

به نام خدا

گزارش مورثالیتی

دکتر برومند فرد

معرفی بیمار

- خانم باردار ۳۳ ساله، شاغل
- EDC= ۹۴/۷/۲۲ ۹۳/۱۰/۱۵ LMP= ۹۴/۵/۱
- سن بارداری در آخرین مراجعه : ۲۸ هفته و ۱ روز
- تعداد مراقبت سرپایی در دوران بارداری : بر اساس کارت مراقبت متخصص زنان ۵ بار

Date	Wight (kg)	BP (mm/Hg)	Fundal height (cm)	FHR	Gestational age	
94/1/5	87	145/89		-	12 + 6	1st trimester screening Progesterone Folic acid
94/2/5	89	Ok	17	+	17 + 2	Anomaly scan 2th trimester screening Multivitamin Fefol
94/3/12	92	Ok	21	+	21 + 2	Fetal echocardiography vitamin D ₃ Multivitamin Fefol
94/4/10	95	Ok	25	+	25 + 3	Multivitamin Fefol vitamin D ₃
94/4/29	100	145/85	28	+	28 + 1	Clexan Calcium Preeclampsia w/u ASA Multivitamin Fefol

سیر بارداری پس از آخرین مراجعه:

- در آخرین مراقبت (۲۹/۴/۹۴) خانم باردار از لکنت زبان شاکی بوده است که با تشخیص احتمال **Transient ischemic attack (TIA)** درخواست مشاوره نورولوژیک بصورت سرپایی شده است.
- پس از این اقدام، تاریخ ۹۴/۵/۳ نوبت کلینیک نورولوژی داده شده است.
- در تاریخ ۹۴/۴/۳۰ بیمار با پای خود و با بیحالی و درد اپی گاستر به علت فشار خون بالا (۱۵۰/۹۰) به بیمارستان A مراجعه کرده و اظهار داشته که در مطب پزشک دچار لکنت زبان شده که پزشک زنان توصیه به بستری سریع کرده است.

وضعیت بیمار در هنگام مراجعه به بیمارستان A

- رنگ پریده، pale، بیحال
- فشارخون در بدو ورود ۱۳۰/۸۰
- FHR= ۱۴۶
- فشارخون مجدد : ۱۲۰/۶۰

دستورات پزشک در هنگام بستری در بیمارستان A

- U/A , (U/P) ,U/C
- Toxemia chart
- mgso4 amp 10 gr stat Im
- Hydralazine amp 5gr IV slowly if BP=150/110 PRN
- clexan amp SQ 40 mg stat
- Call to MCMC

جواب آزمایشات در بیمارستان A

- WBC=9500 HB=7/4 PLT=270,000
- PT=11 PTT=27 INR=0/73
- A.S.T=48 ALT=34 ALK=323
- BUN=24 Cr=0.7 Na=137 K=5.1
- U/A : U/P=3+ RBC=26 -30 WBC = 10-12 Blood = 2+

اعزام بیمار به بیمارستان B

■ پس از هماهنگی با MCMC بیمار در ساعت ۱۹:۴۵ با همراه کارشناس مامایی و پزشک عمومی به بیمارستان B اعزام شده است.

- FHR= 156
- V/S : BP=150/90 T=36/1 PR=86 RR=16
- Urine output :800 CC

اقدامات بیمارستان B

- بیمار در ساعت ۲۱ با برانکارد و همراهی ماما ، وارد فوریت های داخلی بیمارستان B شده است .
- پذیرش بیمار توسط رزیدنت نورولوژی و رزیدنت زنان انجام شده است.
- به محض ورود توسط رزیدنت نورولوژی ویزیت شده است : سردرد ، ادم ، تاری دید دارد اما هوشیار است . اکسیژن nasal می گیرد.
- V/S : RR=20 HR=76 BP=150/105

■ دستورات رزیدنت نورولوژی

- LOW SALT & LOW FAT
- Brain MRI s Gad + MRV +GRE+DWI
- کانسالت زنان
- MRI و ECG توسط سینیور نورولوژی دیده شده و طبق نظر ایشان هیچ مشکلی نداشته و از سرویس نورولوژی مرخص شده و به سرویس زنان تحویل داده شده است. (۵۰:۲۳)
- بیمار در ساعت ۰۵:۰۰ am با پرستار و رزیدنت زنان به OR منتقل و با عمل سزارین نوزاد پسر به وزن ۱۰۰۰ گرم و آپگار ۵/۱۰ و ۶/۱۰ متولد شده است.
- بیمار حین بیهوشی ۲۰۰۰ سی سی سرم رینگر و نرمال سالین و یک واحد خون دریافت کرده است.
- میزان خونریزی حین عمل حدود ۴۰۰ سی سی تخمین زده شده است.

■ در ساعت 03:30AM بیمار به ریکاوری منتقل میشود خواب آلود و گیج است. تنفس خودبخودی است. اکسیژن می گیرد و مانیتورینگ قلبی می شود:

HR= 130 SP02=79-83% BP=170/107

■ طبق دستوررزیدنت بیهوشی هیدرولازین 5mg IV stat داده شد: HR= BP=170/90
125

■ و سایر داروها :

1. Lasix 10mg 2 dose Q15 min
2. Midazolam 1mg Iv stat
3. Morphine 5 mg Iv stat slowly
4. Salbutamol spray 4 puff

■ ABG : PH=7/351 PCO2=24/4 PO2= 35 HCO3=13/5 BE= - 11/1

■ پس از انجام دستورات ذکر شده

■ spO2=69% HR=125 BP= 160/100

■ رنگ پوست بیمار طبیعی ، محل عمل خونریزی ندارد و JP مقدار 10cc ترشح خونابه ای داشت .

■ در اتاق عمل مقدار urine out = 500cc بود . V/B ندارد .

■ طبق نظر اتندینگ بیهوشی ، بیمار در ریکاوری نگه داشته شد.

■ داروی Mgso4 از ساعت ۰۳:۳۰ به بیمار داده شد.

■ از هنگام ورود بیمار به ریکاوری تا ساعت ۰۷:۰۰ urine out= 300cc بود.

شیفت صبح ۹۴/۴/۳۱

- بیمار در ریکاوری به شیفت صبح تحویل داده شد.
- SPO2=69%- 87% BP=169/100 HR=130
- هوشیار اما بی قرار است. تاکی پنه می باشد
- RR= 30 O2 5lit با ماسک می گیرد.
- لابتالول داده شد. BP=135/103 رسید.
- جواب ABG توسط اتندینگ بیهوشی شیفت صبح دیده شد (HCO3= 11/1) طبق دستور یک ویال بیکربنات داده شد و CXR دیده شد .
- در ساعت ۰۸:۳۰ دچار کاهش هوشیاری شد که توسط اتندینگ بیهوشی اینتوبیت شد.

- بیمار در ساعت ۹:۲۰ به ICU اجراحی منتقل شد.
- از ساعت ۷:۳۰ تا ۹ صبح urine out نداشت. در ICU یک واحد PC به صورت Push توسط رزیدنت بیهوشی داده شده است.
- تعداد تنفس بیمار کاهش یافته و سپس وی دچار ایست تنفسی می شود ؛
- **حین احیا ساکشن ETT انجام شد ترشحات کف آلود و خونی بود.**
- در ساعت ۱۱:۱۰ جواب ABG بدین شرح است:
- PH= 6/879 PO2=20/5 PCO2=68
- BE= -20/4 HCO3=12/7 و تا ساعت ۱۱:۲۰ بیمار برنگشت و Expire شد و ختم CPR اعلام شد.

کالبد گشایی

- در یک ناحیه به وسعت تقریبی ۱۰*۱۰ سانتی متر در ناحیه تحتانی سمت چپ شکم ، پتشی متعدد دیده می شود.
- احتقان شدید پوست صورت مشهود است . تورم در اطراف چشم ها مشهود است .
- احتقان شدید در ملتحمه چشم ها و پلک ها مشهود است. بافت مغز کمی متورم است. وزن مغز ۱۲۲۰ گرم می باشد. در عروق ناحیه مغز و مخچه و سینوسهای مغزی آثاری از لخته خونی مشاهده نشد.
- در فضای جنب سمت راست و سمت چپ خون ومايع غير طبيعي مشهود است.
- در بين لوبه‌های ریه پتشی مشهود است . در برش ریه ها احتقان و خیز مشهود است .
- درون مجاری تنفسی ترشحات سفید رنگ و کف آلود فراوان مشهود است.
- مایع اطراف قلب خونابه ای و حجم حدود ۱۱۰ میلی لیتر می باشد. معده محتوی خونابه می باشد.
- درون لب سمت راست کبد خونریزی های نقطه ای متعدد دیده می شود.

اگر به نکات ذیل دقت می‌شد شاید این مرگ رخ نمی‌داد:

۱- **اضافه وزن ۵ کیلوگرم در مدت ۱۹ روز** : براساس پروتکل کشوری در صورت اضافه وزن بیشتر از ۳ کیلوگرم در ماه یا بیشتر از یک کیلوگرم در هفته : بستری و بررسی از نظر پری اکلامپسی

۲- **جدی گرفتن و دقت بیشتر به علائم و شکایت های خانم باردار**: در همان آخرین ویزیت بیمار و شک به پره اکلامپسی یا TIA لازم بود بیمار بستری گردیده و مشاوره نورولوژی در صورت لزوم بر بالین انجام شود.

۳- **ارائه درست شرح حال و گزارش وضعیت بیمار در هنگام مشاوره** :

پذیرش اولیه در سرویس نورولوژی در بیمارستان B

- به دلیل تشخیص اشتباه (R/O CVA) ، روند انتقال و گرفتن پذیرش سرویس بستری نورولوژی ، در بیمارستان مقصد اشتباه شده است و باعث اتلاف وقت در بیمارستان مبدا و مقصد گردیده است. بیمار می بایست پذیرش زنان می شد و سپس درخواست کانسالت نورولوژی انجام می شد.

۴- توجه ویژه به وضعیت بیماران پرخطر پس از اعمال جراحی : بیمار می بایست مستقیم با وضعیت اینتوبیت از OR به بخش ICU منتقل می شد و براساس وضعیت O2sat نباید اکستوبیت می شد.

۵- تجویز منطقی و با اندیکاسیون دارو : برای مثال اندیکاسیون تجویز کلگزان در بیمار مشخص نیست.

۶- ثبت دقیق مستندات در کارت مراقبت یا پرونده بهداشتی مادر باردار : در صورت انجام هر اقدام برای بیمار یا تصمیم گیری جهت بستری کردن بیمار باید در کارت مراقبت یا پرونده بهداشتی ثبت گردد تا مستندات قابل دسترسی باشد.

۷- توجه ویژه به دستورالعمل کشوری و اجرای دقیق مفاد آن بویژه در موارد بارداری پرخطر

۸- توجه به توصیه ها و بخشنامه های معاونت درمان :متخصص زنان با توجه به توصیه معاونت درمان ، شخصا جهت همراهی بیمار باید اقدام می نمود .

از توجه شما سپاس