

بسمه تعالی

متوفی (متولد ۱۳۷۰/۰۶/۰۱) ۳۲ ساله G2P2Ab0L2، ساکن شهر با تحصیلات مهندسی کشاورزی و آرایشگر، همسرشان ۳۷ ساله دارای تحصیلات دیپلم و راننده کامیون می باشد. مادر در تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ سه روز بعد از زایمان طبیعی در مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی استان فوت نموده است. نامبرده سابقه یک بار زایمان طبیعی ۶ سال پیش داشته است.

مراقبت پیش از بارداری

مادر در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۳۰، مراقبت پیش از بارداری را به شرح ذیل در پایگاه ضمیمه مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی دریافت نموده است:

تاریخ	نوع مراقبت	نتیجه ارزیابی
۱۴۰۲/۰۳/۳۰	مراقبت پیش از بارداری ماما	قد : 157 Cm wt : 68 Kg BMI: 27.59 مادر جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری مراجعه نموده، در شرح حال اخذ شده بیماری خاصی گزارش نگردیده است. ارجاع به پزشک توسط ماما انجام شده، اما مادر به پزشک مراجعه نکرده است. همچنین مادر به علت اضافه وزن نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه بوده که انجام نشده است.

نتیجه آزمایشات پیش از بارداری به شرح ذیل می باشد:

CBC	Hb:	14.8	FBS:	91	نتایج آزمایشات پیش از بارداری
	MCV:	86.5	TSH:	3.93	
	MCH:	29.7	Plt:	246000	
با توجه به نتیجه TSH، مادر نیازمند ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی بوده که با توجه به عدم مراجعه مادر به پزشک مرکز انجام نشده است.					

مراقبت بارداری

مادر مراقبت های دوران بارداری را از بخش های دولتی و خصوصی دریافت نموده است.

مراقبت بارداری در واحد بهداشتی

در واحد بهداشتی در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱۰ مادر با تست بتا مثبت به پایگاه ضمیمه مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی، در سن بارداری ۲۰ هفته و ۱ روز جهت تشکیل پرونده بارداری مراجعه نموده، توسط ماما ثبت بارداری انجام و مراقبت های لازم به ایشان ارائه شده است. LMP مادر ۱۴۰۲/۰۶/۲۰ و حاملگی برنامه ریزی شده ثبت گردیده است.
۱۵۷cm : قد، ۶۴ kg : وزن و BMI ۲۵,۹۶ (اضافه وزن) بوده که بر اساس وزن زمان مراجعه مادر (در سه ماهه دوم بارداری)، محاسبه گردیده است.

به طور کلی مادر در طی بارداری ۶ بار توسط پزشک ویزیت و ۵ بار توسط ماما مراقبت گردیده است.

مراقبت های مادر به شرح ذیل بوده است:

تاریخ	نوع مراقبت	G.A	BP mmHg	وزن kg	نتیجه ارزیابی
۱۴۰۲/۱۱/۱۰	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری مراقبت دوم بارداری ۲۰-۱۶ هفته و غربالگری تغذیه مادر باردار	20w,1d	110/60	68	P.R: 84 R.R: 18 T: 37 F.H.R:OK در ارزیابی انجام شده توسط ماما بیماری تیروئید مادر ثبت شده، که ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی انجام شده است. مادر با این توجیه که تحت نظر متخصص زنان بخش خصوصی بوده و توسط ایشان دارو تجویز شده، به متخصص داخلی مراجعه نداشته است. مراقبت های روتین انجام، نتیجه غربالگری سلامت روان

منفی و نتیجه سونوگرافی ۱۶-۱۸ هفته در پرونده طبیعی ثبت گردیده است. واکسیناسیون توام مادر کامل بوده است. در ارزیابی تغذیه، با توجه به BMI، پیگیری ۲ هفته بعد جهت ارزیابی مجدد وزن لازم بوده است.				(ماما)	
P.R:84 R.R: 18 T: 37 در شرح حال اخذ شده توسط پزشک به بیماری تیروئید مادر اشاره شده که نیازمند ارجاع غیر فوری به متخصص پزشکی خانواده یا داخلی بوده است.		110/60	22w,3d	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری (پزشک)	۱۴۰۲/۱۱/۲۶
P.R: 84 R.R: 18 T: 37 F.H.R:OK F.H:24w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، با توجه به وزنگیری بیش از حد نرمال، بر اساس BMI مراقبت ویژه برای هفته بعد تعیین شده است.	71	120/80	24w,6d	مراقبت سوم بارداری ۳۰-۳۴ هفته (ماما)	۱۴۰۲/۱۲/۱۳
P.R: 84 R.R: 18 T: 37 F.H.R:OK F.H:25w با توجه به وزنگیری نامناسب مادر مراقبت ویژه انجام شده، مورد خاصی گزارش نگردیده است.	71	120/80	25w,6d	مراقبت ویژه بارداری	۱۴۰۲/۱۲/۲۰
P.R: 81 R.R: 18 T: 37 F.H.R:142 F.H:31w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، مورد غیرطبیعی گزارش نگردیده است. سونوگرافی نوبت دوم بارداری که در مطب متخصص زنان بخش خصوصی انجام شده است در سامانه ثبت گردیده و با توجه به اختلاف سن حاملگی مشاهده شده در ابعاد جنین و سابقه تولد نوزاد IUGR در بارداری قبلی مادر توسط ماما به متخصص زنان ارجاع شده است. بر اساس پسخوراند متخصص زنان و زایمان مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۱۱ عنوان شده، "بیمار ویزیت و رشد جنین در سونوگرافی طبیعی بوده است و توصیه شده که با توجه به سابقه IUGR در بارداری قبلی سونوگرافی مجدد از نظر بررسی رشد جنین ۳ هفته بعد انجام شود."	75	100/60	32w,6d	مراقبت چهارم بارداری ۳۱-۳۴ هفته (ماما)	۱۴۰۳/۰۲/۰۹
P.R: 78 R.R: 18 T: 37 F.H.R:144 F.H:35w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، مورد غیرطبیعی گزارش نگردیده است. نتیجه ارزیابی غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری کم خطر گزارش شده است.	75.5	100/80	35w,6d	مراقبت پنجم بارداری ۳۵-۳۷ هفته (ماما) و غربالگری کاردیومیوپاتی	۱۴۰۳/۰۲/۳۰
P.R: 80 R.R: 19 T: 37 F.H.R:OK F.H:38w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، مورد غیرطبیعی گزارش نگردیده است.	76	90/60	38w,1d	مراقبت ششم بارداری ۳۸ هفته (ماما)	۱۴۰۳/۰۳/۱۶

در تاریخ های ۱۴۰۲/۱۲/۱۳، ۱۴۰۳/۰۲/۳۰ و ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده است.

شرح سونوگرافی های انجام شده در زمان بارداری

تاریخ انجام	G.A براساس LMP	G.A براساس SONO	سایر توضیحات
1402/10/28	18w.3d	18w	F.Activity:ok FHR:ok Placenta: Posterior A.F:NL
1403/01/21	30w.1d	30w.3d	F.Activity:ok FHR:ok Placenta: Posterior A.F:NL طول AC در حد ۲۸ هفته و ۶ روز بوده و وزن جنین ۱۴۵۰ گرم و سفالیک می باشد.
1403/02/11	33w.1d	32W.6d	F.Activity:ok FHR:ok Placenta: Posterior A.F:NL وزن جنین ۱۹۵۰ گرم و سفالیک می باشد.
1403/03/02	35w.5d	36W.2d	F.Activity:ok FHR:ok Placenta: Posterior A.F:NL

* سونوگرافی ۱۴۰۲/۱۰/۲۸ توسط متخصص رادیولوژی و سونوگرافی انجام شده و سایر سونوگرافی ها در مطب متخصص زنان بخش خصوصی صورت گرفته است.

نتایج آزمایش های انجام شده در زمان بارداری

CBC	Hb:	14.5	FBS:	80	U/A : Pos (WBC: 5 -10)	نتایج آزمایشات ۱۰-۶ هفته
	Hct:	44.4	TSH:	3.49	U/C: Pos (Ecoli: 5000)	
	MCV:	86.7	BUN:	10	HIV.Ab: Neg	
	MCH:	28.3	Cr:	0.85	HBS(Ag): Neg	
	MCHC:	32.7	BG&RH:	AB+		
	Plt:	193.000	VDRL:	Neg		

CBC	Hb:	13.1	FBS:	82	U/A : pos (Klebsiella: 2000)	نتایج آزمایشات ۳۰-۲۴ هفته
	Hct:	37.7	1hr:	146		
	MCV:	85.48	2hr:	99		
	MCH:	29.7	مادر RH:	+		
	MCHC:	34.74	Plt:	205.000		

مراقبت بارداری در بخش خصوصی

مراقبت بارداری در مطب متخصص زنان به شرح زیر انجام شده است: (کارت مراقبت بخش خصوصی تک نسخه ای و فاقد نسخه ویژه مادر می باشد)

تاریخ	سن بارداری	BP	وزن (Kg)	سایر
۱۴۰۲/۸/۲	۵ هفته و ۶ روز	۱۰۶/۷۷	۶۴,۸	LMP:1402/6/20 , EDC:1403/3/27 ,BGRH:AB+ Sono:5w,6d
۱۴۰۲/۸/۱۶	۷ هفته و ۶ روز			Lab8.8: Hb:14.5 , HCT:44.4 , plt:193 , FBS:80 , BUN:10 , Cr:0.85, AST:23 , ALT:46, TSH:3.49, vit D3 34.5, UC:Growth of E coli سفیسیسم و لووتیروکسین (۵ روز در هفته) تجویز گردید. Sono:7w,6d
۱۴۰۲/۹/۲۷	۱۳ هفته و ۴ روز	۱۲۳/۱۰۰	۶۷	Lab21.9: TSH:4.08 Sono: 13w,4d, NT:1.5 cm لووتیروکسین روزانه تجویز گردید. EDC:3.3.1403
۱۴۰۲/۱۱/۳	۱۸ هفته و ۵ روز	۱۰۲/۶۸	۶۹,۳	Lab11.11: TSH:2 , UA:NL , UC:Neg Sono 28.10: 18w,5d Lab 27.10:UA,UC: NL

احساس سفتی شکم و درد کمر و گرفتگی یک نقطه کمر، ایزوکسوپرین BD، کپسول magnifort، شیاف دیکلوفناک و ژل دیکلوفناک تجویز گردید. Sono:25w,2d – cephalic – post p – wt:750gr	۷۱,۵	۹۶/۵۶	۲۵ هفته و ۲ روز	۱۴۰۲/۱۲/۱۷
Lab:16.12: Hb:13.1 ,GTT:nl , TSH:2.1 , UC:klebsiella,				۱۴۰۲/۱۲/۲۲
Sono:30w,3d , cephalic, placenta:post , AC:28w,6d ,wt:1450gr(IUGR) , سابقه IUGR در فرزند اول، ۱/۲ نیفدیپین ASA، vit D3	۷۵,۹	۱۰۶/۷۰	۳۰ هفته و ۳ روز	۱۴۰۳/۱/۲۱
Sono:32w,6d , 31w,4d(AC), wt:1950gr	۷۶	۱۰۲/۵۶	۳۲ هفته و ۶ روز	۱۴۰۳/۲/۱۱
Sono:35w,5d , cephalic, post p , AF:nl ,34w,4d(AC),wt:2580gr , ASA تا ۱۴۰۳/۳/۱۸ مصرف شود.	۷۸,۷	۱۰۳/۶۵	۳۵ هفته و ۵ روز	۱۴۰۳/۳/۲
Sono:37w,4d, AFI:14cm, 35w(AC),wt: 2770gr TV:Dil:2cm , Eff:40% کنترل حرکت و مراجعه هفته بعد	۷۹,۱	۱۱۱/۶۶	۳۷ هفته و ۴ روز	۱۴۰۳/۳/۱۹

بیمارستان A:

طبق پرسشگری انجام شده مادر از تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۱ از درد ناحیه پهلو شاکی بوده است. در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۲ ساعت ۱۱ صبح به بلوک زایمان بیمارستان A شهرستان مراجعه کرده است. طبق فرم تریاژ دیلاتاسیون 2finger بدون افاسمان و نوار NST:reactive و دارای کنترکشن های mild بوده است. مادر ترخیص شده و مجدداً در ساعت ۲۱:۱۵ با شکایت از درد شکم و کمر مراجعه کرده و معاینه واژینال به صورت کل مولتی پار و با نتیجه NST:reactive با دستور پزشک ترخیص شده است. در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۳ ساعت ۳:۴۵AM مادر به بلوک زایمان مراجعه کرده است. طبق فرم تریاژ علت مراجعه آبریزش و درد شکم و پهلو بوده است. در بدو ورود علائم حیاتی به صورت: T:36.9 , RR:18 , PR:87 , BP:110/70 و FHR:147 و معاینه واژینال به صورت: cephal, R, -3, 2-3cm, 70% و مایع آمنیون آغشته به خون بوده است. طبق دستور متخصص زنان چک علائم حیاتی، ارسال آزمایشات BGRH , UA , CBC diff و مشاوره بیهوشی جهت استفاده از گاز انتونکس دستور داده شد. طبق ویزیت بیهوشی در ساعت ۴AM دریافت انتونکس بلامانع بوده است. طبق گزارش ماما مادر با سن بارداری 39w,2d به علت پارگی واضح کیسه آب مراجعه کرده است. CST انجام شد. انقباضات ۴۵ ثانیه ای و قلب جنین افت زودرس داشته، به دستور متخصص زنان سرم دکستروز تزریق شد. به علت افت زودرس قلب جنین توسط متخصص زنان در ساعت ۶:۱۰AM ویزیت شد. در ساعت ۶:۱۵ دیلاتاسیون فول بوده و زایمان در ساعت ۶:۲۵ انجام شد. حاصل زایمان نوزاد دختر به ظاهر سالم با آپگار ۹/۱۰ و وزن ۲۴۳۰ گرم و بدون برش اپی زیاتومی به دنیا آمد. در ساعت ۶:۳۰AM چک علائم حیاتی، سرم رینگر ۱۰۰۰CC + ۳۰U سنتوسینون، شیاف دیکلوفناک و ماساژ رحم و چک خونریزی رحم دستور داده شد. میزان خونریزی کمتر از ۱+ بوده و با علائم حیاتی T:37 , RR:17 , PR:84 , BP:100/60 به شیفت صبح تحویل داده شد. در ساعت ۱۱ نوزاد توسط متخصص اطفال ویزیت شد. در ساعت ۱۱:۳۰AM مادر از لرز شکایت داشته و به علت T:38.5 طبق دستور پزشک سرم نرمال سالین و آمپول آپوتل تزریق شد. در ساعت ۱۴ دستور ترخیص توسط پزشک معالج با دستور دارویی کپسول سفالکسین q6h و شیاف دیکلوفناک صادر گردیده است. علائم حیاتی زمان ترخیص: BP:100/60 , PR:90 , RR:18 , T:37 بوده است.

نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

Hb:14.4 , HCT:41.5 , BGRH:AB+ , WBC:18000 , PLT:195000 , Lymph:10 , Neut:85

طبق پرسشگری انجام شده مادر پس از ترخیص از بیمارستان A شهرستان از درد شکم شاکی بوده و در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۴ ساعت ۴:۵۵AM با شکایت از دل درد به درمانگاه بیمارستان A شهرستان مراجعه کرده است. سطح تریاژ ۲ تعیین شده و طبق گزارش پزشک بیمار از بعد از زایمان دل درد داشته و درد در سمت راست و ناحیه RLQ و کیفیت کولیکی بوده، تهوع، استفراغ و تندرns و ریباند تندرns داشته است. علائم حیاتی در ساعت ۵AM به صورت RR:20, PR:90, BP:125/86, T:36.8 و spo2:96% بوده است. در ساعت ۵:۱۵ آمپول کترولاک ۳۰mg، آمپول هیوسین ۲۰mg، آمپول دمیترون تزریق شد. طبق گزارش پرستاری بیمار پس از ویزیت توسط پزشک به زایشگاه منتقل شد. توسط ماما ویزیت شد با متخصص زنان تماس گرفته شد. از نظر زنان مشکلی نداشته است. با دستور انجام سونوگرافی اورژانس و انجام آزمایش UA به اورژانس ارجاع داده شد. طبق ویزیت پزشک اورژانس در ساعت ۶:۳۵AM دستورات NPO، ارسال آزمایشات لازم، سرم نرمال سالین، سونوگرافی شکم و لگن، آمپول پتیدین ۲۰mg و ویزیت زنان و جراحی دستور داده شد. با توجه به عدم تسکین درد بیمار بستری شده و آمپول پتیدین ۲۰mg/slow در ساعت ۶:۴۰ تزریق شد. مقداری درد کاهش یافته و بیمار اظهار داشته درد به وسط شکم انتشار دارد. طبق ویزیت جراح در ساعت ۹:۳۰ بیمار عصر روز گذشته به علت زایمان طبیعی از بیمارستان A شهرستان ترخیص شده است. طبق اظهارات همراهان چند مرتبه تب و لرز داشته و درد شکم از شب گذشته تشدید یافته است. درد شکم در نواحی تحتانی و RLQ و فلانک راست می باشد. بیمار دفع داشته و علائم حیاتی پایدار بوده است. در معاینه شکم، تندرns کل شکم با ارجحیت نواحی تحتانی و ریباند تندرns نواحی تحتانی شکم دارد. بیمار pale و ایکتریک نبوده، دستور سرم رینگر لاکتات ۱lit، سونوگرافی کامل شکم و لگن، چک درجه حرارت q6h، فولی فیکس و کنترل IO دستور داده شد. نتیجه سونوگرافی: افزایش ضخامت جدار کیسه صفرا که ثانویه به آسیت خفیف بوده و مایع آزاد در ساب هپاتیک و گاتر راست دیده شده و همچنین filling difect پدانکوله در IVC قسمت اینفرهپاتیک رؤیت شده است. در ساعت ۱۰AM مجدد توسط جراح ویزیت شد. ویال سفتریاکسون ۱gr و سپس BD، ویال مترونیدازول ۵۰۰mg/TDS، CT اسکن شکم و لگن با کنتراست و عدم شیردهی دستور داده شد. طبق گزارش پرستاری در شیفت صبح، BP:111/75, RR:15, PR:76 و spo2:98% بوده، VBG و رزرو ۲ واحد PC ایزوگروپ انجام شد. CT اسکن شکم و لگن با کنتراست انجام شد. ویزیت قلب و اکوکاردیوگرافی انجام شد. ویزیت توسط متخصص زنان در ساعت ۱۰:۲۰AM انجام شد. با توجه به پلاکت پایین PBS چک شد. (plt:35000) بیمار از درد شکم و کمر شاکی بوده، IO ثبت شده و بیمار out put نداشته که با توجه به دریافت ۵lit سرم به متخصص جراح و زنان اطلاع رسانی شد. D DIMER:3383 بوده، مجدداً ارسال آزمایشات دستور داده شد. بیمار در ساعت ۱۲MD افت spo2:89% داشته که پس از دریافت اکسیژن به ۹۸٪ رسیده است. سرم free برقرار بوده، بیمار افت plt و Hb داشته است. در ساعت ۱۲ توسط متخصص زنان ویزیت شده، رحم جمع و خونریزی نرمال بوده، شکم گاردینگ داشته، درد در ناحیه RLQ داشته است. علائم حیاتی به صورت: BP:110/70, PR:82, RR:16, T:36.7 و spo2:98% بیمار آنوریک بوده و با اتند محترم زنان مشاوره تلفنی انجام شد. مقرر شد بیمار اعزام شده و پذیرش جراحی نیز اخذ گردد. طبق ویزیت مجدد جراحی ریپورت شفاهی CT: ادم پری پورتال و مایع آزاد در گاتر راست و حفره لگن رؤیت شده که یافته جدیدی نسبت به سونوگرافی نداشته است. نتیجه مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی به صورت: EF:55% و pedanculated mass size of 0.9*1.4cm rout of IVC و بقیه موارد نرمال گزارش گردید. با توجه به آنوریک بودن ویزیت داخلی انجام شد. طبق بررسی های انجام شده بیمار ادم اندام تحتانی نداشته، طبق نتیجه سونوگرافی و اکوکاردیوگرافی و آزمایشات و آنوریک بودن سرم نرمال سالین ۲lit/BD، ۴ واحد FFP و ۱۰ واحد پلاکت ایزوگروپ و آمپول دگزامتازون stat دستور داده شد. در ساعت ۱۳:۰۵ طبق تماس با آنکال جراحی عروق مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی

استان مقرر شد بررسی از نظر سندرم هلمپ انجام شود. طبق ویزیت متخصص جراحی در ساعت ۱۳:۴۰ بیمار مورد شکم حاد جراحی بوده، با توجه به پلاکت پایین و DIC و عدم وجود FFP و پلاکت در مرکز A با توجه به شرایط بیمار طبق نظر آنکال جراحی عروق و فوق تخصص جراحی توراکس دستور اعزام اورژانس به مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی استان و مشاوره جهت تعبیه فیلتر IVC داده شد. بیمار در ساعت ۱۴ با اخذ پذیرش از اتند زنان و فوق تخصص جراحی توراکس به مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی استان اعزام گردید. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر بوده است:

WBC:5200-2400-1900 ,Hb:13.9-14-10.4 , plt:100000-35000-12000, LDH:703-1300 , AST:59-123 , ALT:27-28 , BS:97 ,Urea:20-24 , PT:15.7 - >68, PTT:29- >2min, INR:1.12 - >4.9 , Fib:<81, Cr:0.8-0.86 VBG:PH:7.32 , Hco3:12.2 , BE:12.1 , Pco2:24.6 , Po2:53

مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی استان

در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۴ ساعت ۱۶:۱۱ در مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی استان بیمار با تشخیص پن سیئوپنیا و RO DIC تریاژ شده، سطح تریاژ ۲ تعیین شده است. علائم حیاتی بدو ورود به صورت PR:109, RR:20, T:36.9 بوده است. طبق ویزیت متخصص طب اورژانس ارسال آزمایشات لازم، CXR، HM&PO، دریافت اکسیژن ۶-۸ lit/min، سونوگرافی کامل شکم و لگن، آمپول پنتوپرازول، سرم نرمال سالین ۵۰۰cc/stat، آمپول آپوتل ۱gr/IV، گرافی خوابیده و left lateral، رزرو خون و فرآورده های خونی دستور داده شد. در ساعت ۱۶:۲۰ طبق ویزیت سرویس زنان بیمار هوشیاری نسبی داشته، obey

می کند. ایکتریک و تا کیکارد و تاکی پنه بوده و دیسترس تنفسی و افت ۸۲% O2sat و تنفس شکمی داشته، شکم بیمار گارد نبوده و تندررس در لمس عمقی RLQ دارد. Out put ادراری طی ۵ ساعت ۵۰cc بوده، در معاینه واژینال رحم جمع و خونریزی در حد آلودگی دستکش بوده و CMT:Neg بوده است. رزرو ۴ واحد PC و ۱۰ واحد پلاکت و مشاوره بیهوشی جهت انتقال به ICU، ارسال PBS، آمپول مترونیدازول ۵۰۰mg/TDS، آمپول سفتی زوکسیم ۱gr/TDS دستور داده شد. طبق سونوگرافی شکم و لگن در حد قابل بررسی مایع آزاد خفیف در حفره شکم و لگن مشهود است. شواهدی به نفع وجود هماتوم و لاسراسیون در احشا مشهود نیست. پلورال افیوژن دو طرفه مشهود است. طبق ویزیت داخلی با توجه به شرح حال چک FDP، فیبرینوژن، دی دایمر تا سه دوز، دستور داده شد. طبق ویزیت سرویس جراحی درد ماهیت کولیکی داشته و به جایی انتشار ندارد. سرم نرمال سالین ۱lit/stat و سپس تکرار پس از انجام CT اسکن، MDCT قفسه سینه با پروتکل PTE، MDCT شکم و لگن با کنتراست و کنترل IO دستور داده شد. نتیجه ارسال آزمایشات اولیه به شرح زیر بوده است:

BS:51 ,BUN:20 ,Cr:1.6 ,AST:218 ,ALT:64 ,Billi T:10.5 ,Billi D:5.4 ,Ca:8.6 ,Mg:1.2 ,Alb:2.8 ,CPK:636 , LDH:3220 ,CRP:52 ,WBC:4900 ,Hb:12 ,PLT:13000 ,Trop:74.5 ,D Dimer:8871 ,APTT:46 ,PT:21.2 ,INR:2.12 – **BLOOD GAS:** v-PH:7.24 , v-pco2:31.1 ,v-BB:35.3 ,v-Hco3:13 ,v-po2:72.8 ,v-po2sat:90.2

طبق ویزیت متخصص طب اورژانس در ساعت ۱۹:۳۰ با توجه به نتیجه سونوگرافی مبنی بر پلورال افیوژن دو طرفه و میزان پلاکت بیمار باید در سرویس مشترک جراحی و زنان پذیرش گردد. طبق مشاوره عفونی در ساعت ۱۹:۴۵ ویال مروپنم ۲gr/stat و سپس ۱gr روزانه، سرم نرمال سالین ۵۰۰cc/stat طی ۲ ساعت دستور داده شد. طبق مشاوره عفونی ارسال BC*2، UA، UC و ارسال PCR کوید و آنفلوانزا، آمپول لووفلوکساسین ۵۰۰mg/q48h، آمپول تارگوسید ۴۰۰mg/BD تا سه دوز و سپس ۴۰۰mg روزانه دستور داده شد. بیمار در ساعت ۲۰ توسط فوق تخصص جراحی عروق ویزیت شده، CVline فمورال توسط ایشان تعبیه شده، نتیجه CT رؤیت شده، افیوژن دو طرفه و کلاپس ریه ها (آسپیراسیون پنومونی؟؟؟) داشته است. کلات واضح در شریانهای پولمونری و IVC نداشته است. بیمار تاکی پنه و تاکی کارد و ایکتریک بوده و دیستال هر ۴ اندام سیانوتیک بوده و در حال دریافت اکسیژن با رزرو بگ بوده است. علائم حیاتی به صورت : PR:120 , BP:158/90

RR:22 , و o2sat:90% بوده است. به دستور ایشان همودینامیک بیمار تحت نظر سرویس زنان باشد و مشاوره هماتولوژی توسط اتندینگ با توجه به ترومبوسیتوپنی انجام شود. در حال حاضر اندیکاسیون تعبیه فیلتر IVC ندارد و از نظر جراحی عروق اقدام اورژانسی نیاز ندارد. در ساعت ۲۰:۴۵ طبق تماس با فلوی گوارش ارسال آزمایشات آنتی فسفولیپید و پروتئین سرم الکتروفورز و CA19-9 ارسال سروپلاسمین سرم دستور داده شد. طبق تماس با فلوی هماتولوژی برای بیمار DIC مطرح بوده، ارسال آزمایشات انعقادی q8h و بررسی علل DIC توسط سرویس زنان و رفع عامل ایجاد کننده و بررسی از نظر خونریزی جهت نیاز به FFP و PLT، مشاوره قلب اورژانسی جهت تعیین تکلیف Mass قلبی دستور داده شد. در ساعت ۲۲:۴۵ طبق تماس مجدد دستیار داخلی با فلوی هماتولوژی و اطلاع رسانی ریپورت CT به نفع هموپریتوئن و آلوتولار هموریج ۱ واحد پلاکت single donor و ۱۰ واحد پلاکت رندوم و ۲ واحد FFP دریافت کند. طبق مشاوره بیهوشی در ساعت ۲۳:۳۰ بیمار نیاز به اینتوباسیون نداشته و دستور انتقال به ICU صادر گردید. نتیجه ارسال آزمایشات مجدد به صورت زیر بوده است:

BUN:26 ,Cr:1.9 ,AST:266 ,ALT:80 ,Hb:11.5 , HCT:35.9 ,PLT:14000 ,Trop:285.6 , FDP:28 , APTT:53 ,PT:26.8 ,INR:2.68 ,Fib:103 , Blood cul:No growth after 5 days, HIV&HBs-Ag&HCV:Neg
در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۵ ساعت ۱:۳۰ AM ویزیت فلوشیپ ICU انجام شده، بیمار تاکی پنه و تاکی کارد بوده، o2sat:92% با دریافت اکسیژن با ماسک با فلوی ۱۰ لیتر و PR:130 , BP:130/85 بوده، بیمار با نسدونال و فنتانیل sedate شده و با لوله تراشه شماره ۷ اینتوبه گردید. طبق ویزیت دستیار جراحی در ساعت ۶AM GCS:5T2 بوده، ملتحمه pale نبوده، در سمع قلب و ریه نکته پاتولوژیک جراحی نداشته و تاکی کارد بوده است. شکم نرم و دیستانسیون مختصر داشته، علائم تحریک صفاقی نداشته، نبض اندام فوقانی پر و قرینه بوده و اندام تحتانی از ساق پا به پایین سرد بوده و نبض قابل لمس نبوده است. ویزیت متخصص زنان در ساعت ۷:۳۰AM انجام شده، بیمار out put ادراری نداشته، آنوریک بوده و اندام ها سیانوز بوده است. دستور تشکیل کمیسیون پزشکی اورژانسی داده شد.

در ساعت ۱۱ کمیسیون پزشکی برگزار شد. طبق نظر اساتید محترم بیمار DIC و sepsis/multi organ failure و احتمال آمبولی مایع آمنیوتیک و سندرم هلمپ مطرح شده و در گزارش دیگر احتمال APS کاتاستروفیک مطرح شده است. پیگیری کشت ترشحات رحمی و دریافت ffp/q8h و دستور انجام دیالیز داده شد. تارگوسید DC شده و دستور شروع وانکومایسین داده شد. بر اساس نظر اتند ریه پلورال افیوژن قابل Tap نبوده و ارسال کشت ترشحات تراشه، آمپول هیدروکورتیزون ۵۰۰mg/q6h دستور داده شد. در ساعت ۱۲ شالدون جوگولر راست تعبیه شد. طبق ویزیت متخصص زنان شواهد fluid overload در ریه ها مشهود بوده، پلورال افیوژن دو طرفه رؤیت شد که کلاپس لوب های تحتانی ریه مشهود است. شواهد ادم کورتکس دو طرفه کلیه ها رؤیت شد که به نفع Acute cortical necrosis می باشد. ترومبوز عروق رنال و پورت رؤیت نشد. شواهدی به نفع Acute fatty liver در CT رؤیت نشد. آسیت خفیف در شکم رؤیت شد. طبق مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی EF:50-55% و Mass قلبی رؤیت نشده است. علائم حیاتی در ساعت ۱۴:۴۵ به صورت BP:98/52 , PR:131, T:38.2 بوده است. مشاوره گوارش ویال آلومین ۲ عدد TDS دریافت کند. ویزیت متخصص بیهوشی انجام شده و مقرر شد در صورت SBP<80mmHg درپ لئوفد دریافت کند. مشاوره عفونی احتمال Toxic shock و عفونت استرپتوکوکی مطرح کردند. نتیجه ارسال آزمایشات به شرح زیر است:

BS:44 ,BUN:33-54 ,Cr:2.4-2.8 ,AST:414-556-620 ,ALT:101-137-145 , Biilli T:11.9-15.1-15.9 , Biilli D:5.4-7.6-7.6 , Mg:1.4 ,Alb:2.6 ,WBC:10100-12300-16200 , Hb:10.7 , HCT:31.1 , PLT:48000-40000 ,LDH:5810 , CRP:94 , D Dimer:8948 , APTT:38-42-46 , PT:18.2-20.4-19.4 , INR:1.82-2.04-1.94 ,

Fib:134-149, ANA:10, EBV:2.8 , ASMA:Neg ,PH:7.23-7.15 , Hco3:13.7-12 , po2:69.5-49.2 , po2sat:88.5-68.6

و نتیجه ارسال آزمایشات دیگر: PCT:21.88 و نتیجه ارسال Tracheal cul به صورت growth of Acinetobacter baumanii&fungi-candida albicans و Galactomannan:0.4 , Lupus Anticoagulant:64.6, ANA:<1:80 و AntiCardiolipin (IgM):1.58 ,Anti Cardiolipin(IgG):2.2, ریپورت شده است.

در تاریخ ۱۴۰۳/۳/۲۶ GCS:4/15 بوده و علائم حیاتی بیمار به صورت BP:110/63, RR:116, T:38.4 بوده و با توجه به شک به Toxic shock پنی سیلین ۶ و کلیندامایسین شروع شده و وانکوماایسین DC شد. طبق ویزیت اتند زنان هوشیاری بیمار نسبت به قبل کمتر شده است. تهیه داروی پنی سیلین ۶ از داروخانه امکان پذیر نبوده و ادامه داروهای قبل دستور داده شد. ویزیت سرویس زنان در ساعت ۷ صبح انجام شده، بیمار شب گذشته ۴ ساعت دیالیز شده، طبق ویزیت جراحی سمع قلب و ریه یافته پاتولوژیک نداشته، شکم نرم و بدون تندرns بوده و گاردینگ نداشته است. بیمار در حال دریافت درپ لثوفد بوده و همچنان آنوریک و ایکتریک بوده، طبق ویزیت اتند زنان ۱ واحد PC دریافت کند. طبق ویزیت بیهوشی ۲۵۰cc سرم نرمال سالین + میزان out put ادراری ۶ ساعت قبل دریافت کند. با توجه به افزایش LFT مشاوره گوارش انجام شد. مشاوره هماتولوژی انجام شده، تزریق ۳ffp/q8h و در صورت plt<30000 تزریق ۱۰ واحد پلاکت راندوم دریافت کند. طبق مشاوره نفرولوژی ۱۵۰/۳۲۷۹:IO بوده، قرص منیزیوم فورت و نفرویت طبق دستور دریافت کند و سرم DS۵۰۰cc/q8h، ویال آلبومین ۴/TDS و به مدت ۶ ساعت دیالیز شود. همچنین ارسال آزمایشات تب کریمه کنگو، تب دنگی دستور داده شد. طبق مشاوره روماتولوژی بیمار از تزریق IVIG سود نبرده و افزایش LFT به نفع liver shock در زمینه سپسیس می باشد. در ساعت ۱۳:۴۵ توسط اساتید محترم زنان ویزیت شده، GCS:5T1 بوده، شکم در لمس تندرns واضح و دیستانسیون نسبت به روز قبل افزایش داشته است. ریپورت CT مبنی بر RO right gonadal vein thrombosis with right ovarian enlargement& Bilateral acute renal cortical necrosis& Mild abdominopelvic free fluid بوده، با توجه به وجود ترومبوز در عروق گونادال مشاوره اورژانسی جراحی عروق و اخذ رضایت عمل جراحی اورژانس دستور داده شد. طبق مشاوره هماتولوژی با توجه به اورژانسی بودن عمل ۱ واحد پلاکت single دریافت کند. در ساعت ۱۵:۱۵ با توجه به اورژانسی بودن به OR انتقال یافت. گزارش شرح عمل: به محض ورود به شکم ۳۰۰cc خون داخل شکم بود. رحم بزرگتر از حد طبیعی و با رنگ غیر طبیعی و نکروتیک بود. شواهد هماتوم وسیع از کورنه سمت راست به سمت اینفاندیولوپلوئیک گسترش یافته بود. در نهایت سالپنژکتومی دو طرفه و هیسترکتومی انجام شد. طبق دستور اتند زنان در ساعت ۱۷ پس از عمل با دستورات ادامه آنتی بیوتیک ها به ICU انتقال یابد. در ساعت ۱۹:۳۰ علائم حیاتی: BP:120/50 , RR:15 , PR:130 و سمع قلب تاکی کارد، ریه ها کاهش صدای قاعده ریه، لمس شکم نرم و دیستانسیون مختصر داشته، ریجیدیتی و گاردینگ قابل ارزیابی نبوده و اندام تحتانی از ساق پا به پایین سرد بوده است. به علت اختلال انعقادی چست تیوب تعبیه شد. بیمار همچنان آنوریک بوده و دستور انجام دیالیز داشته است. طبق ویزیت جراحی پس از تعبیه کاتتر پلور و تخلیه حدود ۳۵۰cc ترشحات خونابه ای غلیظ علائم حیاتی با دریافت ۲۰ قطره لثوفد به شرح زیر بوده است: BP:97/47, PR:120, T:37 و o2sat:89% طبق ویزیت متخصص بیهوشی ABG اسیدوز متابولیک بوده، ترشحات ریه خون روشن بوده و بیمار هیپوکسی و gasping دارد. بیمار آکروسیانوز بوده و آماده دیالیز می باشد. طبق گزارش ایشان در ساعت ۲۳ بیمار ایست قلبی تنفسی کرده، عملیات احیا شروع شده و به علت ارست بیمار به اتند زنان اطلاع رسانی شده، به مدت ۴۵ دقیقه CPR انجام شده که موفقیت آمیز نبوده و در ساعت ۲۳:۴۵ فوت بیمار اعلام می گردد.

طبق نتیجه پزشکی قانونی علت فوت "نارسایی چند ارگانی متعاقب اختلال منتشر عروق در زمینه نکروز رحم" تعیین گردیده است.

ریپورت پاتولوژی رحم:

Total hysterectomy:

- Completely necrotic endometrium
- Acute necrotizing metritis
- Acute necrotizing cervicitis

Right infundibulopelvic lesion resection:

- Acute inflammation & clot

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارایه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر		
نواقص خدماتی	هدف	فعالیت
حوزه بهداشت: قبل از بارداری: - با توجه به مراجعه مادر جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری، علی رغم ارجاع، مادر به پزشک مرکز مراجعه نکرده و پیگیری عدم مراجعه مادر جهت دریافت این مراقبت انجام نشده است.	ارتقاء خدمات مراقبتی مادران	مکاتبه با کلیه واحدهای بهداشتی در خصوص: - تاکید بر رعایت منشور کرامت مادری و نظام نوبت دهی در ارایه خدمات برنامه مادران و قراردادن مادر در اولویت ویزیت پزشک و پیگیری کلیه ی ارجاعات مادران بویژه ارجاع ویزیت اولیه پزشک
- به دلیل اضافه وزن مادر نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه بوده که صورت نگرفته است.		- تاکید بر ارجاع مادران نیازمند مشاوره تغذیه به کارشناس مربوطه جهت دریافت خدمات لازم
- با توجه به نتیجه آزمایش TSH پیش از بارداری، مادر نیاز به ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی داشته، که با توجه به عدم مراجعه به پزشک اقدامی در این خصوص انجام نشده است. همچنین در قسمت توضیحات علت ارجاع ثبت نشده است.		- تاکید بر پیگیری ارجاعات مادران به خصوص در موارد نیازمند مراقبت ویژه و ثبت علت ارجاع در قسمت توضیحات خدمت مربوطه در سامانه سیب در موارد ارجاع به پزشک مرکز
دوران بارداری: - نظر به تشکیل دیر هنگام پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی و دریافت مراقبت ها از بخش خصوصی با توجه به فقدان نسخه کارت مراقبتی بخش خصوصی- ویژه مادر، ارایه و بررسی کارت مراقبت بخش خصوصی در واحد بهداشتی امکانپذیر نبوده است.		- تاکید بر ضرورت تشکیل منظم کمیته ارتقا سلامت مادران شهرستان و طرح چالش های ارایه خدمات مراقبتی مادران باردار و پیگیری رفع نواقص مرتبط با بخش خصوصی، از جمله فقدان یا نقص در کارت مراقبتی بخش خصوصی، تاکید بر ارجاع مادران باردار تحت مراقبت بخش خصوصی در اولین مراجعه به حوزه بهداشت و هماهنگی با متخصصین زنان شهرستان در این رابطه - تاکید بر لزوم ثبت خدمات بخش خصوصی در کارت مراقبتی - تاکید بر بررسی سوابق و نتایج مراقبتی مراقبت های

مادران در بخش خصوصی در هر بار مراجعه مادر بر اساس کارت مراقبتی بخش خصوصی		
- تاکید بر تشکیل پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی به محض اطلاع از بارداری در آموزش های پیش از بارداری	- عدم توجه مادر به مراجعه به متخصص داخلی با توجه به ارجاع صورت گرفته توسط واحد بهداشتی (با توجه به نظر بودن توسط متخصص زنان بخش خصوصی)	
- تاکید بر ارائه و پیگیری خدمات مراقبتی استاندارد به کلیه ی مادران باردار از جمله مادرانی که تحت مراقبت همزمان در بخش خصوصی و دولتی می باشند	- در غربالگری تغذیه مادر باردار با توجه به اضافه وزن مادر، تعیین مراجعه دو هفته بعد جهت کنترل مجدد وزن صورت نگرفته است.	
- تاکید بر ضرورت ارائه خدمات مراقبتی تغذیه بر اساس بوکلت سلامت مادران و بسته خدمتی تغذیه	- ویزیت اولیه پزشک دو هفته بعد از زمان تشکیل پرونده انجام شده است.	
- تاکید بر انجام ویزیت اولیه پزشک حداکثر تا یک هفته پس از تشکیل پرونده مراقبتی	- ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای مادر انجام نشده است.	
- لزوم انجام خدمت ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای کلیه مادران باردار	- نتایج غیر طبیعی آزمایش ادرار در سامانه ثبت نشده است.	
- تاکید بر ضرورت ثبت کلیه اقدامات پاراکلینیکی در پرونده الکترونیک مادر	- در ثبت سونوگرافی (هفته ۱۶ تا ۱۸)، تاریخ انجام سونوگرافی ۱۴۰۲/۱۰/۱۸ ثبت شده در صورتی که تاریخ انجام سونوگرافی ۱۴۰۲/۱۰/۲۸ بوده و سن حاملگی با اختلاف ۱۰ روز محاسبه و ثبت گردیده است.	
- لزوم ثبت دقیق اطلاعات از سونوگرافی در سامانه و محاسبه سن حاملگی بر اساس LMP	- در خصوص ارزیابی روند وزن گیری اقدامات لازم انجام نشده و مراقبت ویژه به فاصله یک هفته انجام شده است. (به جای دو هفته)	
- لزوم دقت در سنجش و ثبت موارد وزن در سامانه سیب و تأکید بر ارائه خدمات بر اساس بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و بسته خدمتی تغذیه	- عدم هم خوانی نتایج مراقبت های حوزه بهداشت و بخش خصوصی در برخی از موارد (از جمله مراقبت مورخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۷ و ۱۴۰۲/۱۲/۲۰ که گزارش مراقبت واحد بهداشتی کامل نبوده و موارد نیازمند مراقبت ویژه را در بر نمی گیرد).	
- تاکید بر دقت در ارائه و ثبت خدمات براساس بوکلت سلامت مادران	- با توجه به نتیجه غیرطبیعی TSH، بیماری هیپوتیروئید و داروی مصرفی مادر در سامانه سیب ثبت نگردیده است.	
- تاکید بر لزوم ثبت خدمات بخش خصوصی در کارت مراقبتی ویژه مادر باردار به منظور دسترسی حوزه بهداشت و سایر حوزه ها به نتایج مراقبت مادر در بخش خصوصی	- ثبت تکراری خدمات به طور همزمان در خدمت ویزیت، اقدام و ثبت تماس سامانه سیب	
- آموزش به مادران باردار در خصوص ارائه سوابق مراقبت سرپایی و بستری در فواصل مراجعات به واحدهای بهداشتی		
- لزوم دقت در ثبت موارد بیماری و داروی مصرفی مادر در سامانه سیب		
- تأکید بر ثبت خدمات بر اساس راهنمای سامانه سیب سلامت مادران و ثبت هر خدمت در محل مناسب آن		