

بسمه تعالی

متوفی خانم ۳۳ ساله (متولد ۱۳۷۰/۰۳/۳۱)، G2P1Ab1L1، ساکن شهر با تحصیلات دیپلم و شغل آزاد (کافی نت)، همسرشان ۳۷ ساله دارای تحصیلات ابتدایی و کارگر قنادی می باشد. مادر در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۶، دو روز بعد از زایمان سزارین در بیمارستان A فوت نموده، زایمان نامبرده در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۴ در سن بارداری ۳۶ هفته و ۳ روز صورت گرفته که منجر به تولد نوزاد زنده گردیده است. طبق مستندات کارت مراقبت بارداری در بیمارستان A نامبرده سابقه یک مورد سقط خودبخودی در آذر ماه ۱۴۰۲ داشته است.

مراقبت پیش از بارداری

مادر جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری به واحد بهداشتی مراجعه ننموده است.

مراقبت بارداری

مادر مراقبت های دوران بارداری را از بخش های دولتی و خصوصی دریافت نموده است. در واحد بهداشتی در تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۳۰ مادر با تست بتا مثبت به پایگاه ضمیمه مرکز خدمات جامع سلامت شهری B شبکه بهداشت و درمان شهرستان C، در سن بارداری ۱۱ هفته و ۲ روز جهت تشکیل پرونده بارداری مراجعه نموده، توسط ماما ثبت بارداری انجام و مراقبت های لازم به ایشان ارائه شده است. LMP مادر ۱۴۰۳/۰۳/۱۳ ثبت گردیده است.

۱۳۲cm : قد، ۳۳ kg : وزن مبنای محاسبه BMI بر اساس وزن پیش از بارداری بوده و BMI ۱۸,۹۴ (طبیعی)، محاسبه گردیده است.

به طور کلی مادر در طی بارداری ۳ بار توسط پزشک ویزیت و ۵ بار توسط ماما مراقبت گردیده است.

سایر مراقبت های مادر به شرح ذیل بوده است:

تاریخ	نوع مراقبت	G.A	BP mmHg	وزن kg	نتیجه ارزیابی
۱۴۰۳/۰۵/۳۰	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری (پزشک و ماما) مراقبت اول بارداری ۱۰-۶ هفته و غربالگری تغذیه مادر باردار (ماما)	11w,2d	100/60	35	P.R: 80 R.R: 18 T: 36.5 مراقبت های روتین انجام و در معاینات فیزیکی به جزء پوسیدگی دندان مورد غیر طبیعی گزارش نگردیده است. در شرح حال سابقه بیماری خاصی را متذکر نبوده است. به دلیل پوسیدگی دندان، مادر توسط پزشک به دندانپزشک ارجاع شده است. در ارزیابی تغذیه مادر دارای الگوی تغذیه غیرطبیعی بوده که نیازمند آموزش و پیگیری ۲ هفته بعد جهت ارزیابی مجدد بوده است. ۱۴۰۳/۰۶/۱۳ پیگیری ارزیابی مجدد الگوی تغذیه انجام شده است.
۱۴۰۳/۰۷/۲۲	مراقبت دوم بارداری ۲۰-۱۶ هفته (ماما)	19w	110/60	38	P.R: 78 R.R: 18 T: 36.5 F.H.R:OK F.H:19w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، فاقد مشکل بوده است.

P.R: 80 R.R: 18 T: 36 F.H.R:OK F.H:26w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، فاقد مشکل بوده است.	41	100/60	28w,3d	مراقبت سوم بارداری ۲۴-۳۰ هفته (ماما)	۱۴۰۳/۰۹/۲۸
P.R:88 R.R: 18 T: 36.5 F.H.R:148 F.H:31w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، مشکل خاصی گزارش نگردیده است.	42	110/60	33w	مراقبت چهارم بارداری ۳۱-۳۴ هفته (ماما)	۱۴۰۳/۱۰/۳۰
P.R: 78 R.R: 18 T: 36.5 F.H.R:148 F.H:34w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، مشکل خاصی گزارش نگردیده است. نتیجه ارزیابی غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری کم خطر می باشد.	42.5	110/60	35w	مراقبت پنجم بارداری ۳۵-۳۷ هفته (ماما) و غربالگری کاردیومیوپاتی	۱۴۰۳/۱۱/۱۴
در تاریخ های ۱۴۰۳/۰۵/۳۰، ۱۴۰۳/۰۷/۲۲، ۱۴۰۳/۰۹/۲۸ و ۱۴۰۳/۱۰/۳۰ ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده است.					

شرح سونوگرافی های انجام شده در زمان بارداری بر اساس گزارش سامانه سیب

تاریخ انجام	G.A براساس LMP	G.A براساس SONO	سایر توضیحات
1403/07/10	17w.2d	17w.3d	F.Activity:ok FHR:ok Placenta: Anterior A.F:NL

نتایج آزمایش های انجام شده در زمان بارداری

CBC	Hb: 13.2	FBS: 80	U/A : Neg	نتایج آزمایشات ۱۰-۶ هفته
	Hct: 41	TSH: 3.6	U/C: Neg	
	MCV: 84	BUN: 5	HIV.Ab: Neg	
	MCH: 27.2	Cr: 0.7	HBS(Ag): Neg	
	MCHC: 32	BG&RH: A+		
	Plt: 200	VDRL: Neg		

CBC	Hb: 11.6	FBS: 59	U/A : Neg	نتایج آزمایشات ۳۰-۲۴ هفته
	Hct: 37	1hr: 89		
	MCV: 87	2hr: 84		
	MCH: 27.4	مادر RH: +		
	MCHC: 31.4	Plt: 204.000		

مراقبت در بخش خصوصی :

مراقبت های مادر در بخش خصوصی در درمانگاه بیمارستان A توسط متخصص زنان انجام شده و به شرح زیر می باشد:

توضیحات	FH	FHR	وزن (Kg)	BP	GA(LMP)	تاریخ
Sono.6.6:placenta:lowlying, EDC:1403.12.15, GA:? Sono 15.6:GA:13w,6d , AF:OK ,			۳۶,۸		14w	۱۴۰۳/۶/۱۲
Lab 9.7: wbc:7100, Hb:12.7, HCT:38.2, PLT:179000,BGRH:A+						
G2Ab1, LMP:?, Length:137 Sono 10.7:GA:18w, FHR:155, Placenta:ANT, AF:OK , EDC:1403.12.14, CX:39mm	۱۸	۱۵۲	۳۶,۷	۹۰/۶۰	18w	۱۴۰۳/۰۷/۱۱
Lab 17.8:TSH:3.627	۲۴	ok	۳۹	۱۰۰/۶۰	22w	۱۴۰۳/۰۸/۰۹
	۲۸	۱۴۸	۳۹,۱	۹۵/۶۰	26w	۱۴۰۳/۰۹/۰۷
Sono 29.9:GA:29w,5d, EDC:16.12, WT:1214gr	۳۰	ok	۴۱	۱۰۵/۷۷	29w,3d	۱۴۰۳/۱۰/۰۱
	۳۲	۱۴۴	۴۰,۳	۱۰۰/۶۰	32w	۱۴۰۳/۱۰/۱۹
	۳۲	۱۴۴	۴۱,۸	۱۱۰/۸۰	34w	۱۴۰۳/۱۱/۰۳
Sono 14.11:36w, AF:OK ,FHR:OK, Cephalic, WT:2455gr	۳۵	۱۴۸	۴۱,۹	۱۱۰/۷۰	36w	۱۴۰۳/۱۱/۱۷

بیمارستان A:

در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۴ ساعت ۵:۵۶AM مادر با شکایت از آبریزش از ساعت ۵AM به بلوک زایمان بیمارستان A مراجعه کرده است. طبق فرم تریاژ علائم حیاتی به صورت T:37 , RR:19 , PR:84 , BP:120/80 و SPO2:97% و FHR:140 بوده و سطح تریاژ ۲ تعیین شده است.

طبق شرح حال مامایی: مادر G1 و GA:37 هفته بوده و معاینه واژینال به صورت: 3- 30% finger 1 و کیسه آب باز و شفاف و قد مادر حدود ۱۳۰ س بوده است. شرح حال به اطلاع پزشک معالج رسانده شد و مقرر شد مادر بستری و تحت نظر باشد. طبق شرح حال ثبت شده توسط پزشک معالج، مادر در ظاهر قد بسیار کوتاه و احتمال سندرم ژنتیکی اسکلتی وجود داشته که هیچ اطلاع و بررسی خاصی انجام نداده است. معاینه لگن CPD واضح و دستور داده شد جهت سزارین آماده شود. مادر در ساعت ۹:۳۰AM به اتاق عمل تحویل داده شد. مادر تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته، difficult intubation بوده، عمل سزارین انجام شده که حاصل آن نوزاد پسر به ظاهر سالم و با آپگار ۹/۱۰ و با وزن ۲۴۴۰ گرم بوده است.

طبق ویزیت پزشک زنان سرم ۲/۳ ۱/۳ lit/q8t و ۳۰ واحد اکسی توسین، آمپول سفازولین ۱gr/q6h، آمپول آپوتل ۱gr/5h و سپس q8h، شیاف دیکلوفناک q8h دستور داده شد. در ساعت ۱۱:۵۰ به بخش زنان تحویل داده شد. طبق گزارش پرستاری

علائم حیاتی به صورت: T:37.1 , RR:20 , PR:90 , BP:120/70 و SPO2:98% ثبت شده و VB:NL ، رحم کنتراکت بوده، محل پانسمان خشک و بدون هماتوم، شکم نرم بوده و ریباند تندرینس نداشته است. سوند فولی فیکس و میزان ادرار ۲۰۰cc بوده، بیمار کاملاً هوشیار و قادر به پاسخگویی کامل بوده و تب و تاکی کاردی نداشته است. نتیجه ارسال آزمایشات اولیه به شرح زیر بوده است:

WBC:11000, Hb:14.9, HCT:44.7, PLT:126000

در شیفت عصر از ساعت ۱۳ الی ۱۹، output/۷۰۰cc و clear بوده است. بیمار کاملاً هوشیار و سرم اکسی توسین در جریان بوده است. نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۱۶ به شرح زیر می باشد:

WBC:21300, Hb:14, HCT:41.7, PLT:95000, Neut:95.4, LYM:3.5, RDW-CV:15.2

در شیفت شب علائم حیاتی به صورت: T:37.2 , RR:20 , PR:98 , BP:120/80 و SPO2:97% بوده است. طبق گزارش پرستاری محل انسزیون خشک و بدون ترشحات بوده و شکم نرم و بدون تندرینس و درد بوده است. مادر تب و تاکی کاردی و تهوع و استفراغ نداشته و نوزاد نزد وی و BF انجام شده است. از ساعت ۲۰ رژیم مایعات شفاف شروع شده و تحمل کرده، سوند در ساعت ۲۰، DC شده است. (طبق پرسشگری انجام شده از خواهر متوفی، بیمار از ساعت ۲۰ از تنگی نفس شاکی بوده است به اطلاع پرستار بخش رسانده شده و ایشان فشار خون را چک کرده و اظهار داشتند که مشکلی وجود ندارد و لحظه به لحظه تنگی نفس بیمار بدتر شده است. در این خصوص در گزارش شیفت شب موردی ثبت نشده بود).

در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۵ در ساعت ۱AM بیمار از تنگی نفس شاکی بوده، پرستار بر بالین بیمار حاضر شده و میزان SPO2:84% بوده، با دریافت اکسیژن SPO2:89% افزایش یافته و PR از ۱۵۰ به ۱۳۰ رسیده و ECG گرفته شده است.، توسط پزشک اورژانس رؤیت گردید. با توجه به تاکی کاردی احتمال PTE تشخیص داده شد.

طبق گزارش پزشک اورژانس در ساعت ۲:۲۷AM نوار قلب رؤیت شده، تاکی کارد بوده و میزان o2sat:80% بوده با متخصص زنان تماس گرفته شده و ارسال CBC و انجام CT اسکن با پروتکل PTE و اکسیژن تراپی به صورت ۴lit/min و مانیتورینگ قلب و پالس اکسی متری دستور داده شد. نتیجه ارسال آزمایشات: WBC:21100, Hb:10.5, HCT:33, PLT:120000

پزشک معالج بر بالین بیمار حاضر شده و در ساعت ۳:۳۰AM با توجه به تاکی کاردی، افت o2sat و افت Hb بیمار جهت لاپاراتومی به اتاق عمل انتقال یافت. طبق ویزیت متخصص بیهوشی در اتاق عمل: بیمار هوشیار و بیدار بوده، مختصر دیسترس تنفسی داشته است. با ماسک میزان o2sat:93% و بدون ماسک تا ۸۰٪ افت داشته است. به دلیل difficult intubation اقدام به انجام بیهوشی اسپینال شد، لیکن به دلیل مشکلات آناتومیک ستون فقرات امکان انجام بیهوشی اسپینال نبوده و بیهوشی عمومی با LMA انجام شد. طبق شرح عمل در حفره شکم خون واضحی وجود نداشت. با ۱ لیتر سرم گرم شکم شستشو داده شد. در ساعت ۴:۴۵AM مادر به دنبال لاپاراتومی تشخیصی و با توجه به مشکلات اسکلتی و سرفه و افت o2sat (۷۶٪) بدون اکسیژن و تاکی کاردی به ICU انتقال یافت. طبق دستور متخصص زنان بعد از عمل NPO تا ۸ ساعت، سرم ۱/۳ ۲/۳ ۱lit/q8t، تزریق ۱ کیسه خون، ۱ واحد FFP، مشاوره قلب و انجام CT قفسه سینه با پروتکل PTE دستور داده شد. دریافت اکسیژن با ماسک و ارسال آزمایشات لازم دستور داده شد.

در ساعت ۸AM شکم بیمار سفت و دیستنت بوده، و به دلیل Hb:8.1 و تاکی کاردی به اطلاع پزشک زنان رسانده شد، به دستور ایشان شکم بیمار مشکلی نداشته و نیاز به اقدامی ندارد. دستور تزریق دو کیسه PC داده شد. نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۷AM به شرح زیر می باشد:

WBC:14500, Hb:8.1, HCT:25.2, MCHC:30.9, Neut:92.1, LYM:6.4, PLT:100000, PT:18.9, INR:1.46, PTT:32, FBS:89, BUN:10, Cr:1, Na:147, K:3.40, PH:7.292, PCO2:31.6, PO2:77, HCO3:15.3, BEecf:-11.4
در ساعت ۸:۱۵ طبق ویزیت متخصص بیهوشی سرم رینگر لاکتات ۱ لیتر free و پس از آن NS ۱lit/h انفوزیون شود. در ساعت ۱۲:۵۰ تزریق آمپول هیدروکورتیزون ۱۰۰ mg/stat و آمپول لازیکس ۲۰ mg/stat دستور داده شد. طبق مشاوره قلب در ساعت ۹AM در اکوکاردیوگرافی EF:65-70% بوده و شواهدی از massive PTE وجود نداشته است. دستور بررسی از نظر PTE با CT آنژیو ریه و پروفیلاکسی VTE داشته باشد. نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۱۰AM به شرح زیر می باشد:

SGOT:46, SGPT:13, ALK P:211, Ca:8.1, Mg:1.7, Alb:2.6, Billi T:0.5, Billi D:0.2, CPK:367
طبق گزارش پرستاری در شیفت عصر تنفس SP همراه با اکسیژن نازال داشته و SPO2:97% بوده، مردمک ها قرینه و Reactive به نور بوده است. شکم بیمار سفت و بزرگ بوده، بیمار NPO و تشویق به تنفس های عمیق شده است. دیورز برقرار بوده، بیمار از سرفه و تنگی نفس شاکی بوده، متخصص بیهوشی بر بالین بیمار حاضر شدند و پس از بررسی موردی نداشته است. دستور شروع رژیم داده شد.

CT آنژیو به صورت NO PTE ریپورت گردید. همچنین سونوگرافی کامل شکم و لگن انجام شده و کلیه موارد نرمال و بدون مایع آزاد گزارش گردید.

در ساعت ۱۶:۲۰ طبق تماس با متخصص زنان مقرر شد، CBC ساعت ۱۸ چک شده و شروع مایعات با تأیید متخصص بیهوشی انجام شود. در شیفت شب بیمار هوشیار و بی قرار بوده است. اکسیژن با ماسک با فلوی ۸ لیتر در جریان بوده و بیمار تاکی پنه بوده است. ریتم قلب سینوسی تاکی کاردی و HR:120-150 و SPO2:87% بوده است.

نتیجه CBC: Hb:14, Plt:95000 و WBC:21300 و در ساعت ۲۰ بیمار بیقرار و تاکی کارد بوده است. دستور تزریق آمپول پتیدین ۵۰mg/IM داده شد. در ساعت ۲۳ تاکی کارد و تاکی پنه بودن بیمار و ریپورت CT به اطلاع متخصص بیهوشی رسانده شد و دستور تزریق سرم ۱/۳ ۲/۳ + ۱lit ۱۵% KCL ۱۵cc و درپ لازیکس ۱۰mg/h در صورت SBP>90 و دریافت اکسیژن با ماسک رزرو بگ داده شد. شکم بیمار دیستنت بوده و از ساعت ۱۵:۰۰ میزان output کاهش یافته، به اطلاع پزشک معالج رسانده شد.

در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۲۶ در ساعت ۱:۵۰AM بیمار به طور ناگهانی برادیکارد و آسیستول شد. بلافاصله عملیات احیا شروع شد و حدود ۴۵ دقیقه ادامه یافت که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و در ساعت ۲:۳۵AM فوت بیمار اعلام می گردد.

"شایان ذکر است طبق مستندات پرسشگری انجام شده حدود دو سال پیش برادر متوفی به دنبال عمل پا، ناشی از حادثه کاری دچار آمبولی شده است."

طبق گزارش پزشکی قانونی علت فوت "نارسایی همودینامیک به دنبال ترومبوآمبولی ریه و احتمالاً آمبولی مایع آمنیوتیک در زمینه بارداری" اعلام شده است.

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارائه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر		
نواقص خدماتی	هدف	فعالیت
دوران بارداری: - نظر به عدم اطلاع دقیق مادر از LMP در زمان تشکیل پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی LMP در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۱۴ همزمان با مراقبت ۳۵-۳۷ هفته و براساس نتیجه سونوگرافی سه ماهه سوم ویرایش شده است. - جهت محاسبه BMI وزن پیش از بارداری گفته شده توسط مادر که اختلاف قابل توجه با وزن زمان مراجعه داشته، مبنا قرار گرفته است. - در مراقبت شرح حال اولیه پزشک پوسیدگی دندان مادر و ارجاع به دندانپزشک ثبت شده است ولی در شرح حال اولیه ماما نتیجه معاینات طبیعی ثبت گردیده است. در ملاقات سوم بارداری التهاب و پوسیدگی دندان خیر ثبت شده است. - بنا به اظهار خانواده متوفی در هنگام پرسشگری، مادر سابقه آمبولی در بستگان درجه یک داشته است ولی در ارزیابی خطر ترومبوآمبولی بدون سابقه خانوادگی ثبت شده است. - ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای مادر انجام نشده است. - مادر چهار نوبت سونوگرافی انجام داده که یک نوبت از آن در سامانه سیب ثبت گردیده است. - در تاریخ ۱۴۰۳/۱۱/۱۴ همزمان با سن بارداری ۳۵ هفته، مراقبت شرح حال اولیه پزشک جهت ارجاع به دندانپزشک انجام شده است. - با توجه به ظاهر مادر (کوتاهی قد) و احتمال وجود مشکل اسکلتی عضلانی براساس گزارش زمان پذیرش مادر در بیمارستان جهت انجام زایمان و پزشکی قانونی، در معاینات فیزیکی مادر در واحد بهداشتی و مطب زنان بخش خصوصی به این مورد اشاره نشده و اقدامات لازم انجام نگردیده است.	ارتقاء خدمات مراقبتی مادران	- در صورت عدم اطلاع دقیق مادر از LMP، سونوگرافی در اولین مراجعه درخواست و مبنای محاسبه سن بارداری قرار گیرد. (بدیهی است سونوگرافی سه ماهه اول در این مورد از دقت بیشتری برخوردار است) - بر اساس کتاب راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده در موارد عدم هم خوانی فاحش وزن قبل از بارداری با وزن زمان مراجعه، وزن اولین مراجعه مادر تا قبل از هفته ۱۳ بارداری می بایست، برای محاسبه BMI ملاک قرار گیرد. - بر ضرورت دقت در شرح حال اخذ شده و مطابقت شرح حال اولیه اخذ شده توسط پزشک و ماما تاکید گردد. - بر اخذ دقیق شرح حال مادر تاکید می گردد. - لازم است خدمت ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای کلیه مادران باردار انجام شود. -نسبت به توجیه و آموزش مراجعین در خصوص اهمیت ارایه کلیه سوابق پاراکلینیک تاکید و پیگیری دریافت آن توسط مراقبین مادر انجام گردد. - جهت ارجاع به دندانپزشک ضرورتی به انجام مراقبت شرح حال اولیه بارداری پزشک نمی باشد و این ارجاع از مسیر ویزیت نیز میسر است. -پیگیری تدوین و ابلاغ دستورعمل دانشگاهی اقدامات مورد نیاز در خصوص موارد کوتاهی قد شدید و احتمال وجود مشکلات اسکلتی عضلانی در مادر باردار توسط گروه زنان و زایمان از سوی معاونت بهداشت صورت گیرد.