

**به نام خدا**

**تاریخچه ۱۴ مورد از مادران فوت شده در سال ۱۳۸۹**

**(بر اساس فرمهای نظام مراقبت مرگ مادری)**

**همراه با برخی نکات مهم مربوط به پیشگیری از عوامل قابل اجتناب**

**اداره سلامت مادران**

**دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس**

**با تشکر از همکاری اعضای محترم کمیته کشوری سلامت مادران**

## تاریخچه اول- خونریزی

متوفی خانم ۳۲ ساله G۳P۲A۰L۲

مراقبت بارداری بطور کامل انجام شده است، بیمار آنمی مزمن داشته و در هنگام بستری HB اولیه ۹ بوده است. بدلیل پوزانتاسیون فرانک بریچ، زایمان بطریقه سزارین انجام شده. در هنگام خروج جنین محل انسزیون Extension به سمت چپ داشت که تا حد امکان نقاط خونریزی دهنده کنترل می گردد. عصر روز بستری افت فشار خون و اولیگوری پیدا می کند که جهت بیمار CBC چک می شود (Hb= ۸/۸). با توجه به اینکه افت فشار داشت ۳ واحد خون و ۶ واحد FFP انفوزیون می شود ولیکن با توجه به افت فشار و اولیگوریک بودن، با مشاوره متخصص جراحی جهت بیمار سونوگرافی اورژانسی انجام می گردد که در سونوگرافی مایع آزاد و لخته های خون داخل مثانه گزارش می گردد و با توجه به اولیگوریک شدن بیمار و ادامه افت فشار بعد از انفوزیون ۳ واحد خون و ۶ واحد FFP کاندید لاپاراتومی مجدد(به همراه متخصص جراحی) می گردد.

در لاپاراتومی، خونریزی داخلی به میزان ۷۰۰ تا ۸۰۰ به همراه یک هماتوم در ناحیه لترال رحم وجود داشت که تخلیه گردید و دو نقطه خونریزی دهنده وجود داشت که گرفته شد Out put ادرار بیمار به میزان ۹۰۰ سی سی برقرار گردید. جهت بیمار CVP در اتاق عمل گذاشته شد ۴ واحد خون و ۸ واحد FFP بیمار گرفت و علائم حیاتی بیمار در حین عمل Stable بود و PR=۱۲۰، Bp=۱۴۰/۸۰ داشت. عمل بیمار انجام شد متاسفانه پلاکت در بانک خون موجود نبود. بعلت massive trans fusion بیمار منتقل به ICU بعد از عمل گردید که در حین انتقال از برانکارد اتاق عمل به تخت ICU دچار تاکیکاردی و افت فشار خون می گردد که بلافاصله اقدامات احیاء توسط متخصص بیهوشی و زنان و پرسنل ICU انجام می گردد که متاسفانه پاسخی نمیدهد و بیمار Expire می گردد.

## نقد و بررسی تاریخچه اول

- ✓ سزارین در دیلاتاسیون فول و پایین بودن عضو پرزانتته وضعیت پرخطری را به وجود آورده است که باعث امتداد انسزیون به طرفین رحم، عروق رحمی و قسمتهای پایینی (حتی واژن) شده و احتمال خونریزیهای پس از عمل را افزایش داده است.
- ✓ به ترمیم محل‌های Extension و خونریزی دهنده (بخصوص Uterine Vessels) توجه کافی نشده است.
- ✓ جراح با علم به اینکه ترمیم ناکافی بوده است باید علاوه بر حساس سازی پرسنل اقدام به Close Observation نموده و به جای ویزیت تلفنی شخصا علائم حیاتی بیمار را کنترل می کرد.
- ✓ انتخاب و اداره نامناسب سزارین و همچنین بی توجهی به علائم خونریزی داخلی و عدم انجام مداخلات به موقع (تصمیم به لاپاراتومی و Exploration) بیمار را در شرایط غیر قابل برگشت قرار داده است.
- ✓ شرح عمل ناقص بوده و حتی فاقد تاریخ و ساعت می باشد و تناقض در موارد ثبت شده مشهود است (درباره شرح عمل محل پارگی در سمت چپ و دربرگه Progress Note در سمت راست گزارش شده)
- ✓ فواصل و نحوه کنترل علائم حیاتی پس از زایمان در صفحات ۱۴۶ مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر ذکر شده است.

## تاریخچه دوم- خونریزی

متوفی خانم ۲۱ ساله، G1P0Ab0L0، و (LMP=۸۹/۱/۲۴) مراقبت بارداری در واحد بهداشتی، مطب ماما و بیمارستان انجام شده است. در هفته ۵، آزمایش U/A غیرطبیعی گزارش شده و بیمار تحت درمان UTI قرار گرفته است.

درسونوگرافی هفته ۲۸، جنین IUGR گزارش شده و در سونوگرافی هفته ۳۳، وزن جنین ۱۳۰۰ gr گزارش شده. در سن حاملگی (۳۶ هفته و ۴ روز) بیمار در منزل دچار تشنج و پارگی کیسه آب شده و در بیمارستان بستری می شود در بدو ورود به زایشگاه کاهش هوشیاری داشته و آژینه بوده و با تحریک چشم ها را باز می کرده. (BP=۱۷۵/۸۰، GCS=۸)

آزمایشات کلیوی، انعقادی و بیلی روبین نرمال، آزمایش الکترولیتی مختل، آنزیم های کبدی، Fib و LDH بیش از حد نرمال، Hb = ۱۲، Hct = ۳۶٪، Plt = ۱۳۲۰۰۰ و بر اساس آزمایش U/A، همآچوری (+۲) و پروتئینوری (+۲) گزارش شده است. بیمار پس از دریافت سولفات منیزیوم و سه دوز هیدرالازین، با BP=۱۵۰/۱۰۰ به اتاق عمل منتقل و سزارین شده (ساعت ۱۴:۳۰)، نوزاد دختر با آپگار ۶/۱۰ و وزن ۱۳۲۰ gr متولد می شود، جفت Abruptio بوده و کوراژ انجام شده است. بیمار اکستوبه شده و پس از انجام Brain CT، در ساعت به ICU منتقل شده است. در Brain CT، درگیری پاراساژیتال سمت چپ همراه با انتشار به کورتیکال بدون هموراژی واضح مشاهده شده است.

هنگام ورود به ICU، BP=۱۸۰/۱۲۰، PR=۱۵۸، بیمار Pale و بدون تب بوده. تاقیکاردی بیمار توسط متخصص زنان تاقیکاردی طبیعی تحلیل شده و بیمار تحت درمان با فنی توتین و هیدرالازین قرار گرفته است. با تجویز متخصص مغز و اعصاب آمپول هپارین ۱۰۰۰۰ واحد stat، سپس ۵۰۰۰ واحد (هر ۶ ساعت) دریافت نموده است. معاینه متخصص زنان در ساعت ۲۰: خونریزی واژینال طبیعی و BP=۱۴۰/۸۰، PR=۱۳۰، RR=۲۴، U/O نرمال و بیمار بدون مشکل است.

روز بعد از سزارین در شیفیت صبح، وضعیت بیمار مبنی بر اتساع شکم و ملتحمه بسیار Pale به اطلاع متخصص زنان رسانده و معاینه می شود: BP=۹۵/۶۰، PR=۱۳۰، RR=۲۰، U/O نرمال و بیمار از نظر مامایی بدون مشکل است. دستور شروع رژیم مایعات، خروج سوند و راه رفتن بیمار از ساعت ۱۵ و انتقال به بخش با نظر متخصص مغز و اعصاب داده می شود. بیمار بسیار آژینه بوده و sedate شده جهت انجام MRI منتقل می شود. بدنبال خونریزی از محل آنژیوکت، هپارین hold شده، Hb=۵/۵ و آزمایش انعقادی مختل بوده (PTT>۱۰۰) و بیمار ۵ واحد FFP و ۴ واحد PC (توسط سرنگ) و سپس ۴ واحد PC انفوزیون شده است.

بر اساس سونوگرافی، درون شکم مایع آزاد به میزان متوسط در فضای موریسون اطراف طحال و اینترلوب مشاهده شده و متخصص زنان با سایر همکاران مشورت نموده، ولی لاپاراتومی انجام نشده است.

سپس دچار همی پارزی راست شده. بر اساس MRI احتمال هموراژی دو طرفه در کورتیکال و ساب کورتیکال طرفین مشاهده شده و توسط متخصص مغز و اعصاب با تشخیص CVT توصیه به ادامه آنتی کوآگولانت شده است.

بر اساس آخرین آزمایشات:  $Hb=8/9$ ،  $Plt=43000$ ،  $Mg$  بیش از حد نرمال،  $PTT=110$ ،  $INR=1/1$  پس از انجام مشاوره داخلی، بیمار جهت انجام پلاسمافرز با گزارش  $GCS=13$  و همودینامیک stable به مرکز آموزشی درمانی اعزام شده است.

یک روز پس از سزارین در بیمارستان مقصد با تشخیص احتمالی سندرم هلیپ، DIC بستری می شود. بر اساس اولین آزمایشات: آزمایشات الکترولیتی و انعقادی مختل ( $PT > 35/2$ ،  $PTT > 120$ ،  $INR > 1$ )،  $AST, ALT, Alk$  بترتیب 154، 14، 52،  $LDH=5550$ ،  $Hb=8/2$ ،  $Plt=64000$ ، پروتئینوری (+1)، همآچوری (+1) گزارش شده است. در لام خون محیطی کمتر از 1٪ شیسیتوسیت رویت شده و تشخیص احتمالی TTP مطرح شده است. تحت پلاسمافرز قرار گرفته و به لیبر منتقل شده است. بیمار  $Pale$ ،  $GCS=10$ ،  $PR=110$  (نبض بسیار ضعیف) تحت درمان با PC و FFP، پلاکت و دگزامتازون و آنتی بیوتیک قرار گرفته است. بر اساس آزمایشات آنزیم های کبدی نرمال،  $Cr=0/9$ ،  $PT=12$ ،  $PTT=111$ ،  $INR=1/3$ ،  $Fib=289$ ،  $Hb=5/1$ ،  $Hct=15/1$  گزارش شده است. در Brain CT کانون های متعدد ایسکمی در نواحی فرونتال و پریتال سمت چپ رویت شده که به دلیل عدم اثر فشاری نیاز به جراحی اورژانس نداشته است و به ICU منتقل شده است.

در ICU،  $GCS=11$ ،  $T=38/5$ ، تنفس خودبخود، ادم اندام فوقانی سمت راست و هماتوم پای چپ گزارش شده است. بر اساس سونوگرافی: مایع متوسط در شکم و لگن و احتمال Collection در محل سوچورهای جراحی قبلی.  $Hb=4/9$ ،  $Plt=43000$ ،  $PT=10/9$ ،  $PTT=35$ ،  $INR=1$  گزارش شده است.

یک روز پس از اعزام، بیمار بدنبال افت  $O_2Sat$  اینتوبه می شود، شکم دارای تندرns و گاردینگ بوده و در tap شکم خون خارج شده است. پس از تجویز مجدد PC، FFP،  $Plt$ ، در ساعت 1 AM لاپاراتومی انجام می شود. به

گزارش رزیدنت زنان حدود 1/5 لیتر خون داخل شکم موجود بوده، محل انسزیون رحم از چند ناحیه دارای خونریزی و شریان اپیگاستریک تحتانی راست دارای پارگی بوده و تشکیل هماتوم وسیع داده، هماتوم تخلیه و پارگی شریان ترمیم شده است.

پس از عمل، ترشح فراوان ریوی (کف آلود خونابه ای)، سیانوز تاکی پنه، تب و افت  $O_2Sat$  داشته و بر اساس اکوکاردیوگرافی Mild PE گزارش شده و احتمال PTE، آسپیراسیون پنومونیا، ARDS داده شده است. انجام برونکوسکوپی مقدور نبوده و با تشخیص پنوموتوراکس، chest tube تعبیه شده است.

بر اساس آخرین آزمایشات، پروتئینوری (+3) و آنزیم های کبدی بیش از حد نرمال،  $LDH=1336$ ،  $Hb=12/4$ ،  $Hct=41/1$ ،  $Plt=104000$ ،  $WBC=12500$ ،  $PT=11/2$ ،  $PTT=28$ ،  $INR=1$ ،  $Fib=240$ ،  $Ddimer > 10000$  گزارش شده است.

۴ روز پس از سزارین دچار ارست قلبی تنفسی شده و متاسفانه فوت نموده است. بر اساس گزارش پزشکی قانونی، علت فوت عوارض خونریزی داخلی متعاقب سزارین تعیین شده است.

### **نقد و بررسی تاریخچه دوم**

- ✓ پس از تشخیص Placental abruption در زمان سزارین اقدامات مناسب برای بیمار انجام نشده.
- ✓ با وجود گزارش پرستار مبنی بر تاکیکاردی و Pale شدن بیمار اقدام مناسبی برای وی انجام نمی شود.
- ✓ با وجود افت هموگلوبین ( $Hb = 5/5$ ) یک روز پس از سزارین و تایید وجود مایع در شکم طبق گزارش سونوگرافی، متخصص زنان تشخیص داده اند که بیمار مشکل مامایی نداشته است.
- ✓ علی رغم اتساع شکم و Pale بودن بیمار، دستورات مصرف مایعات، خروج سوند و راه رفتن داده شده.
- ✓ لاپاراتومی با تاخیر در نهایت ۳-۴ روز بعد و پس از اعزام به بیمارستان مقصد شده است.
- ✓ بطور کلی اداره بیمار در مرحله عمل (سزارین) و پس از آن بسیار نامناسب بوده است.
- ✓ در طی مراقبتهای حین بارداری به عوامل خطر (پایین بودن BMI، وزن گیری نامناسب، ابتلا به عفونت ادراری، جنین IUGR) توجهی نشده است.

## تاریخچه سوم - خونریزی

متوفی خانم ۴۱ ساله (LMP=88/۱۰/۱۶) و G3P2Ab1L1

بیمار سابقه جراحی قلب باز (۱۲ سالگی)، یک مرتبه کورتاژ بدنبال سقط، یک مرتبه سزارین، هیپوتیروئیدی (از ۵ سال قبل) و مصرف لووتیروکسین، دیگوکسین در بارداری و سابقه هیپوتیروئیدی در خانواده داشته است.

زایمان قبلی ۲ سال قبل بوده. مراقبت بارداری در مطب متخصص زنان انجام شده

۹ روز قبل از زایمان، بیمار به متخصص قلب مراجعه نموده و براساس اکوی انجام شده، EF=۶۰٪ و

very mild PS، Anomalies RV muscles bundle، PI(+۳) گزارش شده، یک روز قبل از زایمان، بیمار توسط

متخصص قلب ویزیت شده و فاقد علائم نارسائی قلبی گزارش شده است.

در سن حاملگی حدود ۳۸ هفته، بیمار جهت انجام سزارین و TL در بیمارستان بستری شده و تحت اسپانیال آنستزی،

سزارین و TL انجام می شود. نوزاد دختر با آپگار ۹ و ۱۰ متولد شده، رحم چسبندگی بسیار شدید به مثانه و امنتوم

داشته است.

پس از عمل بیمار سرم سنتوسینون، آمپول مترژن، آمپی سیلین، جنتامایسین دریافت نموده است. ۱/۵ ساعت پس

از عمل، رحم کنتراکت و خونریزی واژینال طبیعی، BP = ۱۲۰/۷۰، PR=۸۴، U/O=۵۰۰CC، بدون

تاکی پنه و دیسترس تنفسی بوده، یک ساعت بعد بیمار هوشیار، رحم کنتراکت و خونریزی طبیعی و بیمار فاقد

دیسترس تنفسی و تاکی پنه گزارش شده و پس از انجام مشاوره توسط متخصص قلب، بیمار به C.C.U منتقل و

قرص متورال تجویز شده است. در بدو ورود، بیمار کاملاً هوشیار و Oriented بوده، بلافاصله تحت مانیتورینگ

قرار گرفته و گاهاً ریتم سینوسی، آریتمی T شکل، تک PAC مشاهده شده و Rate قلب نرمال، BP=۱۰۶/۸۰،

PR=۷۳، RR=۱۸، O2Sat=۹۸٪ گزارش شده و براساس ECG، در لیدهای آنتریور، T اینورت مشاهده شده که

بصورت تلفنی به اطلاع متخصص قلب رسانده شده و توصیه به ادامه مانیتورینگ شده است. خونریزی چک

گردیده و وجود U/O ۱۱۰ CC (تا ۶ ساعت پس از عمل)، به اطلاع متخصص زنان رسانده شده و توسط ایشان

وضعیت بیمار طبیعی تحلیل می شود و توصیه شده که پس از ۴ ساعت، مجدداً مقدار U/O به ایشان گزارش

گردد. بیمار دارای PAC و تک PVC بوده، ساعت ۱۴/۳۰ بیمار قرص متورال دریافت نموده و با دستور تلفنی

متخصص قلب، بدلیل سابقه مصرف دیگوکسین، قرص متورال به دیگوکسین تغییر یافته است.

اوایل شیفت عصر، بیمار دارای ضربان قلب ۱۰۰ بدون آریتمی و فاقد دیس پنه گزارش شده است. رژیم مایعات

شروع شده و بیمار پس از ۲ ساعت دچار حالت تهوع و استفراغ می شود که در ساعت ۱۸ وجود تهوع و استفراغ

بیمار و U/O ۱۵۰CC (طی ۳ ساعت) به صورت تلفنی به متخصص زنان گزارش شده و با تجویز ایشان، بیمار

مجدداً سونداژ شده و ۵۰۰CC سرم (طی یک ساعت)، آمپول پلازیل و لازیکس (۱۰mg) دریافت نموده و داروهای

قبلی (آمپی سیلین، دکزامتازون و دیگوکسین) ادامه یافته است.

ساعت ۱۹ وضعیت بیمار مبنی بر دیس پنه، تعریق، افت فشار خون به ۹۶/۵۷ و فقدان U/O بصورت تلفنی به اطلاع

متخصص زنان رسانده شده و ایشان دستور ویزیت بیمار توسط متخصص قلب را می دهند، و با دستور تلفنی

متخصص قلب، مجدداً لازیکس (۱۰ mg) تجویز شده است. اکسیژن از طریق ماسک برقرار و پوزیشن نیمه نشسته به بیمار داده شده و خونریزی واژینال نرمال بوده است.

از ابتدای شیفت شب دچار دیسترس تنفسی  $HR > 120$ ،  $RR > 28$  بوده است.

ساعت ۲۲/۱۰ بیمار در وضعیت اینتوبه، گزارش  $GCS = 3$ ، به I.C.U مرکز آموزشی درمانی دیگر منتقل شده، بدلیل فقدان نبض و فشار خون، بلافاصله عملیات احیاء آغاز، نبض کاروتید قابل لمس شده ولی همچنان فشار خون قابل اندازه گیری نبوده است.

بیمار میدریاز Fix و دارای  $GCS = 3$  و فاقد Out put بوده و در لمس، قسمت پائین شکم سفت بوده است.

در مدت بستری در I.C.U بیمار همودینامیک قابل قبولی پیدا نکرده و در نهایت دچار ارست قلبی تنفسی شده و علیرغم انجام عملیات احیاء یک روز پس از سزارین فوت نموده است.

بر اساس گزارش پزشکی قانونی، علت فوت: خونریزی و عوارض ناشی از آن بدنبال عمل جراحی سزارین



### نقد و بررسی تاریخچه سوم

- ✓ پس از سزارین به علائم هیپوولمی و احتمال خونریزی داخلی (تاکیکاردی، کاهش برون ده ادراری، تعریق، افت فشار خون) بی توجهی شده و اقدامات مناسب برای وی انجام نشده است.
- ✓ پس از اعلام شرایط بیمار (دیس پنه، تعریق، افت فشار خون و فقدان برون ده ادراری) به متخصص مربوطه ایشان بر بالین بیمار حاضر نشده و تلفنی دستور مشاوره با متخصص قلب را داده اند.
- ✓ با توجه به علائم شوک، خونریزی داخلی و نیاز به لاپاراتومی متعاقب سزارین، مصرف مواد خوراکی از راه دهان کاملاً غیر منطقی می باشد
- ✓ متخصص قلب بدون ویزیت بیمار اقدام به درمان علامتی کرده است (دستور تلفنی تزریق لازیکس در شرایط هیپوولمی).
- ✓ اعزام بیمار پس از ارست قلبی - تنفسی و در شرایط کاملاً Unstable انجام شده است

## تاریخچه چهارم - خونریزی

متوفی خانم ۳۶ ساله (LMP = ۸۸/۸/۱۳) و G<sub>4</sub>P<sub>3</sub>Ab<sub>0</sub>L<sub>2</sub> سابقه یک مرتبه زایمان طبیعی، سپس ۲ مرتبه سزارین (۱۳ و ۱۰ سال قبل) داشته

در سن بارداری حدود ۳۳ هفته (بر اساس LMP) با لکه بینی به بیمارستان شماره ۱ مراجعه نموده، وضعیت بیمار بصورت تلفنی به اطلاع پزشک آنکال رسانده شده و ایشان توصیه کرده اند که به بیمارستان شماره ۲ مراجعه نماید.

بیمار به منزل رفته و دچار خونریزی واژینال شده است. صبح روز بعد به متخصص زنان مراجعه نموده و مجدداً توصیه شده بیمارستان شماره ۲ مراجعه نماید.

عصر همانروز به متخصص دیگری مراجعه نموده است. بر اساس سونوگرافی انجام شده، وضعیت جفت ۲ postero lateral grade و وزن جنین ۲۱۰۰ گرم گزارش شده است. (به گفته همسر بیمار پزشک توصیه به بستری در بیمارستان یا منزل نموده و جهت بستری تاکید نکرده است)

فردای آن روز به بیمارستان شماره ۱ مراجعه نموده و با تشخیص جفت سر راهی بستری شده است.

بر اساس آزمایش خون، Hb= ۱۱/۶، Hct= ۳۶، plt=۲۶۵۰۰۰

فشار خون بیمار ۱۱۰/۷۰، نبض ۷۸، حال عمومی خوب، خونریزی در حد (+ ۳) و دفع لخته فراوان، کنتراکشن خفیف، سایز رحم ۳۶-۳۵ هفته و FHR= ۱۴۰ بوده و معاینه واژینال (به علت جفت سر راهی) انجام نشده، متخصص زنان سریعاً حضور یافته بیمار به اتاق عمل منتقل شده است.

حین سزارین ۲ عدد سرم رینگر و ۶ کیسه PC و ۲ کیسه FFP و ۲ لیتر سرم N/S و ۲ ویال NaCl دریافت نموده. نوزاد پسر، پره ترم (۳۳ هفته)، سیانوزه با آپگار ۴ متولد شده و فوت نموده است.

جفت کاملاً در قسمت پایین رحم، چسبیده به دیوار رحم (اکرتا) بوده و تکه تکه خارج شده و به علت خونریزی، رحم پگ شده و بیمار به ریکاوری منتقل شده است.

هنگام ورود بیمار به ریکاوری (۰۵:۰۵ AM) وضع عمومی طبیعی، فشار خون ۱۴۰/۸۰، نبض ۱۲۳،

تعداد تنفس ۱۴، بیمار آنمیک و هیپوترم گزارش شده

ساعت ۰۰:۳۰ AM فشار خون ۸۰/۴۰، نبض ۷۰، تعداد تنفس ۱۲، بیمار آنمیک و هیپوترم گزارش شده است، با سرنگ خون (همراه با سرم نمکی) به بیمار تزریق شده و فشار بیمار به ۸۰ افت نموده و شیاف میزوپروستول دریافت نموده و به دلیل ادامه خونریزی مجدداً بیمار به اتاق عمل منتقل شده است.

لاپاراتومی و هیستریکتومی انجام شده است. حین عمل، بیمار ۲ لیتر سرم رینگر، ۳ ویال بیکربنات، ۶ کیسه PC، ۴ کیسه FFP و ۲ لیتر N/S آمیودارون و دوبوتامین و گلوکونات کلسیم دریافت نموده است.

بر اساس آزمایش درخواست شده در ساعت ۰۱:۳۰ AM، Hb= ۱/۶، Hct= ۷، plt= ۱۹۰۰۰

تا ساعت AM ۲:۳۰ بیمار چندین بار دچار ارست قلبی تنفسی شده و عملیات احیاء ناموفق بوده و بیمار فوت شده است.

بر اساس بیوپسی، جفت اکرتا بوده است.

### **نقد و بررسی تاریخچه چهارم**

- ✓ اداره نامناسب سزارین و عدم آمادگی تیم درمانی (رزرو خون و فراورده های خونی به مقدار کافی، اطلاع قبلی و حضور به موقع متخصصین جراحی و اورولوژی،...) از عوامل منجر به فوت در نامبرده بوده است.
- ✓ جراح به چسبندگی جفت توجه نکرده و اقدام به خارج کردن جفت بصورت تکه تکه نموده است. در این موارد اقدام به هیستریکتومی باید مورد توجه قرار گیرد.
- ✓ مطابق محتوی رونوشت نامه شماره ۳۰۲/ ۸۱ مورخ ۹۰/۱/۲۰ خطاب به معاونین محترم درمان: از آنجا که بر طبق علوم مبتنی بر شواهد در بارداریهای با سزارین قبلی که همراه با جفت سرراهی هستند میزان بروز چسبندگیهای جفت بیشتر می باشد لذا آمادگیهای لازم برای مدیریت این عوارض (هیستریکتومی) در حین سزارین و توجه به نکات زیر در زمان درخواست سونوگرافی ضروری است:
  - تعیین محل قرارگیری جفت
  - بررسی عارضه چسبندگی جفت (بخصوص در صورت مشاهده جفت سرراهی)

## تاریخچه پنجم- خونریزی

متوفی خانم ۳۳ ساله G2P1Ab0L1 (نامشخص = LMP) که در طول دوران بارداری تحت نظر متخصص زنان بوده. فاصله بارداری تا زایمان قبلی ۴ ماه - سزارین قبلی - بارداری ناخواسته در سن حاملگی حدود ۲۴ هفته به علت لکه بینی، درد و حالت تهوع به متخصص زنان مراجعه و با توصیه استراحت مطلق به منزل می رود و مشکل برطرف می شود. درسونوگرافی، میزان مایع آمنیوتیک نرمال و جفت partial previa بوده.

نتیجه آزمایشات

FBS=۷۹ , BUN=۱۱ , Cr=۰/۶ , Hb=۱۲ , Plt=۲۰۹ , HbsAg=neg , U/A=NI

مادر در سن حاملگی ۳۰ هفته به علت حالت تهوع و درد در ناحیه شکم به مطب متخصص زنان مراجعه نموده و توسط ایشان معاینه و ویزیت می شود. در حالی که سابقه استفراغ و سوزش ادرار را مطرح می کند. علائم حیاتی: BP=۱۲۰/۸۰ , p=۸۰ بوده و صدای قلب جنین شنیده نمی شود. سونوگرافی نیز انجام می شود که طبق اظهارات شفاهی متخصص زنان میزان مایع آمنیوتیک نرمال بوده و علائمی مبنی بر دکلمان جفت وجود ندارد و ضربان قلب جنین مشاهده نمی شود. در معاینه لگنی سرویکس بسته بود و خونریزی نداشته است. متخصص زنان به مادر توصیه می کند که جهت بررسی وضعیت فتوس و دارو درمانی به علت عفونت ادراری به بیمارستان مراجعه کند ولی مادر تمایل به بازگشت به منزل داشته و به اصرار اطرافیان و به علت داشتن ضعف پس از تزریق سرم رینگر و دکستروز ۵٪ و تجویز داروهای مانند قرص نیتروفورانتوین و آمپول متوکلوپروماید، هیوسین و شیاف دیکلوفناک با برگ ارجاع مبنی بر انجام NST , CBC مطب را به مقصد بیمارستان ترک می کند.

مادر بیش از یک ساعت پس از ترک مطب به بیمارستان مراجعه می کند و به علت بد حال بودن با برانکارد به بخش زایشگاه منتقل می شود. در حالیکه ایست قلبی تنفسی داده و کاملاً Pale بوده است. علاوه بر رگی که در مطب متخصص گرفته شده بوده یک رگ دیگر برای وی گرفته می شود و از ورید ژیگولار نیز رگ گرفته می شود و سرم و خون بصورت Push داده می شود. انتوباسیون نیز انجام شده و ماساژ قلبی و آتروپین و اپی نفرین و دو کیسه پک سل داده می شود. DC شوک نیز بطور مکرر استفاده می شود. به مدت ۴۰ دقیقه ادامه می یابد ولی مادر فوت می کند.

### نقد و بررسی تاریخچه پنجم

- ✓ با توجه به شکایت درد شکم و تهوع همراه با سابقه سزارین قبلی و فاصله کوتاه از بارداری قبلی احتمال پارگی رحم و ارجاع فوری به بیمارستان باید در نظر گرفته می شد (در مورد متوفی به بیمار توصیه شده که جهت بررسی فتوس و دارودرمانی به علت عفونت ادراری به بیمارستان مراجعه کند)
  - ✓ دقت و توجه به شکایت بیمار از درد شکمی می تواند با انجام معاینه لگنی دقیق پزشک را متوجه Tenderness در محل انسزیون قبلی کرده و تشخیص پارگی رحم را مطرح سازد.
  - ✓ به نظر می رسد علائم حیاتی در مطب بدون دقت اندازه گیری شده است
  - ✓ با وجود اینکه در معاینه بالینی و طبق گزارش سونوگرافی صدای قلب جنین شنیده نشده است درخواست NST بدون دلیل علمی بوده است
- اداره درد شکمی در نیمه اول و دوم بارداری در صفحات ۸۶ - ۸۲ مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بیمارستانهای دوستدار مادر ذکر شده است.

## تاریخچه ششم- خونریزی

متوفی خانم ۳۰ ساله (نامشخص = LMP) G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>Ab<sub>0</sub>Lo فاصله بارداری تا زایمان قبلی ۴/۵ سال - در زایمان قبلی وزن نوزاد بیش از ۵ کیلوگرم بوده است - بارداری نا خواسته بوده و در اواخر بارداری ۲ بار به پایگاه بهداشتی مراجعه کرده که در مراجعه اول به علت مشخص نبودن سن حاملگی و چاقی شدید به متخصص زنان ارجاع داده می شود و ایشان سونوگرافی و آزمایشات دوران بارداری را درخواست می کنند ولی پسخوراندی در فرم ارجاع ثبت نمی کنند. سونوگرافی جنین سفالیک زنده با مایع آمنیوتیک کافی و سن حاملگی ۳۲ هفته و ۲ روز گزارش می دهد. نتیجه آزمایشات به شرح زیر بوده است.

U/A:proteine=۱+, WBC=۱۰-۱۲, RBC=۸-۱۰, Bacteria=moderate, U/C > ۱۰<sup>۴</sup> clonies of Ecoli

BUN=۷, Cr=۰/۹, Hb=۱۲/۶, Plt=۲۶۴

در مراجعه دوم نیز به علت افزایش وزن به میزان ۱۰ کیلوگرم به متخصص زنان ارجاع می شود که بعد از آن دیگر به پایگاه مراجعه نمی کند. فشار خون مادر در دو مراجعه ۱۳۰/۹۰, ۱۳۰/۸۰ بوده است.

- در سن بارداری ۳۹ هفته در ساعت ۳:۴۰ به علت درد ناحیه شکم به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده و توسط رزیدنت سال اول معاینه می شود. علائم حیاتی و نتیجه معاینه لگنی به شرح زیر بوده است

T=۳۷, RR=۱۵, PR=۸۰, BP=۱۰۰/۷۰, FHR=۱۴۲, Cervix=Close, no efface, M=I

مادر خونریزی واژینال نداشته و برای وی درخواست NST داده می شود

- در ساعت ۵:۱۰ مادر مجدداً توسط رزیدنت سال اول معاینه می شود که FHR=۱۴۲ و PR=۸۸ و BP=۱۰۰/۷۰ سرویکس همچنان بسته بوده. وزن مادر حدود ۱۴۰ کیلوگرم و ضایعات پوستی بدبو بخصوص در ناحیه پاهای داشته که به گفته خودش در دوران بارداری بوجود آمده BP=۱۰۰/۷۰, PR=۸۸

- در ساعت ۵:۳۵ وضعیت مادر به اطلاع رزیدنت سال دوم رسانده می شود که نظر ایشان نیز انجام NST و قبل از آن پیدا کردن صدای قلب با سونیکید بوده است.

- در ساعت ۷ همان رزیدنت زنان که جهت ویزیت بیمار دیگری به اورژانس مراجعه کرده بود وضعیت مادر را پیگیری می کند و می خواهند که خودشان NST بیمار را انجام دهند ولی همراه بیمار دیگری به اتاق عمل می روند.

- در ساعت ۷:۳۰ مادر به علت درد مدام فریاد می کشیده و رنگ پریده و بی حال بوده است. قلب جنین شنیده نمی شده و پالس و فشار خون هم قابل لمس و گرفتن نبوده است. بلافاصله به رزیدنت اطلاع داده می شود. برای مادر سرم رینگر وصل شده و آزمایشات CBC, PT, PTT, FL, elect, BUN, BS و درخواست ۱۰۰۰ سی سی خون داده می شود. ECG نیز انجام می شود. هنگامی که پالس ضعیف تر شده هوشیاری کاهش یافته و فقط به Pain full stimulation پاسخ می دهد و عرق سرد کرده رزیدنت جهت کانسالت وضعیت بیمار به اتاق عمل رفته و به سرعت بر می گردد. مادر جهت انتقال به اتاق عمل بر روی برانکارد گذاشته می

شود. قبل از حضور تیم احیا ترشحات زیاد قهوه ای رنگ در دهان بیمار ساکشن شده و Air way گذاشته می شود و تهویه با آمبوبگ انجام می شود. توسط رزیدنت بیهوشی انتوباسیون انجام شده و عملیات احیا با استفاده از دی سی شوک، ماساژ قلبی، و داروهای مورد نیاز انجام می شود. طبق نظر رزیدنت بیهوشی عملیات احیا بدون ختم حاملگی موثر نیست و رزیدنت سینیور بعد از تماس با آنکال تصمیم به سزارین می گیرند و سزارین بر روی برانکارد انجام شده و نوزاد پسر با آپگار ۵ متولد شده و علی رغم احیا فوت می کند. در گزارش عمل رحم بسیار نرم، بزرگ سیاهرنگ و حاوی ۳ لیتر خون سیاهرنگ و غیر لخته بدون وجود شواهدی دال بر Concealed Abruptio و خونریزی واژینال بوده است. همزمان با انجام سزارین و پس از آن عملیات احیا انجام یافته، CVP line گرفته شده و خون بدون کراس میچ ترانسفوزیون می شود. به علت عدم پاسخ به احیا عملیات خاتمه یافته و مرگ مادر اعلام می شود.

### نقد و بررسی تاریخچه ششم

- ✓ در زمان مراجعه به عوامل خطر زیر توجه نشده است:
  - بارداری ششم (Grand multiparty مادر)
  - چاقی و BMI بالای مادر (وزن ۱۴۰ کیلوگرم)
  - سابقه تولد نوزاد ۵ کیلو گرم
  - درد شکمی (در مادر با جنین درشت و بارداری ششم)
  - بی توجهی به علت وجود زخمهای پا (با توجه به جنین درشت احتمال دیابت)
  - اقدامات نامناسب همراه با تاخیر که همگی ناشی از عدم حضور متخصص زنان و زایمان کشیک (مقیم) و در نتیجه نظارت ناکافی بر عملکرد رزیدنتها می باشد.
- ✓ با توجه به خونریزی داخلی (وجود ۳ لیتر خون در رحم) نبض و فشار خون در حد طبیعی گزارش شده است که بیانگر عدم دقت در اندازه گیری و ثبت علائم حیاتی می باشد
- ✓ اداره درد شکمی در نیمه اول و دوم بارداری در صفحات ۸۶ - ۸۲ مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بیمارستانهای دوستدار مادر ذکر شده است.

## تاریخچه هفتم - خونریزی

متوفی خانم ۲۷ ساله (نامشخص = LMP) G۴P۳A۰L۲ سابقه ۳ بار سزارین، تعداد مراقبتهای بارداری: ۶ بار در سن حاملگی ۲۷ هفته و ۲ روز بعثت سرگیجه و درد معده به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می کند که برای وی فرسوسولفات و قرص رانتیدین تجویز می شود.

۳ روز بعد دچار سرگیجه و ضعف و بیحالی شده (BP=۹۰/۷۰) که توسط بهورز، به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع و معاینه می شود. در معاینه تب و تنگی نفس نداشته. پس از تزریق سرم نرمال سالین با حال عمومی نسبتاً مناسب مرخص می شود.

مجدداً در سن حاملگی ۳۲ هفته و ۱ روز به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه و توسط پزشک عمومی معاینه می شود: شکایت گلو درد و تب ۳۸ درجه داشت که با سرم تراپی و سفتریاکسون و دگزامتازون و حال عمومی خوب مرخص شد و توصیه شد در صورت ادامه تب مراجعه کند.

در سن حاملگی ۳۳ هفته صبح با تشدید علائم تب و لرز به اورژانس بیمارستان شهرستان مراجعه می کند. تب ۴۰ درجه و لرز شدید و رنگ پریده بوده. توسط پزشک اورژانس ویزیت که مشاوره داخلی و زنان درخواست، آزمایشات کامل و کشت ادرار، کشت خون، بیلی روبین توتال و دایرکت و CBC درخواست و سرم یک سوم دو سوم وصل می شود و مرخص شده

ساعت ۱۵/۴۰ همان روز مجدداً با تب و لرز به اورژانس مراجعه و بستری می شود تب ۴۰ درجه و لرز شدید دارد. بیمار در تاریخچه، تعداد بارداری را ۲ بار ذکر کرده است.

نتیجه آزمایشات: تست های کبدی مختل و گازهای خون شریانی نرمال

Hb=۱۰ , Hct=۳۰ , plt=۳۹۰۰۰

در ساعت ۱۸ مشاوره داخلی و زنان انجام که با توجه به نداشتن کنتراکشن واضح و سماع صدای قلب جنین و افت شدید پلاکت، تصمیم به اعزام به بیمارستان مرکز استان (جهت بستری در سرویس داخلی) گرفته می شود.

در ساعت ۲۲/۵۰ به بیمارستان مرکز استان تحویل داده می شود. کنتراکشن و خونریزی در محوطه بیمارستان شروع شده. خونریزی از لثه دارد در معاینات اولیه مخاطها رنگ پریده RR=۲۵ , PR=۱۰۰ , BP=۱۰۰/۶۰ , T=۳۹/۵

در معاینه واژینال کل بسته و خونریزی در حد ۱ پلاس است سماع قلب جنین نرمال و کنتراکشن خفیف دارد توسط متخصص زنان ویزیت شده و مشاوره عفونی و داخلی درخواست می شود

کلاً ۳ واحد پلاکت در استان موجود بوده که ۱ واحد هم گروه و ۲ واحد غیر هم گروه است بعثت نبود پلاکت کافی دستور اعزام به بیمارستان دانشگاه مجاور داده می شود.

و پزشک معالج با مدیر گروه دانشگاه مجاور تماس می گیرند و ایشان اظهار می دارد که با توجه به شروع

انقباضات و همچنین پلاکت پایین، صلاح نیست بیمار اعزام شود و ممکن است در راه دچار پارگی رحم شود و



ضمناً بیمارستان مقصد نیز پلاکت کافی ندارند و پزشک معالج خوشان باید در مورد وجود پلاکت کافی اطمینان حاصل نمایند و سپس بیمار را اعزام نمایند.

ساعت ۳۰ دقیقه بامداد مشاوره عفونی تلفنی انجام می شود

آمپی سیلین - جنتامایسین و کلیندامایسین تزریقی شروع می شود.

Hb=۱۰ , Hct=۲۹ , WBC=۴/۷ , RBC=۳/۴۱ , PT=۲۱ , PTT=۶۳ , Plt=۲۵۰۰۰

در آزمایش کامل ادرار آلبومین ۳+ و خون در ادرار مشاهده شد

در ساعت ۱:۳۰ مشاوره داخلی انجام شد در معاینه ایشان اسکرا ساب ایکتر ، تاکی کاردی و تاکی پنه و ویزیگ هر دو ریه و رال ریه چپ که تشخیص های مطرح شده پنومونی و سندرم هلیپ و TTP است.

ساعت ۲/۱۵ دقیقه پس از هماهنگی آمبولانس جهت تحویل پلاکت از دانشگاه مجاور فرستاده می شود. بیمار به مانیتورینگ وصل می شود. یک واحد پلاکت (هم گروه) موجود در استان ساعت ۲:۵۵ انفوزیون می شود

طبق دستور متخصص زنان فرصت زایمان طبیعی داده می شود.

ساعت ۳: کنترکشن دارد و در معاینه واژینال سرویکس ۱ finger باز است

از ساعت ۳ انفوزیون ۱۰ واحد کرایو و ۲ واحد FFP شروع می شود.

در شیفت دوم صدای قلب جنین سمع نمی شود که وضعیت به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود.

ساعت ۶ خونریزی در حد ۱ پلاس - کنترکشن ندارد و در معاینه واژینال سرویکس لمس نمی شود که این

وضعیت به پزشک معالج اطلاع داده می شود تصمیم گیری به پس از دریافت پلاکت محول می شود.

در ساعت ۶ صبح:

Hb=۹/۶ , Hct=۲۷/۵ , PT=۱۷ , PTT=۹۰ , Plt=۱۵۰۰۰

ساعت ۶/۳۰ توسط آنکال ویزیت می شود احتمال رابچر رحم مطرح می شود. در شیفت صبح حال عمومی خوب

نبوده ولی ارتباط کلامی داشته، ادرار کاملاً خونی بوده. نتیجه سونوگرافی (ساعت ۸/۲۰):

جنین مرده ۳۲ هفته و دارای مایع آزاد در شکم، اکوژنسیته پارانشیم کبد Coarse می باشد که بیانگر بیماری مزمن کبدی است و احتمال شروع بیماری کلیوی و کبدی مادر مطرح است.

ساعت ۸/۴۰: چهارده واحد پلاکت از دانشگاه مجاور تحویل و بلافاصله انفوزیون شروع شده و سزارین انجام می

شود جنین مرده بوده. رحم از ناحیه فوندوس به سمت قدام واژن پاره است. لیگامان های راند و یوترو اوارین

دو طرفه گرفته می شود. در سمت چپ تخمدان مشهود نمی باشد. جفت آکرتا در قسمت تحتانی رحم که به

میومتر مثانه تهاجم داشته اقدام به جدا سازی از مثانه می شود. مثانه توسط ارولوژیست ترمیم می شود.

در شیفت صبح: بیمار هوشیار، هماچوری دارد، کل بدن رنگ پریده است، خونریزی از محل پانسمان دارد که

پانسمان فشاری می شود.

آزمایشات ساعت ۱۱

Hct=۲۴/۴ , Hb= ۸/۵ , plt=۵۰۰۰۰

بیمار ساعت ۵:۳۰ عصر ارست نموده که عملیات احیاء موفقیت آمیز است.

پنج واحد پلاکت و ۲ واحد پکدسل انفوزیون می شود.

آزمایشات عصر

Hb=۶/۳ , plt=۴۳۰۰۰

مشاوره نورولوژی - قلب - داخلی و بیهوشی انجام می شود.

ساعت ۲۰/۳۰ جهت اعزام بیمار به دانشگاه مجاور هماهنگ می شود اما ساعت ۲۲/۰۵ ارست نموده که احیا می

شود ولی ناموفق بوده و بیمار فوت می کند.

### نقد و بررسی تاریخچه هفتم

- ✓ اداره نامناسب عوارض بارداری و زایمان در مراکز بهداشتی درمانی
- در سن بارداری ۲۷ هفته و ۲ روز: با وجود سرگیجه و درد معده به جای بررسیهای بیشتر، درمان علامتی (تجویز رانیتیدین) برای وی انجام شده.
- در مراجعه ۳ روز بعد از مراجعه اول: با وجود سرگیجه و فشار خون پایین، برای بیمار سرم تراپی انجام شده و همراهی جهت ارجاع انجام نشده است.
- لازم به ذکر است که در مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران (خدمات خارج بیمارستانی) اقدامات لازم برای این موارد ذکر شده است.
- ✓ اداره نامناسب عوارض بارداری و زایمان در بیمارستان شهرستان:
- در سن بارداری ۳۲ هفته و ۱ روز و همچنین سن بارداری ۳۳ هفته با وجود تب و لرز و درد سینه و شکم، بیمار پس از سرم تراپی مرخص می شود. لازم به ذکر است که در مجموعه راهنمای ارائه خدمات مامایی و زایمان بیمارستانهای دوستدارمادر اقدامات تشخیصی و درمانی برای این موارد ذکر شده است.
- ✓ اداره نامناسب وضعیت بیمار در بیمارستان مرکز استان:
- به محض گزارش اولین جواب پلاکت (۳۹۰۰۰) باید با هماهنگی مسئولین درخواست پلاکت از دانشگاههای مجاور انجام و با توجه به سابقه ۳ بار سزارین قبلی و شروع دردها، عمل سزارین در همان بیمارستان انجام می شد.
- مشکل عدم پذیرش و همچنین کمبود پلاکت باید به مسئولین اطلاع داده می شد تا به هر نحو ممکن و در کمترین زمان پلاکت به بیمارستان رسانده می شد. در این صورت زمان تلف شده به نصف کاهش می یافت)

## تاریخچه هشتم - خونریزی

- متوفی خانم ۴۰ ساله G3P2Ab0L2 - (LMP = ۸۸/۱۲/۱۸) فاصله بین دو بارداری اخیر ۱۳ سال سابقه کانسر برست را از سال ۷۸ داشته ماستکتومی راست شده - بدنبال آن مدت ۸ ماه شیمی درمانی و دو ماه نیز رادیوتراپی شده و تقریباً از سال ۸۰ هیچ اقدام درمانی جهت کانسر برست صورت نداده
- از حدود ۶ ماه قبل از بارداری بعلت فشار خون های بالاتر از ۲۰ تحت درمان با کاپتوپریل، متورال، هیدروکلرتیازید و آملوپرس بوده است.
  - از ۱۳ هفته و ۴ روز تحت نظر متخصص در مطب بوده که در اولین مراجعه BP=۱۴۰/۸۰، کاپتوپریل توسط متخصص به متیل دوپا تغییر داده می شود، در مجموع ۷ بارمراقبت در مطب داشته و بعلت ثابت شدن فشار خون از حدود ۲۲-۲۳ هفته، متیل دوپا قطع شده.
  - آخرین مراجعه بیمار به مطب در سن حاملگی ۳۹ هفته بوده که فشار خون بیمار ۱۴۵/۹۵ و AF = ۶-۸ با توجه به اینکه بیمار به سمت پره اکلامپسی می رفت و کاهش مایع داشت کاندید ختم بارداری بود. بیمار در روز بعد به بیمارستان مراجعه و با وضعیت سرویکس بسته - فشار خون ۱۳۰/۸۰ - اولیگو هیدرآمینوس و سن حاملگی ۳۹ هفته و یک روز بستری می شود.
  - طبق دستور متخصص یک عدد شیاپ میزوپر و ستول ۲۰۰ میکرو گرمی اینترا واژینال گذاشته شده و دستور شروع اینداکشن با سنتو سینون ۶ ساعت بعد داده می شود. همچنین U/A از نظر آلومینوری ارسال می شود.
  - با توجه به پره اکلامپسی بودن بیمار CBCdiff ارسال ولی تست های انعقادی کنترل نشده است.
- جواب آزمایشات WBC= ۱۲۱۰۰،  $Alb + pl_t = 218.00$  و سایر آزمایشات نرمال
- در شیفت عصر : دیلاتاسیون ۱finger، افسمان ۲۰ درصد، استیشن ۳-، کیسه آب پاره، صدای قلب ۱۳۶ و BP=۱۴۰/۹۰ بوده. بعلت انقباضات مناسب اینداکشن با سنتوسینون انجام نمی شود.
- بیمار کاندید زایمان بی درد دارویی می باشد. در پرونده بیمار رضایت زایمان بی درد موجود نمی باشد.
- دوز اول دارو ساعت ۱۵:۳۰ توسط متخصص بیهوشی و دوز دوم توسط ماما یک ساعت بعد تزریق شده است. ساعت ۱۶:۵۰ بیمار FULL و زایمان با حضور متخصص ساعت ۱۷:۱۵ انجام می شود.
- نوزاد پسر زنده ۳۴۰۰ گرم با مختصری خستگی که با اکسیژن و تحریک کف پا وضعیت نوزاد بهتر می شود. جفت و پرده ها کاملاً خارج می شود . محل پارگی درجه ۱ ترمیم می شود. رحم جمع و خونریزی نرمال است. سرم سنتوسینون نیز وصل می شود.
- از ساعت ۱۷:۳۰ تا ۱۸:۱۰ سه بار کنترل علائم حیاتی و ماساژ رحمی انجام که در دو مورد اول BP=۱۴۰/۹۰ و PR=۸۴ و خونریزی نرمال ولی در ساعت ۱۸:۱۰ خونریزی ۲+ و BP=۸۰/۶۰ و PR=۸۴ بوده است که ماساژ رحمی داده شده، با توجه به افت BP رگ دوم از پای بیمار توسط تکنیسین بیهوشی گرفته می شود و ساعت

۱۸:۲۰ وضعیت به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود. طبق دستور تلفنی ایشان سنتو مترژن انفوزیون و ماساژ رحمی داده می شود. خونریزی کنترل و رحم جمع می شود.

از ساعت ۱۸:۳۰ بیمار بدحال و شدیداً آژیته می شود، متخصص بر بالین بیمار حاضر می شود و سریعاً درخواست خون اورژانس داده می شود. فشار خون همچنان ۸۰/۶۰ و تقلای تنفسی دارد. شکم نرم و دیستانتسیون ندارد. درخواست سونو گرافی اورژانس داده می شود که با توجه به نبود سونو پرتابل در بیمارستان با مرکز دیگری هماهنگ می شود که سوپروایزر اعلام می دارد که دستگاه قابل انتقال نیست.

ساعت ۱۸:۴۰ بیمار کاملاً Pale بدون تنفس و نبض و gasping بوده. ۵ واحد پکدسل جهت بیمار انفوزیون می شود. بیمار با ماسک ونتیله شده. در همین فاصله دچار cardiorespiratory arrest شده و بلافاصله بیمار اینتوبه می شود.

بعد از ۵ دقیقه اول CPR برگشت خورده و بعد از ۵-۴ دقیقه مجدداً دچار arrest شده که در کل ۵ ویال بی کربنات، آمینوفیلین، هیدرو کورتیزون و ۲ سی سی سولفات منیزیوم ۲۰ درصد تزریق می شود.

حدود ساعت ۱۹:۴۵ جهت انتقال بیمار به ICU بیمارستان دیگر هماهنگ می شود که به علت بدحال بودن بیمار انتقال صورت نمی گیرد.

توسط فوق تخصص ریه pericardial tap شده که ابتدا ۱۰ سی سی مایع شفاف و سپس ۲۰ سی سی خونابه خارج شده.

سمع دو طرفه ریه نرمال و علائمی به نفع پنوموتوراکس و ادم ریه نداشت و بیمار به راحتی ونتیله می شد.

تا ساعت ۲۲:۰۰ چندین بار arrest داده که علی رغم CPR موفقیت آمیز نبوده و بیمار Expire می شود.

نتیجه پزشکی قانونی: پارگی در ناحیه اندوسرویکس سمت چپ به طول تقریبی ۴ سانتی متر وجود ۲۰۰ سی سی خونابه در فضای شکم و وجود خون لخته شده فراوان در اطراف روده ها و طحال و مزانتر و سمت چپ خلف صفاق و قسمت خلفی طرفی چپ رحم

### **نقد و بررسی تاریخچه هشتم**

- ✓ دوز شیاف میزوپروستول برای القای زایمان (با در نظر گرفتن سایر شرایط) ۲۵ میکروگرم می باشد (صفحه ۱۷۴ دستور عمل ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر- صفحه ۵۰۳ ویلیامز ۲۰۱۰)
- ✓ القای زایمان با پروستاگلاندینها در شرایطی که Bishop score کمتر یا مساوی ۴ باشد توصیه می شود که در مورد متوفی اشاره ای به آن نشده است
- ✓ بی توجهی به وضعیت بیمار و گزارشات غیر منطقی از علائم حیاتی منجر به تاخیر در تشخیص خونریزی و در نتیجه تاخیر در انجام اقدامات به موقع شده است.
- ✓ انجام pericardial tap کاملاً بدون اندیکاسیون بوده است.

### تاریخچه نهم - خونریزی

متوفی خانم ۳۳ ساله (LMP = ۸۸/۴/۲۴)G۴P۲A۰L۲ و سابقه یک بار حاملگی خارج از رحم (سال گذشته) که سالیپزکتومی شده است. BMI مادر بالا بوده است. در طی بارداری ۴ بار در پایگاه بهداشتی و ۴ بار توسط متخصص زنان مراقبت شده است. سابقه دیابت در خانواده مادری را ذکر کرده است. وزن فرزندان قبلی هنگام تولد ۳۷۰۰ و ۴۰۰۰ گرم بوده است. در سن حاملگی ۴۰ هفته و ۳ روز به علت گذشتن ۳ روز از تاریخ زایمان و درجاتی از اولیگوهایدرآمیوس ابتدا NST و سپس اینداکشن شروع می شود. ساعت ۸/۳۰ کیسه آب خود بخود پاره می شود و وارد فاز فعال زایمان می شود. در ساعت ۲/۳۰ دیلاتاسیون کامل شده اما Station = -۱ باقی مانده است. آتروپین و پرومتازین تزریق شد. به تخت زایمان منتقل شده و با استفاده از فشار روی رحم سعی در انجام زایمان شد. اما به علت عدم نزول سر و سیانوز شدن مادر و افت مختصر صدای قلب جنین تصمیم به سزارین گرفته می شود. حین انتقال به اتاق عمل دچار ارست شده و احیا می شود و سزارین اورژانس همزمان با احیا برای نجات جان نوزاد انجام می شود که نوزاد پسر سالم با آپگار ۲/۱۰ و وزن ۴۷۰۰ گرم متولد شده و به علت عدم پاسخ به احیا فوت می کند.

به علت وخیم شدن حال مادر از متخصصین دیگر زنان، جراح عمومی، متخصص قلب، اورولوژی و اتند مجرب زنان مرکز استان کمک گرفته می شود. به علت هماتومهای وسیع کف لگن و اینرسی رحم تصمیم به هیستریکتومی گرفته می شود که در حین عمل به علت DIC و خونریزی شدید علیرغم دریافت مایعات فراوان و چندین واحد خون و FFP فوت می کند.

### نقد و بررسی تاریخچه نهم

- ✓ انجام مداخلات غیر ضروری در روند زایمان شامل انجام اینداکشن علیرغم جنین بزرگ، تزریق آتروپین و فنرگان، فشار بر قله رحم بدون توجه به وزن جنین و شرایط مادر (خستگی و دهیدراتاسیون)
- ✓ عدم توجه به BMI بالای مادر، سابقه جنین درشت، تاریخچه فامیلی دیابت
- ✓ باتوجه به ارست بیمار پس از اعمال FUNDAL PRESSURE حتما باید پارگی رحم جزء تشخیصهای افتراقی در نظر گرفته شده و به علائم آن مانند افت فشار خون و افزایش نبض (علائم هیپوولمی) توجه می شد.

### تاریخچه دهم- خونریزی

متوفی خانم ۲۴ ساله (نامشخص = LMP) G2P2Ab1L1 در طول بارداری ۳ بار در پایگاه بهداشتی و ۸ بار در مطب متخصص زنان مراقبت شده. سابقه بیماری خاصی نداشته است. به علت سابقه یک بار سزارین، در هنگام ترم بستری و سزارین انجام شده است. پس از خروج جفت و ضمائم از سگمان تحتانی و محل انسزیون، خونریزی فعال و غیر طبیعی داشته که یک عدد قرص میزوپروستول زیر زبانی استفاده شده و ۲ واحد خون و ۲ واحد FFP تزریق شده است. به علت ادامه خونریزی آمپول پروستاگلاندین وریدی نیز تزریق شده است و پس از آن مجدداً ۳ واحد خون و یک واحد FFP تزریق شده است. بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا شده است. نسبتاً Stable بود اما به علت قطع نشدن خونریزی تصمیم به هیستریکتومی گرفته شد. در حین عمل مجدداً ارست قلبی تنفسی کرد که عملیات احیا انجام شده اما متأسفانه موفقیت آمیز نبود و بیمار فوت کرد.

### نقد و بررسی تاریخچه دهم

- ✓ اندیکاسیون میزوپروستول و سایر پروستاگلاندینها در موارد خونریزی به علت Atony است نه خونریزی از محل انسزیون سزارین.
- ✓ دوز میزوپروستول برای کنترل خونریزی پس از زایمان اشتباه بوده است و باید با دوزهای بالاتر تا ۵ عدد میزوپروستول (۱ mg) بصورت رکتال استفاده شود. (صفحه ۱۹۶ مجموعه راهنمای ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر)
- ✓ نوع پروستاگلاندین تزریق شده در این تاریخچه مشخص نیست اما تزریق اشتباه پروستاگلاندین E2 (در درمان خونریزهای پس از زایمان) منجر به افت سریع فشار خون، وخامت بیشتر حال بیمار و در نهایت مرگ می گردد.
- ✓ برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هشدارهای لازم هنگام استفاده از پروستاگلاندین به نامه شماره ۲/۱۴۷۷۲۳ ب مورخ ۸۹/۸/۵ (خطاب به معاونتهای محترم درمان) مراجعه شود.

## تاریخچه یازدهم - پراکلامپسی

متوفی خانم ۲۴ ساله، (LMP = ۸۸/۸/۱۲) G2P1Ab1L1 بیماردارای رحم دوشاخ بوده، زایمان قبلی بصورت سزارین انجام شده، نوزاد IUGR بوده. فاصله حاملگی تا زایمان قبلی سه سال بوده است. مراقبت بارداری در مطب متخصص زنان انجام شده. از هفته ۵ الی ۲۷ بارداری ۱۳ kg وزن گیری داشته است (BMI نامشخص) و فشار خون در محدوده ۱۰۰/۶۰ الی ۱۲۰/۸۰ بوده. از هفته ۲۳ الی ۲۷ بارداری (طی ۲۴ روز) بیمار ۶kg وزن گیری داشته و در آخرین مراجعه (هفته ۲۷ بارداری) فشار خون ۱۲۰/۸۰ گزارش شده و مدرکی دال بر انجام آزمایش پروتئینوری موجود نبود. در سن بارداری ۳۱ هفته و ۳ روز با درد ناحیه شانه و دل درد و تهوع، استفراغ بصورت سرپایی به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده و طبق گزارش پزشک اورژانس، بیمار بدون تنگی نفس و انقباض رحم بوده و تندرست اپیگاسترداشته، BP = ۱۴۰/۱۱۰ و GCS = ۱۵، RR = ۱۳، PR = ۸۰. سرم یک سوم و دو سوم، آمپول متوکلوپرامید و رانیتیدین تجویز شده و شرح حال، تلفنی به متخصص اطلاع داده شده و با تشخیص پره اکلامپسی و دستور انجام آزمایشات لازم و تجویز سولفات منیزیم بستری می شود. در بدو ورود به زایشگاه درد شدید اپیگاستر و فشار خون ۲۲۰/۱۲۰ به اطلاع متخصص زنان رسانده شده و آمپول هیدرالازین، پتیدین، فنرگان، فنوباریتال تجویز شده است. پروتئینوری (+۳)، گلیکوزوری (+)، هماچوری (+) و پلاکت ۵۹۰۰۰، PT=۱۲، PTT=۳۲ و Hb=۱۰/۷ پس از دریافت دوز سوم هیدرالازین فشار خون بیمار ۱۸۰/۱۲۰ گزارش شده و جهت انجام سزارین به اتاق عمل منتقل شده، ولی عمل انجام نشده و با تشخیص سندرم HELLP به بیمارستان دیگر اعزام شده است. در بدو ورود به بیمارستان (مقصد) دچار تشنج شده و پس از دریافت فنی توئین، در حالت post ictal به اتاق عمل منتقل شده و تحت GA توسط رزیدنت زنان، سزارین انجام شده و نوزاد پسر UGR با آپگار ۲ و ۷ متولد شده، جفت کلسیفیه و کوچک، حفره شکم دارای آسیت فراوان گزارش شده است. پروتئینوری (+۳)، ALT=۲۶۳۰، AST=۲۷۹۴، ALK=۴۰۹، LDH=۴۲۶۰، FDP=۷۹/۹، Fib=۳۶۶، INR=۱/۲، PT بیش از حد نرمال و آزمایشات لوپوس نرمال بیمار پس از سزارین به ICU منتقل شده و به دلیل دیستانسیون شکم (با تأیید سونوگرافی) و خونریزی از محل برش سزارین، در ساعت ۷/۴۵ AM لاپاراتومی با بیهوشی عمومی انجام شده و محل برش سزارین از چند ناحیه دارای خونریزی بوده و حدود یک لیتر خون از حفره شکم خارج شده است. تحت پلاسمافرز قرار گرفته، جهت بیمار تشخیص احتمالی سندرم HELLP، TTP، کبد چرب، DIC، بیماری ویلسون، هپاتیت اتوایمیون مطرح شده است و با تشخیص ARF تحت همودیالیز قرار گرفته است. بیمار دارای علائم DIC بوده، خون، فراورده خونی، فاکتور ۷، هیدروکورتیزون، آنتی بیوتیک و لازیکس دریافت نموده است.



روز بعد از سزارین: بیمار دچار ادم اندام و علائم DIC بوده و حین انجام همودیالیز دچار دیسترس تنفسی و تاکیکاردی شده و اقدامات درمانی انجام شده است.

۲ روز بعد از سزارین: بیمار دارای تب مقاوم به درمان، تاکیکاردی و تاکی پنه بوده و درمانهای نگهدارنده انجام شده است. آزمایشات LFT و CBC و آزمایشات انعقادی مختل بوده است.

۳ روز بعد از سزارین: بیمار دچار افت فشار خون و اشباع اکسیژن، تاکیکاردی و اختلال در ECG و ارست قلبی تنفسی شده و عملیات احیاء انجام شده ولی موفقیت آمیز نبوده بیمار فوت کرده است.

### نقد و بررسی تاریخچه یازدهم

- ✓ با توجه به افزایش وزنهای غیر طبیعی (از هفته ۵ تا ۲۷ حدود ۱۳ کیلوگرم و از هفته ۲۳ تا ۲۷ حدود ۶ کیلوگرم) احتمال وقوع پره اکلامپسی در نظر گرفته نشده است.
- ✓ پس از مراجعه بیمار به اورژانس به علائم درد شکمی، تهوع و استفراغ (علائم پره اکلامپسی شدید) توجه نشده و درمانهای نامناسب و علامتی برای وی انجام شده است.
- ✓ با توجه به فشار خون بالا و پروتئین اوری اقدام فوری برای ختم بارداری برای وی انجام نگرفته است.
- ✓ با وجود پرخطر بودن وضعیت بیمار (سابقه ۲ بار سزارین و رحم دوشاخ و جنین IUGR، ابتلا به اکلامپسی، Poor general Condition) سزارین توسط رزیدنت و بدون حضور متخصص انجام گرفته است.
- ✓ تجمع مایع (آسیت) آن هم به مقدار فراوان در شکم، نیاز به مدت زمان طولانی دارد که در طی مراقبتهای توسط متخصص مربوطه به آن توجهی نشده است.
- ✓ علائم حیاتی بطور دقیق کنترل و ثبت نشده و تشخیص خونریزی و اقدام به لاپاراتومی با تاخیر انجام شده است
- ✓ در همه مراحل اداره عوارض بسیار نامناسب انجام شده است.

## تاریخچه دوازدهم - پراکلامپسی

متوفی خانم ۳۲ ساله (LMP=۸۸/۹/۲۶)، G۳P۲Ab۱L۱ و سابقه یک مرتبه سقط و کورتاژ (سال ۸۸) و لاپاراسکوپی، قبل از بارداری فعلی داشته است. مراقبت ها در مرکز بهداشتی و مطب متخصص زنان انجام شده است، در هفته ۲۶ بارداری به دلیل عدم تطابق سن بارداری با ارتفاع رحم، به متخصص زنان ارجاع شده ولیکن پسخوراندی دریافت نشده است.

BMI غیر طبیعی بوده (۲۶/۳) و بر اساس پرونده بهداشتی، در طول بارداری (هفته ۷ الی ۲۶) ۸ Kg وزن گیری داشته، تحت مراقبت ویژه قرار گرفته و توصیه های لازم در مورد تغذیه داده شده است.

قرص ASA توسط متخصص زنان تجویز شده است.

در هفته ۲۴، پروتئینوری (+) و در هفته ۲۸ و ۲۹، (+۲) گزارش شده است.

در هفته ۲۸ بارداری مادر احساس کاهش حرکات جنین داشته و در سونوگرافی انجام شده در همانروز، قلب جنین مشاهده نشده است.

فردای آنروز مادر به واحد بهداشتی مراقبت کننده مراجعه نموده و FHR قابل سمع نبوده و به بیمارستان شماره ۱ ارجاع فوری شده که با رضایت شخصی مرخص شده است. همانروز بیمار به بیمارستان شماره ۲ مراجعه می نماید، آزمایشات انعقادی درخواست شده در آن مرکز در محدوده نرمال بوده و در سونوگرافی مجدد، جنین IUID و بریچ گزارش شده است. (پزشک معالج توصیه به مراجعه ۳ روز بعد شده است)

بیمار نیز ۳ روز بعد به مطب متخصص مربوطه مراجعه نموده و فشار خون ۹۰/۵۰ گزارش شده، همانروز بیمار در بیمارستان شماره ۲ سزارین شده و جنین پسر IUID خارج شده و به علت پروتئینوری تحت درمان با آمپول لومینال قرار گرفته است.

براساس آزمایشات: Hb=۱۳/۶، Hct=۴۰، plt=۹۴۰۰۰، Fib=۳۵۴ و پروتئینوری (+۳) گزارش شده است. ماکزیم فشار خون سیستول و دیاستول بیمار تا هنگام ترخیص (یک روز پس از پذیرش)، بترتیب ۱۳۰ و ۸۰ گزارش شده است.

بیمار یک روز پس از سزارین پس از هماهنگی تلفنی با پزشک معالج، توسط پزشک دیگری مرخص شده است.

براساس آزمایش درخواستی توسط پزشک معالج که پس از ترخیص بیمار انجام شده پروتئینوری Trace گزارش شده است.

(۶ روز پس از سزارین) در ساعت ۱۰/۱۰ AM بیمار با شکایت از سردرد (شروع از ۳ روز قبل و تشدید سردرد از روز مراجعه) به اورژانس بیمارستان شماره ۱ مراجعه نموده و با تشخیص مشکل نورولوژی بستری شده و با گزارش فشار خون ۱۲۰/۸۰، نبض ۷۰، GCS=۱۵، مردمکهای قرینه و راکتیو به نور، آمپول دکزامتازون، پرومتازین، پلازیل تجویز شده است.

آزمایشات کلیوی، BS، K، Na نرمال، WBC بیش از حد نرمال،  $Hb = 10/9$ ،  $plt = 229000$  گزارش شده است. بیمار بیکار بوده و ۲ ساعت پس از مراجعه دچار هذیان و سپس تشنج شده و دیازپام و فنی توئین و اکسیژن دریافت نموده و به علت نداشتن متخصص نورولوژی و نیاز به CT.Scan جهت اعزام بیمار هماهنگی شده است. بیمار به دلیل ادامه تشنج دیازپام دریافت نموده است، متخصص زنان بر بالین بیمار حضور یافته و آزمایش پروتئینوری درخواست شده و سولفات منیزیوم به دستور ایشان تجویز می شود. ساعت ۱۲/۵۰ فشار خون بیمار ۱۴۰/۱۰۰ گزارش و آزمایش کبدی ارسال شده است. بیمار اینتوبه شده و هیدرالازین (ساعت ۱۳) دریافت نموده است. ساعت ۱۳/۰۵ فشار خون ۱۷۰/۱۰۰ گزارش می شود.

پروتئینوری (+۴)، AST نرمال،  $ALT = 42$  و  $ALKP = 441$  (بیش از حد نرمال) گزارش شده است. ساعت ۱۳/۵۰ بیمار با گزارش  $GCS = 8$ ،  $BP = 170/90$ ،  $PR = 86$  به مرکز آموزشی درمانی مرکز استان اعزام شده است.

در بدو ورود، بیمار دارای تنفس خود بخود، مردمکهای میدریاز Fix بدون پاسخ به نور،  $GCS = 3$ ،  $BP = 145/90$ ،  $PR = 120$ ،  $RR = 28$ ،  $T = 38$  گزارش شده است.

تستهای کلیوی، انعقادی و الکترولیتی نرمال،  $ALT = 32(H)$ ،  $Hb = 12/8$ ،  $Hct = 36/1$ ،  $PLT = 366000$ ،  $WBC = 26500(H)$ ،  $ALK = 385(H)$ ،  $Fib = 423(L)$ ،  $LDH = 550(H)$ ، پروتئینوری (+۳) بر اساس Brain CT، ICH وسیع با احتمال CVT مطرح و از نظر بالینی مرگ مغزی بیمار گزارش می گردد.

(۱۹ روز پس از سزارین) سرانجام بیمار دچار V.T شده و عملیات احیاء انجام شده ولی متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و بیمار فوت نموده است. تشخیص بالینی مرگ: عوارض PIH

### نقد و بررسی تاریخچه دوازدهم

- ✓ به افزایش وزن غیر طبیعی (از هفته ۷ تا ۲۶ حدود ۸ کیلوگرم) و پروتئین اوری در هفته های ۲۴ و ۲۹-۲۸ توجه نشده است.
- ✓ با وجود گزارش سونوگرافیک IUFD در بیمارستان بستری نشده (بلکه به وی توصیه شده است که ۳ روز بعد مراجعه کند)
- ✓ با توجه به اینکه پروتئین اوری پس از سزارین ۳+ گزارش شده، به نظر می رسد فشار خون اندازه گیری شده در مطب (۹۰/۵۰) درست اندازه گیری نشده است.
- ✓ با وجود سابقه وزن گیری بیش از حد، پروتئین اوری، احتمال پره اکلامپسی که منجر به IUFD شده در نظر گرفته نشده و بیمار فقط تحت درمان با آمپول لومینال قرار گرفته است
- ✓ بیمار تنها یک روز پس از سزارین و بدون توجه به پروتئین اوری با دستور تلفنی مرخص گردیده است.
- ✓ پس از مراجعه مجدد به اورژانس به علائم خطر (سر درد) توجهی نشده و با متخصص زنان مشاوره انجام نشده است.
- ✓ اعزام بیمار در شرایط کاملاً Unstable ( $BP = 170/90$ ) انجام شده است.

### تاریخچه سیزدهم- آمبولی

متوفی خانم ۴۳ ساله، (نامشخص = LMP) G<sub>4</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> L<sub>3</sub>، آخرین زایمان به طریقه سزارین انجام شده. مراقبت بارداری بطور کامل در خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی انجام شده، بیمار چاق بوده است. بدلیل فشار خون مزمن (۱۳۰/۷۰) و پروتئین منفی مرتباً جهت کنترل فشار خون به پزشک مرکز مراجعه نموده و ۴ مراقبت توسط متخصص زنان داشته. بدلیل درشتی جنین و سزارین قبلی، توسط متخصص زنان سزارین انجام شده و در ریکآوری بدلیل آمبولی ریوی (ارست قلبی تنفسی) فوت نموده است. علیرغم اقدامات احیا در ریکآوری، موثر واقع نشد و بیمار Expire شد

### نقد و بررسی تاریخچه سیزدهم

- ✓ با توجه به سن ۴۴ سال و ابتلا به فشار خون مزمن و وزن بالا، مشاوره تنظیم خانواده و مراقبت پیش از بارداری بطور مناسبی برای وی انجام نشده است.
- ✓ انجام سزارین بصورت اورژانسی ضرورتی نداشته و قبل از عمل لازم بوده که برای اخذ شرح حال و معاینه توسط پزشک ویزیت انجام می شده.
- ✓ با توجه به موارد ثبت شده در برگه گزارش عمل مبنی بر اینکه بیمار بسیار چاق بوده است، تجویز هیپارین جهت پیشگیری از احتمال بروز آمبولی باید در نظر گرفته می شد.

## تاریخچه چهاردهم - آنفلانزا

خانم ۲۸ ساله، (نامشخص = LMP) با حاملگی دو قلویی. زایمان قبلی ۶ سال پیش بطور طبیعی انجام شده. مراقبتها توسط متخصص زنان انجام می شده است.

در سن بارداری حدود ۳۴ هفته پس از ۳ روز علائم سرماخوردگی با شکایت تنگی نفس و سرفه های خلط دار به مطب فوق تخصص ریه مراجعه نموده و با تشخیص Acute Sino bronchitis در بخش داخلی بیمارستان شماره ۱ (خصوصی) بستری می گردد. سرم یک سوم دوسوم، اکسیژن تراپی و داروهای سفتریاکسون، اسپری بکلوتاید، دیفن هیدرامین، هیدروکورتیزون، استامینوفن، آزیترومايسين شروع می شود. در شرح حال بیمار سابقه HTN و مصرف قرص متیل دوپا روزانه ذکر شده است.

O<sub>2</sub>Sat=۹۴٪, BP=۱۲۰/۸۰, RR=۲۴, PR=۹۰.

پوزیشن بیمار نیمه نشسته است. تنگی نفس بیمار تشدید یافته. توسط رزیدنت داخلی ویزیت گردید. طبق دستور علاوه بر آنتی بیوتیک تراپی، انوکسپارین ۴۰ میلیگرم روزانه به رژیم درمانی اضافه شد. نتیجه آزمایشات:

WBC=۵۸۰۰, RBC=۳.۲, Hb=۱۰, Hct=۲۹.۲, Plt=۱۵۰۰۰۰, FBS=۶۹, Cr=۰.۹, Pro U/A= --, Bacteria=+

دو روز بعد AL Mgs اسپری سالبوتامول، ویتامین B۱۲ به رژیم بیمار اضافه شد. ۳ روز پس از مراجعه، با دستورات دارویی سفتریاکسون، اسپری بکلوتاید و آمپول هیدروکورتیزون ترخیص شد.

دو روز بعد از ترخیص بیمار در ساعت ۳/۴۰ صبح با شکایت تنگی نفس و در حالت سیانوز با اورژانس ۱۱۵ به بیمارستان شماره ۲ (دانشگاهی) منتقل می گردد.

BP=۱۳۰/۸۰, PR=۷۰, RR=۲۵

بیمار در اورژانس داخلی بستری شد. تحت اکسیژن تراپی (O<sub>2</sub> Sat تا ۷۰ درصد افزایش یافت)، پالس اکسی متری و درمان با داروهای آمپول هیدروکورتیزون، اسپری سالبوتامول و آترونت، آمینوفیلین و میدازولام قرار گرفت. ECG انجام شد. بیمار سونداژ شد. به علت آنوری ۸۰ میلیگرم لازیکس تجویز شد. فشار خون بیمار ۱۸۰/۱۱۰ بود. یک دوز هیدرالازین ۵ میلیگرم گرفت. مشاوره بیهوشی و زنان انجام شد. طبق مشاوره زنان تجویز سولفات منیزیم امکان پذیر نیست. FHR سمع نشد.

در ساعت ۳:۰۵ صبح به دلیل هیپوکسی شدید، سیانوز و O<sub>2</sub> Sat=۵۹٪ توسط متخصص بیهوشی انتوبه شد و به ICU منتقل گردید. آزمایشات بیمار

WBC=۲۵۷۰۰, Plt=۱۱۵۰۰۰, Hct=۴۱, Pt=۱۳, Ptt=۳۵, INR=۱

CPKmb=۲۳, BUN=۳۰, Cr=۴.۱, SGOT=۳۰۱, SGPT=۲۶۰, LDH=۲۸۸۸, Phosphor=۵.۱, Na=۱۴۵

در ICU بیمار بی قرار، سیانوتیک، مردمکها میوز و فیکس، تحت تهویه با ونتیلاتور، مانیتور قلبی ریوی، انجام ECG، ویزیت متخصص زنان و بیهوشی و درمان با داروهای هیدروکورتیزون، سالبوتامول، آترونت، رانیتیدین، مورفین، سفتریاکسون و لازیکس قرار می گیرد. جهت بیمار NGT گذاشته می شود. ترشحات برگشتی فراوان و خونا به ای داشت. بیمار با نسدونال سدیت شد.

BP=۱۲۰/۷۰ ۱۴۰/۹۰ , RR=۳۵ , PR=۱۵۰ , T=۳۷.۵ , O<sub>2</sub>Sat=۵۰-۷۰٪ ,

ABG: PH=۷.۳۵ , PCO<sub>2</sub>=۳۱.۷ , PO<sub>2</sub>=۳۷ , O<sub>2</sub>Sat=۵۷.۸٪

ANA=۳.۲۵ , WBC=۲۹۹۰۰ , Plt=۶۴۰۰۰ , FBS=۲۲۵ , BUN=۳۶ , Cr=۴ , SGPT=۲۶۳ ,

K=۵.۵ , CPR=Pos ۱.۲

بیمار با پاولن سدیت شد. سونوگرافی انجام شد. کبد، کیسه صفرا و مجاری صفراوی نرمال. طحال و پانکراس ابعاد و اکوی پارانشیمال نرمال دارند. کلیه های دو طرف با ابعاد طبیعی و اکوی افزایش یافته کورتکس، مثانه نرمال، تصویر دو جنین مرده سفالیک و بریچ، ۳۴ هفته و با مایع آمنیوتیک نرمال. در ساعت ۹ صبح بیمار دچار برادیکاردی و ایست قلبی گردید. عملیات احیاء سریعاً آغاز گردید که موفقیت آمیز نبود و بیمار فوت کرد.

گزارش CXR: قلب بزرگ است. آپاسیته های منتشر در هر دو ریه با برتری در سمت راست دیده می شود. زاویه جنبی دو طرف بلانت شده است. لوله تراشه در موقعیت مناسب است. این نما می تواند مطرح کننده ARDS باشد.

### نقد و بررسی تاریخچه چهاردهم

- ✓ نامبرده با تاریخچه سرماخوردگی و علائم شبه آنفلوآنزا (سرفه و تنگی نفس و...) به بیمارستان شماره ۱ مراجعه کرده و طی مدت ۴ روز بستری بدون ارسال نمونه خلط، در مانهای علامتی برای وی انجام و مرخص گردیده است.
- ✓ پس از ۲ روز مجدداً با تشدید علائم که در گزارش عکس قفسه سینه مطرح کننده ARDS بوده به بیمارستان شماره ۲ مراجعه و متاسفانه در همان روز فوت می کند که باز هم نمونه ای از بیمار گرفته نشده است و تعیین قطعی علت فوت وی امکان پذیر نمی باشد.
- ✓ با توجه به علائم بالینی، ابتلا به عفونتهای تنفسی ویروسی از جمله آنفلوآنزا نیز حتماً باید در تشخیصهای افتراقی در نظر گرفته می شد.
- ✓ بنابراین مطابق دستور عملهای مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، ضروری است که اجرا و پیگیری موارد زیر مورد تاکید قرار گیرند:
  - زنان باردار بخصوص در سه ماهه دوم و سوم جزء گروههای پر خطر محسوب شده و در صورت ابتلا به آنفلوآنزای فصلی یا جدید (H1N1) در ریسک بیماری شدید و عوارض بیشتری نسبت به سایر افراد قرار دارند.
  - افراد مبتلا به علائم Influenza Like Illness در صورتیکه جزء گروههای پرخطر باشند باید تحت درمان قرار گرفته و نمونه خلط آنان از نظر اثبات یا رد آنفلوآنزا ارسال شود
  - در موارد مشکوک به پنومونی ویرال و ARDS ناشی از آن در زمان حیات و تا یک ساعت پس از مرگ باید نمونه خلط آنان ارسال شود و پس از آن از ریه بیمار نکروپسی به عمل آید.