

خانم 18 ساله ، ساکن روستای قمر ، خانه دار و با سواد اول دبیرستان ، BMI=16.4 (Height=158 ,Weight=41) G1P1 سابقه بیماری خاص و مصرف دارودر پرونده قید نشده است. بارداری ناخواسته می باشد (در دوران نامزدی باردار شده است). مادر مراقبت قبل از بارداری داشته و در دوران بارداری پس از اطلاع از بارداری در هفته ۱۱ به بخش خصوصی (ماما و متخصص زنان) مراجعه کرده بود. اولین مراقبت در مرکز بهداشت در هفته ۲۲ بارداری انجام شده است. در پرونده بهداشتی ۳ مراقبت توسط بهورز ، ۳ مراقبت توسط ماما و یک مراقبت توسط پزشک ثبت شده و ۵ بار هم ویزیت شده بود. مادر در طول بارداری ۷-۸ کیلوگرم افزایش وزن داشته است (وزن مادر قبل از بارداری ۴۱ کیلو بود).

در آزمایشات مورخ ۲/۲۷ : WBC=15900 Hb=12.9 RBC=4.7*10⁶ PLT=100,000 TSH=2.47 در U/A : WBC=12-14 بود.

مادر مورخ ۳/۲ / ساعت ۷:۲۵ با شکایت درد زایمان به بلوک زایمانی بیمارستان شهرستان مراجعه کرده و با سطح تریاژ ۱ به LDR منتقل می شود. موقع پذیرش : مادر هوشیار واریافته بود. انقباضات فعال داشت (۴ انقباض ۴۰ ثانیه در عرض ۱۰ دقیقه) . ساک پاره و مایع Clear بود. دیلاتاسیون کامل و سن بارداری با سونوی اوایل بارداری ۳۴ هفته و ۳ روز بود. علائم حیاتی ثبت شده : RR=19 BT=37 PR=87 BP=120/80 FHR=145. با تعویض شیفت ، مادر به مامای شیفت صبح تحویل و به علت پره ترم بودن زایمان به متخصص کودکان جهت حضور در LDR اطلاع داده می شود. مادر ساعت ۷:۴۵ در حضور متخصص زنان و کودکان، زایمان با اپی زیاتومی انجام می دهد. حاصل زایمان نوزاد دختر پره ترم به ظاهر سالم با وزن ۲۵۰۰ گرم ، PH=7.35 و آپگار ۸/۹ بود که به علت پره ترم بودن و تاکی کاردی به NICU منتقل می شود.

در ساعت ۷:۵۵ جفت بصورت کامل خارج شده و ۳۰ واحد سنتوسینون و ریدی و ۱۰ واحد عضلانی تجویز می گردد. خونریزی طبق یادداشت در حد P.P. و علائم حیاتی در محدوده نرمال بود. مادر ساعت ۱۰:۴۵ به بخش مامایی منتقل می شود. در ساعت ۱۱:۴۵ در آزمایشات ارسالی Hb=11 PLT=62000 گزارش شده و با اطلاع به متخصص زنان برای مادر ۳۰ واحد سنتوسینون و ریدی و ۱ گرم سفازولین تجویز می گردد (طبق یادداشت پرستاری). علائم حیاتی مادر بصورت مرتب تا ساعت ۱۴:۳۰ چک و ثبت شده است . فشارخون در محدوده BP=100-110/60-70 PR=60-70 بود. با ارسال مجدد جواب بعنوان خطای آزمایشگاه PLT=120000 گزارش می شود.

WBC=23,500 Neut=86.4% Hb=11 HCT=31.1 Cr=0.7 Urea=13

مادر روز بعد با نسخه قرص آهن و ایبوپروفن مرخص می شود.

طبق اظهار همسر ، مادر موقع ترخیص ضعف داشت و اصرار داشت یک روز دیگر نیز در بیمارستان بماند؟؟

مادر یک روز بعد از ترخیص ساعت ۲۱:۳۵ بصورت دوبل میدیاز و بدون علائم حیاتی با ماشین شخصی توسط اطرافیان به اورژانس بیمارستان آورده می شود. طبق اظهار همسر، "مادر بعد از ترخیص همچنان ضعف داشت . موقع خوردن غذا حالش بهم خورد و اظهار داشت درد شکم دارد. با ماشین شخصی به طرف بیمارستان حرکت کردیم. در طول راه از شدت درد شکم خانم دوبار فریاد بلندی کشید . ولی زمانی که ایشان را به بیمارستان رساندم نفس نمی کشید و نبض نداشت و در بین راه خودم بهش تنفس مصنوعی دادم ."

بیمار بلافاصله به اتاق CPR منتقل شده ، انتوبه و عملیات احیا توسط متخصص طب اورژانس شروع می شود. در حین احیا برای مادر آزمایشات ABG, CBC, Cr, BUN, Na, K درخواست و OGT تعبیه میشود که حاوی ترشحات کافی گراند و سپس خون روشن بود. علیرغم ۴۵ دقیقه تلاش مادر به احیا پاسخ نداده و فوت مادر اعلام می شود.

جواب آزمایشات : ABG : PH=6.62 PCO2=138 PO2=17 HCO3=13.5 WBC=22,000 Hb=9.6 Hct=30.7 PLT=20,000 Cr=1.3 Urea=27 Na=138 K=6.6

در اتوپسی مخاط معده بشدت اروزو گزارش شده و علت مرگ خونریزی گوارشی ذکر شده است.

نکات ویژه :

- در بررسی مجدد لام خون محیطی تهیه شده در زمان بستری برای زایمان توسط پاتولوژیست PLT=75,000 و گلبولهای قرمز نرمال و گلبولهای سفید به علت تخریب وسیع قابل شمارش نبود. در لام تهیه شده زمان مراجعه دوم (زمان فوت) تعداد پلاکت حداقل 150,000 ، گلبولهای قرمز

آنیزوسیتوز و گلبولهای سفید به شدت **Toxic granulation** داشته و بعضی ها **Smudgy** بودند و شواهدی به نفع **DIC** و لوسمی وجود نداشت.

۲. با وجود مشکل تشخیصی در لام خون محیطی ، آزمایش مجدد و مشورت با همکار دیگر انجام نشده است.

۳. در مراقبت مادر در دوران بارداری کوتاهی شده است. تکلیف ارجاعات و اقدامات انجام شده در مرکز بهداشت مشخص نیست. باید در این مورد از تمام پتانسیل های موجود از جمله سامانه نسخه الکترونیک استفاده شود.

۴. مادر علیرغم داشتن ضعف و بی حالی از بیمارستان مرخص شده است.

۵. ترومبوسیتوپنی کمتر از **100,000** باید جدی گرفته شده و وضعیت بالینی بیمار ارزیابی و بررسی های کامل از جمله تستهای کبدی و انعقادی درخواست گردد.