاکت و آمپول vit k/۱۰۰cc سرم نرمال سالین دریافت کند. در ساعت ۲۰:۳۰ Cr:3.3 بوده، در طی ۲ ساعت ۲۰cc ادرار داشته، ترشحات سروری محل عمل زیاد و خونریزی از حلق و تراشه به طور واضح نداشته است.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۸ طبق ویزیت متخصص زنان در ساعت ۸:۳۰AM GCS:2T بوده، بیمار ادم جنرالیزه داشته، خونریزی از بینی در ظاهر کنترل شده و از محل انسزیون ترشحات سروری داشته است. با توجه به Cr:3.4 طبق مشاوره داخلی با توجه به PLT:40000 نیازی به تزریق PLT و FFP ندارد. آمپول ترانگزامیک اسید و هیدروکورتیزون DC شود. نیاز به دیالیز نداشته، سرم

NS به HS تبدیل شود. در ساعت ۱۱:۲۰ توسط پزشک پیوند اعضا ویزیت شد، تشخیص clinical Brain death داده شد. طبق دستور ایشان دوپامین ادامه یافته و $36 > T > 37$ باشد و سدیش و ضد تشنج دریافت نکند و متیل پردنیزولون 50 mg/q12h تا زمان تأیید مرگ مغزی در صورت بروز تشنج یا حرکات ایمپالسو اقدامات لازم انجام شود.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۹ طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار GCS:2T داشته، در طی ۲۴ ساعت گذشته out put:150 cc بوده، حدود ۱۹۰۰cc ترشحات سرورزی out put ادراری و Cr به اطلاع آنکال متخصص داخلی رسانده شد طبق مشاوره داخلی در ساعت ۱۹:۴۰ Cr:3.8 , BUN:67 , K:3.6 توصیه شده CRRT انجام شده و بیمار کاندید دیالیز بوده و با توجه به علائم حیاتی ناپایدار انجام دیالیز با ریسک بالا می باشد. طبق تماس پزشک پیوند اعضا تمامی دستورات روز گذشته hold شده و کلیه اقدامات زیر نظر پزشک معالج انجام شود. مشاوره قلب انجام شد. دستور انجام اکوکاردیوگرافی داده شد. طبق مشاوره جراحی لنگاز در داخل شکم خارج شده، بیمار از نظر همودینامیک ناپایدار است. طی تماس با پزشک معالج و اطلاع نتیجه آزمایشات نیاز به اقدام خاصی نیست.

در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۳۰ GCS:2T ، BP:95/44, PR:44 بوده و در ۲۴ ساعت output:50cc بوده و به علت فشار خون متغیر بیمار در حال دریافت سرم لئوفد بوده است. طبق تماس با آنکال داخلی در خصوص اندیکاسیون انجام دیالیز با توجه به علائم حیاتی ناپایدار امکان انجام دیالیز نمی باشد. ۱۰ واحد پلاکت به دستور متخصص داخلی تزریق شود. طبق مشاوره داخلی با توجه به ریز کراتینین و آنوری و stable بودن همودینامیک دیالیز به مدت ۲ ساعت انجام شده و در صورت افت فشار خون لئوفد دریافت کند و دوپامین قطع شود.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱ وضعیت بیمار تغییری نکرده و با توجه به ترشحات کافی گراند در NGT مشاوره داخلی انجام شد. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است: , FBS:140 , Cr:3.6 , BUN:69 , Hb:15.4 , HCT:46.4 , PLT:69000 , PT:15.6 , PTT>120 , INR:1.28 , PH:7.31 , HCO3:26.7 , PCO2:53 , PO2:60

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۳۰ با توجه به GI bleeding مشاوره گوارش انجام شد. میزان BP:100/80 با دریافت لئوفد بوده HCT:41.8 , Hb:13.5 , FDP:55.2 مقرر شد اکتیوتاید و پنتازول ادامه یابد. طبق ویزیت متخصص زنان بیمار کیس head trauma بوده، طبق درخواست مشاوره رادیولوژی توسط متخصص زنان ریپورت مجدد CT انجام شد: ادم اسکالپ در ناحیه تمپور و فرونتال چپ دیده می شود. Diffus SAH به همراه IVH مشهود است. نواحی ICH در فرونتال چپ، پریتواکسیپیتال چپ نیز مشهود است. shift mid line به سمت راست دیده می شود. طبق مشاوره نورولوژی بیمار در Deep coma بوده، با جدا کردن از دستگاه و القاء هیپوکسمی هیچ گونه تغییری ایجاد نمی شود. در EEG هیچ گونه فعالیت الکتریکی در مغز رؤیت نمی شود. طبق شواهد موجود بیمار Brain death اعلام می گردد.

به دستور متخصص داخلی در روز گذشته نوبت دوم دیالیز انجام شده، محل انسزیون ترشحات خونابه ای داشته، ۱۰ واحد پلاکت و ۱ واحد PC و ۲FFP/TDS دریافت کرده، با توجه به ریسک بالای دیالیز مقرر شد به مدت ۲ ساعت با دور آهسته دیالیز

انجام شود. فشار خون بیمار بین ۱۹۹/۱۲۶ و ۷۶/۳۳ متغیر بوده و PR بین ۷۰-۱۵۰ متغیر بوده، بیمار آریتمی قلبی داشته و مقرر شد با توجه به وضعیت ناپایدار انجام دیالیز کنسل شود. ریتم قلب AF بوده و ECG به رؤیت متخصص قلب رسید.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۴ بیمار خونریزی فعال از دهان داشته، شکم دیستانسیون داشته و ادامه انفوزیون پک سل دستور داده شد. Hb:8.5 , PLT:25000 طبق مشاوره داخلی علائم حیاتی ناپایدار بوده، فشار خون وابسته به نوراپی نفرین بوده. آخرین Cr:4.48 بوده، بیمار کاندید دیالیز (با ریسک بالا) می باشد. دستور تزریق ۱۰ واحد پلاکت داده شد. طبق مشاوره قلب بیمار DIC بوده، ریتم قلب سینوسی بوده و از نظر قلبی نیاز به اقدامی نداشته است.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۵ طبق ویزیت زنان علائم حیاتی: PR:88 , BP:93/52 و spo2:93% بوده، میزان Cr:5.17 , Hb:10.6 , PLT:29000, PTT:85 Brain CT ادم تمپورال و اسکالپ و هماتوم فوکال در ناحیه تمپورال چپ مشاهده شد. در ۲۴ ساعت گذشته ادرار نداشته، ترشحات سروری از محل انسزیون داشته که با لنگاز پک شده است. ریتم قلبی سینوسی بوده و GI Bleeding فعال نداشته، بیمار تحت درمان با اکتیوتاید و پنتوپرازول بوده است. تیک (پرش رفلکسی) مشاهده شد که طبق تماس با متخصص نورولوژی رفلکسی است که با Brain death قابل توجیه است. با توجه به نتیجه آزمایشات و مشاوره داخلی مقرر شد، جهت شروع دیالیز ۱۰ واحد پلاکت دریافت کند. طبق مشاوره بیهوشی بیمار اسیدوز متابولیک بوده، از نظر همودینامیک مختل بوده و با توجه به فشار خون وابسته به لئوفد بیمار جهت انجام دیالیز جابجا نشود. طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار افت spo2 داشته و برادی کارد است. لوله تراشه لیک داشته که تعویض شد. در ساعت ۲۰:۳۰ دچار برادیکاردی شده که اپی نفرین تزریق شد. در ساعت ۲۱:۴۵ طبق ویزیت متخصص بیهوشی ریتم قلب سینوسی بوده و با % FIO2:90 میزان spo2:80% بوده است.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۶ طبق ویزیت متخصص بیهوشی بیمار فیکس میدریاز بوده، خونریزی داشته، ادم جنرالیزه داشته، شکم کاملاً سفت و دیستنت بوده، با توجه به افت قند خون BS:65 و تکرار افت قند خون و عدم اصلاح با سرم قندی دکستروز ۲۰٪، دکستروز ۵۰٪ به سرم اضافه شود. طبق ویزیت متخصص زنان BP:90/P,PR:92,T:37 بوده شکم در معاینه گارد است. ترشحات سروری از محل انسزیون داشته و مشاوره جراحی جهت بستن جدار درخواست شد. در ساعت ۱۴:۵۰ BP:60/P بوده، با توجه به دریافت لئوفد و عدم انجام دیالیز با توجه به BP پایین مشاوره قلب درخواست شد. طبق مشاوره داخلی اکتیوتاید و پنتوپرازول DC شد. طبق تماس با متخصص زنان با توجه به نتیجه آزمایشات اقدام خاصی نیاز نبوده است.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۷ GCS:2T بوده، BP:73/35 , PR:67 روز گذشته Cr:6 نوبت سوم دیالیز انجام شده است. به علت برادیکارد بودن بیمار مشاوره قلب شده، مقرر شد سرم لئوفد با دوز بالاتر (۱۰-۵gtt/min) دریافت کند. طبق مشاوره داخلی بیمار افت قند خون داشته که ویال دکستروز ۵۰٪ دستور داده شد. FBS:65 , Hb:10.1 , PLT:21000

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۸ و ۱۴۰۲/۱۰/۹ وضعیت بیمار تغییری نداشته، طبق ویزیت داخلی انجام دیالیز با ریسک بالا همراه بوده و مقرر شد همودیالیز ۲ ساعته بدون هپارین انجام شده و در طی دیالیز یک واحد پک سل و ۱ واحد پلاکت انفوزیون شود. طبق ویزیت

متخصص بیهوشی 17: HCO3, PH:7.2 بوده با توجه به آنوری اصلاح آب و الکترولیت دستور داده شده است. Cr:4.8, FBS:86, Hb:8.7, PLT:12000, PTT:69

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۰ طبق ویزیت بیهوشی بیمار هیپوترم و همودینامیک مختل بوده، بیمار آنوریک بوده، روز گذشته دیالیز شده، ترشحات زرد رنگ داشته، با توجه به نتیجه آزمایشات PLT, BS, Cr پایین و بالا جهت ادامه دیالیز مشاوره داخلی انجام شود. طبق مشاوره داخلی نیاز به دیالیز و تزریق پلاکت نداشته و به نیم لیتر سرم یک ویال دکستروز ۵۰٪ اضافه شود. همراه بیمار اصرار بر انجام طب سوزنی داشته که طبق اطلاع رسانی به متخصص زنان با اخذ رضایت کتبی و قبول عواقب کار توسط همراهان انجام شود.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۲ و ۱۱ کل بدن ادم جنرالیزه داشته، شکم سفت بوده و دیستانسیون داشته، BP:60-80, S, PR:45-62, o2sat:88-95% و نتیجه آزمایشات به صورت: Cr:4.9, k:5.9, PLT:12000, Hb:8.5 بوده، بیمار در حال دریافت لئوفد بوده، طبق ویزیت متخصص بیهوشی سمع ریه دوطرف قرینه بوده و کراکل داشته، آمپول بیکربنات ۱۰۰meq طی ۴ ساعت دستور داده شد. طی تماس تلفنی با متخصص بیهوشی و اطلاع نتیجه ABG: o2sat:58%, BE:-18, HCO3:13, PH:6.99 مقرر شد RR دستگاه از ۱۲ به ۱۸ تغییر یابد. بیمار همچنان هیپوگلیسمی داشته BS:34 مقرر شد مشاوره داخلی انجام شود.

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۳ در ساعت ۷:۴۵AM بیمار دچار ایست قلبی تنفسی شده، بلافاصله عملیات احیا شروع شده و به مدت ۳۰ دقیقه ادامه یافته که بیمار پاسخگو نبوده و متاسفانه فوت بیمار اعلام می گردد.

طبق گزارش پزشکی قانونی علت فوت "خونریزی داخلی و مغزی به دنبال انعقاد منتشر داخل عروقی(DIC) ناشی از عوارض بارداری" تعیین گردیده است.

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارایه خدمات مراقبتی مرگ مادری

فعالیت	هدف	نواقص خدماتی
<p>تاکید بر ارجاع کلیه خانم ها با شک به بارداری به ماما/ ماما مراقب جهت دریافت خدمات لازم و گزارش مشکلات سامانه سیب به سطوح ستادی و پیگیری آن</p>	<p>ارتقاء خدمات مراقبتی مادران</p>	<p>حوزه بهداشت: اولین مراجعه به مرکز: - با توجه به مراجعه مادر به واحد بهداشتی در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۰ جهت دریافت مراقبت گروه سنی جوانان، به علت ریتارد منس تست BHCG توسط پزشک مرکز ارسال شده اما با توجه به اینکه به شکل مهمان خدمت گرفته و به علت اشکالات موردی سامانه سیب امکان ثبت ورود مادر امکانپذیر نبوده است، پیگیری نتیجه آزمایش انجام نشده است.</p>

دوران بارداری:

<p>- لزوم پیگیری دریافت و بررسی کارت مراقبتی بخش خصوصی در مادران تحت مراقبت بخش خصوصی</p>		<p>- با توجه به تشکیل دیر هنگام پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی و دریافت مراقبت ها از بخش خصوصی دریافت و بررسی کارت مراقبت بخش خصوصی به شکل موثر پیگیری نشده است.</p>
<p>- لزوم دقت در سنجش و ثبت موارد وزن در سامانه سیب - تاکید بر ضرورت ارائه خدمات مراقبتی تغذیه بر اساس بوکلت سلامت مادران و بسته خدمتی تغذیه - هماهنگی گروه های سلامت مادران و بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت در خصوص تقویت نظارت کارشناسان واحد بهبود تغذیه جامعه شهرستان ها و کارشناسان تغذیه مراکز خدمات جامع سلامت بر ارائه خدمات مرتبط توسط کارکنان سطح یک برای مادران باردار</p>		<p>- با توجه به اظهارات ماما در پرسشگری، وزن در اولین مراقبت (مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۵) اشتباه ثبت شده است. - در خصوص ارزیابی روند وزن گیری اقدامات لازم انجام نشده است.</p>
<p>- تأکید بر ارائه خدمات بر اساس بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و انجام ارجاعات لازم در کلیه ی موارد</p>		<p>- در خصوص نتایج آزمایشات غیرطبیعی (با توجه مراقبت مادر توسط بخش خصوصی و اظهار مادر مبنی بر رویت آزمایشات توسط متخصص زنان) اقدام لازم توسط واحد بهداشتی انجام نشده است.</p>
<p>- دقت در انجام معاینات شکمی مادران باردار و بررسی تطابق سن بارداری بر اساس LMP و معاینات شکمی</p>		<p>- با توجه به تولد نوزاد IUGR و بدون مایع آمنیوتیک در تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۲، ارتفاع رحم در مراقبت مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۰ متناسب با سن بارداری ثبت شده است.</p>
<p>- کنترل و مدیریت اختلالات فشار خون و پره اکلامپسی می بایست بر اساس رفرنس های علمی و راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری سوم) انجام شود. - تأکید بر اخذ شرح حال دقیق از مادران خصوصاً در مورد سوابق بیماریهای قبلی و خانوادگی</p>	"	<p>مطب متخصص زنان - ویزیت هر دو هفته یک بار از هفته ۲۸ بارداری به بعد در مطب انجام نشده است. - طبق سونوگرافی انجام شده در تاریخ ۱۴۰۲/۸/۲۸ وزن جنین (۱۵۸۰ گرم) متناسب با سن بارداری (31w,3d) نبوده است. - با توجه به افزایش فشار خون و شروع پره اکلامپسی در ویزیت انجام شده در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۴ در سن بارداری 33w,3d تست های کبدی و CBC چک نشده است و همچنین به ساینز رحم توجه نشده است. - در کارت مراقبت، سابقه پره اکلامپسی در خواهر بیمار ثبت نشده است.</p>

<p>- طبق مکاتبه شماره ۱۲/۶/۷۷۵۰ پ مورخ ۱۴۰۱/۷/۱۰ به منظور شناسایی کلیه ی مادران باردار نیازمند پیگیری توسط حوزه بهداشت، سامانه "مادران نیازمند مراقبت ویژه بخش خصوصی" به آدرس زیر طراحی و راه اندازی گردیده و می بایست اطلاع رسانی لازم از طریق سامانه مذکور به حوزه بهداشت انجام شود.</p> <p>https://nghrp-phcportal.mui.ac.ir</p> <p>- با توجه به شروع پره اکلامپسی و عدم مراجعه مجدد بیمار به مطب می بایست پیگیری های لازم جهت مادر نیازمند مراقبت ویژه انجام می شد.</p> <p>- تذکر کتبی به متخصص زنان در خصوص عدم پیگیری و تصمیم گیری صحیح جهت مادر نیازمند مراقبت ویژه</p> <p>- تاکید بر اجرای ماده ۴۸ و ممانعت از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به امر بارداری ذیل عباراتی از قبیل پرخطر و ناخواسته</p>	<p>- ارجاع مادر نیازمند مراقبت ویژه به حوزه بهداشت با معرفی نامه انجام نشده و در سامانه "مادران نیازمند مراقبت ویژه بخش خصوصی" ثبت نشده است.</p> <p>- در کارت مراقبت مطب ارجاع به حوزه بهداشت و تاریخ مراقبت بعدی ثبت نشده است.</p> <p>- با توجه به عدم مراجعه مادر به مطب پس از تاریخ ۱۴۰۲/۹/۴، نتیجه آزمایش ادرار ۲۴ ساعته و مراجعه بعدی پیگیری نشده است.</p> <p>- در محتوای کارت مراقبتی بخش خصوصی مفاد ماده ۴۸ قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده در خصوص عدم استفاده از عبارات بارداری پرخطر و ناخواسته رعایت نگردیده است.</p>
---	---