

خانم ۳۰ ساله ، ساکن روستای اصلی ، BMI=28.4 ، G3P0Ab2 ، سابقه ۲ بار سقط ۷ و ۴ هفته ، سابقه یکبار IUI ناموفق حدود ۳،۵ سال قبل و بارداری خواسته می باشد . مراقبت پیش از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و مطب متخصص زنان انجام شده بود (۵ مراقبت توسط ما و ۴ مراقبت توسط پزشک مرکز و ۳ بار در مطب متخصص زنان انجام شده بود). در پرونده بهداشت ۲ بار عفونت ادراری قید شده و دارو تجویز شده بود (تاریخهای ۵/۲۸ و ۹/۲۳). مادر از ماه سوم بارداری قرص آسپرین و شیاف پروژسترون روزانه یک عدد رکتال با تجویز متخصص زنان مصرف می کرده و از حدود ۱۰ روز قبل ادم شدید هردو اندام تحتانی داشته است. همچنین مادر مورخ ۷/۳ به علت تب و لرز و ساچوراسیون ۹۲٪ و PR=130 به بیمارستان ارجاع شده ولی اقدام خاصی انجام نشده بود.

مادر مورخ ۱۱/۴ به علت افزایش فشارخون درحد BP=150/90 و حاملگی ۳۵ هفته از طرف مرکز بهداشت به بیمارستان ارجاع فوری می شود. مادر ساعت ۱۰:۴۰ همانروز کاملاً هوشیار و سرپایی به اورژانس مراجعه و در سطح ۲ تریاژ می شود. علایم حیاتی در تریاژ BP=135/103 PR=130 RR=18 BT=37 O2Sat=97% FHR=124 بود.

موقع مراجعه مادر از تنگی نفس و تپش قلب شکای بود. ادم شدید اندامهای تحتانی را داشت ولی علایم Severe نداشت . مادر ساعت ۱۰:۵۰ توسط اتند زنان ویزیت شده و دستورات : بستری اورژانس اتاق زایمان - شروع سولفات منیزیم - سونداژ مثانه و Stand by کردن ست احیا گذاشته می شود. موقع ویزیت ایشان BP=150/100 بود. مادر بعد از شروع سولفات منیزیم ساعت ۱۱:۲۰ با FHR=145 به اتاق زایمان منتقل می شود. علایم حیاتی در موقع پذیرش در اتاق زایمان :

BP=137/84 PR=140 RR=36 BT=37.5 O2Sat=97% FHR=145 بود.

مادر فاقد آبریزش و خونریزی و اختلاف سایز اندامها بود. در معاینه واژینال TV: 1F/C//3 بود. برای مادر دستورات : مانیتورینگ قلبی ریوی سرم رینگر 100cc/h - اکسیژن با ماسک - ادامه سولفات منیزیم - جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته - تکمیل فرم میوز هر یک ساعت - آمپول بتامتازون - قرص متیل دوپا هر ۱۲ ساعت - سونوگرافی پروفیل - کنترل I/O - درخواست آزمایشات CBC, LFT, U/A, Cr, BUN و مشاوره اورژانسی قلب تجویز می گردد.

در سونوگرافی حاملگی با یک جنین زنده و متحرک با ریت قلبی ۱۴۰ ، میزان مایع نرمال ، جفت قرار فوندال و لترال و BPP=8/8 گزارش می شود. ساعت ۱۲:۳۰ بیمار در اتاق زایمان می باشد و علایم حیاتی:

BP=140/90 PR=135 RR=37 BT=37.5 FHR=178

جواب آزمایشات ارسالی از اتاق زایمان :

Hb=14.4 Cr=0.6 Urine PRO=3+ Urine blood=1+ LDH=571 SGOT=34 SGPT=30 P=5.6 PLT=303000

ساعت ۱۲:۴۵ با توجه به وضعیت مادر، رزیدنت زنان با متخصص قلب تلفنی مشاوره کرده و ایشان توصیه به شروع هپارین فول دوز با دوز بولوس ۷۰۰۰ واحد CBR- و انتقال به ICU را می کند.

علایم حیاتی ساعت 13:30: BP=118/80 PR=130 FHR=154 BT=36.5 RR=35 O2Sat=94-95%

TV:1F/Ripe/C//3

مادر ساعت ۱۴:۱۰ پس از هماهنگی با ICUMan با تشخیص تنگی نفس و افت ساچوراسیون و احتمال PTE به بخش ICU منتقل و تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار می گیرد. علایم حیاتی بیمار در حین پذیرش در ICU: BP=145/89 PR=135 RR=35 O2Sat=66% بدون اکسیژن و با ماسک اکسیژن O2Sat=89-90% بود. مادر تنفس شکمی و دیسترس تنفسی داشت. BT=37 FHR=168

برای مادر مشاوره حضوری قلب اورژانس ساعت ۱۴:۱۵ انجام شده و توسط مشاور ویزیت و اکوی قلب انجام می گیرد. دراکو EF=55%

Mild PE داشت. با نظر مشاور قلب آمپول هپارین فول دوز که ۷۰۰۰ واحد آن قبلاً تزریق شده بود با سرعت 1500U/h شروع می شود. مشاور پیشنهاد می کند سی تی آنژیوی ریه پس از Stable شدن انجام گیرد و آمپول هیدروکورتیزون ، لازیکس آسپرین - متیل دوپا و اسپری آترونت و فلوئیکازون تجویز گردد. ICUMan ساعت ۱۵ مادر را ویزیت کرده و یادداشت می کند: مادر با تنگی نفس و ادم اندام تحتانی و افت ساچوراسیون

وتاکیکاردی به ICU منتقل شد. در حال حاضر O2Sat=84-90% HR=137 دارد. هپارین فول دوز شروع شده است. پس از Stable شدن نسبی جهت CTA منتقل خواهد شد. در حال حاضر تاکی پنه دارد و برای مادر PCR از نظر کووید و آنفلوآنزا ارسال شد.

ساعت ۱۵:۲۰ مادر دچار خواب آلودگی و افت ساچوراسیون با وجود دریافت اکسیژن از طریق ماسک شده و توسط ICU Man بدلیل خستگی تنفسی، افت ساچوراسیون، افزایش فشارخون وضعیت کریتیکال انتوبه و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. در PH=7.14:ABG PCO2=83 بود. نت رزیدنت سال ۳ زنان در ساعت ۱۶: بیمار انتوبه است. دیورز برقرار است (۴۰۰ سی سی) ولی ادرار هم‌اچوریک می باشد. تحت درمان با هپارین فول دوز و سولفات منیزیوم می باشد. NST جنین راکتیواست. FHR=145 BP=138/80 PR=117 O2Sat=96% می باشد. وضعیت بیمار به اطلاع اتند معالج رسانده شده و ایشان مشاوره تلفنی پرناتولوژی از نظر اندیکاسیون ختم بارداری انجام می دهد. طبق نظر مشاور به دلیل Stable بودن وضعیت جنین و Unstable بودن وضعیت مادر اندیکاسیون ختم نداشت و هم‌اچوری بیمار می تواند در زمینه PTE و اختلال ادراری باشد (طبق گزارش پرستاری ادرار بیمار در شیفت شب روز بستر و شیفت صبح روز دوم هم‌اچوریک بود) از ساعت ۱۷ ساچوراسیون در حد ۱۰۰٪ و ریت قلبی اغلب زیر ۱۰۰ بود.

جواب آزمایشات ارسالی از ICU: Hb=11.9 Cr=0.8 PT=10.4 PTT=75 INR=1
ALP=457 LDH=418 ALT=32 AST=42 K=4.6 Na=133 Alb=2.8
روز دوم بستری: مادر از ساعت ۱۰:۲۰ دچار آبریزش شده است. TV:1-2cm/60%/C/RC-3 NST =Reactive
ادرار برقرار است. BP=100/50 PR=120 FHR=134 O2Sat=95-98%

درویزیت ساعت ۷:۳۰ در کنترل ۱۰ دقیقه چهارانقباض ۳۰ ثانیه ای دارد. طی مشاوره پرناتولوژی دستورات: شروع آمپول آمپی سیلین، قطع هپارین با ورود زایمان به فاز فعال و ایندکشن Low dose و استفاده از پروتامین سولفات در صورت نیاز و حضور رزیدنت سال ۲ زنان بر بالاسر مادر بصورت ثابت توصیه می شود. برای مادر سونوگرافی جهت R/O دکولمان درخواست شده و در سونوگرافی رد می شود. در ساعت ۹:۳۰ به علت کاهش Beat Beat Variability در NST به اتند معالج اطلاع داده شده و با نظر ایشان انفوزیون هپارین Hold و مشاوره پرناتولوژی تلفنی انجام میشود. مشاور توصیه می کند بدلیل احتمال سزارین اورژانس هپارین Hold شده و جهت سزارین آماده شود. اکسیژن و پوزیشن Left Lateral و هیدراتاسیون داده شود و باتوجه به اینکه علایم حیاتی Stable بوده و انتوبه است در صورت بهبود Beat to Beat نیاز به ختم اورژانسی نیست و در صورت عدم بهبودی NST، بیمار آماده عمل سزارین شود. ساعت ۱۱:۳۵ با نظر فلو با توجه به تکمیل ۲۴ ساعت، دریافت سولفات منیزیوم D.C شده و مادر پس از تزریق پروتامین سولفات ۲ واحد FFP با رزرو ۳ واحد پکد سل و ۲ واحد کراس مچ شده ۱۰۰ واحد FFP و ۱۰ واحد پلاکت ساعت ۱۲ جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.

نت بیهوشی: بیمار هنگام ورود به اتاق عمل هوشیار، انتوبه و با تنفس های کمی توسط آمو بگ رزرودار حمایت می شد. ادم اندام های تحتانی ۳+ داشت. در سمع ریه کاهش صدا در قسمت های تحتانی هردریه داشت. علایم حیاتی: BP=121/45 PR=120 O2Sat=58% پس از ونتیلاسیون دستی مناسب و مانیتورینگ به دستگاه ونتیلاتور وصل و ایندکشن بیهوشی انجام شد. مادر تحت انفوزیون میدازولام، اتومیدیت و سپس آتراکوریوم قرار داشت. در طول عمل همودینامیک Stable برقرار شد. O2Sat=96-98% بود. عمل با حضور فلو کشیک ساعت ۱۲:۰۵ با برش LML شروع شده و حاصل عمل نوزاد دختر پره ترم با آپگار ۸/۹ بود. جفت و پرده ها خود بخودی خارج شده و عمل ساعت ۱۳:۰۵ بدون مشکل خاصی تمام می شود. در طول عمل مقدار خونریزی 500-600cc و ادرار ۲۰۰ سی سی بود. رزیدنت نوزادان قبل از عمل در اتاق عمل حضور داشته و نوزاد پس از خروج به CPAP وصل و به NICU منتقل می شود. پس از اتمام جراحی مادر بصورت انتوبه بدون ریکآوری با همودینامیک Stable و علایم حیاتی: BP=113/56 PR=127 O2Sat=96% ساعت ۱۳:۱۵ به بخش ICU منتقل می شود. برای مادر آمپول جنتامایسین و کلیندامایسین (به علت نبود سفازولین) گذاشته می شود. جهت شروع هپارین مشاوره قلب تلفنی انجام می شود و مشاور توصیه می کند چک PTT انجام شود و در صورت PTT<60 و نبود خونریزی فعال هپارین فول دوز ۸ ساعت بعد از عمل طبق پروتکل راشک شروع شود (با نظر اتند زنان انفوزیون هپارین ۱۲ ساعت پس از عمل از ساعت ۲ با مقدار شروع شده بود).

آزمایشات بعد از عمل در بخش ICU: Hb=9.4 PT=10 PTT=31 INR=1

روز سوم بستری: مادر انتوبه ولی هوشیار است. خونریزی در حد P.P می باشد دیورز دارد. هپارین فول دوز می گیرد.

علایم حیاتی: BP=116/77 PR=86 در CXR پرتابل پلورال افیوژن دوطرفه و کدورت سنترال و قاعده ریه راست گزارش می شود.

جواب آزمایشات: **Hb=9.3** **PLT=240000** **Fib==440** **Alb=1.9** **ALP=349** **Ca=5.6** **LDH=355**
Mg=3.7 **P=5.4** **K=4** **Na=140** **SGOT=22** **SGPT=18** **BIL T=0.4** **BIL D==0.12**
Urine Volume 24h=1600 **Pro Urine 24h=252** **Cr Urine 24h=350.4**

آمپول لازیکس با نظر پزشک مقیم ICU شروع می شود. با توجه به اطلاع جواب **Ca=5.6** از خط بحران آمپول گلوکونات کلسیم **Stat** تزریق می شود. ساعت ۱۱ هماتروز مادر به **T-Tube** وصل شده و تحمل می کند. **O2Sat=97%** و ساعت ۱۲ اکستوبه واکسیژن از طریق ماسک رزوداربا سرعت **6L/m** می گیرد. علائم حیاتی بیمار پس از اکستوباسیون: **O2 Sat=99%** **PR=95-105** **BP=128/67**
RR=20 بود. بیمار کاملاً **Stable** بود و توسط پزشک مقیم ICU مرتب ویزیت می شد. از محل انسزیون سزارین ترشحات سروزی دارد.

روز چهارم بستری: مادر هوشیار واریانته است و علائم حیاتی **BT=36.8** **RR=21-23** **BP=143/81** **PR=80-90**
O2Sat=96-97% با اکسیژن **3L/m** از طریق کانول بینی--خونریزی واژینال در حد **P.P** می باشد و **PCR** کووید منفی و آنفلوانزا تیپ ۲ مثبت گزارش شده است. برای مادر دستورات: شروع رژیم مایعات-جننا مایسین و کلیندامایسین **D.C** و شروع مروپنم و وائکومایسین گذاشته می شود. مادر ساعت ۹:۱۰ هوشیار واریانته به همراه رزیدنت سال یک زنان و تکنسین بیهوشی درحال دریافت اکسیژن مداوم و پالس اکسی متری جهت انجام **CTA** ریه به بیمارستان طالقانی اعزام می شود. به علت افت ساچوراسیون و تاکیکاردی و عدم تحمل، **CTA** انجام نشده و مادر به **ICU** الزهرا برگردانده می شود. در **ICU** ساچوراسیون اکسیژن در حد **۹۶-۹۷%** با دریافت اکسیژن **3L/m** داشته و **RR=22-26** بوده است.

روز پنجم بستری: از طریق کانول بینی اکسیژن دریافت می کند. **BT=36.8** **RR=18-21** **PR=85-95** **BP=134/87**
O2Sat=96-97% انفوزیون هپارین فول دوز و لازیکس دارد. برای مادر رژیم غذایی معمولی شروع می شود و مجدداً جهت انجام **CTA** وقت گرفته شده و ساعت ۱۵:۳۰ هنگام انتقال، مادر دچار اضطراب شده و درخواست عدم انتقال می کند و همسر بیمار با توجه به وضعیت مادر رضایت به انتقال نداده و اعزام کنسل می شود. طبق نت پرستاری مادر **Pale** و تاکیکارد است. تاکی پنه و گاهی افت ساچوراسیون در حد **۸۸-۸۶%** با ماسک اکسیژن **7L/m** دارد. هپارین فول دوز می گیرد. از محل خونگیری خونریزی دارد. در ساعت ۲۲:۳۰ از طریق خط بحران **PTT=92** گزارش می شود ولی تغییری در دوز هپارین داده نمی شود. در ابتدای شیفت شب **BP=141/83** **PR=85-105** **RR=20-25**
در ساعت **02:00** با ماداد مادر تاکیکارد شده **PR=130-140** و به اطلاع پزشک مقیم **ICU** و سوپر وایزر کشیک رسانده می شود. مادر بلافاصله توسط پزشک **ICU** ویزیت شده و دستور تهیه **EKG**, **ABG**, **CBC** می دهد. بعد از رویت جواب **ABG** و **EKG** آمپول آندوزین در ۲ نوبت تزریق شده و مشاوره قلب تلفنی توسط پزشک **ICU** انجام می گیرد و مشاور توصیه به تزریق آمپول وراپامیل یک عدد و ریدی آهسته و چک اورژانسی **CTNI** را می کند. جواب **CTNI** منفی بود. **ABG: PH=7.2** **PCO2=61** **HCO3=30**
ساعت ۲:۵۰ جواب **Hb=6.5** از طریق خط بحران اعلام می شود و با نظر پزشک **ICU** انفوزیون هپارین فول دوز **DC** می شود. در ساعت ۲:۵۲ وضعیت بیمار از طریق سوپروایزر به اطلاع رزیدنت ارشد زنان رسانده می شود.

نت رزیدنت زنان: "در ساعت ۲:۵۲ طی تماس سوپروایزر کشیک مبنی بر بدحال شدن بیمار و **Pale HR=150** بودن بیمار، بلافاصله برپالین مادر حاضر شده و سونوگرافی شکم انجام دادیم. مادر شدیداً **Pale** و شکم بیمار دیستانت بود و در سونوگرافی مایع آزاد شکمی متوسط تا شدید و مایع آزاد لگنی متوسط رویت می شد". پس از اطلاع جواب سونوگرافی به اتند مقیم، در ساعت ۳:۰۳ ایشان توصیه می کند هپارین **Hold** شده و تستهای انعقادی اورژانسی درخواست شود و در صورت مختل بودن پروتامین سولفات تزریق و ۲ واحد پکدسل ترانسفوزیون گردد. برای مادر ۱ واحد پکدسل صحرایی و ۲ واحد کراس مچ شده درخواست شده و پروتامین سولفات تزریق می شود. تزریق پکدسل با کراس مچ صحرایی ساعت ۳:۰۰ شروع شده و مادر آماده لاپاراتومی می شود. مادر در حین آماده سازی برای انتقال به اتاق عمل دچار برادیکاردی شده و با دستور پزشک **ICU** ۲ عدد آمپول اپی نفرین تزریق و ریت مادر به ۱۰۰ برمی گردد و مادر توسط پزشک **ICU** انتوبه می شود. طی اطلاع وضعیت مادر به آنکال زنان در ساعت ۳:۳۰ ایشان نیز تانید می کند مادر باید لاپاراتومی شود.

مادر ساعت ۳:۳۰ با علائم حیاتی **PR=130** **BP=93/68** **O2Sat=95%** به همراه ۲ واحد **P.C** کراس مچ شده و ۲ واحد **FFP** به اتاق عمل منتقل می شود. طبق نت بیهوشی بیمار در بدو ورود به اتاق عمل انتوبه بوده و هوشیار نبود. نبضهای محیطی لمس نمی شد (نبضها تا ۱۰ دقیقه لمس نمی شدند). شدیداً **Pale** بود. **BP=55/35** **PR=155** و یک رگ نامناسب داشت. در ناحیه هردو دست اکیموز داشت. بلافاصله پس از اطمینان از محل لوله تراشه، لوله تراشه فیکس و به دستگاه بیهوشی وصل می شود. بیمار درحال دریافت پکدسل بود. بلافاصله توسط پزشک **ICU**، **CVLine** تعبیه می شود که به علت مشکوک بودن استفاده نشده و یک رگ محیطی تعبیه می شود. و بیمار در حال دریافت سرم و پکدسل اجازه جراحی داده می

شود. برای مادر ۵ واحد FFP و ۵ واحد P.C دیگر درخواست می شود. INR=1.5 ABG: PH=7.08 PCO2=50

HCO3=15.7

عمل ساعت ۴:۰۵ با حضور اتند مقیم شروع شده و طبق شرح عمل پس از ورود به داخل شکم حدود ۳ لیتر خون روشن وجود داشت که تخلیه می شود. رحم و آدنکس ها، محل انسزیون نرمال و فاقد هماتوم و خونریزی بود. شواهدی از هماتوم رترو پریتونن وجود نداشت. با توجه به اینکه محل خونریزی از قسمت های بالایی بود به سوپر وایزر جهت فراخوان جراح اطلاع داده می شود (در آنروز جراح مرکز برنامه آنکالی نداشته و از طریق آنکال معاونت درمان با آنکال گروه جراحی تماس گرفته و ضرورت حضور ایشان برپالین مادر متذکر می شود). تا زمان رسیدن جراح محل خونریزی در قسمت تحتانی کبد با ۲ عدد لنگاز پک شده و فشار مستقیم روی آنورت اعمال می شود. مادر در این حین برای باردوم دچار ارست قلبی شده و CPR شروع می شود. بعد از حدود ۵ دقیقه احیا می شود. بعد از حضور جراح مرکز ورزیدنت سال ۳ برش شکمی تا زیر گزیفونید ادامه داده شده و بعد از برداشتن لنگاز ها و بررسی محل با توجه به وجود هماتوم ساب کپسولار کبدی، شستشوی داخل شکم با سرم گرم فراوان انجام می شود. طبق یادداشت جراح ۵۰۰ سی سی خون تخلیه شد و شواهدی به نفع همانژیوم نیز وجود داشت که سه عدد سرجی سل روی کبد گذاشته شده و محل با ۳ عدد لنگاز پک و فقط پوست سوچور زده می شود. در حین عمل توسط جراح از ورید فمورال کات دان انجام می شود. اتند آنکال زنان چند دقیقه بعد از شروع عمل در اتاق عمل حضور داشت. حین جراحی ۵ واحد پکدسل و ۷ واحد FFP و ۴ واحد پلاکت و یک واحد ولوون ترانسفوزیون و دیورز برقرار می شود.

بیمار پس از اتمام عمل ساعت ۷:۳۰ با علایم حیاتی BP=135/71 HR=130 O2Sat= 98%، انتوبه و با تنفس خودبخودی مستقیماً

از اتاق عمل به ICU منتقل می شود. جواب آزمایشات بعد از عمل ارسالی از ICU: Hb=10 Alb=3 Fib=179

PLT=144000

روز ششم بستری: ویزیت ساعت ۸: تنفس شکمی و کمی تاکی پنه دارد. ساچوراسیون در حد ۸۵-۸۰٪ می باشد. BP=109/60 در حال انفوزیون لووفد PR=130-140 BT=37. پانسمان خشک و شکم دیستاتنه است. ترانسفوزیون ۲ واحد پکد سل و ۵ واحد FFP و ۵ واحد پلاکت - ادامه و انکوماسین و مروپنم جزو دستورات می باشد.

طبق مشاوره نرولوژی در ساعت ۱۰:۳۰: در معاینه با لمس چشمها را باز می کند ولی Obey نیست. آنیزوکوریا دارد. مردمک راست میدریاز و راکتیو و مردمک چپ فیکس و دیلاته است. با توجه به سابقه CPR در بیمار انسفالوپاتی هیپوکسیک مطرح است. ادامه ICU Care، اصلاح اختلال الکترولیتی و آنمی، کنترل وضعیت همودینامیک برای بیمار توصیه می شود. با توجه به آنیزوکوریک بودن بعد از پایداری نسبی علایم حیاتی، اسکن مغز در اسرع وقت انجام و به سرویس نرولوژی اطلاع داده شود. با توجه به دریافت هپارین فول دوز قبل از عمل، از جهت ادامه انفوزیون، تصویر برداری ویا مشاوره ریه و قلب برای تشخیص PTE دریافت گردد. ICUMan اسکن مغزی را به بعد از Stable شدن موکول می کند.

آزمایشات ساعت ۱۱:۰۵ بیوشیمی بیمار همولیز بود. طبق مشاوره قلب در ساعت ۱۱:۲۰ EF=55% انفوزیون هپارین ۱۲ ساعت پس از عمل شروع شود و پیگیری انجام CTA ریه از نظر PTE R/O انجام شده و هموگلوبین بالای ۱۰ حفظ شود.

طبق مشاوره ریه در ساعت ۱۱:۲۰ بیمار هوشیار است. Obey نیست. با توجه به H.R بودن بیمار برای رد یا تائید آمبولی ریوی نیاز قطعی به انجام CTA دارد و در اولین فرصت ممکن باید برای بیمار انجام شود. فلذا با توجه به هماتوم بیمار جهت تصمیم گیری برای ادامه یا قطع انفوزیون هپارین توصیه به انجام اکوکاردیوگرافی اورژانسی از جهت تعیین RVSP و سونوگرافی داپلر وریدی ۲ اندام تحتانی اورژانسی می کند. با توجه به اینکه بیمار در درجه اول کیس جراحی محسوب می شود. بیمار در ICU جراحی سود بیشتری می برد. مشاور قلب اظهار می کند نیازی به انجام اکوکاردیوگرافی جهت تعیین RVSP نمی باشد و با توجه به عدم امکان سونوگرافی داپلر بد ساید، این مورد بعد از Stable شدن انجام خواهد شد.

در مشاوره مجدد جراحی در ساعت ۱۱:۱۵ توصیه می شود مادر بعد از Stable شدن با هماهنگی به بخش ICU جراحی بیمارستان جنرال منتقل شود. ویزیت ساعت ۱۳:۳۰: بیمار از محل انسزیون خونریزی دارد. برای مادر پانسمان فشاری انجام شده و به اتند زنان اطلاع می دهند، ایشان دستور می دهد: احتمال DIC برای بیمار مطرح است. PT=33 INR=3.6 فعلاً هپارین فول دوز شروع نشود و مادر هر ۱ ساعت توسط رزیدنت

سال ۳ و هر ۲ ساعت توسط رزیدنت سال ۴ ویزیت شود و در صورت بروز مشکل به اتند مسئول اطلاع داده شود.

جواب آزمایشات ساعت ۱۷: Hb=9 PLT=92000 PT=16.7 INR=2.1 PTT=34.3

مادر ساعت ۱۹:۴۵ با اجازه ICUMan و علایم حیاتی: BP=113/67 PR=135 BT=38 O2Sat=93% انتوبه و با میکروونت و همراهی رزیدنت سال ۲ زنان و تکنسین بیهوشی به بیمارستان جنرال منتقل و ساعت ۲۰:۱۵ به بخش ICU جراحی تحویل داده می شود.

در طول بستری در بیمارستان زنان ۸ واحد پکدسل و ۱۲ واحد FFP و ۱۰ واحد پلاکت تزریق شده بود.

موقع پذیرش در ICU جراحی اینتوبه بود و هوشیار نبود (سدیت بود). درسمع ریه کاهش نسبی صدا در سمت چپ داشت. شکم تنس و دیستانت بود. سوند

فولی فیکس بود و ادرار ناچیز داشت. علایم حیاتی : PR=130 BP=120/80

برای مادر چک آزمایشات CBC, LFT, تستهای انعقادی، تستهای کلیوی، الکترولتها، آمیلاز و ABG - انفوزیون فنتانیل - اسکن شکم و لگن تری فازیک - سی تی آنژیوی ریه جهت PTE R/O - آمپول سفازولین 1g/QID - رزرو ۲ واحد پکدسل ایزوگروپ و جوراب کشی و چارت فشار داخل شکم Order می شود.

جواب آزمایشات ارسالی ساعت ۲۰:۴۱ مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۹ : WBC:12200 Hb:8.1 Hct:25 plt:108000
ALT:2730 AST:1850 Cr:1.21 Urea:44 PTT:50BS:84 PT:22.4 INR:1.69
Alb:2.5 Ind.Bili:0.9 D.Bili:0.5 T.Bili:1.4 LDH:6545 Alp:270
K:2.5 Na:150 Mg:1.4 Ca++:1 Ca.T:8.5 Amylase:574
ABG : PH=7.46 PCO2=54.6 PO2=26.3 HCO3=38.6 BE=12.3 ساعت 21

چند ساعت بعد از پذیرش بیمارسی تی آنژیوی عروق ریوی و سی تی اسکن شکم و لگن انجام میشود. به علت نداشتن دیورز هیدراتاسیون مناسب انجام و لایزیکس و سرم مانیتول نیز تزریق میشود ولی ادرار برقرار نمیگردد. Cvline از ورید ژوگولار داخلی و چست تیوپ سمت چپ (به علت افیوژن) نیز تعبیه می شود.

گزارش سی تی آنژیوی ریه : در حد قابل رویت (کیفیت پایین) آمبولی در تنه پولمورنی و شریان ریوی اصلی رویت نمیشود. پلورال افیوژن متوسط راست و شدید چپ با شیفیت قلب و مدیاسن به سمت راست با کلاپس ریه مجاور رویت می شود. شواهد بالازدگی دیافراگم چپ مشهود است.

در اسکن اسپیرال شکم و لگن با وبدون تزریق ناحیه هیپودنس مطرح کننده کونئوزیون و لاسراسیون وسیع در لوب راست کبد با پیک گاز جراحی در حاشیه قدامی کبد رویت می شود. اکسترا و ازیشن فعال کنتراست دیده نمی شود. طحال، پانکراس، کلیه ها و غدد آدرنال سایز و دانسیته نرمال دارند. هردو کلیه همزمان ترشح کرده اند. مایع آزاد در شکم و لگن رویت می شود. لنفادنوپاتی پارآنورتیک و لگنی دیده نمی شود.

به علت بالا بودن فشار داخل شکمی (۲۶) و شکم تنس پس از دریافت ۴ واحد FFP و ۲ واحد پکدسل کراس مچ شده ساعت 03:15 am بیمار توسط رزیدنت ارشد به اتاق عمل منتقل میشود. پس از باز کردن پوست حدود ۵ لیتر خون و لخته داخل شکم وجود داشته که ساکشن شده و دپک و پیک مجدد با ۷ عدد لنگاز انجام شده و ۲ عدد درن C.T با سایز ۲۰ در خلف کبد و طحال تعبیه می شود. حین عمل نیز یک واحد پکدسل و دو واحد FFP تزریق می شود. طبق شرح عمل توده واضحی لمس نشده و هماتوم وسیع ساب کپسولر در لوب راست همراه با لاسراسیون سگمان ۷ به طول ۱۰ سانتیمتر و لاسراسیون دیگر به طول تقریبی 10cm در سگمان ۸ کبد با عمق 10mm وجود داشت. پس از اتمام عمل مادر ساعت ۵ بامداد انتوبه با فشارخون BP=134/95 درحال دریافت دوز پایین لووفد PR=122 به بخش ICU جراحی منتقل می شود.

ABG ساعت ۶ مورخ ۱۱/۱۰ : PH:7.32 PCO2:61.7 PO2:30.6 HCO3:31.2 BE:3.3

روز دوم بستری بیمارستان جنرال: مادر هوشیار ولی انتوبه است. اولیگوریک می باشد. ادم شدید اندامهای تحتانی و ناحیه ژنیتال دارد. در صبحکاری کاتتر شالودن از ورید فمورال راست تعبیه شده و مشاوره نفرولوژی جهت CRRT درخواست می شود. مادر مجدداً ساعت ۱۱:۴۵ به علت ادامه خونریزی پس از تزریق فرآورده های خونی (۲ واحد پکدسل، ۴ واحد FFP و ۴ واحد پلاکت)، به اتاق عمل منتقل میشود. طبق شرح عمل خون در اطراف کبد و RUQ شکم مشهود بود. لاسراسیون و نکروز سگمان ۶ و ۷ کبدی دپک شده و پیک مجدد با ۱۳ عدد لنگاز انجام می گیرد و پس از پایان عمل، بیمار درحال دریافت لنوفد با تنفسهای خودبخودی تحویل ICU جراحی میشود.

آزمایشات : WBC=8700 Hb=8.1 PLT=10800 INR=1.51 PTT=46 Cr=1.3 Urea=42

مشاور کلیه توصیه می کند فشارخون با اینوتروپ بالای ۱۲۰ حفظ شود. درصورت BP>110 پس از دریافت کافی مایع، آمپول لایزیکس 60mg/STAT تزریق شود و مشاوره اورژانس هماتولوژی از نظر رویت شیسستوسیت در لام خون محیطی درخواست و در صورت نیاز به دیالیز اورژانس (K>6 یا PH<7.2) اطلاع داده شود. چک VBG و چک رتیک کانت، کومبس مستقیم، فیبرینوژن و FDP انجام گیرد.

روز سوم بستری: مادر هوشیار و انتوبه است. آنوریک می باشد. علایم حیاتی : BP=117/80 PR=102 BT=37.2. مادر ویزیت روزانه سرویس زنان و نفرولوژی دارد. طبق نت رزیدنت ارشد زنان : درن دوطرف کارکرد دارد. ترشحات درن راست 1200cc/24h و درن سمت چپ 850cc/24h می باشد. مادر C.T ۲ طرفه دارد. C.T طرف راست 300cc/24h و چپ 150cc/24h ترشح دارد. برای مادر هپارین با دوز

پروفیلاکتیک 5000U/TDS/S.C شروع شده است. ۲ واحد پکدسل، ۴ واحد FFP و ۴ واحد پلاکت جهت تزریق تجویز و تستهای روماتولوژی برای مادر درخواست می شود. طبق مشاوره هماتولوژی در لام خون محیطی شیتوسیت رویت نشده و مجموعه یافته ها با سندروم هلمپ سازگاری باشد. در شیفت شب مادر حوالی ساعت ۱۹ به بخش دیالیز منتقل شده و به مدت ۲ ساعت همو دیالیز و باعلایم حیاتی BP=87/45 PR=151 به بخش ICU برمی گردد.

روز چهارم بستری: مادر هوشیار و انتوبه است. تحت انفوزیون لووفد قرار دارد. همچنان آنوریک می باشد. تب دار است. BP=104/50 PR=130 BT=38.7 آمپول سفازولین D.C و آمپول مروپنم 1g/BID و لینزولید 600mg/PO/BID شروع می شود. که با توصیه فارماکولوژیست بصورت وریدی BID 600mg ادامه داده می شود.

مادر ساعت ۱۷ برای بار سوم جهت دپک و یک مجدد کبد به اتاق عمل منتقل می شود. طبق شرح عمل پس از باز کردن سوچور پوست پک های قبلی خارج شده و پس از هوستاز محل با ۷ عدد لنگاز پک می شود. یک عدد چست تیوب در بستر کبد کار گذاشته شده و پوست سوچور زده می شود.

آزمایشات: Hb=9.6 PLT=138000 PTT=43 INR=1.2

ABG: PH=7.17 PCO2=70.7 HCO3=25.8 BE=-2.9

طبق یادداشت کارشناس بیهوشی مادر موقع پذیرش در اتاق عمل هوشیار و انتوبه بود. تحت انفوزیون لووفد قرار داشت. سوند ادراری حاوی ۱۰۰ ادرار بود. O2Sat=88-90%

طبق گزارش پرستاری مادر نصف شب ساعت ۳:۰۰ مورخه ۱۴۰۲/۱۱/۱۳ به علت بیقراری اکستوبه شده ولی پس از نیم ساعت به دلیل عدم تحمل و افت ساچوریشن تا ۷۵% کد اعلام شده و توسط رزیدنت بیهوشی مجدداً اینتوبه میگردد.

روز پنجم بستری: مادر هوشیار و انتوبه است. تب دار است. BT=37.7 تحت انفوزیون لووفد با دوز 40µg/m قرار دارد. برای مادرمجدداً CT آنژیوی ریه درخواست می شود. در CT آنژیوی ریه پنوموتوراکس خفیف در نیم سینه راست و کلاپس ساب سگمنتال در قاعده هردوریه دیده می شود. مایع جزئی در فضای جنبی هردوریه با جابجایی دیافراگم چپ به بالا مشهود است. و آمبولی ماسیو و ساب ماسیورده می شود. در شیفت عصر مادر به مدت ۲،۵ ساعت همو دیالیز می شود.

روز ششم بستری: مادر تب Low grade دارد. BT=38.3. حوالی ساعت ۱۳ مادر انتوبه با علایم حیاتی BP=100/40 PR=156 با

INR=2.2 Hb=11.9 بصورت اورژانسی جهت دپک کبد به اتاق عمل منتقل می شود. عمل بعد از تزریق ۴ واحد FFP ساعت ۱۳:۱۵ شروع شده و ۷ لنگاز قبلی برداشته می شود. با توجه به وجود خونریزی در سگمان ۸ محل مجدداً با ۲ لنگاز پک می شود. پس از هموستاز و تعبیه درن کاروگیت فقط جلد سوچور شده و مادر ساعت ۱۵ کاملاً بیهوش به بخش ICU جراحی تحویل داده می شود. مادر ساعت ۱۷ برای بار پنجم بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل شده و بعد از برداشتن لنگاز های قبلی محل با ۱۰ عدد لنگاز پک شده و مادر ساعت ۱۵:۱۸ در حال دریافت یک واحد پکدسل با BP=83/35 PR=117 به ICU برگردانده می شود. برای مادر مشاوره رادیواینترنشن جهت آمبولیزاسیون درخواست می شود. در شیفت شب مادر یک نوبت دیالیز می شود.

روز هفتم بستری: انتوبه و هوشیار می باشد. مادر ساعت ۱۱ جهت آمبولیزاسیون به بخش آنژیوگرافی منتقل شده و پس از آنژیوگرافی عروق سیلیاک، طحال و کبد ۲ شاخه از شریان هیپاتیک راست آمبولیزه شده و مادر ساعت ۱۴ با BP=103/57 و PR=130 و در حال دریافت لووفد به بخش برمی گردد. مادر بعد از برگشت یک نوبت دیالیز می شود.

روز هشتم بستری: ساعت ۱۱ مادر به علت ادامه خونریزی به اتاق عمل منتقل و تحت هپاتکتومی (لوب راست) قرار می گیرد.

عصر با دستور اتند معالج برای Weaning بیمار برنامه ریزی می شود. BP=120/80 PR=130

مادر ۴ ساعت تحت دیالیز SLED قرار می گیرد.

روز نهم بستری: در شیفت صبح مادر اکستوبه می شود. در ساعت ۹ برای مادر آمپول متادون 50mg/TDS تجویز می گردد.

ABG: PH=7.3 PCO2=48.9 HCO3=24.3

۹ ساعت بعد از اکستوباسیون به علت افت هوشیاری Four Score:4 کد اعلام شده و مادر توسط رزیدنت بیهوشی انتوبه می شود. برای مادر مشاوره اورژانسی نرولوژی و اسکن ریه درخواست شده و با توصیه مشاور نرولوژی MRI مغز، MRV، MRA اسکن مغز درخواست می شود.

در اسکن اسپیرال مغز شواهد و نتریکولو مگالی با قطر آتریوم بطنهای طرفی 19mm بدون شواهد ایسکمی، هموراژی، شیفت و SOL گزارش می شود.

دراسکن ریه پلورال افیوژن خفیف در نیم سینه چپ و بالازدگی همی دیافراگم چپ -کلاپس کانسالیدیشن در لوب تحتانی هردو ریه با شدت بیشتر در سمت چپ و پنوموتوراکس خفیف در هردو نیم سینه دیده می شود.

در MRI مغز : هیدروسفالی ارتباطی با ادم خفیف دور بطنی و ماستونیدیت ۲ طرفه گزارش می شود. با پیشنهاد مشاور نرولوژی مشاوره عفونی جهت R/O مننژیت و مننگو انسفالیت درخواست می شود. روز بعد برای مادر مشاوره قلب جهت R/O اندوکاردیت و مشاوره عفونی اساتید در خواست می شود. مشاور قلب اندوکاردیت را رد می کند. طبق نظر اتند عفونی مادر علایم عفونت CNS ندارد و آزمایشات به نفع DIC می باشد. باپیشنهاد مشاور نفرولوژی برای مادر کشت خون ، بررسی کاتترها از نظر ترومبوز و کشت ترشحات لوله تراشه درخواست می شود.

مادر روز یازدهم بستری علیرغم دریافت انفوزیون لنوفد و دوپامین افت BP داشته و ۱۵:۱۳ دچار ارست قلبی ریوی شده و به مدت ۵ دقیقه احیا می گردد که متاسفانه موفقیت آمیز نبوده و ساعت ۱۴ ختم CPR اعلام می شود.

ABG : ساعت ۱۰:۴۴ : PH=6.97 PCO2=46.9 PO2=52 HCO3=10.7 BE=-20.5

جواب آزمایشات ارسالی ساعت ۰۵:۲۵

WBC=10000 Hb=11.5 Hct=36.1 plt=30000 INR=4.48 PT=56.4
BS=24 PTT>180 Urea=35 Cr=1.98 Na=137 K=3.6

جواب آزمایشات : WBC=12.20---15700---8800---17200---21200---25200---24300---6200 Seg=91.3.6%---42%

Hb=8.1---6.9---8.3---7.1---6.8---10.4---9.6---11.4---9.9---11.4 PLT=108000---57000---126000---89000

SGOT=1850---1095---174---57---335 SGPT=2730---1785---26---7---49 LDH=6545---7725

CRP=300 Alb=2.9---2.5---2.2

B/C=Klebsiella P. T/C=Acientabacter هردو حساس به کلستین (تاریخ درخواست ۱۴۰۲/۱۱/۱۸)

در سونوگرافی کالرداپلر محل تعبیه کاتتر ورید فمورال مشترک و ژوگولار داخلی چپ نیز فاقد ترومبوز بوده است .
تستهای روماتولوژی تماماً منفی بودند.

در ۲ بار مشاوره قلب EF=50% و تاکیکاردی سینوسی اعلام شده بود.

در گزارش پاتولوژی ضایعه کبدی در بیمارستان زنان ضایعه فیبرینوکیستیک و لخته خون گزارش می شود.

در طول بستری در بیمارستان جنرال ۱۸ واحد پکدسل ، ۳۱ واحد FFP و ۱۶ واحد پلاکت دریافت کرده بود.

نکات ویژه :

۱. تشخیص اولیه PTE با توجه به علایم بالینی و تست مثبت آنفلوآنزای تیپ ۲ ، غیر محتمل بوده و بقیه مشکلات مربوط به کمپلیکاسیونهای بیمارستانی می باشد.

۲. در مواردیکه به هر دلیل امکان انجام CT آنژیوی ریه وجود نداشته و شروع یا ادامه هپارین ریسک بالا داشته باشد حتماً با آقای دکتر رشیدی فلوشیپ آمبولی ریه مشاوره گردد. مشاوره با اساتید قلب با گرایش اکو نیز در این موارد میتواند مشکل گشا باشد .

۳. پک کبد و مدیریت خونریزی در لاپاراتومی بار اول درست نبوده است. در زمان احتمال پارگی کبد می بایست از یک جراح مجرب کمک گرفته شود.

۴. مادر با تابلوی شوک سپتیک فوت کرده است.

خاتم ۳۴ ساله، ساکن روستای اصلی، دیپلم، BMI=33.5، G4P3، سابقه مرده زایی در بارداری اول، سابقه ۲ بار سزارین و آخرین زایمان در سال ۹۶ بوده و بارداری خواسته می باشد. مادر در بارداری قبلی در اواخر بارداری فشارخون سیستولی در حد ۱۴۰-۱۳۰ داشته است. مراقبت قبل از بارداری داشته و مراقبت دوران بارداری از هفته ۱۰ بارداری در خانه بهداشت شروع شده و ۶ بار توسط بهورز (آخرین مراقبت مورخ ۶/۲۵) و ۵ بار توسط ماما (آخرین مراقبت ۵/۳۰) و یکبار توسط پزشک مرکز مراقبت شده است و ۴ بار نیز در درمانگاه زنان توسط متخصص زنان مراقبت شده و فشارخون ثبت شده توسط ایشان (BP= 139/84 در اوایل بارداری BP=137/86 در هفته ۲۰ و BP=125/77 در هفته ۲۵ بود و U/A نرمال بود). مادر مورخ ۳/۱۳ در سن بارداری ۲۵ هفته به علت نوسان فشارخون جهت بررسی توسط متخصص زنان به متخصص قلب ارجاع شده بود. مادر ۲ بار نیز به علت پلاکت ۱۴۵۰۰ و ۱۳۷۰۰۰ از طرف مراقب به متخصص زنان ارجاع شده بود. در پرونده بهداشتی مورخ ۴/۳ BP=135/80 و مورخ ۴/۱۵ BP=128/80 ثبت شده بود. مادر مورخ ۶/۲ در سن بارداری ۳۴ هفته، به علت گزارش کیست بزرگ شونده در سونوگرافی در محل اتصال بند ناف به جفت که حاوی هماتوم و کانون هیپواکو بوده از طرف متخصص زنان به بیمارستان زنان جهت بررسی پریناتال ارجاع می شود. مادر مورخ ۶/۲ به بیمارستان مراجعه و به علت NST Non Reactive بستری می شود. پس از بررسی مورخ ۶/۴ با توجه به NST خوب و BPP=8/8 علایم حیاتی خوب مادر با توصیه به مراجعه به درمانگاه پرخطر و فالوآپ توسط نرس بیمارستان، از بیمارستان مرخص می شود. در بررسی کروموزومی جنین 46XX بود.

مادر مورخ ۶/۲۹ در سن بارداری ۳۸ هفته صبح با شکایت LBP به بیمارستان شهرستان مراجعه کرده و به علت سابقه سزارین و شروع درد زایمانی ساعت ۸:۳۰ در بخش زایمان بستری می شود. علایم حیاتی موقع بستری نرمال بود و در معاینه یافته پاتولوژیک نداشت. برای مادر آزمایشات روتین و مشاوره بیهوشی به علت سابقه ۲ بار سزارین درخواست می شود. متخصص بیهوشی ساعت ۹:۰۰ مادر را ویزیت می کند. مشکل خاصی برای مادر قید نشده بود.

آزمایشات: WBC=10100 Hb=14.9 PLT=250,000 PT=13 PTT=31 INR=1 Urea=14 Cr=0.7

مادر ساعت ۱۰:۲۰ بدون مشکل خاصی به اتاق عمل منتقل شده و عمل ساعت ۱۰:۴۰ با راشی (تزریق Bupivacaine) و برش عرضی شکم شروع می شود. حاصل زایمان دختر زنده ترم با آپگار ۹/۱۰ بود. بعد از آزاد سازی امنتوم که به پریتون چسبندگی داشت به علت سفت بودن جدار رحم، نوزاد به سختی و با فشار فوندال خارج می شود. میزان مایع نرمال و مکونیومی بود و در بند ناف گره حقیقی وجود داشت و یک کیست به قطر ۸ سانتی متر در محل اتصال بند ناف به جفت وجود داشت. بلافاصله بعد از خروج نوزاد با وزن ۳۴۰۰ گرم و جفت، در حین تزریق سنتوسینون تکنسین بی هوشی متوجه جمع شدن بازوها، تنفس صدا دار (خرخر) و شروع ماتیلینگ در تنه و از بین رفتن نبض های محیطی شده و مادر بلافاصله دچار ارست قلبی ریوی می شود (سنتوسینون ۸ واحد وریدی و بقیه داخل سرم تزریق می شود) مادر توسط متخصص بی هوشی انتوبه شده و ماساژ سینه شروع می شود و ساعت ۱۱:۵۰ کد احیا اعلام می گردد. در حین احیا متخصص زنان رحم را در حالیکه گوشه های انسزیون از ۲ طرف با ۲ نخ بخیه سوچور شده بود با لنگاز (سوزن ها لای لنگاز گذاشته می شود) پک کرده و به داخل شکم برگردانده و خودش در احیا شرکت می کند. به علت ریتم قلبی VT ۴ بار شوک ۲۰۰ ژول داده می شود و نهایتاً بعد از حدود ۵۰ دقیقه ریتم مادر سینوسی شده و با انفوزیون آمیودارون عملیات احیا ساعت ۱۲:۱۵ تمام و با

بازکردن ست جراحی دیگر، عمل جراحی با نظارت جراح عمومی توسط متخصص زنان ادامه داده می شود و بعد از سوچور رحم امعا عواشاء شکم توسط جراح بررسی می شود. بعد از ترمیم زیرجلد و جلد به علت خونریزی و Oozing پانسمان فشاری می شود. متخصص کودکان قبل از برش سزارین در اتاق عمل حاضر شده و در حین عملیات احیا در اتاق عمل حضور داشت (به علت کیست بندناف با دستور متخصص زنان). در ساعت ۱۲:۴۰ برای مادر مشاوره داخلی درخواست شده و ایشان در اتاق عمل حاضر می شوند. متخصص بی هوشی قبل از پایان عمل، با استاد ICU الزهرا تماس می گیرد و راهنمایی در خواست می کند و ایشان توصیه می کنند عمل را تمام کرده و بعد از Stable کردن مادر درمورد ادامه درمان و یا انتقال مشاوره بگیرند. بعد از اتمام عمل، با تصمیم متخصص بی هوشی و تایید متخصص زنان، مادر مستقیماً از اتاق عمل با همراهی متخصص بی هوشی و همراه درمانی (کادر بی هوشی) به بیمارستان الزهرا اعزام می شود. میزان خونریزی در طول عمل ۱۰۰۰ سی سی بوده است و هماتوم قابل توجهی در زمان ترمیم وجود نداشت.

انتوبه با علایم حیاتی: BP=140/90 (افدرین تزریق شده بود) PR=142 O2Sat=92% U/O=300CC

به بیمارستان الزهرا اعزام می شود. میزان خونریزی در طول عمل ۱۰۰۰ سی سی قید شده است.

ABG ساعت ۱۲:۲۰: PH=7.24 PCO2=43 PO2=66 HCO3=18.2 BE=-9.1

در مسیر اعزام به علت ترافیک سنگین و Unstable شدن مادر، با هدایت مرکز رصد سلامت، مادر به بیمارستان ۲۹ بهمن منتقل می شود. بعد از حدود 20 دقیقه رسیدگی در اورژانس، اخذ نوار قلبی و باز کردن رگ مسدود شده و ویزیت مادر توسط طب اورژانس و متخصص زنان به علت نبود تخت ICU با همراهی مامای بیمارستان ۲۹ بهمن مجدداً به بیمارستان الزهرا اعزام می شود. مادر ساعت ۱۴:۵۲ وارد اورژانس بیمارستان الزهرا شده و مستقیماً وارد اتاق CPR می شود. مادر بلافاصله توسط متخصص زنان مقیم اورژانس ویزیت می شود. به علت ریتم VT در مونیتورینگ قلبی کد احیا زده می شود. بعد از ۲ بار شوک ۲۰۰ ژول ریتم بیمار سینوسی می شود. طبق یادداشت ICUMa فشار خون سیستمی با وجود دریافت لوفد با دوز بالا BP=77/45 بود. یادداشت متخصص زنان: مادر دوبل میدریاز و انتوبه و ریتم VT دارد. در حال دریافت سرم سنتو می باشد. محل انسزیون خشک است. رحم جمع و گلوبال بوده و خونریزی واژینال در حد P.P می باشد. سوند فولی داشته و ۱۰۰۰ سی سی ادرار دارد.

مادر بعد از احیا با تائید فوق ICU به بخش ICU منتقل می شود. برای مادر مشاوره قلب اورژانسی و آزمایشات: CBC، تستهای کبدی، کلیوی، الکترولیتها، تستهای انعقادی و CTNI درخواست می شود.

آزمایشات: WBC=34,100 Hb=8.6 PLT=249,000 Urea=21 Cr=0.9 Na=140.6

Ca=7.7 K=3.43 P=7.3 AST=191 ALT=117 ALK=422 LDH=1180

BIL T=2.1 BIL D=1.56 PTT=55.1 PT=35.9 INR>6 Fib>30

CTNI=+ ABG: PH=7.13 PCO2=22.9 HCO3=7.3 BE= -21.8

مشاور قلب مادر را ساعت ۱۶ در بخش ICU ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان آمبولی ماسیو برای مادر مطرح است و اندیکاسیون درمان با فیبرینولیتیک دارد ولی با توجه به جراحی اخیر بسیار پرخطر می باشد.

دراکو: LVEF=50% Mod RVE Mod Dysfunction PAP=40-45mmAg TRG=30-35%

No PE No Clot No TR No TS No MS Mod PAH

در ساعت ۱۶:۱۰ برای مادر CVL از ورید فمورال چپ توسط ICUMan تعبیه می شود.

در CXR پرتابل پرخونی وادم خفیف دورنافی گزارش می شودو اندازه قلب وعروق بزرگ درحد نرمال بود.در سونوگرافی اورژانس مایع آزاد شکمی ولگنی متوسط رویت می شود.

با اعلام تستهای مختل انعقادی از خط بحران ومنتهی شدن امکان استفاده از فیبرینولیتیک ، با ۲ نفر از اساتید جراح قلب و ۲ نفر از اساتید اینترونشن جهت آمبولکتومی صحبت می شود . اساتیدبه علت INR بالا امکان آمبولکتومی را ناممکن می دانند .مادر ساعت ۱۵:۱۸ دچار برادی کاردی شده وآسیستول می شود. متاسفانه مادر به عملیات احیا پاسخ نداده وفوت می کند. دراتوپسی علت مرگ شوک هموراژیک ناشی از خونریزی وسیع حفره صفاقی از محل جراحی سزارین گزارش شده است.تعدادی از دنده ها در اثر احیا شکسته بود .

نکات ویژه :

۱. باتوجه به سابقه مرده زایی،کیست بندناف وسابقه ۲ بار سزارین اصولاً مادر می بایست در بیمارستان سطح ۳ ختم بارداری داده می شد ولی باتوجه به مراجعه مادر با شکایت شروع درد زایمانی ،بستری مادر در بیمارستان سطح ۱ منطقی می باشد.
۲. سلسله اتفاقات : وقوع آمبولی مایع آمنیوتیک ---- تشنج بیمار----ماتیلینگ (هیپوپرفیوژن وارست قلبی تنفسی همزمان)----احیا-----تشکیل هیاتوم بعداز سوچور رحم به علت بهتر شدن سیرکولاسیون وافزایش فشارخون ----خونریزی داخل شکمی به علت DIC در مسیر اعزام
۳. اعزام مادر در شرایط Unstable اشتباه بوده ومادر می بایست دراتاق عمل یا ICU همان بیمارستان با راهنمایی اساتید Manage می شد.
۴. به همکار بیهوشی ، مسئولین بیمارستان وکارشناسان معاونت درمان دانشگاه جهت همفکری اطلاع رسانی نشده بود.

کیس ۳

خانم 29 ساله، ساکن شهر ، BMI=22.5 ، G1P0، با سابقه صرع از کودکی(سابقه خانوادگی) وتحت نظر نرولوژیست وتحت درمان با لویل 500 mg/BID-آخرین تشنج دوسال قبل به علت بیخوابی بوده است.بارداری خواسته می باشد. مادر مراقبت قبل از بارداری نداشته ودر پرونده خانوار ۲ سال قبل اپی لپسی وافسردگی مازور ثبت شده بود(مادر به عنوان زن شوهر دار وواجد شرایط شناسایی نشده بود). مراقبت دوران بارداری توسط ماما دربخش خصوصی وبیمارستان انجام شده است ، مادر درسن بارداری ۳۸ هفته و۲ روز با معرفی یکی از اساتید پریناتولوژی در بیمارستان ریفرا ل بستری شده وبه علت پرزانتاسیون فرانک بریج با بی هوشی عمومی سزارین می شود. حاصل نوزاد پسر ترم به ظاهر سالم با آپگار ۹/۱۰ بود.علایم حیاتی مادر در طول بستری نرمال بودومادر شکایت خاصی نداشت.

در آزمایشات : Hb=11.6—10.3 FBS=70 BS=70 GTT 2h=91 GTT 3h=79

مادر ۲۴ ساعت بعداز OK مشاور نرولوژی(تلفنی) با توصیه مراجعه سرپایی به متخصص نرولوژی مرخص می شود.

در ۲ بار پیگیری بعداز زایمان مشکلی نداشته است.طبق اظهار همسر وخواهر متوفی ، مددجو ۱۳ روز بعداز زایمان حوالی ساعت ۱۳جهت شستن محل عمل به همراه مادرخود به حمام رفته و بعداز چند دقیقه درحالیکه روی صندلی نشسته بوده دچار طپش قلب وضعف وبی حالی می شود .مادر مدد جو را در وضعیت درازکش قرار داده وحوله را زیر سرش می گذارد وبرای تهیه آب قند به آشپزخانه می رود)

مددجواظهار می کرده قند خونش افتاده است). حرکات غیرعادی اندامهارا نداشت و اندامهای تحتانی اسپاسم داشتند. مادر در صدد خوراندن آب قند به مدد جو می شود ولی به علت قفل شدن فک تحتانی موفق نمی شود. به اطرافیان خبر داده و با اورژانس ۱۱۵ تماس می گیرند و موقع رسیدن همکاران اورژانس ساعت ۱۳:۱۷، مددجو بدون علایم حیاتی بود. برای مادر ماساژ قلبی شروع شده و انتوبه می شود. ولی بعد از ۴۰ دقیقه موفق نبوده است. طبق یادداشت کارشناس ۱۱۵ در هنگام انتوباسیون در راه هوایی خون وجود داشت. با اصرار خانواده، مادر ساعت ۱۳:۵۵ توسط ۱۱۵ به بیمارستان منتقل و CPR می شود ولی موثر نبوده است. طبق یادداشت طب اورژانس ترشحات لوله تراشه خونی و کف آلود بود. جسد جهت اتوپسی به پزشکی قانونی منتقل شد. در اتوپسی علت مرگ هیپوکسی ناشی از تشنج طول کشیده گزارش می شود.

نکات ویژه :

۱. برای تنظیم دوز دارو می بایست مشاوره حضور با اساتید درخواست می شد.
۲. تاکید به لزوم ادامه درمان در بارداری (با توجه به عبور داروهای کاربامازپین یا والپورات از جفت، این دارو ها در خط اول درمان در زنان متقاضی بارداری نیستند)
۳. تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۱ میلی گرم در روز حداقل يك ماه قبل از بارداری تا سه ماه اول بارداری (در صورت مصرف کاربامازپین یا والپورات ۴ میلی گرم)
۴. مشاوره در اولین فرصت با متخصص مربوط برای تنظیم نوع و میزان دارو
۵. تاکید بر تداوم درمان در بارداری

کیس ۴

خانم ۳۷ ساله ، G1P0 ، ساکن شهر، همسر دوم ، BMI=23.4 با سابقه فشارخون بالا و پروتئینوری از ۷ سال قبل و تحت نظر ارنولوژیست؟ ، سابقه کیستکتومی ۳ سال قبل ، سابقه بستری ۶ سال پیش به علت فشارخون بالا و دفع پروتئین در بیمارستان و طبق اظهار مادر متوفی، پزشک معالج گفته بود که نباید باردار شود. و بارداری ناخواسته می باشد (نامزد بوده)

مادر اولین بار در سن حاملگی ۱۷ هفته به مرکز بهداشت مراجعه کرده بود . ۴ بار توسط ماما و ۲ بار توسط پزشک مرکز مراقبت شده و چندین بار به متخصص زنان و دوبر بار به مطب یکی از اساتید پریناتولوژی ارجاع شده و هر ۲ بار به علت فشارخون سیستولی ۱۸۰-۱۷۰ توسط ایشان برگ بستری اورژانس در بیمارستان نوشته شده بود ولی مادر حاضر به بستری نشده و با مشاجره محل را ترک کرده بود. مادر ۲ بار نیز مراجعه به بیمارستان شهرستان داشته است.

بار اول : مورخ ۵/۳ با شکایت تب و لرز و درد شکم به اورژانس جنرال بیمارستان سطح ۲ مراجعه کرده و با سطح تریاژ ۲ به متخصص طب اورژانس معرفی می شود. بعد از تزریق نیم لیتر نرمال سالین و آپوتل ، اخذ ECG و درخواست آزمایشات کبدی ، کلیوی و CBC مادر مستقیماً به سونوگرافی فرستاده می شود. در سونوگرافی جنین ۱۳ هفته و ۴ روز با FHR=164 و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می شود. بعد از برگشت در ساعت ۱۴:۰۵ مادر جهت مشاوره زنان به بلوک زایمانی ارجاع و توسط ماما ویزیت شده و شرایط بیمار به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود. مادر مصرف متورال را ذکر می کرد و علایم حیاتی : BP=150/100 PR=130 RR=22 BT=39 بود. متخصص زنان ذکر می کند مادر از نظر بارداری مشکلی

ندارد و به اورژانس ارجاع شود. برای مادر با تشخیص سرماخوردگی، بستری بخش داخلی نوشته شده ولی بیمار حاضر به بستری نشده و با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می کند. مادر ۳ بار مورخ ۵/۲۶، ۶/۱۳ و ۶/۱۹ با فشار خون ۱۶۰-۱۷۰ به متخصص زنان مراجعه می کند. در آزمایشات مورخ ۵/۲۱ : **Urine PRO 24h=1932** گزارش شده بود.

بار دوم: مورخ ۶/۳۱ / ساعت ۱۲:۳۰ ظهر با شکایت اپیستاکسی به اورژانس مامایی مراجعه کرده و با سطح ۳ تریاژ به متخصص زنان معرفی می شود.

علائم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ **BP=150/100 : PR=108 BT=36.8 RR=18 FHR=145 GA=22W**

مادر تحت درمان با متیل دوپا **250mg/QID**، آسپرین و آملودیپین بود (داروهایش را مرتب مصرف نمی کرد). علائم زایمانی نداشت و فاقد علائم پره اکلامپسی شدید بود. خونریزی از ضایعه (جوش) در سطح خارجی بینی تشخیص داده شده و با دستور متخصص زنان برای مادر یک عدد قرص متیل دوپا داده شده و بستری موقت می شود (مادر اظهار می کرد دارویش را مصرف نکرده است). با دستورات: کنترل علائم حیاتی و درخواست آزمایشات

U/A, LFT, CBC, Cr, Urea, PT, PTT, INR, .

جواب آزمایشات: **WBC=13300 Hb=11.2 PT, PTT, INR=N Urea=33 Cr=0.8 SGOT=17**

SGPT=15 ALP=201 BIL T=0.8 CRP=Neg و در آنالیز ادرار **Pro=2+** **Blood=3+**

WBC=6-8

مادر ساعت ۱۵ بعد از رویت جواب آزمایشات توسط متخصص زنان، حاضر به بستری در بیمارستان نشده و با توصیه مراجعه به متخصص قلب، نفرولوژی و پریناتولوژیست از بیمارستان مرخص می شود (در پرونده دستور بستری و برگ ترخیص با رضایت شخصی وجود نداشت). مادر مورخ ۷/۴ به متخصص قلب و متخصص زنان مراجعه کرده و در اکو **MR** متوسط و هیپرتروفی بطن چپ با **EF=55%** و در سونوگرافی: میزان مایع نرمال و سن جنین ۲۰ هفته و ۶ روز گزارش شده بود.

مادر مورخ ۷/۱۰ به دنبال شنیدن خبر ناگوار در منزل، دچار سردرد در ناحیه اکسی پیتال، تشنج و خروج کف از دهان شده و با افت هوشیاری توسط همراهان به بیمارستان شهرستان آورده می شود. موقع مراجعه مادر لتارژیک بود. اندامها حالت اسپاستیک داشتند. مردمکها دویل میوتیک بودند.

علائم حیاتی **BP=200/110 : PR=120 RR=30 O2Sat=78%**

بیمار توسط مسئول تریاژ به قسمت تحت نظر و سپس به اتاق **CPR** منتقل شده و به متخصص طب اورژانس اطلاع داده می شود. متخصص طب اورژانس ساعت ۱۴:۱۵ بیمار را ویزیت کرده و با تشخیص هیستری دستور تزریق نالوکسان می دهد. بعد از تزریق ۳-۴ دوز و اعتراف همسر به بارداری بیمار با توجه به افت هوشیاری **GCS=8-9** مادر توسط متخصص طب اورژانس انتوبه شده و به ونتیلاتور وصل می شود (خانواده متوفی منکر بارداری بیمار بودند)

دستورات متخصص طب اورژانس: تعبیه لاین وریدی، مانیتورینگ قلبی ریوی، سولفات منیزیم ۲ گرم در عرض یک ساعت، آمپول نالوکسان

PRN، آمپول آتروکوریوم، فنتانیل و پروپوفول، مشاوره زنان، تعبیه سوند معده و سوند فولی، درخواست آزمایشات

U/A, Ca, Mg, P, Na, Cr, BUN, CBC، اخذ **VBG** و **ECG**. دوز **Loading** سولفات داده نشده بود.

متخصص زنان ساعت ۱۴:۳۰ مادر را ویزیت کرده و اکلامپسی را برای مادر مطرح و پیشنهاد اعزام به بیمارستان دانشگاهی را می دهد. با دستور

متخصص طب اورژانس مادر ساعت ۱۴:۵۰ **Brine Scan** شده و به علت رویت خونریزی در مغز **SAH** پونز با بیمارستان ریفرال، سرویس

نروسرجری هماهنگ شده ومادر ساعت ۱۶:۱۰ با علایم حیاتی BP=135/80 : PR=93 RR=20 O2Sat=97% به

آن بیمارستان اعزام می شود.علایم حیاتی ثبت شده :

ساعت ۱۴:۰۷ : BP=200/100 PR=120 RR=30 O2Sat=78

ساعت ۱۴:۱۵ : BP=200/11 PR=117 RR=30 O2Sat=94% تحت ونتیله

ساعت ۱۴:۳۰ : BP=165/90 PR=117 RR=28 O2Sat=96%

ساعت ۱۵:۰۰ : BP=165/85 PR=95 RR=25 O2Sat=96%

آزمایشات WBC=26.600 : Hb=12.9 PLT=407000 Cr=0.8 Urea=33 Ca=8.6

Na=136 K=4 Mg=1.8 P=5.7

ABG ساعت ۱۵:۰۴ : PH= 7.26 PCO2=33.3 HCO3=14.5 BE=-11.2D

مادر ساعت ۱۷:۳۱ وارد تریاژ بیمارستان ریفرا ل شده وبا سطح ۱ به بخش حاد یک منتقل می شود.برای مادر با دستور رزیدنت طب اورژانس ،سرم نرمال سالین وسولفات منیزیوم شروع می شودو ساعت ۱۸ توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شود.

علایم حیاتی ثبت شده : BP=83/44 PR=110 RR=22 O2Sat=99% GCS=3

درمعاینه سمع ریه ها Clear ،شکم نرم ،کف پایی دویل فلکسور ومردمکها میوتیک بودند .برای مادر آزمایشات گلوکومتری ،نمونه ادرار برای توکسیکولوژی ، - ABG--تستهای انعقادی ، CBC- الکترولیتها -تستهای کبدی و کلیوی -آمیلاز و CRP ونوارقلب - سونوگرافی بد ساید برای R/O دکولمان وسلامت جنین -ویزیت نرولوژی ونروسرجری درخواست می شود .

جواب آزمایشات PT:17.3 INR:1.31 Plt :416000 Hct:39.4 Hb:12.6 WBC:38,700 :

Na:135 , K:4.4 Cr:0.7 Urea:29 BS:400 PTT:33 AST:18 AIT:13 Bili.T:0.2 Bili.Ind:0.1 CRP:17 LDH:555 Amylase:57 CTNI=+

BE=-13.8 HCO3=18.3 PO2=82 PCO2=81.2 ABG : PH=6.96 ساعت ۱۸:۱۳

BE=-11.7 HCO3=19.3 PO2=62 PCO2=64.2 ABG : PH=7.06 ساعت 22:16

مادر ساعت ۱۹:۳۰ توسط رزیدنت نروسرجری (۲ساعت بعداز ورود) ، ساعت ۲۱:۵۰ توسط سرویس نرولوژی وساعت ۲۲:۱۵ توسط سرویس زنان ویزیت می شود. یادداشت مشاور زنان : ارتفاع رحم درحد ۱۸هفته وسن حاملگی طبق سونوگرافی ۲۱هفته و۳ روز می باشد.BP=140/100

PR=120 می باشد.برای مادر انفوزیون سولفات منیزیوم ،سونوگرافی هفتگی ومشاوره هفتگی؟ انجام گیرد ونیازی به اقدام اورژانسی

نیست. در سونوگرافی فست جنین زنده باضربان قلب FHR=136 بدون شواهد دکولمان گزارش شده بود.

علایم حیاتی ثبت شده دراورژانس:

ساعت ۲۱ : BP=80/P HR=80

ساعت ۲۲ : BP=80/45 HR=86

HR=85

BP=80/60

ساعت ۲۳:۳۰

مادر بعد از ویزیت توسط سرویس نروسر جری (رزیدنت ارشد) با همراهی انترن ساعت ۲۳:۳۰ با دستورات: سرم نرمال سالین ۳L/24h - درخواست آزمایشات - رزرو ۳ واحد پکدسل ایزوگروپ و کراس مچ شده - وصل به ونتیلاتور با مد SIMV - آمپول لوبل ۵۰۰ mg/BID - آمپول پنتا پرازول - قرص نیمودیپین ۶۰ mg/QID - چک علایم حیاتی - آمپول دگزامتازون ۸mg/TDS - مشاوره سرویس زنان - مشاوره قلب با تشخیص SAH+IVH NT به بخش ICU مغز فرستاده می شود.

طبق یادداشت رزیدنت نرولوژی در اسکن شواهد SAH وسیع در هر دونیمکره و IVH و شواهد هیدروسفالی و ادم مغزی وجود داشت.

علایم حیاتی بدو ورود به بخش ICU مغز : BP:165/121 PR: 157 BT:36 SPO2:91%

مادر در بخش به ونتیلاتور با مد SIMV وصل شده و با پروپوفول سدیت می شود. دستورات بخش: آمپول لوبل، نیمودیپین - دگزامتازون، چک BS هر ۱ ساعت، مشاوره قلب به علت تاکیکاردی و فشارخون بالا، مشاوره داخلی از نظر R/O PTE

مشاور قلب بررسی علت ثانویه تاکیکاردی، چک CTNI در ۳ نوبت و اکوکاردیوگرافی در صورت کاهش ریت قلبی را توصیه می کند ECG:TSR بود. با توجه به مثبت بودن CTNI در هر ۳ نوبت، مجدداً مشاوره قلب در خواست میشود و مشاور چک CTIN در ۳ نوبت به صورت کمی را پیشنهاد می کند. مشاور داخلی سونوگرافی کالرداپلر، چک D.Dimer، CXR، مشاوره سرویس زنان از نظر ختم بارداری و قرص دیلتیازم 30mg/BID را توصیه می کند. در سونوگرافی کالرداپلر هر دو اندام تحتانی، نقص پرشدگی و ترومبوز حاد نداشت و D.Dimer=2120 بود.

روز دوم بستری: مادر انتوبه بوده و تحت سداسیون با فتانیل و میدازولام قرار دارد. انفوزیون سولفات منیزیم ادامه دارد. همچنان تاکیکارد است. PR=154 با پیشنهاد متخصص قلب برای مادر مشاوره عفونی جهت Sepsis Workup می شود. مشاور کشت و آنالیز ادرار، کشت خون، آمپول وانکومايسين و مرونیم، مشاوره داخلی برای رد احتمال ترومبوآمبولی و چک CRP,LDH را پیشنهاد می کند.

روز سوم بستری: مادر تحت ونتیلاتور با مد SIMV قرار دارد GCS=6T. و مردمکها راکتیو است. با توجه به سابقه پرتئینوری برای مادر مشاوره نفرولوژی درخواست می شود. مشاور در خواست تستهای روماتولوژی، سدیمان ادراری، الکترولیتها، بررسی کبد از نظر هپاتیت ویرال و اتوایمیون، سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری، CBC H1، اکوکاردیوگرافی از نظر EF و PAP را توصیه می کند. برای مادر توسط سرویس زنان اندیکاسیون ختم بارداری گذاشته شده و مشاوره قلب از جهت شروع اینداکشن درخواست می شود. یادداشت مشاور قلب: با توجه به EF=30% و آکنیزی آپیکال Mod to Severe MR، و T invert در لیدها V1-V3 و CTNI=25.5 برای مادر MI انتروسپیتال مطرح است و توصیه می شود قرص آسپرین بادوز ۳۰۰ میلی گرم STAT و ادامه با ۷۵ میلی گرم روزانه - قرص - Osvix - انفوزیون هپارین و قرص متورال بعد از OK سرویس زنان شروع شود. شروع اینداکشن بلامانع می باشد.

در سونوگرافی جنین زنده با ضربانات قلبی منظم و مایع آمنیوتیک نرمال گزارش می شود. در سونوگرافی بدساید توسط رزیدنت سال ۱ کلیه و مجاری ادراری نرمال بود.

آزمایشات : Urea / 24h= 19 , Pro / 24h= 1445 , Cr / 24 h = 0.76 , Urine V / 24h = 1700

در آنالیز ادرار : PRO=3+ Blood=4+ RBC=many WBC=20-25 Granular Cast=3-4

مادر ساعت ۱۲:۱۵ جهت انجام Brain MRI به بخش MRI رفته و بعد از برگشت با صلاح دید اساتید زنان و گروه نروسرجری ونرولوژی با احتمال اکلامپسی ونجات جان مادر، کاندید ختم بارداری شده و پس از اخذ رضایت از همسر ساعت ۱۹:۳۰ بعد از تعبیه سوند ترانس سرویکال با رژیم نواک اینداکشن شروع می شود.

روز سوم بستری: ساعت ۶:۳۵ با ممداد جنین پسر مرده دفع شده وجفت بطور کامل خارج می شود. برای مادر ۳۰ واحد سنتوز طریق سرم و ۳۰ واحد عضلانی در ۳ دوز (۱۰+۱۰+۱۰) تجویز می شود ورزیدنت زنان تا ساعت ۸ بالا سر مادر می ماند. بعد از چندین بار توسط رزیدنت زنان از نظر خونریزی کنترل شده وسولفات منیزیم تا ۲۴ ساعت ادامه داده می شود. برای مادر مشاور داخلی ونفرولوژی درخواست می شود .

برای مادر توسط مشاور داخلی لام خون محیطی تهیه شده (به علت WBC بالا) و طی مشاوره جراحی CVLine تعبیه می شود .

آزمایشات: WBC=28400 : Hb=11.2 PLT=277,000 Cr=1.4 Urea=66

LDH=635 ESR=57 PH=7.30 VBG: PCO2=33 HCO3=16.3 BE=-9

در سدیمان ادراری : بیشتر از ۵۰٪ گلبولهای قرمز دیسمورفیک بودند .

روز چهارم بستری: مادر تبار نیست ، دیورز برقرار است GCS=6. و مردمکها میدسایز و راکتیو می باشد SBP=150-160.

HR=100-110 می باشد. برای مادر آنژیوی عروق مغزی انجام می شود و در آنژیو ضایعه آنوریسمال (Out Pouching) به قطر ۴*۵

میلیمتر در سگمان V4 شریان ورتبرال چپ و SAH همراه با IVH بدون هیدروسفالی گزارش می شود. به علت افزایش فشار خون برای مادر انفوزیون لابتالول گذاشته می شود.

روز پنجم بستری: برای مادر پیراستام وسیتی کولین شروع و به علت عدم کنترل فشار خون جهت تعویض داروها بعد از زایمان ، مشاوره قلب

درخواست می شود BP=185/131 HR=105. مشاور ICU به علت اسیدوز متابولیک و آلکالوز تنفسی Setting ونتیلاتور را تغییر داده و به

علت تب ۳۸ درجه سیپروفلوکساسین و اخذ CXR برای مادر تجویز می کند (مروپنم و وانکومایسین در دستورات قبلی وجود داشت). عصر به علت

افت هوشیاری بعد از انجام اسکن مغز و تزریق ۲ واحد FFP برای مادر EVD تعبیه می شود. علایم حیاتی موقع انتقال به اتاق عمل BP=150/105 :

PR=90 BT=37.8 بود. مشاور قلب برای مادر قرص کاپتوپریل PRN ۵۰ - قرص والسارتان ۸۰mg/BID - قرص آملودیپین - قرص

کارودیلول. 3.125 mg/BID و قرص داپا گلوفلوزین تجویز می کند .

روز ششم بستری: GCS=3T و مردمکها ایزو و فیکس می باشد. ترشحات EVD خونی است. به علت فشار خون بالا لابتالول از طریق پمپ

دریافت می کند. گاوآژ را تحمل نمی کند. ترشحات NGT صفاوی می باشد . Hb=8.5 . با تجویز متخصص قلب برای مادر بیزوپرولول و آلداکتون

شروع می شود. به علت WBC بالا با دستور ICUMan کشت ترشحات لوله تراشه ، کشت خون و ادرار درخواست می شود .

روز هشتم بستری : GCS=4T و مردمکها ایزو و فیکس می باشد. برای مادر مشاوره ICU جهت Weaning درخواست می شود. مشاور

ونتیلاتور را روی مد PSV و FIO2=40% قرار می دهد. ولی ساعت ۱۵:۳۰ به علت دیسترس تنفسی به SIMV تغییر داده می شود. مادر تبار

نیست (آپوتل می گیرد) و گاوآژ را تحمل می کند .

روز نهم بستری: علایم حیاتی : PR=78 BP=123/86 می باشد. توسط ICUMان برای مادر کلاستین شروع شده ولوله

تراشه تعویض می شود .

روز دهم بستری : ICUMan GCS=5T و انکوما یسن را D.C و لینزولید شروع می کند و مد و نتیلاتور را به PSV تغییر داده و دوز فتانیل را به 75 mg/h کاهش می دهد.

جواب کشت خون و ترشحات لوله تراشه T/C: Acineto bacter baumannii : حساس به آمیکاسین و کلستین

حساس به لینزولید B/C: Entro coccus SPP

روز یازدهم بستری: هوشیاری مادر بیشتر شده GCS=7T ، مردمکها ایزو و راکتو می باشد. ترشحات EVD خونی است.

روز دوازدهم بستری : هوشیاری مادر در حد GCS=8T، ترشحات EVD خونی است. و نتیلاتور روی Spont می باشد. ساعت ۱۴:۴۵ به علت دیسترس

تنفسی روی مد SIMV برگردانده می شود. به علت افت هوشیاری GCS=6T—3T برای مادر اسکن مغز اورژانس درخواست می

شود BP>120/80. O2Sat=100% بود. ساعت ۲۰:۳۰ با افت مجدد هوشیاری GCS:3 مادر جهت انجام سی تی مغز اورژانس به واحد

اسکن منتقل و ساعت ۲۱:۰۰ به بخش برگردانده میشود (۲۱:۱۷)

طبق گزارش پرستار شیفت شب در هنگام تحویل گرفتن شیفت، مردمک راست فیکس بود و EVD کارکرد نداشت. ساعت ۲۱:۲۰

مادر دچار برادیکاردی شده و ارست قلبی می کند و با عملیات احیا برمی گردد. مجدداً در ساعت ۲۳:۳۰ ارست کرده و ۱۵ دقیقه بامداد فوت می کند .

ABG: ساعت ۶:۵ بامداد PH=7.49 PCO2=32.8 PO2=66 HCO3=25.1 BE=1.7

آزمایشات- WBC=38700-35600-38,400-25900-30900 : NEUT=91.9% Hb=13.7—11.2—9.3—8.5—

12.3

Cr=1.27—1.61—1.34—1.09—0.8—0.69 PLT=369,000—191000---173000---215000

Na=141—145—151—148—145—138 Urea=41—66—98—115—121—96--75

AST=17—21—22—37 ALT=8—11—14—22 K=5.5—4.7—5.9—4.5—4.7

INR=1.15--1 PTT=27—20 PT=15.3—13.3

CH50=160.6 B2 Microglubolin=4.13 C4=54 LDH=949—920—1506--626 BIL T=0.3

بقیه تستهای روماتولوژیک ، لوپوس ، هپاتیت و HIV منفی بود.

نکات ویژه :

۱. بیمارانی که درمان گریز هستند و علیرغم توصیه پزشکان و کادر بهداشتی از مراجعه به مراکز درمانی و بهداشتی امتناع می کنند جزو گروه های ویژه طبقه بندی شده و روانشناسان در حوزه بهداشت و روانشناسان بالینی و در صورت نیاز روانپزشکان در حوزه درمان مشاوره های تخصصی تا حصول نتیجه انجام دهند.

۲. علت فشارخون مقاوم به درمان و نوع بیماری کلیوی بررسی نشده است و قبل از بارداری این اقدامات باید انجام می گرفت (جزو مراقبتهای پیش از بارداری می باشد) . کلاً در مراقبتهای پیش از بارداری در زنان واجد شرایط با بیماری زمینه ای نظیر هیپرتانسیون ، بیماریهای کلیوی ، کبدی و...، این افراد در حوزه بهداشت باید شناسایی شده و تا تشخیص قطعی و درمان مورد پیگیری جدی قرار گیرند و صرفاً ارجاع به متخصص کافی نیست.

۳. در خونریزی پونز کار زیادی برای بیمار نمی توان کرد و Poor Prognoses می باشد . مهمترین مسئله در مورد این بیماران جلوگیری از وقوع عارضه می باشد.

۴. در مورد مادر در اورژانس بیمارستان اول و اورژانس بیمارستان دوم Mismanagement وجود دارد.

۵. دادن نالوکسان و عدم مشاوره با متخصص نروسرجری از اقدامات نامناسب در بیمارستان اول می باشد.

۶. ونتیلاسیون و تنظیمات دستگاه ونتیلاتور در چندساعت اول ورود مادربه اورژانس بیمارستان ریفال مناسب نبوده است.
۷. درموارد خونریزی مغزی ICH، پایین آوردن فشارخون باید با احتیاط کامل صورت گیرد. درمورد این بیمار رعایت نشده است.
۸. تغییرات EKG، لوکوسیتوز و CTNI مثبت می تواند ثانویه به خونریزی پونز باشد.
۹. عمل جراحی درمورد بیمار اندیکاسیون نداشته است (ضایعه آنوريسمال) و تعبیه شنت به علت نبود شواهد هیدروسفالی درچندروز اول انجام نگرفته است.
۱۰. مادربرخلاف دستورعملهای ابلاغی دانشگاه توسط رزیدنت سال ۱ سونوگرافی شده و ریزینت قلب برای مادر مشاوره اکو داده است. مادر باید همان روز اول بستری بصورت اورژانسی توسط اساتید اکوکاردیوگرافی می شد.
۱۱. برای مادر پره اکلامپسی /اکلامپسی مطرح نبوده و ادامه سولفات منیزیم با توجه به مشکل کلیه کاردرستی نبوده است.

کیس ۵

خانم ۳۵ ساله، ساکن روستای اصلی، دیپلم، کشاورز، BMI=31.4، G2P1 و سابقه یکبار سزارین به علت بارداری ۲ قلوئی، سابقه مصرف مسکن به علت سردرد از حدود ۲-۳ سال قبل. بارداری غیر برنامه ریزی شده بوده و مادر در دوران بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت و متخصص زنان در بخش خصوصی بوده است (۱۰ بار توسط بهورز، ۶ بار توسط ماما و ۴ بار توسط پزشک مراقبت شده بود). مادر در زمان تشکیل پرونده به علت طپش قلب گهگاهی به متخصص قلب ارجاع شده و متخصص قلب یادداشت کرده بود مادر از نظر قلبی OK است و نیاز به اقدام خاصی ندارد. مادر مورخ ۱۶/۱۲ با شکایت سردرد یکطرفه، تهوع و استفراغ ساعت ۲۱:۳۶ به بیمارستان الف مراجعه کرده و در اورژانس تحت نظر گرفته می شود. علائم حیاتی موقع مراجعه BP=150/89 PR=18 RR=18 O2Sat=96% BT=36 بود. برای مادر دستورات: تعبیه لاین وریدی -چک BS -آمپول آپوتل، اندانسترون، اخذ EKG-درخواست آزمایشات کلیوی، کبدی و CBC و سونوگرافی وضعیت بارداری توسط متخصص طب اورژانس گذاشته می شود.

علائم حیاتی یکبار BP=140/85 و ساعت ۲۳: BP=128/75 PR=81 BT=36.9 ثبت شده است.

در سونوگرافی جنین زنده ۹ هفته بدون مشکل گزارش شده بود. برای مادر مشاوره تلفنی زنان انجام می گیرد و با OK ایشان مادر ساعت ۲۳:۳۰ با ارجاع سریایی به درمانگاه زنان مرخص می شود.

آزمایشات: WBC=10200 Hb=14.5 Hct=39.7 PT,PTT,INR=N Cr=0.5 Urea=39.1

Na=135 K=3.9 BIL T=0.6 SGOT=42 SGPT=33.9 ALP=198 BS=84

در آنالیز ادرار PRO=Neg

متخصص زنان در تاریخ ۱/۹ به علت SBP=130 برای مادر آسپرین 80mg/D تجویز کرده بود. در تاریخ ۳۰ شهریور در مرکز بهداشت فشارخون اندازه گیری شده ۱۴۰/۸۰ بوده که پس از استراحت و کنترل مجدد ۱۲۰/۸۰ شده بود. همچنین مادر ۷/۳/ (روز قبل از سزارین) به علت فشارخون ۱۴۰/۷۰ به متخصص زنان ارجاع شده ولی به علت نرمال بودن فشارخون درمطب دارو تجویز نمی شود. مادر مورخ ۷/۴ در سن بارداری ۳۸ هفته در بیمارستان ب به علت سابقه سزارین (بارداری دوقلوئی ۱۰ سال قبل) تحت سزارین با راشی قرار گرفته و روز بعد

از بیمارستان مرخص می شود. موقع پذیرش در بیمارستان علایم حیاتی: BP=125/80 PR=67 RR=20 ثبت شده بود. فشارخونهای ثبت شده در طول بستری در محدوده نرمال بود (فشارخون ثبت شده در برگ مراقبت قبل از جراحی BP=126/49 می باشد). تستهای کبدی، کلیوی و آنالیز ادرار درخواست نشده بود.

13 ساعت بعد از ترخیص ساعت ۲:۳۰ بامداد مورخ ۷/۶ در منزل دچار سردرد شدید، خروج کف از دهان، تشنج و افت هوشیاری شده و توسط همراهان به بیمارستان ب آورده می شود. مادر موقع ورود به بیمارستان ساعت ۳ بامداد در حال تشنج بود. تنفس خودبخودی داشت. مادر به تخت حاد تریاژ منتقل شده و بعد از تعبیه Air Way و ساکشن ترشحات، کدورتیه های مامایی اعلام و توسط پزشک عمومی (کشیک اورژانس) ویزیت می شود. علایم حیاتی ثبت شده: BP=179/120 PR=94 RR=18 O2Sat=97% GCS=8 و معاینه قلب و ریه نرمال بود. دستورات پزشک: تعبیه ۲ لاین وریدی سرم نرمال سالین 1 L/STAT - اکسیژن با ماسک ۸-۶ لیتر در دقیقه - وسایل انتوباسیون بالای سر مادر باشد - آمپول دیازپام 10mg/IV/STAT و 10mg/Standby - چک علایم حیاتی - پالس اکسیمتری - مشاوره زنان - مشاوره نرولوژی - مشاوره بیهوشی - تعبیه NGT - تعبیه سوند فولی - درخواست آزمایشات CBC, U/A, Cr, BUN, Na, K, AST, ALT, LDH, ALP, BIL T

متخصص زنان ساعت ۳:۰۲ مادر را ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان موقع ویزیت، مادر هوشیار واریانته نبود و کف از دهان مادر خارج می شد. پاسخ به درد داشت. مردمکها دبل میدریاز و نان راکتیو بود. شکم نرم بود و دیستانسیون نداشت. محل انسزیون نرمال و فاقد ترشحات بود. برای مادر با تشخیص اکلامپسی دستورات: تعبیه ۲ لاین وریدی و وصل سرم رینگر - سولفات منیزیم - مانیتورینگ قلبی ریوی و چک علایم حیاتی - آمپول لابتالول ۱۰ میلی گرم وریدی آهسته - اکسیژن با ماسک - VBG - ارسال تستهای پره اکلامپسی - تستهای انعقادی - مشاوره نرولوژی و بیهوشی اورژانس و اطلاع به پزشک معالج گذاشته می شود. ساعت ۳:۱۰ متخصص زنان تلفنی از متخصص نرولوژی مشاوره می گیرد و ایشان ذکر می کنند در شهرستان حضور ندارد و برای مادر اکلامپسی مطرح است و سولفات منیزوم را شروع کرده، VBG اخذ و مشاوره بیهوشی انجام گیرد و اعزام شود.

ویزیت ساعت ۳:۳۰ متخصص زنان: تشنج مادر متوقف شده است BP=168/110 PR=92 O2Sat=98% برای مادر ۲۰ میلی گرم لابتالول تزریق می شود.

ساعت ۳:۴۵: BP=147/98 PR=86 O2Sat=98% به علت عدم پاسخگویی آنکال زنان با رزیدن ارشد تماس گرفته می شود. ایشان پاسخ می دهد با نظر استاد معین، مادر به بیمارستان جنرال اعزام شود.

ساعت 3:42 متخصص بیهوشی بر بالین مادر حاضر شد. بعد از آماده شدن جواب VBG متخصص بیهوشی با تزریق تیوپنتال و آتروکوریوم مادر را انتوبه کرده و با آمبویگ و نتیله می شود.

مترون و پزشک معالج (عامل زایمان) ساعت ۳:۵۰ در بیمارستان حاضر می شوند.

علائم حیاتی ساعت ۴:۲۰ : BP=160/100 PR=90 برای مادر ۴۰ میلی گرم لابتالول آهسته وریدی تزریق می شود.

ساعت ۴:۳۵ : با متخصص قلب تماس تلفنی گرفته می شود و ایشان توصیه می کنند قرص آملودیپین ، قرص متیل دوبا گاوژ شود و در صورت فشار سیستولی بالای ۱۷۰، TNG شروع گردد. ساعت ۴:۴۵ با رزیدنت داخلی در بیمارستان جنرال هماهنگ شده و مادر ساعت ۵ با علائم حیاتی BP=170/110 PR=100 RR=20 انتوبه و در حال انفوزیون سرم TNG و سولفات منیزیم به آن بیمارستان اعزام می شود.

آزمایشات : WBC=10700 Hb=12.1 PLT=190,000 Cr=1.2 AST=36 ALT=12
LDH=580 Urine PRO=Trace Na=141 K=3.9 P,PTT,INR=N
VBG ساعت اخذ نمونه ۳:۱۵ : PH=7.36 PCO2=25.9 HCO3=14.5 BE=-10.8

مادر ساعت ۶:۳۸ وارد بخش حاد اورژانس می شود. اتند کشیک طب اورژانس از تحویل گرفتن مادر امتناع کرده و مادر ساعت ۷:۷ توسط

رزیدنت سال ۱ داخلی تحویل گرفته می شود. موقع تحویل BP=150/99 PR=94 RR=20 SatO2=95-

96% BT=36.5. بود. متخصص طب اورژانس ساعت ۷:۱۵ مادر را ویزیت می کند. مادر بعد از تحویل به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می

شود. دستورات متخصص طب اورژانس : چک علائم حیاتی - آمپول لابتالول ، درخواست آزمایشات ، گلوکومتری ، آمپول دیازپام Standby

، مشاوره زنان، مشاوره نرولوژی و VBG و EKG

علائم حیاتی ثبت شده در برگ پرستاری : ساعت ۶:۵۵ BP=167/86 PR=103 O2Sat=99%

ساعت ۷:۳۰ BP=167/86 PR=105 O2Sat=100%

ساعت ۱۰:۳۰ BP=160/90 PR=93

مادر ساعت ۱۰:۳۰ با همراهی انترن جهت CT مغز به بخش اسکن منتقل می شود.

مشاور زنان ساعت ۱۰:۵۰ مادر را ویزیت کرده و ادامه سولفات منیزیم را Order و با توجه به اینکه بارداری ختم داده شده و علیرغم بالابودن فشارخون آنزیمهای کبدی نرمال می باشد Manage بیمار توسط سرویس نرولوژی و قلب را توصیه می کند.

مادر ساعت ۱۱:۳۰ توسط رزیدنت نرولوژی ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان BP=180/93 . آنیزوکوریا داشت. برای مادر دستورات : آمپول

لوپیل ۳ گرم Stat ، سپس ۱ گرم هر ۸ ساعت - مشاوره اورژانس نروسرجری گذاشته می شود.

ساعت ۱۲ مادر توسط سرویس نروسرجری ویزیت شده و دستورات : آماده عمل اورژانس شود - چک آزمایشات - رزرو ۲ واحد پکدسل - آمپول لوپیل گذاشته می شود.

جواب آزمایشات ارسالی ساعت ۸:۰۵ در اورژانس plt:231000 Hct:39.2 Hb:12.9 WBC:15000 INR:1

P:6.7 Ca.T:8.3 K:4.5 Na:145 Cr:0.8 Urea:19 BS:121 PTT:29 PT:14

Amylase:95 Ind.Bili:0.1 D.Bili:0.1 T.Bili:0.2 Alp:393 ALT:9 AST:35 Mg:3.9

مادر ساعت ۱۲:۴۵ بصورت اورژانسی و در حال زدن آمبو و وصل به DC شوک توسط رزیدنت با تشخیص خونریزی
PH:7.30 PCO2:38.9 PO2:50 HCO3:19.3 BE:-7.3 VBG : ساعت 8:03 مورخه

SDH Right TemporoParietal Acute وارد تریاژ اتاق عمل می شود. با علایم حیاتی : HR=89 O2Sat=99% . طبق یادداشت

کاردان بیهوشی : موقع ورود به اتاق عمل ادم داشت و تب دار بود. برای مادر ۳۰۰ سی سی مانیئول آهسته انفوزیون می شود. عمل ساعت ۱۳:۱۵ با

بیهوشی عمومی و BP= 130/70 PR=90 شروع می شود و پس از تخلیه کامل لخته ، ساعت ۱۷ مادر با فشارخون BP=140/82

PR=99 انتوبه به بخش ICU مغز منتقل می شود. با دستورات : چک ترشحات درن - سرم نرمال سالین ۳ لیتر در ۲۴ ساعت - آمپول پنتو

پرازول - آپوتل - آمپول وانکومایسین - سفتراییدیم - آمپول لازیکس - آمپول سیتی کولین - گاوژ قرص پیراستام - کپسول آمانتادین - ویال NaCl - چک

سدیم و پتاسیم ۲ بار در روز - ویال مانیئول 150cc/QID - آمپول دگزامتازون 8mg/tds و انفوزیون فنتانیل.

علایم ثبت شده در بخش ICU مغز در بدو:

GCS:3 مردمکهای آنیزو و فیکس و BP:172/98 PR:108 RR:13 BT:37.3 SPO2:99%

جواب آزمایشات ساعت 23:19 :

WBC:11800 Hb:10.7 Hct:32.2 plt:231000 INR:1.78 PT:22.9 PTT:25

Urea:26 Cr:1.70 Na:151 k:4.6

VBG : ساعت 23:17 PH:7.38 PCO3:30 PO2:57 HCO3:17.5 BE:-7.5

روز دوم بستری: مادر انتوبه بوده با GCS=4T مردمکها آنیزو کوریک و بدون واکنش به نور می باشد. برای مادر اسکن کنترل مغز درخواست می

شود. طی مشاوره زنان ادامه سولفات منیزوم تا ۴۸ ساعت، ویزیت روزانه زنان و چک روزانه تستهای کبدی و انعقادی توصیه می شود.

روز سوم بستری: GCS=4-5T می باشد. با مد SIMV ونتیله می شود. مادر تحت نظر سرویس نروسرجری و ویزیت روزانه سرویس ICU زنان

قرار دارد. با نظر سرویس ICU گاوژ شروع شده و CVL تعبیه می شود. با تحریک درد ناک فلکسیون اندام فوقانی راست رادارد. برای مادر مشاوره

نورولوژی جهت R/O CVT و انجام EEG درخواست می شود. مشاور نورولوژی پیشنهاد می کند لوبل قطع و والپروات سدیم - MRI,MRV اورژانس

درخواست گردد Cr=2.9 . در MRI,MRV علایمی به نفع CVT وجود نداشت و در EEG Mild Disorganization & Epileptiform discharge

وجود داشت.

روز چهارم بستری: فشارخون همچنان بالاست. تب low grade دارد BT=37.5. سولفات منیزوم از طرف سرویس زنان D.C می شود. Na= 145

179-164-158 سدیم در حال افزایش می باشد. K=3.9 P=6.9 . برای مادر درخواست مشاوره نفرولوژی می شود. مشاور گاوژ آب آزاد و سرم نیم

نرمال را توصیه می کند.

آزمایشات : Cr=2.09 AST=48 ALT=13 LDH=422 Na=158

بیوشیمی ادرار ۲۴ ساعته : : Urin Cr /24h : 1.2 Pr:196 P:608 Na:114

مورخ ۷/۱۱ پس از برداشتن سوچورهای محل انسزیون سزارین، ویزیت روزانه زنان DC میگردد.

پس از انجام MRI و MRV و رویت آن توسط سرویس نورولوژی پروفیلاکسی DVT ، قرص ASA و آترواستاتین 40 و MRA مغز و سرویکال درخواست میشود .

در طی بستری دو نوبت مورخ ۷/۱۲ و ۷/۱۶ (به علت گرفتگی لوله تراشه و یک نوبت مورخ ۷/۱۷ شیفت شبکاری به علت افت ساچوریشن لوله تراشه بیمار تعویض می گردد. مورخ ۷/۱۵ به علت تبدارشدن مادر ضمن تجویز آپوتل ، طی انجام مشاوره عفونی توصیه به افزایش دوز وانکومایسین از 1g/BID به 1g/TDS و شروع آمپول مروپنم 2g/TDS و Sepsis Workup می شود: از جمله LP و کشت و آنالیز مایع CSF). آنالیز

مایع CSF WBC=0 Protein:2 Glucose:90 RBC:100 LDH=100 منفی : کشت CSF

درسونوداپلر Cvline ترومبوز ظریف جداری چسبیده به کاتتر گزارش می گردد . کشت خون از Cvline منفی بود.

در اکوکاردیوگرافی وژتاسیون نداشته و EF:50-55% No clot No PE Mild LVH

کشت خون و کشت ترشحات لوله تراشه منفی بود. CRP:21.5 R.A Factor=Neg ESR_{1h}: 57 fibrinogen:636

چندین نوبت CT کنترل مغز انجام می شود

روز هفدهم بستری مورخ : در شیفت شب ، متخصص ICU به علت دیسترس تنفسی لوله تراشه بیمار را تعویض می کند و پس از انجام CXR

و رویت پلورال افیوژن در ریه راست طی مشاوره جراحی اورژانس، چست تیوپ سمت راست تعبیه میشود . به علت الیگوری مشاوره نفرولوژی درخواست می شود. مشاور درخواست سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری تعویض سوند فولی و سرم نرمال سالین ۳۰۰ سی سی در عرض ۲ ساعت و سپس 1L/TDS را توصیه می کند . انوکسپارین و آسپرین DC و هپارین زیر جلدی شروع میشود.

درسونوگرافی کلیه و مجاری ادراری، افزایش اکوژنیسیته پارانشیم کلیه راست و افزایش افتراق کورتیکومدولاری بارز و ادم ساب کپسولر کلیه راست و دربررسی ضمنی مایع آزاد خفیف شکمی در فضای موریسون و مایع آزاد متوسط تا شدید لگنی گزارش میگردد.

آزمایشات : Urea:130 Cr:4.27 Na:155 k:5.3

VBG ساعت ۴ مورخه ۷/۲۳ : PH:7.24 PCO2:41.8 HCO3:17.2 BE:-9.4

روز هجدهم بستری: مادر دیسترس تنفسی دارد و تاکی پنیک است. به علت آنوری ، طی مشاوره مجدد نفرولوژی پس از تعبیه کاتتر از ورید فمورال راست و شروع انفوزیون لنوفد به علت افت BP ، بیمار به مدت ۳ ساعت تحت دیالیز قرار میگیرد (SLED) . برای مادر لینزولید شروع می شود.

روز نوزدهم بستری : مادر آنوریک است. لنوفد دریافت می کند تب بالا و مقاوم به درمان دارد BT=41 .

آزمایشات BS:159 AST:281 ALT:117 Ca++ :0.85

ساعت ۶:۳۰ مورخ ۷/۲۵ به علت ارست قلبی تنفسی به مدت ۵ دقیقه تحت CPR قرار میگیرد ولی موفق نبوده وفوت می کند.

جواب آزمایشات ارسالی ساعت ۴ مورخ ۷/۲۵:

WBC:9000 Hb:8 Hct:26.3 plt:131000 INR:4.94 PT:58.4 PTT>180

Urea:149 Cr:6.78

ABG ساعت ۳:۵۹ مورخه ۷/۲۵ : PH:7.21 PCO2:41.9 PO2:75 HCO3:16 BE:-11.9

تست کورونا و آنفلوانزا منفی بود.

HbA1C=6.3 TG=334 chol=178 HBs Ag=Neg

نکات ویژه:

۱. در اسکن مغز هماتوم مزمن ساب دورال ناحیه **Left TemporoParietal** احتمالاً در زمینه تروما؟؟ و هماتوم ساب دورال حاد **Right TemporoParietal** رویت می شود.
۲. **فشارخون بالا و سردرد** مادر علیرغم مراجعه بیمارستانی و چندین بار ارجاع به متخصص زنان جدی تلقی نشده و مورد بررسی قرار نگرفته است. زمانی که مادر با فشارخون بالا و سردرد یک طرفه به بیمارستان مراجعه می کند حتی اگر سردرد تیپ میگرنی باشد، اندیکاسیون مشاوره نرولوژی و اخذ اسکن مغز و حتی **MRI, MRV** اورژانس دارد (بخشنامه شماره ۳۰۲/۲۳۹۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۸/۴ معاونت بهداشت وزارت).
۳. دادن آسپرین با توجه به **BMI** بالا و فشارخون مزمن منطقی به نظر می رسد.
۴. با توجه به شواهد موجود مادر فشارخون مزمن داشته و درمادران باردار خونریزی مغزی حتی در فشارخونهای پایین نیزمحمتمل است.
۵. هماتوم ساب دورال مزمن / تحت حاد با هرنیاسیون خودش را نشان داده و با احتمال زیاد قبل از سزارین وجود داشته است و اگر به موقع تشخیص داده می شد در هنگام سزارین بی حسی اسپینال نمی گرفت (برای این افراد بیهوشی عمومی توصیه می شود).
۶. احتمال اکلامپسی با وقوع تشنج بعد از ۴۰ ساعت بعد از ختم بارداری، پروتئینوری **Trace** با وجود فشارخون بالا و آنزیمهای کبدی نرمال بعید می باشد.
۷. **Manage** تشنج استاتوس در اورژانس بیمارستان الف صحیح نبوده است و تشنجهای پی درپی آسیب های جبران ناپذیر برای مادر داشته است. بعد از تزریق دیازپام برای مادر می بایست فنی تونین یا لووتیراستام شروع می شد.
۸. در فرآیند اعزام بیمار، با توجه به آسیب های وارده به بیمار در حین اعزام، می بایست قبل از تصمیم گیری برای اعزام، ابتدا از تمام امکانات و ظرفیت های موجود در بیمارستان و شهرستان استفاده شود و در صورت نیاز مادر به مراقبت بهتر و سطح بالاتر با شرایط **Stable** و هماهنگی قبلی اعزام گردد.
۹. تب بالای مادر در **ICU** ناشی از مسائل سنترال بوده و نیازی به تعویض آنتی بیوتیکها نداشت.

کیس ۶

خانم ۲۴ ساله، **G1P0** و بارداری دوقلویی **DCDA** با سن حاملگی ۱۷ هفته و ۶ روز، سابقه آنمی فقر آهن و مصرف قرص آهن از حدود ۶-۵ ماه قبل از بارداری و سابقه سنگ کلیه. مادر مراقبت قبل از بارداری داشته و در طول بارداری ۲ بار توسط ماما در مرکز بهداشت مراقبت شده و ۲ بار نیز به پزشک مرکز ارجاع شده ولی توسط ایشان مراقبت نشده بود. آخرین مراقبت مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۷ بوده است. مادر همچنین ۳ بار به مطب متخصص زنان و ۲ بار به درمانگاه زنان مراجعه داشته و در مراجعه آخر (اواسط فروردین ماه) به علت درد زیر شکم توسط پزشک آمبول پروژسترون تجویز شده بود. مادر ۳ بار سونوگرافی شده و در سونوگرافی مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۷ سن بارداری ۱۲ هفته و ۶ روز بوده است که **FHR A=172 FHR B=165** و میزان مایع هردو قل نرمال، جفت قدامی و لبه تحتانی یکی از قلها تاجاورت **In.Os** کشیده شده بود. سونوگرافی و آزمایشات مورخ ۱۳۹۰/۱/۱۶ مشکل خاصی نداشت. مادر تاریخ ۱۳۹۰/۲/۲ با شکایت آبریزش از شب قبل، ساعت ۱۱ صبح به بیمارستان الف مراجعه و با سطح تریاژ ۳ وارد بلوک زایمانی می شود. علایم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ:

FHR=148, 150 BT=37.1 PR=85 BP=100/70

صدای قلب جنینها توسط ماما با دستگاه سونوگرافی پرتابل ثبت شده است. مادر هوشیار و ریاخته بود. در معاینه واژینال خونریزی و آبریزش واضح نداشت. در معاینه با اسپکولوم به نظر **External.OS** باز بود. مامای مسنول شیفت به متخصص زنان اطلاع داده و برای مادر تست نیتراژین انجام می دهد. تست منفی بود. دستور تلفنی متخصص زنان: به علت نبود متخصص رادیولوژی در بیمارستان، مادر جهت انجام

سونوگرافی به نزدیکترین مرکز مراجعه کند. مادر ساعت ۱۱:۲۰ مرکز را ترک کرده و به بیمارستان ب مراجعه می کند. سوپروایزر شیفت در جریان مراجعه و ترک بیمار نبود.

مادر ساعت ۱۲ به بلوک زایمانی بیمارستان ب مراجعه می کند توسط ماما ویزیت و شرح حال بیمار به اطلاع آنکال زنان رسانده شده و در ساعت ۱۲:۱۰ با دستور تلفنی متخصص زنان با تشخیص PPRom در بخش LDR جهت کورتاژ بستری می شود. علایم حیاتی بدو بستری : BP:110/70 PR:81 RR:18 BT=36.4 . در معاینه 1 finger/ 10%/-3/ بدون آبریزش واضح، نیتراژین منفی می باشد. در ساعت ۱۳ جواب سونوگرافی: مونو کوریون، مونو آمنیون با جفت مشترک و AF=8.5 به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود و ایشان تلفنی دستورات : 1- آمپول کلیندامایسین 600mg هر 8 ساعت و 2- فعلا تحت نظر باشد را صادر می کند.

در گزارش مامایی در شیفت عصر مددجو هوشیار، بدون خونریزی، کنتراکشن خفیف، با معاینه 1 finger/ripe تحویل همکار شیفت شب شده و در ساعت ۲۳ توسط متخصص زنان معاینه می شود با علایم 1 finger/ lose و علایم حیاتی : BP=110/70 PR=81 BT=36.5 . متخصص زنان دستور کنترل سیر زایمان را می دهد. مادر با TV: 2finger/ripe/ Spotting و کنتراکشن خفیف تحویل همکار شیفت صبح می شود .

روز دوم بستری : مددجو در ساعت ۱۰:۱۵ توسط متخصص زنان دوم ویزیت می شود ، در معاینه آبریزش مشاهده نشده و TV: 1 Finger/30% ثبت و برای مادر دستورات ادامه آنتی بیوتیک تراپی، درخواست سونوگرافی مجدد وضعیت حاملگی جنین ها گذاشته می شود و ساعت ۱۰:۳۰ بعد از رویت جواب آزمایشات بدو بستری SGOT=38, SGPT=51 درخواست تکرار آزمایشات می شود . در ساعت ۱۲ جواب سونوگرافی مبنی بر کاهش مایع قل اول در حد صفر و مایع نرمال قل دوم و عدم رضایت به ختم بارداری توسط مددجو و همسر به متخصص زنان دوم اطلاع داده می شود و ایشان دستور می دهد مدد جو تحت نظر بماند. طبق گزارش مامایی در شیفت عصر :مادر هوشیار است. کنتراکشن خفیف و لک بینی دارد. BT=37.4 می باشد. با اطلاع به متخصص زنان در ساعت ۱۹ دستور انفوزیون آپوتل توسط ایشان داده می شود.

گزارش مامای شیفت شب: مددجو هوشیار، کنتراکشن خفیف و لک بینی دارد و علایم حیاتی : BP=110/60 PR=140 BT=37.8 . متخصص زنان در ساعت ۱۹:۳۰ مادر را ویزیت کرده و با توجه به احساس لرز بیمار به وی توضیح داده می شود که ادامه حاملگی امکان ندارد ولی بیمار و همسر رضایت به ختم نمی دهند.

طبق دستور تلفنی آنکال زنان در ساعت ۲۰ استیمولاسیون با ۱۰ واحد اکسی توسین شروع شده و چک آلبومین - اطلاع تب بالای ۳۸ درجه - و آمپول کلیندامایسین 900mg/qid تجویز می گردد. ساعت ۲۲ متخصص زنان تلفنی دستور اضافه کردن آمپول جنتامایسین 80mg/TDS به دستورات را می دهد.

شیفت شب شرایط بیمار مبنی بر اسهال و استفراغ توسط ماما به اطلاع آنکال زنان رسانده شده و ایشان دستور می دهد مشاوره عفونی درخواست شود.

روز سوم بستری: ساعت ۶ بامداد آنکال زنان تلفنی دستورات :شیاف میزوپروستول 25 میکروگرم زیر زبانی، درخواست مشاوره عفونی، آمپول اندانسترون STAT-شیاف میزوپروستول ۴۰۰ میکرو گرم واژینال هر ۳ ساعت را صادر می می کند.

طبق گزارش مامای شیفت صبح :مادر با BP=80/60 ، سرگیجه، تاری دید، اسهال استفراغ، سرفه و خونریزی + ۱ و کول باز با دیلاتاسیون 2 Finger از همکار شبکار تحویل گرفته می شود. دستورات آنکال زنان در ساعت 8 : ۵ واحد اکسی توسین داخل نیم لیتر سرم - تعبیه ۲ لاین وریدی - تخلیه مثانه. قل اول ساعت ۸ در حضور متخصص زنان دفع می شود و با دستورات ایشان استیمولاسیون ادامه داده می شود.

در ساعت ۱۵:۸ قل دوم توسط ماما دفع می شود. و ۱۰ دقیقه بعد هردو جفت خارج می شود. بعد از دفع هر دو قل (هر کدام به وزن 300 گرم) و جفتها برای مادر سرم رینگربا ۳۰ واحد اکسی توسین انفوزیون می شود. BP=70/60 بود که به اطلاع آنکال زنان رسانده می شود. در ساعت ۱۰:۱۰ طی تماس تلفنی آنکال زنان با متخصص داخلی، متخصص داخلی دستورات: ادامه آنتی بیوتیکها - ارسال آزمایشات Cr, ESR, CRP, U/A - کشت خون در ۲ نوبت - اخذ ECG و هیدراتاسیون مادر را توصیه می کند.

آنکال زنان در ساعت 10:20 بر بالین بیمار حاضر می شود و در ساعت 10:45 بدلیل آنزیم های کبدی مختل وفشارخون پایین علیرغم دریافت مایعات BP=80/50 مشاوره داخلی درخواست می شود. در معاینه اندامها گرم بود. BT=36.6 ثبت شده بود. ریه ها Clear بودند و نوار قلب غیر از تاقیکاردی PR=140 مشکل دیگری نداشت. مشاور احتمال شوک سپتیک برای مادر مطرح کرده و دستورات : داشتن ۲ لاین وریدی، تهیه لام خون محیطی اورژانس - انتقال به ICU - آمپول لووفد 2-5µg در صورت فشار سیستولی زیر ۹۰ - تعبیه سوند فولی - تستهای کبدی، تستهای انعقادی، الکترولیتها، CBC - کشت خون در ۲ نوبت و شروع وانکومایسین و مروپنم - سونوگرافی بقایای حاملگی و مشاوره عفونی را توصیه می کند. به علت PLT=50,000 هپارین شروع نمی شود.

ساعت ۱۱:۱۰ مادر به بخش ICU منتقل می شود. در مشاوره قلب علت تاقیکاردی آنمی و دز هیدراتاسیون تشخیص داده شده و توصیه به تجویز سرم نرمال سالین 500cc/TDS - قرص کلردیازپوکساید چک CBC و نوار قلبی مجدد می شود. گزارش پرستار ICU در ساعت ۱۱:

مادر هوشیار، رنگ پریده و با شکایت تاری دید و علائم حیاتی BP=76/45 PR=111 RR=20 BT=36.5 O2Sat=95% تحویل گرفته شد. مادر بعد از پذیرش به مانیتور وصل شده و تحت انفوزیون لووفد قرار می گیرد. با دستور متخصص داخلی برای مادر D.Dimer, PBS و VBG درخواست می شود. مادر برونده ادراری نداشت. بعد از رویت جواب VBG برای مادر ۲ ویال بیکربنات تجویز شده و ABG ۲ ساعت بعد و CBC, PLT مجدد درخواست می شود.

یادداشت متخصص عفونی در ساعت ۱۲: مادر هوشیار، ILL، توکسیک و Pale می باشد. در سمع قلب و ریه و شکم یافته پاتولوژیک ندارد. در آزمایشات تستهای کبدی مختل، پلاکت پایین و INR بالا بوده و ملتحمه ساب ایکتریک است و برای مادر DIC، TTP مطرح می باشد. توصیه می شود برای مادر تست PCR - کشت خون در ۳ نوبت - کشت و آنالیز ادرار - ادامه وانکومایسین و مروپنم - آمپول آپوتل و هیدروکورتیزون 50mg/TDS انجام و تحت نظر متخصص داخلی باشد. در ساعت ۱۲:۳۰ طی مشاوره تلفنی متخصص داخلی دریافت سرم نرمال سالین و یک واحد FFP را توصیه می کند. متخصص زنان با متخصص بیهوشی تلفنی صحبت کرده و ایشان ذکر می کند در صورت نیاز به انتوباسیون اطلاع داده شود. متخصص زنان از متخصص پریناتولوژی مرکز ریفال درخواست پذیرش اعزام کرده و به علت Unstable بودن پذیرش داده نمی شود. برای مادر درخواست سونوگرافی شکم و لگن می شود. در مشاوره بیهوشی در ساعت 13:45 بدلیل افت فشارخون علی رغم دریافت NE بعد از سقط جنین، BP=60/40 با توجه به اینکه مادر هوشیار است و دیسترس تنفسی ندارد و ساچوراسیون اکسیژن بدون دریافت اکسیژن ۹۵% می باشد فعلاً نیازی به انتوباسیون نداشته و فقط در حین اعزام امکانات انتوباسیون در نظر گرفته شود. SPO2=95% PR=120 BP=85/50. متخصص داخلی ساعت ۱۴:۲۰ مادر را ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان: مادر هوشیار است. BP=115/80 با دریافت ۱۲ میکرو NE می باشد. ریه ها Clear و برونده ادراری ندارد. با توجه به لکوسیتوز و افت فشارخون و INR مختل، پلاکت پایین، برای مادر شوک سپتیک و DIC مطرح بوده که منجر به ATN شده است. با توجه به اینکه اسیدوز متابولیک دارد بی کربنات تجویز می شود. بیمار به خاطر فشارخون پایین شرایط دیالیز اورژانس را نداشت. برای بیمار از سرویس نفرولوژی بیمارستان ریفال پذیرش گرفته شده است و با هماهنگی ستاد هدایت ساعت ۱۵:۴۰ با همراهی متخصص زنان، کادر بیهوشی و پرستاری به بیمارستان ریفال اعزام می شود.

با علائم حیاتی: BP=93/56 PR=136 RR=18 O2Sat=95% BT=36.5 و شکایت اسهال در سونوگرافی ۱۵ سی سی بقایای حاملگی داشت.

آزمایشات: Hb=6.9 PLT=36,000 Cr=2 AST=30 ALT=50 INR=1.9 PTT=65 بیمار در ساعت 18:30 با علائم حیاتی: BP=130/70, P=125, R=20 T=36/5 O2Sat=94% تحویل بخش icu جنرال می شود.

گزارش پرستار ICU: بیمار در ساعت 18:30 با تشخیص شوک و دیسترس تنفسی و علائم حیاتی: BP=130/83 P=110 T=37 R=22 SPO2=80% در حال دریافت لووفد و اکسیژن تحویل گرفته شد.

طبق دستور سرویس بیهوشی بعد از تحویل مادر اینتوبه و به ونتیلاتور با مد SIMV وصل می شود. و به علت خونریزی واژینال، آنوری و تاکی کاردی مشاوره اورژانس زنان درخواست میشود. مادر توسط رزیدنت داخلی ویزیت شده و دستورات: اخذ ECG - اسکن وگرافی ریه - ارسال لام خون محیطی اورژانس - انفوزیون ۱،۵ لیتر نرمال سالین در ۲۴ ساعت - ویال گلوکز ۵۰٪ داخل هر لیتر سرم - آمپول وانکومایسین، مروپنم و پپیرا سیلین، مشاوره اورژانس زنان، عفونی، قلب - سونوگرافی شکم و لگن اورژانس - انفوزیون NE - ۲۵-۳۰ میکرو گرم در دقیقه - اطلاع به فوق خون و ویزیت هر ۲ ساعت اینترن از جهت سمع ریوی - ارسال روزانه CBC, BUN, Cr, Na, K گذاشته می شود. مادر شیفت شب توسط فوق تخصص نفرولوژی، فوق ریه و متخصص بیهوشی مقیم ویزیت شده با تشخیص سپسیس و DIC برای مادر CV Line و کاتتر دیالیز تعبیه شده و مادر از ساعت ۲ تا ۴:۳۰ دیالیز پرتابل می شود. همچنین برای مادر ۲ واحد FFP، ۸ واحد کرایو و ۴ واحد پلاکت تزریق می شود. در NGT ترشحات کافی گراند دارد، دیورز برقرار است

روز چهارم بستری مورخ ۱۴۰۲/۲/۵: مادر تب دار است و خونریزی واژینال مختصر دارد. ساعت ۱۴:۳۰ مادر توسط اساتید پریناتولوژی ویزیت می شود. به علت احتمال بقایای بارداری در معاینه، سونوگرافی رحم درخواست می شود تا در صورت نیاز تخلیه گردد. طی مشاوره عفونی آمپول ایمپنم 500mg/bid - وانکومایسین 1g/d شروع و مترونیدازول قطع می شود. در سونوگرافی پرتابل ۱۸ سی سی بقایا با واسکولاریته واضح وجود داشته و ضخامت اندومتر 16 mm گزارش می شود. در ساعت ۱۸ مجدداً دیالیز شروع شده و ۱ واحد پکدسل و ۲ واحد FFP تزریق می شود. دیالیز ساعت ۲۱ تمام شده و به علت افت ساچوراسیون تا ۶۵٪ تنظیمات ونتیلاتور تغییر داده می شود. در لام خون محیطی ۱-۲ عدد شیبستوسیت گزارش می شود. مادر ساعت ۹:۳۰ مورخ ۱۴۰۲/۲/۶ دچار ارست قلبی تنفسی شده و احیا می شود و مجدداً ساعت ۱۲:۰۵ دچار برادی کاردی شده و ارست می کند و نهایتاً فوت می کند.

نکات ویژه:

- ۱- در انجام مشاوره های پزشکی می بایست نوع مشاوره (فوری، غیرفوری، اضطرابی) مشخص شده، و تاریخ و ساعت درخواست مشاوره و انجام مشاوره مشخص شده و مشاوره انجام گرفته توسط پزشک معالج مهر شود.
- ۲- دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی پزشکی در موارد اورژانسی که تا رسیدن پزشک بر بالین بیمار، حیات بیمار به خطر بیفتد تعریف شده است و می بایست از انجام دستورات تلفنی در غیر موارد اورژانسی اجتناب شود.
- ۳- لازم است اعزام بیماران در چارچوب دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع انجام گیرد، موارد مورد تاکید عبارتند از:
 - ✓ اقدامات درمانی لازم در بیمارستان مبدأ انجام گرفته و پس از stable شدن بیمار اقدام به اعزام صورت گیرد.
 - ✓ اعزام بیمار حتی المقدور با پرستار همگن انجام گیرد
 - ✓ از هرگونه تأخیر بی مورد در مسیر اعزام اکیداً خودداری شود.
 - ✓ با ارزیابی دقیق و برآورد نیازهای مادران، نسبت به تهیه کلیه ملزومات مورد نیاز آنان در مسیر اعزام اقدام گردد.
 - ✓ در مواقع نیاز به اعزام مادران، فیلد پذیرش مادران باردار می بایست برحسب نیاز درمانی و اقدامات لازم برای نجات مادر انتخاب گردد.

خانم 41 ساله، ساکن شهر، خانه دار ولیسانس، G2P0EP1، BMI=29.4، سابقه یکبار بارداری خارج رحمی که خودبخود جذب شده بود. سابقه دریافت ۲ بار واکسن سینوفارم، سابقه میکروآدنوم هیپوفیز و پرولاکتین بالا و درمان با کابرگولین وانوکسپارین که بعد از بارداری قطع شده بود. در آزمایشات مورخ ۱۲/۱: TSH=3.63 Prolactin=142.7 : ۱۲/۲۳ Prolactin=3131 : ۱۲/۲۳ Prolactin=9.27 : ۱۳/۲ بود.

در MRI دینامیک با وبدون کنتراست مغز مورخ ۱۲/۱۵ (قبل از بارداری) میکروآدنوم (توده اینترا سلار) به قطر 7mm در سمت چپ هیپوفیز گزارش شده بود.

مادر از اوایل بارداری روزانه ۸۰ میلی گرم آسپرین مصرف می کرد. مراقبت قبل از بارداری توسط متخصص زنان انجام گرفته (فوق نازایی) و بارداری خودبخودی می باشد. مراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان، مرکز بهداشت (۲ مراقبت توسط ماما و یک مراقبت توسط پزشک) و درمانگاه بارداری پرخطر انجام گرفته و به علت مشکل جنین مراقبت ویژه شده بود (۱۱/۸ و ۱۱/۱۸ و ۱۱/۲۵)

در غربالگری احتمال سندروم داون متوسط و در سونوگرافی هفته ۱۸ هیدرونفروز خفیف کلیه چپ و هیدرونفروز شدید کلیه راست جنین گزارش شده بود و مادر در هفته ۲۶ بارداری به علت کاهش حرکات جنین به بیمارستان ارجاع شده و در سونوگرافی معیار بیوفیزیکی BPP=6/8 بود.

مادر مورخ ۱۲/۴ با شکایت افزایش فشارخون وتاری دید و بارداری ۳۰ هفته و ۶ روز به بیمارستان مراجعه کرده و با سطح تریاژ ۱ به اورژانس معرفی و توسط متخصص زنان ویزیت می گردد. موقع مراجعه مادر هوشیار واریافته بود. افزایش فشارخون از حدود ۱۰ روز قبل در حد ۱۴۰-۱۳۰ را ذکر می کرد. تاری دید داشت. تبار نبود. علایم حیاتی: BP=150/100 PR=95 RR=17 BT=37 O2Sat=97% FHR=156 بود. در آزمایش همراه مادر به تاریخ ۱۱/۳۰ پروتئینوری ۲+ و Pro 24h=333 بود.

برای مادر دستورات: تعبیه لاین ویدی، شروع سولفات منیزیم، درخواست آزمایشات پره اکلامپسی، سونداژ مثانه و کنترل I/O، انجام NST و بستری اورژانس بخش زایمان گذاشته می شود. مادر ۱۴ به بخش زایمان منتقل شده دستورات: مونیترینگ قلبی ریوی، کنترل علایم زایمانی، سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکی، آمپول بتامتازون، سفالکسین 500mg/QID به علت UTI، آمپول هپارین 5000U/S.C/BID، استامینوفن و آمپول آپوتل به علت سردرد و جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته گذاشته می شود. سولفات منیزیم بعد از ۲۴ ساعت D.C می شود.

آزمایشات: WBC=7100 Hb=11.9 Hct=39.1 PLT=197000 Cr=0.9—0.8—0.7—0.9 LDH=483 AST=31—32—29 ALT=12—14—12 Urea=21 در آنالیز ادرار: Pro=+1---+1—Trace

بعد از بستری فشارخونهای ثبت شده در محدوده BP=120-130/70-85 بود.

برای مادر به علت تاری دید چشم چپ، بی حسی سمت چپ صورت، افتادگی پلک، و آسیمتری صورت و اظهار تغییر در صحبت کردن توسط مادر، مشاوره نرولوژی درخواست می شود. مشاور نرولوژی برای مادر MRI, MRV، مشاوره قلب، چشم و سونوگرافی عروق گردن و شرانین و رتبرال و تستهای چربی خون و Hb A1C درخواست می کند. مشاور چشم برای مادر کونژنکتیویت تشخیص داده و قطره آزیتروماکسین و شستشو با شامپو بچه را توصیه می کند. معاینه فوندوسکوپی نرمال بود. متخصص قلب برای مادر اکو انجام داده و مسائل عروقی را رد می کند. LVEF=55% بود. در MRI و MRV مشکلی وجود نداشت.

طبق سونوگرافی انجام شده گردن، کاروتید هر دو طرف High bulb بوده و ارزیابی کاروتید داخلی و خارجی مقدور نشد. ولی سرعت و جهت جریان خون در شرانین کاروتید مشترک هر دو سمت نرمال است. جهت جریان خون شرانین و رتبرال نرمال و به سمت مغز می باشد.

روز چهارم بستری بعد از گزارش پروتئین ادرار ۲۴ ساعته Pro 24h=272 مادر با آموزش علایم هشدار و توصیه به مراجعه هفتگی جهت کنترل مرخص می شود. مادر بعد از ترخیص به متخصص ENT و نرولوژی مراجعه کرده و برای مادر با احتمال فلج بلز پردنیزولون تجویز می گردد که مادر مصرف نمی کند.

LDL=131 HDL=45 Chol=274 TG=353

مادر ۲ هفته بعد مورخ ۱۲/۱۹ جهت کنترل به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند. موقع مراجعه ساعت ۱۰:۵۵ مادر از سوزش سردل شاکی بود. با احتمال پره اکلامپسی با سطح ۲ تریاژ به اورژانس معرفی می شود. مادر ساعت ۱۱:۱۵ توسط متخصص زنان ویزیت شده و آزمایشات پره اکلامپسی درخواست می شود. علایم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ : BP=120/70 PR=82 RR=17 BT=37 O2Sat=97%

GA=33W FHR=140

به علت گزارش Pro=3+ در آنالیز ادرار، مادر بستری بخش زایمان می شود.

آزمایشات ارسالی از اورژانس : Hb=12.9 PLT=222000 Cr=1.1 AST=36 ALT=13 LDH=494

مادر ساعت ۱۴:۴۰ به بخش زایمان منتقل شده و با مشاوره پریناتولوژی دستورات : مونیتورینگ علایم حیاتی و زایمانی، کنترل I/O با ظرف مدرج، چک سریال Cr - آمپول پنتا پرازول، کنترل Severe، کنترل FHR - تزریق دوز یادآور بتامتازون - چک مجدد تستهای پره اکلامپسی و پروتئین ادرار ۲۴ ساعته و سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال گذاشته می شود. ساعت ۱۸:۲۵ سی سی شربت ALMg داده می شود.

ساعت ۲۲:۵۰ فشارخون ۱۳۰/۹۰، BP=140/90 و Cr=1.1 به متخصص پریناتولوژی اطلاع داده می شود و ایشان توصیه می کنند مادر با کنترل دقیق I/O، فشارخون، علایم Severe و سیر Cr تحت نظر باشد. در کنترل مجدد پروتئین ادراری ۳+ گزارش شده بود. در ساعت ۳ بامداد مورخ ۱۲/۲۰ از خط بحران آلبومینوری ۳+ گزارش می شود.

آزمایشات ارسالی ساعت ۷ صبح : PLT=254000 ALT=8 AST=19 Cr=1 LDH=469

در سونوگرافی وضعیت، جنین زنده با ضربان قلب منظم و فاقد IUGR و میزان مایع نرمال و پروفیل بیوفیزیکیال BPP=8/8 بود.

روز دوم بستری ۱۲/۲۰: مادر هوشیار واریانته است. علایم حیاتی Stable می باشد علایم Severe ندارد. BP=120/85 داروی آنتی هیپرتانسیون مصرف نمی کند. به علت سابقه میکرو آدنوم و بی حسی صورت برای مادر مشاوره نرولوژی درخواست می شود (در حال حاضر بی حسی برطرف شده است). مشاور تکرار MRI, MRV را توصیه می کند ولی اتند زنان انجام آن را لازم نمی داند.

روز سوم بستری ۱۲/۲۱: مادر در بخش زایمان تحت نظر است. علایم حیاتی BP=140/80 PR=82 RR=17

FHR=150 می باشد. مادر علایم زایمانی و Severe ندارد.

آزمایشات : AST=33 ALT=13 LDH=337 Cr=1 Pro 24h=1974mg Cr 24h=1215

Volum 24h=3100cc

مادر نصف شب ساعت ۱:۱۰ بامداد به بخش بارداری پر خطر منتقل می شود

روز ششم بستری ۱۲/۲۴: مادر با دستورات RBR - هپارین پروفیلاکسی - کنترل علایم حیاتی، قلب جنین و علایم Severe - کنترل CBC هفتگی و تستهای پره اکلامپسی هفته ای ۲ بار تحت نظر است. در ساعت ۱۶:۳۰ بیمار اظهار سرگیجه می کند. علایم حیاتی و قند خون کنترل شده و به رزیدنت سال ۲ زنان اطلاع می دهند و ایشان که در بخش حضور داشت بلافاصله مادر را ویزیت کرده و دستور پوزیشن Left Lateral و انفوزیون ۲۰۰ سی سی سرم رینگر Stat و اطلاع در صورت بروز مشکل را می دهد. علایم حیاتی : BP=100/70 PR=90 O2Sat=98% و

BS=140 بود. مادر ساعت ۱۷ اظهار درد سینه می کند. مجدداً به رزیدنت زنان اطلاع می دهند و ایشان طی اطلاع به رزیدنت ارشد برای مادر دستورات - هیدراتاسیون - مانیتورینگ مداوم و مشاوره قلب اورژانس - اخذ ECG و انتقال به لیبر را می دهد. در ساعت ۱۷:۳۰ رزیدنت زنان تلفنی با متخصص قلب صحبت کرده و ایشان توصیه می کند مادر حتماً RBR شده و تحرک کافی داشته باشد - در صورت بروز تنگی نفس اطلاع داده شود - داروهای ضد فشار حتماً به شرط فشارخون بالای BP>140/90 داده شود و آمپول پنتوپرازول ۴۰ میلی گرم Stat وریدی تزریق گردد. مادر ساعت ۱۷:۵۷ به دستور رزیدنت ارشد به علت افت Variable در NST به بخش زایمان منتقل می شود. EKG ساعت ۱۸ اخذ شده و توسط رزیدنت زنان رویت می شود. طبق گزارش مامای بخش زایمان، از زمان تحویل گرفتن در FHR افتهای Variable وجود داشته و FHR=165 بود. در ساعت ۱۹:۱۰ FHR=180 بود.

طبق گزارش مامای شیفت شب در هنگام تحویل گرفتن ایشان FHR=185 بوده و مادر آپوتل و اکسیژن 8-10L/m دریافت می کرده است و رزیدنت زنان بالا سر مادر بود. برای مادر سونوگرافی پروفیل بیوفیزیکیال اورژانسی انجام شده و مادر ساعت ۲۰:۱۰ با نظر اتند زنان به علت تاکیکاردی قلب جنین و عدم پاسخ به درمان بعد از دریافت جنتامایسین و کلیندامایسین جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود. طبق یادداشت کارشناس هوشبری مادر ساعت ۲۰:۱۵ بدون سونداژ و با یک رگ نامناسب با علایم حیاتی : BP=107/65 PR=130 تحویل گرفته می شود. عمل

ساعت ۲۰:۲۰ با بی حسی اسپینال شروع شده و حاصل عمل نوزاد دختر پره ترم به ظاهر سالم با آپگار ۷/۳ و PH=7.09 بود که بعد از احیا توسط رزیدنت اطفال، به بخش NICU منتقل شده بود. مادر از ابتدای ورود به اتاق عمل تا پایان عمل علیرغم تزریق ۲ لیتر رینگرو ۲۰ میلی گرم لازیکس،

برونده اداری نداشت . میزان خونریزی ۵۰۰ سی سی قید شده وفشارخون بیمار درطول عمل ثابت ودر محدوده BP=110/75 ثبت شده است.مادر ساعت ۲۱:۴۵ با علایم حیاتی : PR=120 BP=103/72 O2Sat=94% با اکسیژن وارد ریکاوری شده وساعت 22:45 با BP=119/71 PR=120 O2Sat=92% تحویل بخش ICU داده می شود. دستورات سرویس زنان در ساعت ۲۲ : انتقال به بخش ICU -- رزرو ۲ واحد پکدسل -- کنترل علایم حیاتی ، آتونی ، تپش قلب وتنگی نفس -- کنترل I/O -- چارت فشارخون وقرص آملودیپین درصورت BP>150/90 -- آمپول سفازولین تا ۳ دوز-- آمپول سنتوسینون تا ۳ دوز-- آمپول هپارین 5000U/S.C/BID بعداز ۱۲ ساعت گزارش پرستار ICU: مادر هوشیار واریانته ساعت 22:50 با افت ساچوراسیون ۸۵-۸۶ % ، آنوریک وتاکی کاردی PR=90-110 و RR=16 21 تحویل گرفته شد. برای مادر ABG و ECG تهیه شده وبه روت پزشک ICU رسانده شد.

دستورات پزشک مقیم ICU در ساعت 23:05 : سرم نرمال سالین 1L/Stat سپس 3L/24h وپس از PO شدن به یک لیتر کاهش یابد- آمپول M.S - تعویض سوند فولی - آمپول لازیکس ۴۰ میلی گرم وریدی- RPO

طبق یادداشت پزشک مقیم ICU در ساعت ۰۰:۱۰ بامداد معاینه قلب وریه نرمال می باشد. علایم حیاتی : BP= 139/95 O2Sat=93% PR=95 بود.

آزمایشات ارسالی ساعت 23: WBC=13040 Hb=13.3 Hct=40.7 PLT=211000 Fib>484 PT=12 PTT=37.2 INR=1.3 Alb=3 ALT==102 AST=148 LDH=1181 ALP=434 Na=133 K=5 P=4.8 Mg=1.9 Cr=1.4 Urea=35

دستورات پزشک ICU در ساعت 2:15 : قرص کربنات کلسیم BID- قرص نفروویت - قرص لوزارتان 50mg/Q12h (به شرط MAP<70 و PR<60 hold شود) - آمپول لازیکس 10mg/q6h و سرم نرمال سالین I=O+250cc

جواب آزمایشات به اطلاع رزیدنت ارشد وپزشک مقیم ICU رسانده شده وساعت ۲:۳۵ توسط رزیدنت ارشد زنان ویزیت می شود.دولی دستور خاصی نوشته نمی شود. در گزارش پرستاری قید شده بود فعلاً با توجه به آنوریک بودن سولفات منیزیوم و آنتی بیوتیک دریافت نخواهد کرد.

یادداشت رزیدنت ارشد در ساعت ۲:۳۵ : "مادر هوشیار واریانته است . فاقد علایم Severe می باشد. علایم حیاتی : BP=145/95 PR=96 RR=23 O2Sat=94% طی اطلاع وضعیت بیمار به استاد محترم زنان توصیه کردند مشاوره اورژانسی نفرولوژی درخواست وهیدراته گردد- سولفات منیزیوم برای بیمار شروع شود(با توجه به فشارخون بالا وLFT مختل) طبق نظر پزشک ICU با توجه به آنوریک بودن بیمار نمی توان سولفات منیزیوم برای بیمار شروع کرد ."

با مشاور نفرولوژی تماس گرفته می شودولی پاسخگونیابند. با دستور پزشک ICU مجدداً سوند مثانه تعویض وشماره ۱۶ تعبیه می شود ولی ادرار برقرار نمی شود. ساعت 4:45 آزمایشات پره اکلامپسی تکرار می شود.

آزمایشات ارسالی ساعت ۴:۴۵ : WBC=11410 Hb=13 Hct=39.6 PLT=201000 Fib>484 PT=13.1 PTT=31.6 INR=1.4 Alb=2.7 ALT==298 AST=378 LDH=1822 Na=137 K=5.3 P=4.9 Mg=1.8 Cr=1.7 Urea=44 ALP=387

طبق گزارش پرستاری ، مادر ساعت 5:51 دچار افزایش فشارخون درحد BP=175/110 با PR=113 شده وبه پزشک ICU اطلاع داده می شود. ایشان بلافاصله بربالین مادر حاضر شده ودستور تزریق آمپول لابتالول 20mg/IV را می دهد. ساعت ۰6:10 مادر دچار تشنج بصورت Gaze چشمها ، خروج کف از دهان ، قفل شدن اندامها وافت ساچوراسیون در حد O2Sat=75% شده وبا تزریق 10 میلی گرم دیازپام متوقف می شود ومادر به علت افت هوشیاری توسط پزشک ICU انتوبه می شود. . در ساعت 6:20 مادر دچار PSVT با PR=150-160 شده وبعداز یک دقیقه ریتم قلب VT وپس آسیستول می گردد. کداحیا اعلام و عملیات احیا به مدت ۲۰ دقیقه انجام می گیرد و۲ نوبت شوک ۲۶۰ ژول داده می شود(۶:۲۰ لغایت ۶:۴۰) ومادر احیا می گردد. ۱۰ دقیقه بعد ساعت ۶:۵۰ مجدداً ریتم قلب VT می گردد. طبق دستور پزشک ICU به علت Stable بودن وضعیت همودینامیک پروتکل آمیودارون شروع می شودولی پس از ۵ دقیقه برادیکارد وپس آسیستول شده و CPR شروع می گردد. عملیات احیا تا ساعت ۷:۱۰ ادامه داده شده وریتم قلب سینوسی می شود. در عملیات احیا رزیدنت ها واتند گروه زنان نیز حضور داشته وبه علت عدم پاسخدهی مشاورنفرولوژی با رزیدنت داخلی مشاور بیمارستان امام رضا تماس می گیرند وایشان توصیه می کنند برای مادر سونوگرافی شکم ولگن انجام گیرد. در سونوگرافی مایع اندک درفضای هیپاتورنال ولگن وجود داشت. کلیه ها اکوژنیسته نرمال داشته وهیدرونفروز وجود نداشت(ساعت ۵:۵۰). برای مادر مشاوره اورژانسی قلب ونرولوژی ونفرولوژی درخواست می شود..

در ساعت ۶:۵۰ با آنکال دوم زنان (مشاور پریناتولوژی) تماس گرفته می شود و ایشان توصیه می کنند لودینگ دوز سولفات منیزیم داده شود و مشاوره قلب و نرولوژی درخواست گردد. مشاور قلب ساعت ۷:۲۰ مادر را ویزیت و اکومی کند در اکوی بد سایه (Post CPR) : LV Size=N Mild PE EF=55-60% گزارش می شود و AMI و PTE رد می شود.

ساعت ۶:۴۵ مشاوره تلفنی با سرویس نرولوژی انجام می گیرد و مشاور توصیه به شروع لوپل در صورت تکرار تشنج می کند. رزیدنت نرولوژی در ساعت ۷:۴۵ مادر را ویزیت می کند. طبق یادداشت ایشان : مادر اینتوبه است. هیچگونه پاسخ به تحریک دردناک ندارد. مردمکها ایزوکوریک و نان راکتو می باشد. رفلکس اکولوسفال وجود ندارد و کف پای دویل آبله می باشد و مشاور توصیه می کند : اسکن مغزی - انفوزیون میدازولام 3mg/h - جلوگیری از افت فشارخون و انجام MRI, MRV بعد از Stable شدن و اصلاح اسیدوز و اختلالات الکترولیتی انجام گیرد. به عات بالا بودن Cr لوپل داده نشود. گزارش ساعت ۷:۳۵ : مادر سدیت است (فتتایل و میدازولام می گیرد) و ارزیابی سطح هوشیاری مقدور نیست. BP=106/70 PR=97 O2Sat=97%

ساعت ۷:۲۳ : PH=6.94 HCO3=1.5 بوده و طبق دستور پزشک مقیم ICU ۳ عدد ویال بیکربنات سدیم تزریق می شود. ساعت ۸:۲۷ : PH=7.09 HCO3=9.3 PCO2=31.8 BE=-20.4 مادر ساعت ۹:۳۰ توسط اتند نرولوژی ویزیت می شود. طبق نظر ایشان با توجه به PH=7.04 و HCO3=9 و آنوری و اسیدوز، مادر اندیکاسیون دیالیز اورژانس دارد و به بیمارستان جنرال منتقل شود. ویزیت ساعت ۹:۴۰ فلوی زنان : مادر انتوبه است ، رحم جمع و خونریزی در حد P.P می باشد. همچنان آنوریک است. BP=145/95 PR=120 . مادر ساعت ۹:۵۰ توسط اتند ICU ویزیت می شود. طبق یادداشت ایشان صورت ادماتو و مردمکها میدیاتیک است. همچنان آنوریک می باشد. طی مشاوره نرولوژی درخواست دیالیز اورژانس شده ولی به علت Unstable بودن فعلاً امکان انتقال نیست و Challenge Test انجام شود.

ساعت ۱۰:۴۷ : PH=7.25 PCO2=49.7 HCO3=12.7 BE=-14.4 بر ساعت ۱۱:۰۵ از خط بحران K=6.3 اعلام می شود. مادر توسط ICU Man ویزیت شده و ۲ عدد ویال دکستروز ۵۰٪ ، ۲ عدد بیکربنات - آمپول لازیکس 100mg/Stat سپس انفوزیون 10mg/h تجویز شده و کاتتر شالون از ورید فمورال راست تعبیه و مشخصات و نتیلاتور تغییر داده می شود. مادر ساعت ۱۳:۱۰ با اجازه اتند ICU و سرویس زنان با همراهی رزیدنت سال ۲ زنان ، تکنسین بیهوشی و نرس با میکروونت با علایم حیاتی BP=149/103 PR=115 و ادرار ۷۰۰ سی سی (قبل از خروج تخلیه شده) به بیمارستان جنرال منتقل می شود.

مادر ساعت 13:30 در بخش ICU پذیرش می شود با علایم حیاتی : BP=154/107 PR=129 BT=37.3 طبق گزارش پرستار ICU در هنگام پذیرش از هردو سوراخ بینی خونریزی داشت. طبق یادداشت رزیدنت داخلی در ICU داخلی : موقع پذیرش مادر ادم پری اوربیتال داشت. مردمکها Reactive بودند. درسمع قلب S1, S2 نرمال و ریه ها Clear بودند. دیسترس تنفسی نداشت. BP=150/100 و اندام فوقانی راست ادماتو سیانوتیک بود. O2Sat=90% HR=125 به دلیل Fight بیمار سدیشن با میدازولام داده می شود.

دستورات: درخواست آزمایشات - انفوزیون سولفات منیزیم 1gr/h معادل ۵ سی سی در ساعت تا ساعت ۲ بعد از ظهر روز بعد - Stand by کردن سولفات منیزیم و استفاده از دوز Stat در صورت تشنج - در صورت طول کشیدن تشنج بیش از ۵ دقیقه علیرغم استفاده از سولفات منیزیم از میدازولام استفاده شود. در ساعت ۱۴:۵۰ شرح حال بیمار به اطلاع متخصص نرولوژی رسانده شده و ایشان توصیه می کند VBG درخواست شود و تا زمان حاضر شدن جواب آن ، همودیالیز hold شود. VBG ساعت ۳:۰۵ : PH=7.42 PCO2=23.8 HCO3=15.7 BE=-6.9 برای مادر درخواست چک اورژانسی Mg, Cr, K می شود. Mg=2.1 Cr=2.67 K=4.7 P=4.1 PH=7.2 ساعت ۱۶:۴۵ با اطلاع جواب آزمایشات به متخصص نرولوژی ، ایشان توصیه می کند با توجه به نبود اسیدوز مقاوم و هیپرکالمی و داشتن دیورز ، دیالیز hold گردد و برای مادر آزمایشات روماتولوژی و مشاوره نرولوژی درخواست گردد. مادر ساعت ۱۶:۵۰ دچار برادیکاردی شده و ارست می کند. عملیات احیا شروع شده و علیرغم ۴۵ دقیقه تلاش به احیا پاسخ نداده و فوت می کند. طبق یادداشت رزیدنت داخلی علیرغم فعالیت قلب ، هیچ نبضی وجود نداشت.

آزمایشات بیمارستان جنرال : WBC=17300 Hb=11.5 PLT=154000 PT=18.8 PTT=41 INR=1.4 Urea=64 Cr=2.67 AST=51 ALT=39 ALP=351 P=4.4 Ca=7.2 U/A Pro=Neg CTNI=Weakly Positive

نکات ویژه :

۱. در بستری اول ، پاراستزی صورت و مشکل در صحبت نشانه نرولوژیک دایسکشن آنورت بوده که مورد توجه واقع نشده است.
۲. مشاوره چشم و نرولوژی توسط رزیدنت انجام گرفته است.
۳. علیرغم تاکید بر اطلاع موارد پرخطر به اتند مسئول و مدیریت درمان مادران پرخطر توسط اساتید ،مادر توسط رزیدنتها ویزیت شده است.
۴. در زمان اظهار سرگیجه و درد سینه توسط مادر ، رزیدنت زنان با متخصص قلب مشاوره تلفنی کرده است در حالیکه مادر می بایست بلافاصله توسط اتند زنان و اتند قلب ویزیت می شد.
۵. دستور شروع سولفات منیزیوم بعد از عمل توسط سرویس زنان مکتوب نشده و با دیدگاه غیرعلمی به تاخیر افتاده است.(از نظر علمی دادن دوز لودینگ سولفات منیزیوم منافاتی با عدم کارکرد کلیه ندارد)
۶. مستندات عملکرد کلیه و مقدار پرونده ادراری قبل از عمل (فاصله زمانی شروع سرگیجه و درد سینه تا شروع عمل) در پرونده موجود نمی باشد.
۷. به علت اینکه فشارخون مادر در اغلب مواقع $BP < 140/90$ بوده داروی آنتی هیپرتانسیو تجویز نشده بود.
۸. مادر با احتمال خیلی زیاد پره اکلامپسی داشته و دایسکشن آنورت مانع افزایش فشارخون شده است و درواقع همزمانی پره اکلامپسی و دایسکشن آنورت سبب ماسکه شدن علائم و عدم توجه تیم درمانی به مشکل اصلی بیمار شده است.
۹. در ۳ موقعیت تشکیل تیم درمانی مولتی دیسپلینری برای مادر لازم بود (۱) وجود یاراستزی نیمه چپ صورت و دیسفونی در بستری اول - ۲
- دوم : زمان بروز سرگیجه ناگهانی و درد سینه - ۳ سوم: زمان گزارش افزایش کراتینین و آنزیمهای کبدی جهت شروع سولفات اقدامات لازم
۱۰. طبق گزارش اتوپسی پریکارد حاوی خون فراوان و لخته خون وسیع در اندازه کبد بود و علت پریکاردیال افیوژن پارگی ریشه آنورت در زمینه آنوریسم مدخل آنورت بوده است.

کیس ۸

خانم ۲۹ ساله، ساکن شهر، لیسانس و خانه دار ، $BMI=23.5$ ، $Height=173$ ، سابقه جراحی اصلاح کلاب فوت در کودکی، $G1P0$ شصت هردو پا دفرمه و بارداری خواسته می باشد. مادر مراقبت قبل از بارداری نداشته و مراقبت دوران بارداری در مرکز بهداشت و مطب متخصص زنان انجام گرفته است. ۲ بار توسط ماما و یکبار توسط پزشک مرکز مراقبت شده است (هفته ۱۶ و ۲۴)

از اوایل بارداری (هفته ۸) مراجعه مرتب به مطب متخصص زنان (پریناتولوژیست) داشته است. فشارخونهای ثبت شده در محدوده نرمال بود (اغلب $BP=100-110/60-70$). طبق اظهار همسر متوفی در هفته ۳۶ بارداری در مطب متخصص زنان به علت FHR بالا درخواست NST می شود. مادر جهت اخذ NST به بلوک زایمانی بیمارستان (طبقه بالای مطب متخصص زنان) ارجاع می شود. در حین اخذ NST مادر دچار درد شدید و تیر کشنده در ناحیه سینه، شانه با انتشار به گردن می شود. مادر وجود درد را برای متخصص زنان مطرح می کند و ایشان ذکر می کند به خاطر استرس و پوزیشنال است و در صورت ادامه به متخصص اعصاب مراجعه کند (NST مشکلی نداشت). همان روز بعد از مراجعه به منزل به علت ادامه درد و استفراغ به کلینیک عمومی مراجعه می کند. بعد از اخذ EKG اعلام می کند مشکل قلبی نداشته

وعلایم به علت ریفلکس می باشد. درد بیمار طی ۲ هفته کمتر شده و برطرف می شود. . در بررسی اسناد بیمه، مادر در تاریخهای ۸/۸ ،

۸/۱۰ و ۸/۱۱ به پزشکان عمومی متعدد مراجعه کرده و امپرازول، انداسترون، و سرم نرمال سالین و ors دریافت کرده بود. مادر در ماه آخر بارداری

مراجعه هفتگی به متخصص زنان داشته و آخرین ویزیت ۸/۲۲/ بوده که برای مادر معرفی جهت ختم بارداری در تاریخ ۹/۱ داده می

شود. (مادر علیرغم پیگیریهای متعدد به مرکز بهداشت مراجعه نکرده بود).

مادر مورخ ۸/۲۵ با بارداری ۳۸ هفته حوالی ساعت ۱ بامداد به دستشویی رفته و دچار Faint شده و به زمین می افتد. همسر متوفی که در

اتاق بغلی در حال استراحت بوده با شنیدن صدای افتادن به دستشویی رفته و متوجه می شود همسرش افتاده و خرخر می کند و خون دماغ

شده است. مادر را به اتاق منتقل و شروع به ماساژ قلبی کرده و همسایه ها را خبر می کند. یکی از همسایه ماساژ را ادامه داده و ساعت ۱:۳۰

به اورژانس ۱۱۵ اطلاع می دهند. موقع رسیدن کارشناسان اورژانس مادر علایم حیاتی نداشت. طبق مستندات پرونده بیمارستان در ساعت

۱:۵۵ بامداد مورخ ۸/۲۶ مادر بدون علایم حیاتی با لاین وریدی و انتوبه توسط اورژانس ۱۱۵ و همراهی همسر به بیمارستان اسکو آورده

می شود. مادر بلافاصله به اتاق احیا منتقل شده و کد احیا اعلام می شود. عملیات احیا توسط تیم احیا و پزشک اورژانس شروع شده به

مدت ۹۰ دقیقه ادامه می یابد ولی موفقیت آمیز نبوده است. مامای بلوک زایمان ساعت ۱:۵۹ بر بالین مادر حاضر شده و قلب جنین را با

سونوگیت سمع نمی کند

گزارش کارشناسان اورژانس "مادر بدون علایم حیاتی در دستشویی افتاده بود و آثار استفراغ بر روی لباس وجود داشت".

گزارش پزشک اورژانس: "موقع ویزیت ایشان سیانوز لبها و کبودی و ماتیلینگ در ناحیه قدام شانه ها دیده می شد. انتهای اندامها سرد

بوده و یک زخم کوچک در قدام ساق پای راست و یک خراش سطحی در چانه دیده می شد. مادر فاقد علایم حیاتی بود. BS=89

نکات ویژه :

۱. علت انوریسم دیسکانت در غیاب فشار خون بالا، کلاب فوت، شلی مفاصل (متوفی ژیمناستیک کاری کرده) و قد بلند احتمالاً مشکل ژنتیکی مانند

سندروم مارفان بوده که به علت نداشتن مشکل بارز مورد توجه قرار نگرفته است.

۲. علت درد شدید تیر کشنده در هنگام اخذ NST دایسکشن آنورت بوده که به اشتباه به ریفلکس نسبت داده شده است. اگر مادر به متخصص قلب

ارجاع می شد شاید با انجام درمان های لازم زنده می ماند.

کیس ۹

متوفی ۳۵ ساله، ساکن روستای اصلی، BMI=24، G1P0 با سواد سیکل. ۱۱ سال قبل ازدواج کرده و به علت مشکل همسر (واریکوسل

و آرواسپر می) باردار نشده است. . کلیه مراقبتهای غربالگری میانسالان از جمله فشار خون، بیماری قلبی عروقی و... و آزمایشات مربوطه

توسط پزشک، ماما، بهورز ارائه شده و در سامانه ثبت شده است. آخرین مراقبت در تاریخ ۶/۲۹/ توسط پزشک، ماما، بهورز انجام گرفته

و ثبت شده است. مراقبت پیش از بارداری ۲ سال قبل انجام گرفته است و با توجه به اینکه نازایی داشته و تحت درمان در بخش خصوصی بوده است پیگیری های لازم توسط بهورز به طور مرتب انجام شده تا در صورت بارداری پرونده تشکیل گردد. طبق پیگیری تلفنی بهورز در مهرماه اظهار داشته است باردار می باشد ولی فعلاً تحت درمان بوده است و در صورت قطعی شدن جهت دریافت مراقبت مراجعه می نماید. اولین مراجعه به مرکز نازایی مورخ ۲۵/۲ بوده و برای مادر دوفامد BID، قرص استرادیول ۴ عدد روزانه و کابریگولین ۰.۵ هر سه روز نصف قرص و پردنیزولون 5mg/BID تجویز شده بود. فشارخون ثبت شده در پرونده در محدوده نرمال بود. آزمایشات CBC, Urea, Cr نرمال بود.

➤ شروع درمان (استیمولاسیون) ۶/۱۶

➤ شروع انوکسپارین ۶/۲۰ روزانه ۴۰۰۰ واحد زیر جلدی

➤ تاریخ ترانسفر ۷/۱

➤ درسونوگرافی مورخ ۸/۹ رویت ساک حاملگی با یک قطب جنینی کوچک بدون ضربان قلب

➤ درسونوگرافی مورخ ۸/۱۷ رویت ساک حاملگی بدون قطب جنینی و داروها توسط متخصص زنان قطع می شود.

مددجو از زمان انتقال جنین در منزل خواهر خود اقامت داشته است و بعد از اطلاع از نتیجه سونوگرافی با شوهرش تماس گرفته و می گوید "فردا می خواهم به پزشک دیگری مراجعه کنم". صبح روز بعد مورخ ۸/۲۰ مجدداً تلفنی با شوهرش صحبت کرده و بعد از قطع تماس، حوالی ساعت ۷-۸ صبح احساس سوزش در سینه می کند و حوالی ساعت ۱۲:۲۰ ظهر دچار افت هوشیاری شده و با اورژانس ۱۱۵ تماس گرفته می شود. مادر ساعت ۱۲:۵۰ بدون علایم حیاتی توسط EMS به بیمارستان آورده می شود. برای نامبرده عملیات احیا شروع می شود ولی موفقیت آمیز نبوده است. طبق فرم گزارش اورژانس ۱۱۵ موقع رسیدن کارشناسان مادر فاقد علایم حیاتی بود و برای مادر ماساژ قلبی انجام شده بود. در پرونده طبق شرح خانواده علت فوت بیماری قلبی ثبت شده است؟؟

طبق اظهار خانواده در سال ۹۵ یکی از خواهران متوفی در مراسم عروسی اقوام دچار ایست قلبی شده و فوت می کند ۴۲ روز بعد از فوت ایشان، خواهر دیگر او صبح بعد از فرستادن یکی از بچه ها به مدرسه خوابیده و بیدار نشده است (بچه ای که در خانه بوده مادر را صدا می زند و می بیند جواب نمی دهد). بعد از فوت این دو خواهر، متوفی به همراه همسر به متخصص قلب مراجعه نموده و نوار قلبی و اکو انجام گرفته و پزشک گفته بود مشکل خاصی ندارد؟؟ گزارش اکو و نوار قلبی در دسترس نبود.

نکات ویژه :

۱. برای مادر قبل از اقدام به شروع درمان نازایی شرح حال درست و ارزیابی کامل انجام نشده است مخصوصاً با سابقه مثبت خانوادگی از نظر بیماری قلبی و مرگ ناگهانی
۲. علت مرگ مادر آریمتی قلبی می باشد و در اتوپسی هیپر تروفی و فیبروز قلب گزارش شده است.

