

پرونده بهداشتی

متوفی خانمی ۴۱ ساله و G6P3L3Ab3

-GA=32W+5d- LMP=1401/12/4

سابقه جراحی: هموروئیدکتومی / ۲ بار سزارین (آخرین عمل سزارین ۴ سال قبل) هر دو زایمان قبلی به روش سزارین بوده است آخرین سزارین سال ۹۸ بوده و سابقه ۳ بار سقط مکرر داشته است جنسیت دو فرزند قبلی دختر بوده و تمایل به بارداری مجدد داشته است پرونده پیش از بارداری در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۲۷ تشکیل و توسط ماما و پزشک مرکز ویزیت و مراقبت گردیده بود. BMI=31.1

جواب آزمایشات پیش از بارداری: FBS=84 Hb=12.1 PLT=328000

پرونده بارداری در تاریخ ۱۴۰۲/۵/۷ در هفته ۲۲ بارداری تشکیل می گردد و بنا به اظهار مادر که به بهورز فرموده می ترسیدم دوباره سقط شود بخاطر همین جهت تشکیل پرونده بارداری دیر مراجعه کردم و کلا در طول بارداری (۲ مراقبت توسط ماما و ۱ مراقبت توسط پزشک و ۲ مراقبت توسط بهورز) انجام شده بود و بعلت بستری های متعدد در بیمارستان و تاکید به استراحت، علی رغم پیگیری های متعدد مراجعه به بهداشت کم بوده است . آخرین مراقبت ماما و پزشک در تاریخ ۱۴۰۲/۵/۲۴ و ۱۴۰۲/۵/۲۶ بوده که به علت سابقه سقط مکرر و سابقه دو بار سزارین و سن بالا به متخصص زنان ارجاع داده شده بود . در پیگیری تلفنی تاریخ ۱۴۰۲/۶/۷ و ۱۴۰۲/۶/۳۰ و ۱۴۰۲/۷/۸ و ۱۴۰۲/۷/۱۸ فرمودند که بستری بیمارستان می باشد.

فشار خون BP=110/80 بوده است EDC= 1402/9/11 LMP=1401/12/4 BMI=31.1

آزمایشات بارداری بار اول تاریخ 1402/2/9 : PLT=330000 HCT=34.8 HB=12.3 FBS=84
TSH=0.4 U/A=normal U/c=no grow cr=0.83 Urea=17.9

آزمایشات بارداری بار دوم تاریخ 1402/5/29 : PLT=254000 HCT=32.4 HB=10.7 FBS=85
GTT1=144 GTT2=127 U/A=normal U/c=no grow cr=0.8 Urea=25 که در بیمارستان بستری بود. سونوگرافی تاریخ ۱۴۰۲/۳/۱۰: جنین تک قلو و زنده-مایع نرمال - سن حاملگی ۱۳ هفته و ۵ روز- جفت قدامی و IOS بسته است.

سونوگرافی تاریخ ۱۴۰۲/۳/۲۸ : جنین تک قلو و زنده-مایع نرمال - سن حاملگی ۱۵ هفته و ۶ روز- جفت قدامی و در فاصله مناسب از IOS قرار دارد و IOS بسته است.

خلاصه پرونده درمانی

مراجعه بار اول

برابر فرم تریاژ مورخه ۱۴۰۲/۶/۴ ساعت ۱:۱۰ بامداد بیمارستان امام خمینی شهرستان الف گزارش مامای تریاژ: مددجو، ۴۱ ساله، GA=26W+1d، G6P2Ab3، با سابقه ۲ بار سزارین، با شکایت خونریزی، بطور هوشیار و سرپایی به اتاق مامائی بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده و با علایم حیاتی BP=110/80 P=86 R=18 T=36/3 در سطح ۲ تریاژ شده است. طبق خلاصه پرونده مورخه ۹۸/۱۱/۵، چسپندگی شدید شکمی داشته است. در معاینه کول بسته و VB در حد mens دارد، FHR=150، به اطلاع متخصص زنان رسانده شد و به دستور ایشان بیمار بستری بخش زایمان شد. دستورات متخصص محترم زنان ساعت 1:30Am:

- IVx2
- چک آزمایشات -CBCdiff-BUN-Cr-BS-PT-PTT-INR-Fib-LDH-U/A-SGPT-SGOT
- سرم رینگر 1Lit
- سونوگرافی اورژانسی وضعیت بارداری و R/O دکلمان و کال داپلر از نظر آکرتا
- آمپول بتامتازون-سوند فولی و چک U/O و اطلاع در صورت کمتر از 30cc/h

گزارش مامایی بخش زایمان شهرستان الف در ساعت ۲:۲۰Am:

مددجو بعد از انجام سونوگرافی و دستورات پزشکی بر روی ویلچر با BP=120/70 P=82 واپیستاکسی از تریاژ تحویل گرفته شد. گزارش سونوگرافی جفت پرکرتا می باشد و جفت بصورت متورم و در نزدیکی مثانه مشاهده می شود که عروق Retro placental آن افزایش یافته است. واپیستاکسی بیمار برطرف شد. رضایت به ختم بارداری ندارد. در ساعت ۴:۳۰ به دستور متخصص زنان طی هماهنگی با بیمارستان سطح ۳ به علت پرکرتا و پره ترم بودن

جنین و نبود آنکال ارولوژی (نفوذ جفت به مثانه) بیمار با VB در حد کمتر از mens به بیمارستان ب مرکز دانشگاهی (سطح ۳) اعزام شد.

بیمارستان ب مرکز دانشگاهی (سطح ۳) مورخه ۱۴۰۲/۶/۴:

برابر فرم تریاژ در ساعت ۰۷:۱۸Am: مددجو اعزامی از شهرستان ... در سطح ۲ تریاژ و توسط رزیدنت سال ۲ زنان در اورژانس ویزیت می شود: VB در حد کمتر از mens و علایم حیاتی (BP=100/60 P=82 R=16 T=37) stable

دستورات ساعت ۷:۳۰:

FHR مانیتورینگ / کنترل V/S / چک CBC-BUN-Cr-PT-PTT-INR-U/A / پد تست داشته باشد / FH علامت زده شود / رزرو ۲ واحد PC، ۴ واحد FFP، ۱۰ واحد پلاکت / سونوگرافی وضعیت سلامت و موقعیت جفت / بستری لیبر دستورات در اورژانس انجام شده و سپس در ساعت ۸:۳۰ مورخه ۱۴۰۲/۶/۴ تحویل بخش LDR شده است و در آنجا به دستور متخصص زنان، یک ۱ واحد PC و سولفات منیزیم 2gr/h تا ۱۲ ساعت دریافت می کند،

برابر مشاوره پریناتولوژی، ساعت ۱۸ همان روز:

بیمار در حال حاضر خونریزی فعال دارد در سونوگرافی جفت پرویا +اینکرتا است، می تواند در بخش پریناتال تحت نظر باشد. توصیه به رزرو ۴ واحد PC، ۴ واحد FFP، رضایت هیستریکتومی از بیمار شده است

مورخه ۱۴۰۲/۶/۵ خونریزی بیمار قطع شده و توسط متخصص زنان درخواست TIBC، ferritin، Retic count، PBS Serum iron شده است. (TIBC=۴۳۶، PBS=200000)

مورخه ۱۴۰۲/۶/۶ از بخش زایمان به بخش پریناتولوژی انتقال یافته است. در مورخه ۱۴۰۲/۶/۷ مشاوره تغذیه به عمل آمده و رژیم دیابتیک تنظیم می گردد و درخواست MRI از نظر بررسی چسبندگی جفت شده است. در مورخه ۱۴۰۲/۶/۹ ساعت 13PM با دستورات ذیل مرخص شده است:

- هشدار علایم نیازمند توجه ویژه - پیگیری سرپایی جواب MRI جفت / - مراجعه سرپایی به درمانگاه پریناتولوژی هر

۳ هفته - هشدار علایم نیازمند توجه ویژه

1402/6/4	1402/6/5	1402/6/5	1402/6/6	1402/6/7	1402/6/8	1402/6/9	تاریخ
9.6	8.9	9.4	9	9.1	9.8	10.1	Hb

برگه گزارش MRI

تاریخ: ۰۷/۰۶/۱۴۰۲	شماره برگه: ۲۰۵۷۱
سن: ۴۱	مشخصات بیمار: فاطمه شهاب پور
تاریخ جوابدهی: ۰۷/۰۶/۱۴۰۲	کد ملی: 2870543107
	بخش: بخش پریناتولوژی

MRI of placenta without contrast :

Single fetus with cephalic presentation is seen within uterus.

Placenta is located antero inferiorly but dose not cover IO .

Uterine wall bulging , and focal absence of myometrium anterior inferiorly at wall of uterus is noted .

Bulging in to urinary bladder cavity without normal serosa and with suspected urinary epithelial invasion are seen infavour of placenta percreta .

Otherwise study is unremarkable.

Practitioner : Sahel Rasuli

(مراجعه مجدد ۱۷ روز بعد از ترخیص اول)

بیمارستان الف (شهرستان) مورخه ۱۴۰۲/۶/۲۶

برابر گزارش تریاژ مورخه ۱۴۰۲/۶/۲۶ ساعت ۱۱:۳۰ صبح: مددجو، ۴۱ ساله، GA=29W+2d سابقه ۲ بار سزارین

، با شکایت خونریزی، بطور هوشیار و سرپایی به بیمارستان الف شهرستان مجدد مراجعه کرده و با علایم حیاتی

BP=110/70 P=87 R=21 T=36/6 در سطح ۳ تریاژ شده است. در معاینه کول بسته و VB مشهود نشد. FHR=150

دستور متخصص محترم زنان:

بستری زایمان-درخواست آزمایشات+آماده اعزام

همسر بیمار اظهار می کند شخصا سریعتر به بیمارستان سطح ۳ (بیمارستان ب) می رسد با قبول مسئولیت با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کردند

برابر فرم تریاژ بیمارستان ب مورخه ۱۴۰۲/۶/۲۶ ساعت ۱۴:۰۹

مددجو باردار، G6L2Ab3، با وسیله شخصی از شهرستان با شکایت خونریزی به اورژانس مراجعه کرده، در

سطح ۲ تریاژ شده، Bp=128/73 p=87 R=18 T=37 SPO2=98

توسط رزیدنت سال ۲ زنان ویزیت شده است. در معاینه VB در حد آلودگی دستکش بوده است (طبق سونوگرافی

13w+5d در مورخه ۱۴۰۲/۳/۱۰) (29W+2d) (به دستور متخصص زنان بستری بخش پریناتولوژی شده است. حال

عمومی بیمار خوب، بدون علایم زایمانی، در حال حاضر VB ندارد

دستورات: رزرو ۲ واحد PC، ۴ واحد FFP، ۱۰ واحد پلاکت-ارسال آزمایشات-آمپول هپارین-آمپول بتامتازون

مورخه ۱۴۰۲/۶/۲۸: به اظهار بیمار و مشاهده مامای بیمار، از شب ۲۷/۶/۱۴۰۲ خونریزی قطع شده است

درخواست سونو بیومتری رشد هر ۳ هفته-/داپلر هفتگی-/سونوگرافی AFI و BPP دو بار در هفته

مورخه ۱۴۰۲/۶/۲۹: درخواست مشاوره پزشکی قانونی بدلیل درخواست ترک بیمارستان توسط بیمار

تاریخ	1402/7/5	1402/7/4	1402/7/3	1402/7/2	1402/7/1	1402/6/31	1402/6/30	1402/6/28	1402/6/26
Hb	9.2	9.2	9	9.6	9.6	9.4	9.6	9	9.3

مراجعه بار سوم یک روز بعد از ترخیص

برابر فرم تریاژ بیمارستان ب در مورخه ۱۴۰۲/۷/۶ ساعت ۱۷:۰۶ مددجو با شکایت لکه بینی و درد زایمان مراجعه

کرده است در سطح ۱ تریاژ شده توسط رزیدنت سال ۲ زنان در اورژانس ویزیت شده است.

شرح حال: مددجو باردار 31w با شکایت خونریزی بعد از ترخیص ، به این مرکز مراجعه نموده است. بعلت جفت اینکرتا تا ۱۰ روز بیمارستان بستری بوده است و پس از ترخیص مجدد خونریزی نموده است. BP=110/70 P=88 SPO2=97

بیمار با تشخیص جفت اینکرتا در اورژانس بستری می شود.

دستورات ساعت ۱۸: کنترل علائم حیاتی /-چک CBC-BUN-Cr-PT-PTT-INR-U/A و رزرو ۲ واحد p.c و ۴ واحد ffp ۱۰ واحد plt/-درخواست سونوگرافی AFI،BPP،هماتوم خلف

گزارش ماما می اورژانس: مددجو خونریزی فعال ندارد، VB در حد mens دارد. سونوگرافی توسط رادیولوژیست انجام شد جفت پره ویا ،آکرتا گزارش شد ، بیمار بستری بخش زایمان در ساعت ۰۰:۳۰ شد.

مورخه ۱۴۰۲/۷/۷، 31w، خونریزی کمتر از mens ،در حد آلودگی دستکش ،درد ندارد. در ساعت 9Am توسط متخصص زنان ویزیت شده ، فرو سولفات، رزرو ۲ واحد PC، ۴ واحد FFP، ۱۰ واحد پلاکت ،رضایت هیستریکتومی گذاشته شده است. دو واحد pc کم لکوسیت تزریق شده است (HB قبل تزریق ۹ و HB ۶ ساعت بعد تزریق ۱۰/۷)
مورخه ۱۴۰۲/۷/۸: سونوگرافی بیوفیزیکیال پروفایل انجام شده است.V/B ندارد. ویزیت توسط متخصص زنان شده است (Plan=تحت نظر باشد)

مورخه ۱۴۰۲/۷/۹ : V/B ندارد. توسط متخصص زنان ویزیت و به بخش پریناتولوژی منتقل می شود. جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته -کنترل فشارخون اجرا می شود .

مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۱: ساعت ۱۳ مددجو اظهار درد می کند ،به دستور متخصص زنان به علت درد زایمان در ساعت ۱۵:۳۰ به بخش زایمان منتقل می شود.

مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۲ : V/B و درد زایمان ندارد. اظهار درد زیر شکم دارد. 31w+5d ،سونوگرافی بیومتری رشد هر ۳ هفته یکبار، سونوگرافی AFI،BPP ۲بار در هفته توسط رزیدنت سال ۴ درخواست می شود. سونو BPP،AFI،سونو بیومتری انجام شده، تا هفته ۳۳ تحت درمان انتظاری قرار می گیرد به بخش پریناتولوژی منتقل می شود

مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۲: مجدد بدلیل درد زایمان به بخش زایمان منتقل می شود.

مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۳: توسط متخصص زنان ویزیت شده و به بخش پریناتولوژی دستور انتقال داده می شود در آنجا توسط متخصص زنان ویزیت شده دستور تزریق ۱ واحد PC اجرا شده است. (HB قبل تزریق ۹/۴ و HB ۶ ساعت بعد تزریق ۱۱/۲).

مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۸: ساعت ۱۵:۳۰ بیمار با شکایت خونریزی در حد ۱+ / 32w+4d در حضور متخصص زنان از بخش پریناتولوژی به بخش زایمان منتقل می شود. با اسپکولوم معاینه شده داخل واژن خون روشن رویت می شود، NST/FHR=140 متناسب با سن reactive یک واحد PC تزریق می شود. سوند فولی فیکس و U/O مناسب برقرار است. به دستور متخصص زنان فعلا تحت نظر بماند. ساعت ۲۱:۴۵ مددجو اظهار درد زیر شکم عمدتا مثانه و پهلوی دارد. توکو NST منفی است. مشاوره غیر فوری روان پزشکی از نظر افسردگی ساعت ۲۰:۰۰ درخواست شده و مشاوره مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۹ ساعت ۱۲:۳۰ انجام میشود: بیمار از اینکه قرار است هیستریکتومی شود نگران است. سابقه افسردگی و اضطراب ندارد. در صورت وجود اضطراب شدید پس از عمل جراحی قرص کلردیازپوکساید فقط در زمان بستری تجویز شود.

مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۹: توسط متخصص زنان ویزیت می شود و بیمار به دلیل درد زایمان و خونریزی با Hb=10/7 جهت عمل سزارین آماده می شود و در ساعت ۱۳:۱۵ با علایم حیاتی P=78 R=18 T=36/7 تحویل اتاق عمل داده می شود

در مورخه ۱۴۰۲/۷/۱۹: ساعت ۱۳:۱۵ به دستور متخصص زنان بدلیل درد زایمان بصورت اورژانسی جهت عمل سزارین پركرتا به اتاق عمل منتقل گردید. در ساعت ۱۴ تحت عمل سزارین قرار گرفت. برش میدلاین پوستی داده شد و حاصل نوزاد با آپگار ۹/۸ بود. با توجه به خونریزی شدید از محل جفت و عروق واریسی مثانه هیستریکتومی انجام شد. در ساعت ۱۵:۴۰ کد ۱۰۰ اعلام شد. در ساعت ۱۶:۰۰ بیمار دچار ارست قلبی شد و عملیات احیا در ساعت ۱۶:۱۰ پایان یافت که موفقیت آمیز بود. در ادامه با شک به ادامه خونریزی مجدد لاپاراتومی انجام شد. محل هیستریکتومی

خونریزی نداشت ولی شکم بیمار پر از خونریزی بود. پارگی کبد در حد ۶-۷cm وجود داشت. مشاوره جراحی انجام شد و در ساعت ۱۶:۳۰ مجدد تحت احیا قرار گرفت. جراح در ساعت ۱۷:۲۰ بر بالین بیمار حاضر شدند. متاسفانه علیرغم انجام عملیات احیا، بیمار در ساعت ۱۸:۰۰ Expire شد. طی عمل ۱۳ واحد پک سل، ۱۰ واحد FFP، ۸ واحد پلاکت، ۹ واحد کرایو و ۱ ویال فیبرینوژن تزریق شد.

گزارش بیهوشی:

مادر بصورت اورژانسی جهت سزارین وارد OR شد. با توجه به پرکرتا گزارش شده، ۲ واحد PC توسط سرویس زنان کراس میچ شده بود که ۵ دقیقه پس از ورود مادر به OR آورده شد. پس از مانیتورینگ و PD مادر GA به روش RSI انجام شد. با شروع برش جراحی یکی از PC ها به آرامی ترنسفیوز شد. پس از خروج نوزاد، مادر دچار خونریزی ناگهانی شدید شد. PC دوم شروع و درخواست کراس میچ کردن ۴ واحد PC دیگر، FFP، و پلاکت کردیم. بدلیل ادامه خونریزی ادامه فراورده ها و انفوزیون اپی نفرین (زمانی که فشارخون مادر سیر نزولی داشت $BP=78/55$ در دقیقه ۵۰ جراحی) **ABG** فرستاده شد $PH=7/73$ $BE=-9$ $PCO2=61$ $HCO3=19/6$

در این بازه بی کربنات (به علت خونریزی شدید با احتمال اسیدوز بدنال فراورده های خونی) ۴ ویال تزریق شد + کورتون + کلسیم. پس از دریافت ۷ واحد PC و ۴ واحد FFP ادرار در حد 150CC برقرار و شرایط بیمار تا حدودی بهتر شد بطوریکه $SPO2=98\%$ $BP=12/68$ $HR=120$ بود و رنگ بیمار از حالت Pale خارج گردید و نبض های محیطی ۲+ لمس می شد. سپس مجدد مادر unstable شد برادی کارد و آسیستول شد CPR شروع شد. ریتم VT شد شوک ۳ نوبت و آمیودارون و انفوزیون ادامه داده شد. پس از ۱۰ دقیقه ریتم مادر سینوسی شد شکم توسط جراح بسته شد با توجه به stable نبودن مادر را در OR نگه داشتیم. لازم به توضیح است به علت شروع CPR شکم را ناچاراً پک کرده و بستند تا مجدد بررسی شود.

پس از ۲۰ دقیقه مجدد بیمار ارست کرد. در طول CPR ریتم چند نوبت سینوسی و مجدد آسیستول شد. با توجه به اینکه علی رغم دریافت فراورده های پی در پی همچنان مادر Pale تر می شد درخواست کردیم شکم مجدد باز شده و از نظر خونریزی بررسی شود. به درخواست سرویس بیهوشی شکم باز شد. داخل شکم پر از خون بود. با تشخیص پارگی کبد توسط سرویس زنان آنکال فوق عروق و توراکس را خواستیم. خونریزی کبد بنا به نظر سرویس جراحی

غیرقابل کنترل بود و علی رغم ۹۱ دقیقه CPR مداوم موفقیت آمیز نبود. انجام مشاوره اضطراری قلب و عروق مورخه

۱۴۰۲/۷/۱۹ ساعت ۱۶:۱۰ بدلیل ارست قلبی حین لاپاراتومی:

بیمار بدنبال خونریزی دچار ایست قلبی تنفسی در زمینه شوک هموراژیک شده و در حال حاضر در حال CPR و احیا

می باشد. نبض قابل لمس ندارد. صداهای قلب سمع نمی شود. با توجه به شوک هموراژیک و احیای بیمار و تزریق

فرآورده و سرم توصیه می شود در صورت CPR موفق، بعد از انتقال به بخش پروفیلاکسی DVT انجام شود. حدود

۴۰ دقیقه احیا با حضور اتنדיنگ صورت گرفته است ولی فعلا برنگشته است و اقدامات حمایتی توصیه می شود.

تحلیل این کیس (در تدریس این کیس از تحلیل زیر نیز به عنوان کمک استفاده گردد)

علت مستقیم مرگ:

- شوک هموراژیک شدید حین و پس از سزارین-هیسترکتومی در زمینه جفت پرکرتا/آکرتا با خونریزی وسیع
- ایست قلبی-تنفسی ثانویه به خونریزی شدید و احتمال DIC/کوآگولوپاتی مصرفی

علت زمینه‌ای/اولیه:

- اختلال طیف چسبندگی غیرطبیعی جفت (Placenta Accreta Spectrum)، احتمالاً جفت پرکرتا با درگیری مثانه

عوامل خطر مهم:

- دو بار سزارین قبلی
- جفت قدامی
- سابقه جراحی رحم (سزارین ها)

نکات قابل اجتناب

الف) در سطح جامعه/بهداشت

- تشکیل دیر هنگام پرونده بارداری در ۲۲ هفتگی
 - ✓ با وجود سن بالا، BMI بالا، سابقه دو سزارین و سه سقط، این بارداری از ابتدا نیازمند مراقبت ویژه بوده است.
- مراقبت ناکافی بارداری
 - ✓ فقط ۲ مراقبت ماما، ۱ مراقبت پزشک و ۲ مراقبت بهورز ثبت شده است.
- پیگیری ناکامل ارجاع تخصصی
 - ✓ با وجود ارجاع به متخصص زنان، پیگیری تحقق ارجاع و مراقبت تخصصی مستمر ناکافی بوده است.
- احتمال ضعف در آموزش علائم هشدار و عوارض همراه با این بارداری

✓ بیمار با وجود خونریزی‌های مکرر و تشخیص جفت چسبیده، چند بار از بستری یا تداوم بستری خارج شده/ترخیص شده است.

(ب) در سطح بیمارستانی

- نبود برنامه‌ریزی قطعی برای ختم بارداری در مرکز مجهز ✓ با تشخیص جفت پرکرتا، بیمار باید در مرکز دارای:

- متخصص زنان باتجربه
- ارولوژی
- جراحی عمومی/عروق
- بیهوشی مجرب
- بانک خون فعال
- ICU

به‌صورت برنامه‌ریزی شده ختم بارداری می‌شد.

- **تکرار بستری و ترخیص در بیماری با احتمال خونریزی**

✓ بیمار چندین بار با خونریزی مراجعه کرده است. این وضعیت نشانه احتمال بالای خونریزی فاجعه بار بوده است.

- **عدم تکمیل/پیگیری مستندات تشخیصی پیشرفته مانند MRI و تصمیم‌گیری نهایی تیمی**

✓ MRI درخواست شده ولی شواهدی از استفاده مؤثر آن در برنامه‌ریزی نهایی دیده نمی‌شود.

- **ظاهراً آماده‌سازی خون و فرآورده در شروع جراحی کافی نبوده**

✓ طبق گزارش بیهوشی، فقط ۲ واحد PC در ابتدا کراس میچ شده بود و حتی همان هم ۵ دقیقه بعد از ورود به OR رسید.

✓ برای مدیریت بارداری پرکرتا این میزان آماده‌سازی اولیه ناکافی به نظر می‌رسد.

- **عدم حضور از پیش تیم چند تخصصی در اتاق عمل**

✓ در بیماری با احتمال درگیری مثانه و خونریزی وسیع، حضور آماده جراحی مربوطه باید از قبل پیش بینی می‌شد.

- **انجام عمل به صورت اورژانسی به جای الکتیو برنامه‌ریزی شده**

✓ اگرچه در نهایت بیمار با درد و خونریزی نیازمند ختم فوری شد، اما با توجه به بستری های قبلی، فرصت‌های برای طراحی ختم برنامه‌ریزی شده وجود داشته است.

(ج) عوامل مربوط به بیمار / خانواده

- **مراجعه دیر هنگام برای تشکیل پرونده**
- **عدم تبعیت کامل از پیگیری‌های مراقبتی**
- **ترک بیمارستان / تمایل به خروج**
- **عدم پذیرش اولیه ختم بارداری**

✓ این مورد باید با کیفیت مشاوره و آگاه سازی سنجیده شود.

انحراف از پروتکل و استانداردهای مورد انتظار

- **عدم طبقه بندی و مدیریت بارداری نیازمند مراقبت ویژه به صورت منظم و متمرکز**

✓ بیمار با دو سزارین قبلی + جفت قدامی + خونریزی باید خیلی زود در لیست مدیریت بارداری نیازمند مراقبت ویژه قرار می گرفت

- **عدم تداوم بستری / مراقبت سطح ۳ پس از تشخیص جفت چسبنده**

✓ در بیماری با خونریزی تکرار شونده و جفت پره کرتا ترخیص‌های مکرر نیازمند بازبینی جدی است.

- **آماده‌سازی ناکافی پیش از عمل**

- ✓ تعداد کم اولیه خون رزرو شده
- ✓ نبود شواهد روشن از چک لیست جراحی جفت پره کرتا
- ✓ نبود حضور از پیش هماهنگ تیم چندرشته‌ای

- **احتمال تأخیر در دسترسی کامل به فرآورده‌های خونی**

✓ گزارش بیهوشی نشان می‌دهد تأمین اولیه فرآورده‌ها همزمان با شروع بحران انجام شده است، نه قبل از آن.

• احتمال ضعف در تصمیم‌گیری زمان بهینه ختم بارداری

✓ با بستری‌های مکرر از ۲۶ هفتگی تا ۴۳+۶ هفته، باید درباره ختم برنامه‌ریزی شده در زمان مناسب تر تصمیم تیمی گرفته می‌شد.

جدول خطاهای شناسایی شده و اقدامات اصلاحی

خطای شناسایی شده	سطح خطا	اثر احتمالی	اقدام اصلاحی
تشکیل دیر هنگام پرونده بارداری	بهداشت	تأخیر در شناسایی بارداری نیازمند مراقبت ویژه	تقویت آموزش پیش از بارداری و ردیابی مادران نیازمند مراقبت ویژه
مراقبت ناکافی دوران بارداری	بهداشت	کاهش فرصت مداخله زودهنگام	پیگیری فعال مادران نیازمند مراقبت ویژه توسط ماما/بهورز/پزشک
پیگیری ناکافی ارجاع تخصصی	بهداشت/درمان	تأخیر در استقرار مراقبت سطح ۳	ثبت و پایش تحقق ارجاع و بازخورد از مرکز تخصصی
ترخیص مکرر بیمار با جفت پره کرتا و خونریزی راجعه	بیمارستان سطح ۳	افزایش احتمال خونریزی فاجعه بار	بازنگری معیارهای ترخیص این بیماران
نبود برنامه‌ریزی چند تخصصی قطعی برای ختم بارداری	بیمارستان سطح ۳	افزایش مرگ و میر مادر	تشکیل تیم پره کرتا در بیمارستان های سطح ۳
رزرو ناکافی اولیه خون و فرآورده	اتاق عمل/بانک خون	تشدید شوک هموراژیک	پروتکل Massive Transfusion برای جفت پره کرتا
عدم حضور آماده تیم‌های جراحی مرتبط	بیمارستان سطح ۳	تأخیر در کنترل خونریزی	حضور پیشاپیش ارولوژی/جراحی عمومی/عروق
مشاوره ناکافی در مورد احتمال عوارض و حتی مرگ و میر و ضرورت ماندن در بیمارستان	بهداشت/درمان	ترک درمان یا عدم تبعیت	مشاوره ساختار یافته و مستند سازی رضایت آگاهانه

راهکارهای پیشنهادی

- ایجاد مسیر مشخص برای مدیریت جفت آکرتا/پر کرتا

- ✓ شناسایی زودهنگام
- ✓ ارجاع سریع
- ✓ ثبت در فهرست بیماران نیازمند مراقبت ویژه

- الزام تشکیل تیم چند تخصصی برای موارد جفت آکرتا/پر کرتا

- ✓ زنان، بیهوشی، اورولوژی، جراحی عمومی/عروق، بانک خون، ICU، نوزادان

- تدوین چک لیست پیشی عمل جفت آکرتا/پر کرتا

- ✓ حداقل میزان رزرو خون و فرآورده
- ✓ آمادگی ICU
- ✓ دسترسی وریدی مناسب
- ✓ تعیین جراحان مسئول
- ✓ برنامه جایگزین در صورت خونریزی غیرقابل کنترل

- بازنگری در معیار ترخیص بیماران با خونریزی راجعه و جفت آکرتا/پر کرتا

- ✓ این بیماران تا زمان ختم بارداری در صورت امکان باید تحت نظر نزدیک باقی بمانند.

- تقویت آموزش شبکه بهداشت درباره ریسک فاکتورهای جفت آکرتا/پر کرتا

- ✓ سزارین قبلی + جفت قدامی + خونریزی = ارجاع سریع

- تقویت مشاوره به بیمار و خانواده

- ✓ توضیح صریح احتمال مرگ مادر، هیستریکتومی، نیاز به بستری طولانی و احتمال خونریزی شدید

نتیجه نهایی

مرگ مادر عمدتاً ناشی از شوک هموراژیک غیرقابل کنترل در زمینه جفت پر کرتا/اختلال چسبندگی غیرطبیعی جفت بوده است.

با وجود شدت ذاتی بیماری، **عوامل قابل اجتناب مهمی** در پرونده مشاهده می‌شود.

- مراقبت ناکافی دوران بارداری
- ارجاع و پیگیری ناکامل
- ترخیص‌های مکرر از مرکز سطح ۳
- آماده‌سازی ناکافی/غیرایده‌آل برای ختم بارداری نیازمند مراقبت ویژه

در تدریس این کیس مباحث مربوط به جفت اکرتا و خونریزی‌های زایمانی در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان نیز
مراجعه شود.