

تاریخچه خونریزی شماره شش^{۱۶}

متوفی خانم ۲۸ ساله، G2P1A0L1، سابقه هیچ گونه بیماری یا مصرف دارو نداشته است. در سن بارداری ۳۵ هفته مادر با شکایت خونریزی به بخش زایمان بیمارستان... مراجعه نمود. به علت شک به دکولمان جفت به منظور سزارین اورژانسی بستری می‌شود ولی به دلیل قطع خونریزی و پره ترم بودن جنین (35w) با تشخیص Postcoital bleeding به مدت دو روز به صورت تحت نظر در بخش زنان بستری شده و در سونوگرافی‌های به عمل آمده، جفت آنتریور و "گرید یک" گزارش می‌شود. کلیه آزمایشات نیز نرمال بوده‌اند. در سن حاملگی ۴۰ هفته و ۲ روز ساعت 6:30AM با شکایت شروع دردهای زایمانی و آبریزش به بخش زایمان بیمارستان... مراجعه نمود و بستری می‌شود. در معاینه:

T=37, PR=82, و علائم حیاتی مادر، FHR/145 و TV= 4-5cm/ 40%/ cephalic/ -3/ R
RR=20, BP=100/70 ثبت شده است.

جواب آزمایشات اولیه: WBC=10400, Hb=12.6, Hct=37, PLT=218×10³ بوده است.
از ساعت 6:40 AM تحت بیدردی (با انتونوکس) قرار گرفته و سیر لیبر بدون مداخله و یا مشکل خاصی طی می‌شود. مادر ساعت 7:30 AM با وضعیت: Full/ 100% +2 به اتاق زایمان منتقل و ساعت 7:40 AM زایمان طبیعی انجام و نوزاد دختر زنده با آپگار 9/10 و وزن 3600gr متولد می‌شود. جفت و پرده‌ها به طور کامل خارج شد و پربینه سالم بوده است. اما مادر خونریزی واژینال خفیف و مداومی داشته، لذا ماساژ رحمی انجام و آمپول سنتوسینون و مترژین تزریق و ۲ عدد شیاف رکتال میزوپروستول هم تجویز می‌شود که بر میزان خونریزی تأثیری نداشته و به همین دلیل ساعت 8 AM به منظور معاینه زیر بیهوشی به اتاق عمل منتقل می‌شود. علائم حیاتی مادر بدو ورود به اتاق عمل: T=37, PR=82, RR=20, BP=100/70 بود. در اتاق عمل تحت بیهوشی عمومی کانال زایمان و سرویکس کنترل می‌شود. پارگی واضحی وجود نداشت ولی به علت ادامه خونریزی از ناحیه سرویکس ابتدا اقدام به گرفتن شریان سرویکال بکطرفه شده ولی خونریزی همچنان ادامه داشته است. لذا به منظور رد پارگی رحم، تصمیم به لاپاراتومی گرفته می‌شود. هنگام تعبیه سوند فولی، مادر کاملاً آنوریک بوده و تنها مختصری خون وارد Bag می‌شود. سریعاً خون و فرآورده‌های خونی درخواست و همزمان تحت بیهوشی عمومی لاپاراتومی انجام می‌شود. داخل شکم یافته مثبتی وجود

نداشت. رحم کاملاً جمع بود ولی ناحیه سگمان تحتانی Barrel shape بوده است. لذا با شک به باز بودن عروق ناحیه چسبندگی جفت و احتمالاً Low lying بودن آن، سگمان تحتانی با برش Kerr باز می‌شود. بلافاصله پس از برش، مادر دچار Cardiac arrest می‌شود. لذا فوراً عمل قطع و عملیات احیا با انجام ماساژ قلبی و تزریق آتروپین و دوپامین انجام و بعد از حدود ۲-۱ دقیقه مادر احیا شده و تحت مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری قرار می‌گیرد. پس از احیای مادر و تهیه خون و Stable شدن علائم حیاتی، مجدداً محل عمل چک می‌شود و با توجه به جمع بودن رحم و ادامه خونریزی به صورت متناوب، تصمیم به هیستریکتومی گرفته می‌شود. با توجه به نتیجه آزمایشات انعقادی که $PT > 2'$ ، $PTT > 2'$ گزارش شده است، متخصص بیهوشی اجازه عمل جراحی سنگین را نداده و لذا رحم و شکم بسته می‌شود. به دلیل نیاز شدید مادر به خون و فرآورده‌ها با هماهنگی معاونت درمان، خون از مرکز استان به شهرستان... فرستاده می‌شود. سرم حاوی $5 \mu\text{g/ml/min}$ دوپامین، سرم نرمال سالین free، تزریق P.C و اصلاح وضعیت انعقادی دستور داده می‌شود. ساعت 12MD مشاوره داخلی انجام شد و انفوزیون ۲ واحد FFP و ۶ واحد P.C، ادامه سرم دوپامین و سرم نرمال سالین ۲ لیتر هر ۱۲ ساعت و تزریق آمپول پنتوپرازول 40mg/daily دستور داده می‌شود. در چک مجدد CBC در ساعت 12:30MD نتایج زیر گزارش شده است:

$WBC=32500$, $Hb=12.3$, $Hct=37$, $PLT=116 \times 10^3$, $PT=30$, $PTT=80$, $INR=7.9$, $Cr=1$
ساعت 14/30 مادر کاملاً هوشیار و Extube شده و دیورز با دریافت لازیکس برقرار می‌گردد ولی شدیداً هماچوریک بود. متعاقب بهبود نسبی، مادر به ICU منتقل شده ولی به تدریج دچار دیستانسیون شکمی و بیقراری می‌شود. با توجه به اینکه مادر در فاز DIC بوده نهایتاً به همراه متخصص زنان به... اعزام می‌شود. در مدت حضور مادر در بیمارستان جمعاً ۵۶ واحد خون و FFP و کرایو و حداقل ۱۵ لیتر سرم دریافت نموده است. مادر ساعت ۲۱ در بخش اورژانس بیمارستان دوم پذیرش شده در حالی که Pale و confuse بوده و علائم حیاتی وی: $OT=37^\circ\text{c}$, $RR=27$, $PR=138$, $BP=103/84$ بوده است. 100cc/2h برون ده ادراری همراه با هماچوری وجود داشت. در معاینه سمع قلب و ریه‌ها نرمال و شکم دیستانسیون داشته و محل انسزیون اکیموتیک بوده است. میزان V/B در حد mens. گزارش شده است. در آزمایشات بدو بستری:

$WBC=9800$, $RBC=2.64 \times 10^6$, $Hb=7.3$, $Hct=22$, $PT=23$, $PTT=59$, $INR=3.7$,
 $PLT=36 \times 10^3$, $Fibrinogen=250$, $D.Dimer=32$, $BUN=35$, $Cr=1.8$

مادر در بخش ICU بستری شد و طبق نظر هماتولوژیست مرکز پیشنهاد می‌شود قبل از لاپاراتومی مجدد، اختلال انعقادی اصلاح و برای دریافت فرآورده‌های خونی با توجه به Massive transfusion در بیمارستان اول به صورت ذیل عمل شود: FFP : 3unit/TDS و کرایو ۵ واحد BD و پلاکت ۵ واحد BD و برای دریافت P.C براساس افت هموگلوبین و علائم حیاتی مادر در صورت Tilt مثبت تصمیم‌گیری شود. براساس سونوگرافی شواهدی از وجود مایع آزاد به میزان فراوان در حفره شکم و لگن مشهود بوده است. ABG اولیه مادر: $PH=7.36$, $PO_2=42.3$, $PCO_2=24.7$, $O_2sat=77\%$ گزارش شده است. در مشاوره عفونی درمان با آمپی‌سولباکتام و مترونیدازول آغاز می‌شود و آزمایشات CMV Ab, HCV Ab, HBS Ag درخواست می‌شود. ساعت 2:30AM مادر دچار تاکی پنه ($RR=43$) و دیسترس تنفسی شده و لذا اینتوبه و به ونتیلاتور با SIMV mode وصل می‌شود و CVP Line نیز برقرار می‌شود. با ادامه آنوری مادر طبق مشاوره نفرولوژی در درپپ لازیکس با دوز 10mg/hr شروع می‌شود که با این درمان میزان Output مادر حدود 270cc/24hr بوده است. به دلیل ادامه اختلالات انعقادی مادر ($PT=24.4 \rightarrow 13.3$, $PTT=90 \rightarrow 33$, $Fib=306 \rightarrow 325$) از لاپاراتومی وی صرف نظر شد. میزان BUN = 75 و Cr مساوی 3.3 و V/B در حد mens بود. تا اینکه طبق نظر هماتولوژیست مرکز با توجه به سطح فیبرینوژن و PT, PTT و برطرف شدن DIC ($PT=14"$, $PTT=34$, $Fib=302$, $PLT=35 \times 10^3$) انتقال به اتاق عمل بلا مانع اعلام و با توجه به دیستانسیون شکم، ریباند تندرئس، شکم حاد و گاردینگ کاندید انتقال به اتاق عمل برای لاپاراتومی می‌شود. علائم حیاتی مادر stable بوده و عمل جراحی با حضور اتندینگ زنان، جراحی و بیهوشی تحت بیهوشی عمومی انجام می‌شود. پس از باز کردن شکم، هماتوم وسیع زیرجلدی و ساب فاشیال، هماتوم وسیع سگمان تحتانی و محل برش Kerr هماتوم رتروپریتون، هماتوم وسیع پشت مثانه و روی سگمان تحتانی داشته و نسوج رحمی نکروز و بدبو بوده است. لذا به سرعت هیستریکتومی و اوفورکتومی یکطرفه انجام و پس از اطمینان از هموستاز و شستشوی شکم با 2lit سرم گرم، دو عدد درن کاروگیت و یک عدد درن ساب فاشیال هموواک تعبیه و شکم بسته می‌شود و مادر پس از هیستریکتومی ساعت 15:30 به ICU بازگشته در حالی که کاملاً هوشیار و Orient بوده و V/B نداشته است. علائم حیاتی مادر در بدو ورود: $BP=153/91$, $PR=137$, $RR=20$, $T=37.9^\circ c$ با توجه به میزان BUN, Cr مادر (87, 5.8) پس از عمل مجدداً مشاوره نفرولوژی از نظر نیاز به دیالیز انجام شده که

براساس نظریه نفرولوژیست مرکز، مادر Ischemic ATN بود که آنوری از عوارض آن است و چون $GVP=12\text{mmHg}$ و سمع ریه‌ها clear و میزان سدیم و پتاسیم نرمال و تحت درمان با سرم حاوی کالزیکس بوده انجام دیالیز فاقد اندیکاسیون عنوان شد. نفرولوژیست توصیه کرد برای خروج از فاز ATN یک هفته فرصت داده شود. در مشاوره عفونی مترونیدازول قطع و ایمی پنم و آمپی سولباکتام شروع می‌شود. پس از عمل، دیستانتیون شکم به تدریج کاهش یافته و خونریزی قطع می‌شود. لازیکس و آنتی بیوتیک‌ها ادامه می‌یابند تا اینکه به علت آنوریک بودن کامل مادر و $CVP=16\text{mmHg}$ و $BUN=129$ و $Cr=7.2$ دستور انجام دیالیز روزانه صادر می‌شود. تا زمان فوت جمعاً ۹ بار دیالیز شد. دیورز کاملاً برقرار شده و میزان BUN/Cr تا $153/2.8$ کاهش می‌یابد. تدریجاً با بروز علائم ادم ریوی و خروج ترشحات کف آلود از لوله تراشه، طبق مشاوره ریه تحت درمان‌های حمایتی قرار می‌گیرد. نهایتاً (روز ۲۵ پس از زایمان) مادر از صبح دچار تاکیکاردی و همزمان افت فشارخون و Cardiac arrest شده و عملیات احیاء موثر نبوده و ساعت ۱۱:۰۵ AM ختم CPR اعلام می‌شود.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شش

- + بی توجهی به پیشرفت سریع زایمان (در مدت یک ساعت از $Dill=4-5\text{cm}$ به full رسیده است)
- + دوز میزوپروستول ۵ شیاف ۲۰۰ میکروگرم بصورت رکتال می‌باشد. (دو عدد صحیح نیست)
- + در زمان تصمیم برای لاپاراتومی بیمار به دلیل خونریزی شدید دچار ATN و آنوری شده بود و این موضوع نشان دهنده تاخیر در یافتن علت خونریزی است.
- + Massive Transfusion می‌تواند شروع کننده و تشدید کننده DIC باشد (بخصوص اگر Blood old باشد)
- + اعزام بیمار در وضعیت unstable انجام شده است.
- + تاخیر در تخلیه خون موجود در شکم باعث infection و حتی نکروزیس در نسوج رحمی و سایر بافت‌ها شده است.
- + استفاده از سوچورهای کمپرسور در سگمان تحتانی و یا بستن شراین رحمی به عنوان اقدام اصلی برای کنترل خونریزی در لاپاروتومی اول می‌بایست انجام می‌شد..

تاریخچه خونریزی شماره هفت^{۱۶}

متوفی خانم ۲۹ ساله G3P3Ab0L1D2، زایمان‌های قبلی طبیعی بوده است و سابقه نوزاد هیدروپس شده در بارداری قبلی و جود داشته حاملگی ناخواسته بوده است. مراقبت‌های بارداری در مطب شخصی متخصص زنان انجام شده است. سابقه بیماری قبلی یا فعلی در بارداری نداشته است و طبق سونوگرافی جنین سفالیک، سن حاملگی ۳۰ هفته و ۳ روز، مایع آسیت فراوان در شکم جنین و هیدروسل در اسکروتوم به نفع هیدروپس می‌باشد. هیدروسفالی و مایع در توراکس دیده نمی‌شود.

در سن بارداری حدود ۳۴ هفته ساعت ۱۵:۰۹ با شروع انقباضات رحمی با وضعیت دیلاتاسیون ۲ سانت و افسمان ۴۰٪ و استیشن ۳-، ۱۳۴: FHR، کیسه آب سالم با دستور متخصص زنان در زایشگاه بستری شد. طبق دستور متخصص زنان NST انجام و تحت نظر قرار گرفت. در ساعت ۱۵ خونریزی بیش از حد شوی زایمانی بود. طبق دستور متخصص زنان آمنیوتومی شد. AF مختصر آغشته به خون بود. تحت Sedation (کتامین، میدازولام) زایمان NVD با واکنوم در ساعت ۳۰:۱۶ توسط متخصص زنان انجام شد. نوزاد پسر ۳۴ هفته با وزن ۲۹۵۰ گرم هیدروپس فتاليس با آپگار ۲/۰ متولد شد. به علت اختلاف سایز سر و شکم دیستوشی شانه و شکم داشت که جنین با فشار از ناحیه فوندال و مانور خارج گردید. جفت بسیار بزرگ بود. پس از خروج جفت خونریزی بیش از حد نرمال بود. سرم رینگر و ۳۰ واحد سنتوسینون، ماساژ رحمی، و ۲ عدد قرص میزوپروستول (واژینال و زیرزبانی) تجویز شد. مثانه با سوند نلاتون تخلیه و پارگی درجه II پرینه ترمیم شد. واژن و سرویکس به علت ترومای احتمالی چک شد. به غیر از سطح قدامی که با کرومیک ۲ صفر ترمیم شد ظاهراً سالم و بدون پارگی بود. رحم کمی شل بود که به دنبال تزریق ۳۰ واحد سنتوسینون و مترژن رحم جمع و خونریزی در حد نرمال شد. مجدداً توسط دکتر معاینه شد. هماتوم جدار با ۳ عدد گاز تامپون شد. پس از خروج ۳ عدد گاز، در ساعت ۱۹ مادر با فشارخون ۹۵/۶۰ تحویل شبکار شد. به علت حضور مریض بدحال در بخش، بیمار با تاخیر در ساعت ۳۰:۲۰ به بخش زنان منتقل شد. مادر pale با ۱۰۰ سی سی سرم سنتو و PR = ۸۶، BP = ۹۰/۶۰، خونریزی در حد نرمال و رحم جمع با برانکارد توسط پرسنل بخش تحویل گرفته شد. در ساعت ۳۰:۲۲ مادر دچار افت فشار خون شد. به پزشک اورژانس اطلاع داده شد و توسط ایشان ویزیت گردید. طبق دستور وی ۱۰۰۰ سی سی سرم رینگر Free

فصل سوم - تاریخچه موارد مرگ استخراج شده از نظام مراقبت مرگ مادران ■ ۱۰۳

انفوزیون گردید و برای بیمار CBC اورژانس درخواست شد. مادر در ساعت ۲۳ دچار آپنه شد. شرایط $BP = 75/50$ ، $Hb = 5/4$ ، $CT = 17/3$ گروه خون: A منفی به پزشکی معالجه اطلاع داده شد. تزریق آمپول پرومتازین و درخواست دو واحد خون با کراس مچ اورژانس دستور داده شد و دستورات اجرا گردید.

ساعت ۲۳:۱۵ مادر دچار کاهش هوشیاری و میدریازدوبل شد. IV Line دوم برقرار شد. دومین سرم رینگر ۱۰۰۰ سی سی Free انفوزیون شد. مادر با تنفس سطحی، نبض نخی شکل در ساعت ۲۰:۲۳ به ICU منتقل شد. سونوگرافی شکم انجام شد. مادر با تشخیص خونریزی ناشی از پارگی رحم در ساعت ۱۵:۱ با $GCS = 3$ و تنفس $gasping$ مخاط شدیداً $pale$ ، عدم لمس نبضهای محیطی، مردمکها میدریازدوبل بدون پاسخ به نور به اتاق عمل منتقل شد. تحت شرایط استریل و بیهوشی عمومی، توسط جراح عمومی و متخصص زنان مادر لاپاراتومی شد. شکم و لگن بررسی شد. احشاء داخلی (کبد و طحال) سالم، پارگی در لترال رحم و لیگامان لارژ به همراه هماتوم لیگامان لارژ چپ داشت. حدود ۲/۵ لیتر خون داخل شکم ساکشن شد سپس محل پارگی لیگامان لارژ و جدار لترال رحم ترمیم شد. ۲ عدد درن داخل لگن و کلدوساک قدامی گذاشته شد در انتهای عمل تنفس بیمار برگشت و نبضهای محیطی قابل لمس بود ولی آنوریک بود. بیمار با فشار ۱۱۰ در ساعت ۲۰:۳ با $GCS = 3$ و اینتوبه از اتاق عمل به ICU منتقل شد و سریعاً به دستگاه وصل شد. مجموعاً ۴ واحد PC به اضافه ۶ واحد FFP و ۳ لیتر سرم رینگر و ۵۰ سی سی بیکربنات کلسیم و ۲۰ واحد انسولین رگولار ($BS = 370$) تجویز شد. BP افزایش یافت. در ساعت ۷ مجدداً فشارخون کاهش و به $95/40$ رسید. طبق دستور بیهوشی در صورت کاهش فشارخون سیستمیک به کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه سرم دوپامین تجویز شود. درخواست مجدد خون داده شد ولی موجود نبود که با پیگیری پرسنل تهیه شد. درن ها کنترل شد خونریزی نداشت. NGT فیکس، سوند فولی فیکس و بیمار آنوریک است.

بیمار با شکم تندر نس، $GCS = 3$ و وصل به دستگاه، تحویل صبحکار شد. در ساعت ۸:۱۵ بیمار دچار برادیکاردی شدید و افت فشارخون گردید. اقدامات CPR ۴۵ دقیقه انجام شد ولی موفقیت آمیز نبود و در نهایت بیمار به دلیل DIC و خونریزی داخلی ساعت ۹AM فوت شد.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره هفت

- ⊥ با توجه به مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران درخواست انجام کومبس غیر مستقیم برای Rh منفی و تیتراژ آنتی بادی در اولین مراجعه به منظور تائید تشخیص ناسازگاری خونی و در صورت نیاز اقدامات درمانی برای جنین ضروری بوده است.
- ⊥ بیمار در بارداری قبلی مبتلا به هیدروپس بوده و در این بارداری نیز احتمال هیدروپس برای وی مطرح بوده است. بنابراین هنگام تصمیم گیری در مورد روش زایمان احتمال بزرگ بودن جنین و دیستوشی هنگام زایمان و خونریزی پس از زایمان باید در نظر گرفته می‌شد.
- ⊥ احتمال پارگی رحم با توجه به افت فشار خون به دنبال زایمان سخت، استفاده از واکيوم و فشار از ناحیه فوندال باید در نظر گرفته می‌شد و استفاده از تامپون اقدام درمانی مناسبی نبوده است.
- ⊥ پزشک معالج شخصا باید به Exploration داخل کابینه و کنترل علائم حیاتی اقدام می‌نمود و پرسنل را برای تشخیص زود هنگام علائم پارگی رحم و خونریزی داخلی حساس می‌کرد.
- ⊥ دوز میزوپروستول تجویز شده کافی نیست.
- ⊥ نحوه کنترل خونریزی پس از زایمان بسیار نامناسب بوده است به طوری که به جای تشخیص علت و تعیین محل اصلی خونریزی (پارگی رحم)، با گذاشتن تامپون سعی در کنترل آن شده است.
- ⊥ با وجود پر خطر بودن وضعیت بیمار، در فاصله تعویض شیفت کنترل علائم حیاتی و خونریزی به درستی انجام نشده و در نهایت تصمیم گیری برای لاپاراتومی با تاخیر زیاد بوده است (زایمان در ساعت ۱۶:۳۰ بعد از ظهر و انتقال به اتاق عمل در ساعت ۱۵:۱۰ صبح).
- ⊥ تجویز کتامین (به خصوص همراه با میدازولام) در زایمان طبیعی رایج نیست.
- ⊥ در مشاوره پیش از بارداری باید احتمال تکرار خطر برای مادر توضیح داده و از حاملگی ناخواسته پیشگیری می‌شد.

تاریخچه خونریزی شماره هشت^{۱۶}

متوفی خانم ۳۶ ساله G4P2AbL3 دارای سابقه دو زایمان طبیعی، سابقه حاملگی دو قلو و بارداری فعلی ناخواسته بوده است. مراقبتهای زمان بارداری از هفته ۱۶ و بعد از انجام آزمایشهای روتین شروع شده بود. در آزمایشهای هفته ۲۳ بارداری FBS مساوی ۱۴۵ داشته و به متخصص زنان ارجاع شده است. پس خوراند در پرونده موجود نبود. ولی بنا به اظهارات پرسنل مرکز رژیم دیابتی برای ایشان تجویز شده بود. ۶ بار مراقبت ویژه شده، بار دوم در ۲۸ هفتگی مجدداً به دلیل قند خون بالا (FBS=۱۴۶) ارجاع و برای ایشان انسولین شروع شده است. آخرین مراقبت در هفته ۳۶+۵ بارداری انجام شده بود. بنا به اظهارات همسر متوفی ۸-۶ بار توسط متخصصین زنان مختلف در مطب خصوصی و کلینیک ویزیت گردیده است. روز جمعه در سن حاملگی ۳۹+۳ با شرح حال و دستور متخصص زنان.... مبنی بر جنین درشت و دیابت بارداری و کاهش آمینوتیک (ایندکس ۷/۵ سانتیمتر مایع آمنیوتیک) و داشتن انقباض، برای هماهنگی با پزشک زنان آنکال و انجام سزارین به زایشگاه بیمارستان مراجعه نموده است. در نامه قید شده که در صورت عدم پذیرش توسط آنکال جمعه در لیست بیماران بخش زنان برنامه ریزی شود. وضعیت بیمار به آنکال زنان اطلاع داده شده، دستور بستری و قرار دادن در لیست اعمال جراحی روز بعد داده شد. ساعت ۲۳:۳۰ پذیرش شده بود. روز بعد بیمار از طرف دکتر..... به پزشک آنکال بعدی سپرده شد. ساعت ۹ توسط پزشکان آنکال ویزیت و دستور تزریق انسولین بر اساس میزان قند خون و شروع ایندکس داده شده و ایندکس با ۵ واحد اکسی توسین در ۵۰۰ سی سی سرم شروع شد. ساعت ۱۳:۴۵ به دلیل نداشتن contraction موثر و عدم پیشرفت، ایندکس قطع و رضایت TL و C/S گرفته شد. مجدداً "از ساعت ۱۴:۴۵ به دستور پزشک آنکال ایندکس شروع شد. در ساعت ۱۹:۳۰ دیلاتاسیون کامل و station=-2 بود و در معاینه ساعت ۲۰:۴۰ پیشرفتی دیده نشد. به پزشک آنکال گزارش داده شد. ساعت ۲۰:۴۵ station +1 و مادر به اتاق زایمان منتقل گردیده است. زایمان Epi در ساعت ۲۱ انجام، نوزاد پسر با آپگار ۷ و وزن ۴۱۰۰ با دیستوشی شانه متولد گردید و توسط پزشک اتفاقات ویزیت و به بخش نوزادان فرستاده شد. هنگام زایمان خونریزی بیش از حد و روشن داشت. به متخصص زنان گزارش شد. دستور چک دریافت مایعات و حجم ادرار، رزرو ۴ واحد خون و چک CBC هر ۶ ساعت داده شد. سرم سنتتو وصل،

خونریزی کنترل و مادر به بخش پس از زایمان منتقل شد. ساعت ۲۳:۴۰ همراه بیمار خونریزی بیش از حد طبیعی ایشان را گزارش داد. کیسه یخ گذاشته و مترین تزریق شد. وضعیت بیمار به آنکال زنان گزارش شد و دستور چک هموگلوبین اورژانسی در دو نوبت به فواصل ۲ ساعت داده شد. ساعت ۲۰ دقیقه بامداد صبح روز بعد هنوز خونریزی ادامه داشته فشار خون $P/70$ ، حجم ادرار سه ساعته ۵۰۰ سی سی بود. ساعت ۳۰ دقیقه صبح پزشک جویای میزان هموگلوبین و وضعیت مادر شده. وضعیت وی مثبتی بر اینکه فشار خون $60/p$ و امکان گرفتن خون و برقراری IV مجدد وجود ندارد و بیمار عرق سرد دارد به اطلاع ایشان رسانده شد. دستور سونوگرافی اورژانسی و تزریق سرم رینگرلاکتات داده شد. ۱۵ دقیقه بعد خونریزی شدید مادر، دفع لخته، *pale* بودن ایشان و آتونی رحم دوباره به آنکال گزارش شد. تزریق آمپول مترین، ۲ واحد خون و پیگیری سونو اورژانسی دستور داده شد. رگ دوم توسط پرسنل نوزادان در ساعت ۱:۰۰ گرفته و نمونه CBC فرستاده شد. پزشک اتفاقات بر بالین مادر حاضر شد. دستور heart monitoring داده شد که دستگاه مربوطه در زایشگاه وجود نداشت. اولین واحد خون ساعت ۱:۲۰ وصل شد. ساعت ۱:۳۰ پزشکان آنکال زنان و رادیولوژی در بخش رادیولوژی منتظر مادر برای انجام سونو بودند که گزارش داده اند بیمار ارست کرده است. بیمار توسط آنکال زنان ویزیت و دستور آماده کردن برای انتقال به اتاق عمل داده شد. سونو در بخش انجام شد و مایع آزاد و خونریزی فعال نداشت. CPR با حضور کد ۹۹ شروع شد بیمار اینتوبه، ۴ دوز اپی نفرین، ۴ دوز آتروپین، بیکربنات سدیم و ماساژ قلبی و ۴ بار شوک داده شد. متخصص بیهوشی برای گرفتن رگ ژیگولار تلاش نمود ولی موفق نشد. علت فوت شوک هیپوولمیک ناشی از خونریزی ذکر شد.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره هشت

- + عوامل خطر شامل بارداری چهارم، سابقه بارداری دوقلو، ابتلا به دیابت بارداری و جنین درشت مد نظر قرار نگرفته است.
- + اندیکاسیون اینداکشن مشخص نیست.
- + عوامل خطر حین زایمان مد نظر قرار نگرفته است. اینداکشن طولانی مدت بدون ارزیابی لگن و بدون توجه به عوامل خطر فوق منجر به زایمان با دیستوشی شانه و وزن نوزاد ۴۱۰۰ گرمی شده است.

فصل سوم - تاریخچه موارد مرگ استخراج شده از نظام مراقبت مرگ مادران ■ ۱۰۷

- + بی‌دقتی و عدم حساسیت نسبت به کنترل خونریزی و علائم حیاتی مادر صورت پذیرفته است. به نحوی که اولین گزارش خونریزی حدود دو ساعت و نیم پس از زایمان و آنهم توسط همراه بیمار اطلاع داده شده است.
- + بیمار توسط متخصص زنان ویزیت نشده و دستورات تلفنی صادر شده است.
- + با توجه به وضعیت مادر داشتن عرق سرد، افت فشار خون، خونریزی شدید و pale بودن محتمل‌ترین تشخیص خونریزی داخلی بوده و برای آن بایستی اقدامات لازم سریعاً انجام می‌شد و انجام سونوگرافی اولویت نبوده است.
- + خونریزی پس از زایمان بدون توجه به عوامل افزایش دهنده‌ی خطر احتمال اینرسی رحم و بسیار نامناسب مدیریت شده است.

تاریخچه خونریزی شماره نه^{۱۶}

متوفی خانم ۳۴ ساله G5P4Ab0، BMI=25.7 سابقه بیماری و مصرف دارو نداشته و در زایمانهای قبلی مشکلی نداشته است. در ساعت ۳:۱۵ با شکایت درد زایمانی به زایشگاه... مراجعه کرد. بهرین بارداری ۳۹ هفته، 3- = station=60% Effac=5-6 Dill BP=120/70 PR= 86 RR=20 کیسه آب bulge داشت به طوری که ماما پرزانتاسیون را تشخیص نداد. درخواست رادیوگرافی از شکم گردید و در ساعت ۴:۱۵ تشخیص پرزانتاسیون ترنسورس داده شد و به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود (پزشک تا حدود ساعت ۲-۲،۵ برای زایمان بریج در بیمارستان حضور داشته است). ایشان دستور آماده کردن بیمار برای سزارین صبح را دادند و در حدود ساعت ۵ بیمار را ویزیت نمودند که طبق نظر ایشان Dill=4 داشته و دستور می‌دهند ساعت ۷ به اتاق عمل فرستاده شود. طبق معاینه پرسنل مامائی بیمار کنتراشن متوسط داشت. در ساعت ۶ کیسه آب پاره شد clear بود در ساعت ۶:۱۵ به اطلاع پزشک رسید و در ساعت ۷ که به اتاق عمل منتقل شد FHR کنترل می‌شد خونریزی واضح نداشت و با علایم حیاتی stable به اتاق عمل منتقل شد. سوند فولی فیکس و حجم ادرار مناسب بود. رحم با برش عرضی باز شد جنین ترنسورس (پشت جنین رو به بالا) خارج شد (ساعت ۷:۳۰) نوزاد دختر ترم با وزن ۳۵۰۰ گرم و آپگار ۱۰-۹ متولد شد. بایتهای عمل چک شد خونریزی نداشت و شکم بسته شد. بیمار در ساعت ۸:۰۵ وارد ریکاوری شد. در طی عمل ۲۰۰ سی سی ادرار داشت و ۲ لیتر سرم گرفت. در ساعت ۹:۳۰ با BP=110/70 PR= 88 RR=20 تحویل بخش رومینگ این داده شد.

طبق گزارش ماما رحم ماساژ داده شد خونریزی نداشت و جمع بود و بیمار فقط از درد شکم شاکی بود که مسکن گرفت. علایم حیاتی ثبت شده در بخش به شرح زیر است:

ساعت ۹:۴۵ PR= 84 BP=110/50

ساعت ۱۰ PR= 82 BP=110/60

ساعت ۱۰:۱۵ PR= 80 BP=110/60

ساعت ۱۰:۳۰ PR= 78 BP=100/60

در بخش برون ده ادراری کنترل نشده و فقط ۲۰۰ سی سی که از اتاق عمل در بگ بوده ثبت شده است. ماساژ رحمی داده شده و خونریزی در حد نرمال بود. در ساعت

فصل سوم - تاریخچه موارد مرگ استخراج شده از نظام مراقبت مرگ مادران ■ ۱۰۹

۱۱:۱۵ همزمان با ویزیت نوزاد، مادر از ضعف و بدحالی شکایت داشت که طبق گفته ماما بیمار حرکتی شبیه تشنج داشت، بدن سرد، عرق کرده، انتهاها سیانوزه کد اعلام گردید. متخصص زنان و بیهوشی و سایر کادر احیا حضور داشتند. ساعت ۱۲ پس از انجام سونوگرافی (که حدوداً ۱-۱٫۵ لیتر مایع آزاد در اطراف کبد و حفره لگن را گزارش کرد و نیز IVC کلاپس گزارش گردید (نشانه کاهش حجم است). بیمار به اتاق عمل منتقل و لاپاراتومی شد و در بدو ورود PR=110 BP=50/40 و ۱۲۰۰ سی سی خون و clot از شکم خارج شد. همزمان PT و PTT چک شد و مختل بود. یک هماتوم ۳-۴ سانتی در سمت چپ سرویکس وجود داشت که تخلیه شد. oozing داشت. با حضور متخصص دوم شهرستان تصمیم به هیستریکتومی ساب توتال گرفته شد و شکم با لنگاز پگ شد. حین عمل ۱۰ واحد PC و ۱۴ واحد FFP دریافت می کند. ساعت ۱۴:۱۵ وارد ICU شده و به ونتیلاتور وصل می شود. در ساعت ۱۵:۱۵ بیمار بی قرار بود و خواست خود را اکستوبه کند که مسکن داده می شود. در ساعت ۱۸ پرستار ۱۰۰ سی سی ادرار را برای بیمار ثبت کرده است در ساعت ۲۰ تحویل شبکار می گردد و طبق گزارش پرستار به تحریکات پاسخ نمی داد. بدن سرد و انتهاها سیانوزه بود. کد اعلام و بیمار احیا شد در ساعت ۲۱:۳۰ سونوگرافی مجدد انجام شد که حدود ۲ لیتر مایع آزاد در حفره شکم و لگن وجود داشت و IVC کلاپس بود. متخصص زنان با یکی از اساتید خود مشاوره می نماید که توصیه به دادن پلاکت و فاکتور ۷ کردند و با توجه به oozing توصیه کردند شکم باز نشود و برای گرفتن فاکتور ۷ با متخصص هماتولوژی مشاوره شد که گفتند از بیمارستان.... تهیه شود و این بیمارستان نیز تهیه آن را به صبح موکول نمود. پلاکت نیز در بیمارستان موجود نبود. ۱۰۰۰ سی سی خون موجود در شکم ساکشن شد و مجدداً پانسمان فشاری شد. بیمار برون ده ادراری نداشت. در ساعت ۳ بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شد که تا ساعت ۳:۴۵ (روز بعد از عمل) احیا شد و موثر نبود و متأسفانه بیمار فوت گردید.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره نه

- ۴ بی توجهی به علائم حیاتی بیمار تا حدی که علائم هیپوولمی با تاخیر فراوان و در مراحل پیشرفته آن، detect شده است.
- ۴ تشخیص پرزانتاسیون از اولین و اساسی ترین اقدامات در مدیریت زایمان است.

۱۱۰ ■ اورژانس‌های مامائی - خونریزی پس از زایمان و چسبندگی غیرطبیعی جفت

- + با تشخیص پرزانتاسیون Transverse و وجود دردهای زایمانی تاخیر در انجام سزارین احتمال پارگی رحم را بشدت افزایش می‌دهد
- + انسزیون پیشنهادی رحم در شرایط Transverse به خصوص در این بیمار با یستی کلاسیکال باشد.
- + در extension انسزیون رحم به لترال‌ها توجه نشده و ترمیم کافی صورت نگرفته است.
- + پانسمان فشاری در شرایط خونریزی اندیکاسیون ندارد.

تاریخچه خونریزی شماره ده^{۱۶}

متوفی خانم ۳۸ ساله G4P2Ab1، بارداری خواسته با فاصله ۸ سال از بارداری آخر و سابقه ۲ بار سزارین دارد. به دلیل آنمی شدید در حاملگی توسط هماتولوژیست ویزیت شده و روزانه ۴ قرص آهن مصرف می‌کرده است. در طی حاملگی مشکل خاصی نداشته ولی طبق گفته همراهان در ۲ ماه آخر بارداری در ۲ نوبت به طور ناگهانی دچار تاری دید شدید در حد نابینایی شده که توسط متخصص ویزیت شده و موردی نداشته است. در سن حاملگی ۳۷ هفته ساعت ۱۱ PM به علت آبریزش به بیمارستان... مراجعه می‌کند. در معاینه: هوشیار بوده و علایم زیر را داشته است:

BP = 120/80 dill=1Finger /20% cep / Rup, WBC = 9800 Hb = 9/8 Plat = 171000

با نظر متخصص زنان معالج، ۱۲ میلی گرم بتامتازون وریدی تزریق و بعد از رزرو خون ساعت ۱۱:۳۰ با تشخیص Repeat III + PROM به اطاق عمل منتقل و تحت بیهوشی عمومی، سزارین شده و نوزاد ترم با وزن ۳۸۰۰ گرم متولد می‌شود. بیمار به علت سابقه جراحی قبلی، چسبندگی شدید داشته که حین عمل آزاد می‌شود.

ساعت اصبح بیمار با هوشیاری کامل و BP = 110/70، رحم منقبض و V/B در حد نرمال از اطاق عمل تحویل گرفته می‌شود و ۲ عدد شیاف دیکلوفناک برای وی گذاشته می‌شود.

در چارت علائم حیاتی ساعت ۱ و ۳ صبح ۲ نوبت کنترل علائم حیاتی شده که مشکلی نداشته ولی از کنترل خونریزی واژینال در چارت فوق هیچ گزارشی ثبت نشده است.

در ساعت ۵:۳۰ به دلیل درد شدید و بی‌قراری، ترامادول عضلانی تزریق می‌شود. علائم حیاتی: BP = 95/60 PR = 78، حجم ادرار کافی ولی هماچوریک گزارش شده است. بیمار در ساعت ۳:۰۶ دچار تاکی پنه، بی‌قراری شدید می‌شود و طبق گفته همراهان دچار نفخ شدید شکم شده و بعد از تزریق ترامادول هم بی‌قراری وی بیشتر می‌شود.

بیمار بلافاصله توسط پزشک اورژانس ویزیت شد. در معاینه بیمار به شدت بی‌قرار و علایم P = 70/50 PR = 70 گزارش شد. برای وی اکسیژن گذاشته و سرم رینگر به صورت Free شروع و IV Line دوم نیز گرفته شد و مایع درمانی ادامه می‌یابد. ساعت ۷ صبح وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس به اطلاع پزشک معالج رسانده می‌شود که با

احتمال خونریزی، توصیه به تزریق خون و رینگر می‌شود. واحد اول خون در بخش وصل می‌شود ولی به علت بیقراری و تاکی پنه شدید، کد احیاء اعلام و اعضای تیم کد به بخش زنان آمده و توسط تکنیسین بیهوشی یکعدد آمپول افدرین رقیق شده وریدی تزریق می‌شود. بیمار ۱۵ دقیقه بعد توسط پزشک معالج ویزیت شده که تشخیص اولیه ایشان آمبولی بود ولی برای اطمینان از خونریزی داخلی، به اطاق عمل منتقل می‌شود. طبق نظر متخصص بیهوشی، بیمار از ابتدا قلب و تنفس نداشت، بلافاصله اینتوبه شد و توسط پزشک زنان با حضور جراح عمومی، لاپاراتومی می‌شود که جز ۱۰۰ cc خون داخل شکم، خونریزی اکتیو گزارش نشده است، بعد از گذاشتن درن داخل پریتوئن جدار بسته شده و CPR ادامه می‌یابد ولی موثر واقع نمی‌شود.

در شرح معاینه جسد: ریه‌ها نمای آنتراکوزه، حدود ۵۰۰ سی سی خونابه درون حفره شکم و در ناحیه خلف صفاقی بیش از یک لیتر خون لخته شده در مجاورت شریان آئورت و هماتوم اطراف ناف کلیه‌ها گزارش شده است.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره ده

↓ در صورتی که انقباضات رحمی شروع نشده سزارین می‌توانست تا صبح روز بعد به تاخیر بیفتد.

↓ با توجه به موارد سابقه آنمی در بارداری، تولد جنین درشت، مشاهده چسبندگی وسیع در شکم (خونریزی از محل‌هایی که چسبندگی آزاد شده) احتمال خونریزی قابل پیش بینی بوده بایستی توسط متخصص محترم توصیه‌های لازم در مورد Close Observation به مراقبین داده می‌شد.

تاریخچه خونریزی شماره یازده^{۱۶}

متوفی خانم ۳۷ ساله G4P2L2Ab1. از هفته ۷ بارداری تحت پوشش مراقبت‌ها قرار گرفته، ۶ بار مراقبت توسط مامای مرکز و ۴ بار توسط پزشک داشته. به دلیل سابقه پره اکلامپسی، دو قلبی و سقط مراقبت ویژه بوده است، دو بار سونوگرافی شده و آزمایشات روتین دوران بارداری را انجام داده است.

متوفی در زمان ترم به علت C/S Repeat در بخش زایمان بیمارستان... بستری می‌گردد. پس از هماهنگی با متخصص زنان موقتاً ترخیص می‌شود و در ساعت ۶ بعداز ظهر همان روز به بیمارستان برمی‌گردد. به علت پلاستتا آکرتا ساعت 22:30 Pm تحت بی‌حسی اسپینال برای بیمار سزارین هیستریکتومی سوپرا سرویکال انجام می‌شود. در حین جراحی مشکل خاصی نداشته، خونریزی غیر طبیعی نداشته، درن گذاشته می‌شود و شکم بیمار بسته می‌شود.

با توجه به حجم کم خونریزی نیاز به ترانسفوزیون نیز پیدا نمی‌کند. بیمار در ساعت 12:30 MN به ریکاوری اتاق عمل منتقل می‌شود، در ریکاوری بیمار کاملاً هوشیار بوده و صحبت می‌کرده و مشکل خاصی نداشته است. بیمار در بخش جراحی زنان پذیرش می‌شود، دستورات دارویی اجرا می‌شود (آمپول کفلین، جنتامایسین، دیکلوفناک و سرم). در ساعت ۵ صبح بنا به گزارش پرستار به علت وجود درد، یک متادون دریافت می‌کند. ساعت ۷:۳۰ صبح روز بعد بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری، افت ضربان قلب و سپس ارست قلبی تنفسی می‌شود که کد اعلام می‌شود. پزشک اورژانس احیاء را انجام می‌دهد، در ساعت 7:40 Am به دکتر اطلاع داده می‌شود و سریعاً بالای سر بیمار حاضر می‌شود. به علت اینکه لوله تراشه در محل مناسب نبوده (داخل معده) توسط سوپروایزر تصحیح و بیمار به اتاق عمل منتقل می‌گردد. در زمان انتقال بیمار میدریاز دوپل بوده است. شکم باز می‌شود و داخل شکم یک لیتر خون لخته و غیر لخته وجود داشت. شکم بسته می‌شود، Out Put ادراری نداشت. برای بیمار مشاوره داخلی داده می‌شود و در اتاق عمل توسط متخصص داخلی ویزیت می‌شود. (BP=80/60) و مردمک‌ها بدون واکنش به نور بوده است. بنا به توصیه متخصص داخلی برای انتقال بیمار به ICU با دریافت دوپامین اقدام می‌شود. که با توجه به عدم وجود امکانات ICU همان بیمارستان از ICU بیمارستان دیگر پذیرش گرفته می‌شود. بیمار در ساعت ۱۱ صبح به بیمارستان... اعزام می‌شود و در اورژانس آن بیمارستان بیمار مجدداً ارست قلبی تنفسی می‌کند. متأسفانه عملیات احیاء جواب نداد و بیمار فوت می‌کند.

نکته : برگه ثبت علائم حیاتی بیمار در بخش مخدوش است. به نظر میرسد بیمار از شب تا صبح افت فشار خون داشته است. در برگه ثبت شده که بیمار از ساعت ورود به بخش تا ساعت ۸ صبح میزان ۱۵۰۰ سی سی ادرار داشته ولی محتوای درن فقط 250cc بوده است.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره یازده

- ± با توجه به اینکه خانم در طی دوران بارداری به علت سابقه سزارین، پره اکلامپسی، دوقلویی، سقط مراقبت ویژه میشده و نتیجه سونوگرافی بیانگر پلاستنا اکرتا بوده بایستی سزارین در سطح سه با تیم پزشکی و رزرو فرآورده های خونی و در شیفیت صبح انجام می شد.
- ± با توجه به اینکه وضعیت بیمار اورژانسی نبوده است انجام سزارین در ساعت ۳۰:۲۲ شب نباید انجام می شد.
- ± با توجه به اینکه بیمار دچار چسبندگی جفت بوده و سزارین هیستریکتومی شده است. به منظور کنترل بهتر و دقیقتر بیمار پس از عمل، باید به کادر پرستاری در مورد مراقبت دقیق از بیمار تاکید میشد.
- ± علائم حیاتی (فشار خون و نبض) و حجم ادرار و ترشحات درن از ساعت ۳۰:۱۲ شب تا ۳۰:۷ صبح اندازه گیری نشده است.
- ± بدون ثبت علائم حیاتی و تشخیص درست برای بیمار، درد او با تزریق متادون درمان شده است. در نتیجه بیمار افت فشار خون داشته و حال وی وخیم شده است.
- ± محل لوله تراشه هنگام عملیات احیا نامناسب بوده است.
- ± چنین عملی باید در بیمارستان سطح سه انجام می شد، بخش ICU بیمارستان اول امکانات کافی نداشته و در نهایت بیمار با وضعیت نامناسب به بیمارستان دوم اعزام شده است.
- ± در مورد فواصل کنترل علائم حیاتی پس از زایمان به راهنمای شماره ۵ و در مورد کنترل خونریزی پس از زایمان به راهنمای شماره ۲۱ راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

تاریخچه خونریزی شماره دوازده^{۱۶}

متوفی خانم ۲۲ ساله G1P0، تحت پوشش خانه بهداشت و دو بار توسط بهورز، یکبار توسط ماما و یکبار هم توسط پزشک مراقبت شده است. حاملگی خواسته و با توجه به RH منفی و قد کمتر از ۱۴۰ سانتیمتر بارداری پرخطر محسوب می‌شده است.

با توجه به نتایج آزمایشات روتین بارداری، به علت پیوری تحت درمان قرار گرفت و به جز این موضوع مشکل خاص دیگری نداشته است. بیمار به علت مشکلات اقتصادی سونوی درخواست شده را انجام نداده است.

در سن حاملگی ۲۵ هفته با درد شکمی و تهوع و استفراغ به بیمارستان مراجعه نمود. در معاینه، شکم حساس و لکوسیتوز ۱۷۰۰۰ دارد BP=110/70 مشاوره جراحی و زنان و سونوگرافی اورژانسی انجام شده و IUFD و مایع آزاد زیاد در شکم گزارش گردید. رزرو ۶ واحد PC و ۱۰ واحد FFP انجام شد. لاپاراتومی توسط جراح عمومی انجام شد. جفت پرکرتا با تهاجم به سروز رحم بود. شکم بسته شده و در ساعت ۳۰:۶ صبح به علت گروه خون O منفی و نیاز به مرکز مجهزتر در بیمارستان... پذیرفته شده است. توسط متخصص زنان هیستریکتومی ساب توتال و خروج جنین مرده انجام شده است. به ICU منتقل و تحت نظر قرار گرفت. به دلیل عدم تحمل PO طبق دستور جراح NPO بود. بیمار از روز اول بستری PTT مختل داشته ولی هپارین نگرفته است. بیمار ۴ روز پس از اعزام هنگام OUT OF BED دچار ارست شد. بلافاصله متخصص بیهوشی و زنان اقدامات کامل احیا را انجام دادند ولی متأسفانه موفقیت آمیز نبود و بیمار فوت شد.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره دوازده

± عوامل خطر: RH منفی

± در صورت تشخیص IUFD ضروریست است سطح فیبرینوژن پلاسما چک شود و پایین بودن آن علامت هشدار برای بروز کوآگولوپاتی است که برای این بیمار اینکار انجام نشده است. در صورت پایین بودن فیبرینوژن باید خون تازه و Fresh Frozen Plasma و یا کرایوپرسپیسیتیت به مقدار کافی تهیه و در صورت نیاز Transfusion انجام شود.

± عمل جراحی باید توسط متخصص زنان و با همکاری متخصص جراحی انجام می‌شد.

۱۱۶ ■ اورژانس‌های مامائی - خونریزی پس از زایمان و چسبندگی غیرطبیعی جفت

- ↓ پس از باز کردن شکم و مشاهده جفت و تشخیص پرکرتا با وجود خون باید از متخصص زنان کمک گرفته اقدام به هیستریکتومی می‌شد و پس از stable کردن وضعیت مادر اقدام به اعترام می‌شد.
- ↓ جستجوی کامل شکم و رد علل خونریزی مربوط به احشاء داخلی (پارگی کبد، طحال و...) بایستی توسط جراح انجام می‌شد.
- ↓ به مبحث IUFD پس از نیمه اول بارداری راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

تاریخچه خونریزی شماره سیزده^{۱۶}

متوفی خانم ۳۹ ساله G4P3Ab0 با سابقه سه زایمان قبلی به روش سزارین بوده است و تاریخ تولد آخرین فرزند ۹ سال پیش بوده است، بارداری خواسته بوده و در دوران بارداری ۳ مراقبت توسط ماما داشته است.

نتایج آزمایشات روتین توسط پزشک در اولین مراقبت بررسی شده و طبیعی گزارش شده است.

در ۲۰ هفتگی مجدداً توسط پزشک مرکز ویزیت شد و بر اساس نتیجه آزمایش U/A با تشخیص UTI تحت درمان قرار گرفت. بر اساس نتایج ثبت شده سونوگرافی مشکلی نداشته است ولی بر اساس آن سن حاملگی با LMP تطابق نداشته است.

در زمان ترم ساعت ۸ صبح با دستور بستری از مطب متخصص زنان برای انجام سزارین به بیمارستان مراجعه میکند. در بخش زایمان علائم حیاتی به شرح ذیل بوده است: BP= 120/70 T= 37 PR= 80 RR=20 FHR= 130

درخواست آزمایشات روتین داده شد و برای انجام عمل سزارین آماده می‌شود. در ساعت ۹:۴۵ به اتاق عمل تحویل داده می‌شود و ساعت ۱۰:۳۰ صبح عمل سزارین آغاز می‌شود.

توسط متخصص زنان ابتدا برش فاننشیتیل داده شده که چسبندگی وسیع در محل برش سزارین وجود داشته - چسبندگی وسیع مثانه، خونریزی و جفت اکرتا مشهود بوده است. جنین از شکم قابل خارج شدن نبود به طوریکه مجدداً برش طولی توسط متخصص زنان داده شده و نوزاد با آپگار ۱۰:۹ خارج شد. سزارین به دلیل پارگی مثانه و خونریزی شدید ناشی از جفت اکرتا و چسبندگی محل سزارین‌های قبلی تا ساعت ۱۲:۴۵ به طول انجامید. حین انجام سزارین و برقراری هموستاز و کنترل خونریزی و ترمیم مثانه ۴ واحد خون و ۹ لیتر سرم به بیمار تزریق می‌شود. در این ضمن متخصص زنان از جراح عمومی که در اتاق عمل بوده مشاوره و کمک می‌طلبد و مثانه توسط جراح عمومی ترمیم می‌شود. در ساعت ۱۴ با BP= 90/60 به CCU فرستاده و مانیتورینگ شد. خونریزی از محل درن به اطلاع متخصص رسانده شد. مشاوره داخلی از نظر اختلال همودینامیک درخواست گردید و بر اساس نظر ایشان ۷ واحد پک سل و ۲ واحد FFP انقوزیون شد. در ساعت ۱۰:۱۶ خونریزی شدید از واژن و از محل درن به متخصص زنان اطلاع داده شد و ایشان دو عدد شیاف پروستاگلاندین را تجویز کردند.

در ساعت ۲۰:۱۶ به دنبال افت شدید فشارخون و تاکیکاردی بیمار ناگهان دچار ایست قلبی تنفسی شده و با اعلام کد ۹۹ و با حضور متخصص بیهوشی و تیم مربوط، عملیات احیا آغاز می‌شود. ساعت ۱۸ از خونریزی محل درن ادامه داشته و بیمار قادر به تنفس خودبخود نیست. میدریاز دوپل مشاهده شده و در نهایت در ساعت ۳۰:۱۹ بیمار دچار ارست قلبی شد و با وجود ۳۰ دقیقه عملیات احیاء متاسفانه مادر فوت نمود.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره سیزده^{۱۶}

- + با وجود پر خطر بودن بارداری (سابقه ۳ بار سزارین و سن بالای ۳۵ سال)، برای دریافت مراقبت ویژه ارجاع نشده است.
- + با توجه به قابلیت پیش‌بینی عارضه چسبندگی‌های جفت باید تمهیدات لازم از قبیل حضور متخصص زنان دوم و جراح و رزرو خون با کراس مسج قبل از عمل انجام می‌شد.
- + با توجه به وجود عوامل خطر و داشتن فرصت کافی برای انتقال بیمار، عمل سزارین باید در مرکز درمانی سطح بالاتر انجام می‌شد.
- + با توجه به تشخیص پلاستتا اکرتا و خونریزی شدید از محل جفت باید بیمار سریعاً هیستریکتومی می‌شد.
- + پس از انتقال به CCU، خونریزی شدید واژینال به علت خونریزی از محل جفت بوده نه به علت آتونی
- + دوز پروستاگلاندین‌های تجویز شده بر اساس راهنمای کشوری کافی نبوده است.
- + کنترل خونریزی فعال می‌بایست با توجه به Underlying Cause که همان پلاستتا اکرتا بوده است انجام می‌پذیرفت.
- + تاخیر زیادی در انجام اقدامات مناسب درمانی صورت گرفته است.

تاریخچه خونریزی شماره چهارده^{۱۶}

متوفی خانم ۳۴ ساله، G6L2A2D1، 37 هفته می‌باشد. بیمار سابقه سه سزارین که آخرین آن ۲/۵ سال قبل بوده داشته است. بیمار از حدود ۳ هفته قبل از زایمان از درد و لکه بینی شکایت داشته که شدت پیدا نکرده است. در سونوگرافی ۱۸ هفته، موقعیت جفت قدامی و در سونو ۳۴ هفته، جفت Low lying و آنتریور گزارش شده بود. بنا به گفته همراهان قبل از مراجعه به این بیمارستان به چند بیمارستان دیگر مراجعه کرده ولی پذیرش نشده است.

بیمار از ۷:۳۰ صبح در این بیمارستان سطح ۳ حضور داشته و ساعت ۹ بعد از باز شدن در مانگاه پری ناتال ویزیت می‌شود. درخواست چک انقباضات در اورژانس زایمان و سونوگرافی داده می‌شود. ۹:۲۵ دقیقه NST انجام می‌شود که نرمال بوده و ۲ کنتراکشن متوسط، ۳۵ ثانیه ای داشته است. بیمار توسط رزیدنت سونوگرافی شده و جفت خلفی و Low lying و چسبندگی غیر طبیعی جفت گزارش شده است. در ساعت ۱۱ بیمار در اورژانس پذیرش می‌شود. وضعیت بیمار توسط رزیدنت به دکتر (G) اطلاع داده شد و هیدراتاسیون، چک کنتراکشن و بتامتازون تراپی، مشاوره با پریناتالوژیست به منظور ختم بارداری و رزرو ۴ واحد خون دستور داده می‌شود. حدود ساعت ۱۲:۱۵ بیمار مجدداً توسط دکتر (R) سونوگرافی شده و در سونو ۳۶ هفته، جفت توتال پرویا و اکرتا با فاصله بسیار اندک بین جفت و مثانه گزارش می‌شود (برگه سونوی موجود در پرونده دستکاری شده است). مشاوره انکولوژی، اورولوژی و جراحی زنان توصیه می‌شود. به دکتر (G) مجدداً اطلاع داده شده و ایشان پیامدند و اظهار میدارند به علت اینکه رزیدنت گفته یک کنتراکشن مختصر دارد، خیالتان راحت باشد و case اورژانس نیست!!

ساعت ۱۳ دکتر (V)، متخصص مقیم که فلوی انکولوژی هستند شیفت را تحویل می‌گیرند. کنتراکشن ثبت شده توسط دستگاه طبق گفته دکتر (V) adequate force بوده است. مشاوره تلفنی با دکتر (T) فلوی پریناتال انجام شد که ایشان گفتند اگر کنتراکشن دارد ختم داده شود. مجدداً با دکتر (G) که آنکال عصر نیز بوده توسط دکتر (V) تماس گرفته می‌شود اظهار میدارند در مطب هستند و بیمار case انکولوژی است. با دکتر (Y) یا (M) تماس گرفته شود. دکتر (Y) جواب موبایل را ندادند پس از پیدا کردن ایشان در مطب، گفتند ساعت ۱۸ می‌آیند.

دکتر (M) در بیمارستان دیگری مشغول عمل بودند. با دکتر (S) متخصص اورولوژی تماس گرفته شد که گفتند در مطب هستند. ۱۵ دقیقه قبل از عمل رزیدنتشان را می‌فرستند (موقع عمل طی تماس‌های مکرر از اتاق عمل موبایلشان خاموش بود). با دکتر (F) جراح تماس گرفته شد گفتند در بیمارستان هستند و ساعت ۱۶:۱۵ که خون آماده می‌شود می‌آیند که نیامدند. ساعت ۱۶:۱۵ دکتر (M) تماس گرفتند گفتند عمل را شروع کنید ۱۵ دقیقه دیگر می‌رسم. به رئیس بیمارستان دکتر (K) تا این زمان اطلاع داده نشده بود.

دکتر (B) آنکال بیهوشی ساعت ۱۶ با وجود اطلاع از وضعیت بیمار بیمارستان را ترک کردند و بیمار را به رزیدنت سال ۳ سپردند و دستور بیهوشی اسپینال را دادند. خانم دکتر (V) به گفته خودشان منتظر آماده شدن خون و جراح دوم بودند. ۱۶:۱۵ دقیقه خون آماده شد. ۱۶:۴۵ بیمار با احتمال هیستریکتومی با رزرو ۲ واحد پک سل به اتاق عمل منتقل شد (BP=120/87 و P=88). بیمار توسط رزیدنت بیهوشی اسپینال شد. طبق گفته دکتر (V) از محل اتصال بالای مثانه رحم نازک شده بود که با اشاره انگشت خودبخود باز شد. جفت روی محل انسزیون بود. نوزاد پسر با آپگار ۹/۱۰ متولد شد. جفت در ناحیه Lower از خلف به قدام چسبیده بود و از آنجا به مثانه نفوذ داشت. بعد از خروج جنین اقدام به TAH شد. طبق نظر ایشان خونریزی خیلی بیشتر از معمول نبود (Stimate 2500cc). دکتر (M) در حین عمل می‌رسند (۱۷:۳۰). طبق گفته رزیدنت بیهوشی بعد از خروج جفت مادر ناگهان دچار خونریزی شدید شد و بدنبال آن افت ناگهانی و شدید فشار خون و تاکیکاردی پیدا می‌کند (PR=120, Bp=56/32). تزریق دو واحد خون در این زمان بصورت push و تزریق کریستالوئید و افرین انجام می‌شود و پس از این فشار خون به ۱۳۰/۹۸ و نبض به ۱۴۵ می‌رسد ولی خونریزی همچنان ادامه دارد. به حدی که خون به قسمت فوقانی بدن بیمار و کف زمین رسیده بود (Stimate 4000cc). ساعت ۱۷:۲۰، ۴ واحد خون ۳ واحد FFP و ۳ واحد پلاکت درخواست می‌شود. بیمار مجدداً هوشیار شده و فشار خون افزایش می‌یابد. چند دقیقه بعد مجدداً بیمار دچار هیپوتانسیون، لتارژی و Confution و V-Tach شده، اینتوبه می‌شود. بعد از ماساژ و آمبو شکم دیستانسیون پیدا می‌کند که متوجه می‌شوند لوله با کاف باز شده در دهان بیمار است. مجدداً اینتوبه می‌شود (به گفته ایشان O2 Sat زیر ۸۰ نشده است).

در این زمان دو آنکال بیهوشی نیز می‌رسند و به CPR کمک می‌کنند. بیمار برمیگردد. فرآورده های خونی پس از ۱ ساعت و ۱۰ دقیقه به اتاق عمل میرسد و تزریق می‌شود. ساعت ۲۰ به ICU منتقل می‌شود و ساعت ۲۰:۰۵ مجدداً ارست می‌کند در این زمان دکتر (G) نیز پس از تماس دکتر (K) با ایشان می‌رسند و علیرغم انجام عملیات احیا متأسفانه بیمار در ساعت ۲۱:۱۵ فوت می‌کند.

خلاصه نقد و بررسی تاریخچه خونریزی شماره چهارده

- + با توجه به وضعیت پرخطر بیمار، باید در شیفت صبح توسط اتند که در بیمارستان نیز حضور داشتند ویزیت و تصمیم‌گیری برای سزارین وی انجام می‌شد.
- + با توجه به اینکه در سونوگرافی تشخیص چسبندگی جفت داده شده و بنابراین خونریزی وسیع و سایر عوارض قابل پیش بینی بوده است باید قبل از انتقال به اتاق عمل از حضور و همراهی سایر متخصصین، رزرو کافی خون و فرآورده ها و نیز کسب رضایت هیستریکتومی از همسر اطمینان حاصل می‌شد.
- + یافتن سایر موارد قصور برعهده خوانندگان تاریخچه می‌باشد!!!
- + به بخشنامه شماره ۳۰۲/۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰ در خصوص عارضه چسبندگی جفت در زنان باردار مراجعه شود.

تاریخچه خونریزی شماره پانزده^{۱۰}

خانم ۲۰ ساله، G2P1، با سابقه سزارین قبلی مراجعه کرده است، افزایش آلفافیتوپروتئین سرم در هفته ۱۸ بارداری تا سطح ۱۴,۶ (multiples of median mom) وجود دارد. انجام سونوگرافی پلاستنا پرویا را با محدوده ای از جریان خون غیرطبیعی میومتر نشان می‌دهد. به دنبال این یافته‌ها، انجام MRI تهاجم جفت به سروز رحم را تأیید کرد.^{۱۰}

بیمار در ۳۳ هفتگی بارداری برای مانیتور کامل و نیز تجویز کورتیکواستروئید به منظور مچوریتی ریه جنین بستری شد. در ۳۴ هفتگی شواهدی از الیگوآمینوس مشاهده شد و به تصمیم‌گیری برای ختم بارداری منجر شد. بیمار درخواست کرد تا جایی که ممکن است از هیستریکتومی در هنگام لاپاراتومی اجتناب گردد در نتیجه سزارین برای ختم بارداری در نظر گرفته شد.

هنگام لاپاراتومی پلاستنا در وضعیت پره کر تا مشاهده شد. فوندوس رحم قابل تشخیص و کناره جفت مشخص بود. برش در ناحیه فوندوس و دور از محل جفت انجام شد. جنین از رحم به طریق بریچ از پرزانتاسیون ورتکس خارج شد. نوزاد با وزن ۲۲۴۰ گرم و آپگار ۸-۹ به دنیا آمد. بند ناف از محل الحاق جفت به طور کامل جدا و محل برش رحم بسته شد. مقدار خون از دست رفته حدود ۶۰۰ سی‌سی تخمین زده شد و انتقال خون نیاز نگردید. بیمار آنتی بیوتیک پروفیلاکسی گرفت و تزریق متوتروکسات (methotrexate) داخل عضلانی در دومین روز انجام گرفت و با دز هفتگی 1mg/kg (بر اساس وزن ایده آل) ادامه یافت.

بیمار با سونوگرافی و آزمایش CBC، B-HCG و آنزیم‌های کبدی پیگیری شد. درمان برای ۶ هفته تا زمانی که تیترا βhCG در دو بار متوالی منفی گزارش شده بود ادامه پیدا کرد. ۱۰ هفته بعد از جراحی، بقایای جفت از رحم جدا و داخل واژن شده بود. این خروج دیر هنگام بود و بیمار آنتی بیوتیک را برای کنترل تب دریافت کرد و سپس مرخص شد. در پیگیری ۸ ماه بعد از زایمان حال بیمار خوب بود.

شرح اقدام	شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه زایمان (نوع و زمان آن)	سابقه زایمان و سابقه	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی و علائم شوک، معاینه واژینال جهت بررسی میزان خونریزی، و مشاهده بقایای جفت، معاینه رحم (بطنی و لبرمی، اندازه رحم)		معاینه
تمام موارد		اندیکسیون بستری
CBC, BG, Rh, قریاگیری آنتی بادی ها در صورت امکان، پلاکت در صورت شک به DIC تعیین وضعیت انعقادی (فیبرینوژن، PTT، PT، ترومبین نامی)	آزمایشگاه	
تست های کلیوی و کبدی به منظور تعیین حد پایه	تصویربرداری	پاراکلینیک
	سایر تست های تشخیص	
گرسنالوئید مانند مخلوط سرم رینگر لاکتات، نرمال سالین، اکسی توسین، انفوزیون وریدی ۲۰ واحد در یک لیتر با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه حداکثر تا ۳ لیتر - داخل عضلانی ۱۰ واحد، متروژین، تزریق عضلانی به میزان ۲/۲ میلی گرم و تکرار درمان ۱/۲ میلی گرم پس از بازنده دقیقه حداکثر ۱ میلی گرم، PGF2a تزریق عضلانی ۲۵۰ میلی گرم تکرار هر ۱۵-۹۰ دقیقه تا حداکثر ۸ دوز (۲ میلی گرم) تزریق وریدی این دارو ممنوع است. میزوپروستول ۱۰۰۰ میکرو گرم (۵ قرص ۲۰۰ میکروگرم) به صورت رکتال، REVTIN (۹۰۰µg/۹۰) ۱ وصال ۱ میلی گرمی برای یک زن یا وزن حدود ۷۰ کیلوگرم) - تراکس هگزامیک اسید تزریق وریدی آهسته یک گرم در یک دقیقه و در صورت ادامه خونریزی تکرار آن نیم ساعت بعد توصیه می شود. پلاکت، خون تازه و FFP	درمان دارویی	
کوآگولوپاتی، رحم نرم خیزی	اندیکسیون	
ادامه خونریزی بعد از انجام اقدامات دارویی	اندیکسیون	درمان جراحی
کوزار، بستن شریان های رحمی، بخندان و هیپوگاستر، هیسترکتومی سوپرا سرویکال انجام شود	نوع عمل	
ماساژ دو دستی، فشار روی آئورت شکمی، تامپون رحم، دادن اکسیژن		درمان غیر دارویی و آموزش ها
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک		مدت بستری
stable بودن وضعیت مادر		اندیکسیون ترخیص
بررسی آنتی پس از زایمان و عوارض خونریزی		دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی		سایر اقدامات

ادامه کنترل علائم حیاتی مادر و کنترل وضعیت هسائولوریک تحت نظر متخصص زنان و داخلی

مراجعه به انکورتیم مدم ۱۲
خروج جفت من ۱۲
بهداری جنین و چسبندگی غیر طبیعی

بله

بهبودی؟

مشاوره داخلی

درمان با پلاکت، خون تازه FFP من ۱۶

خبر

بله

تایید رحم در اتاق عمل

خبر

کواکولپانی؟

رحم خالی و سالم

بله

ادامه خونریزی

تخلیه هسائوم و ترسیم رحم

پارگی رحم هسائوم لگنی

خبر

خبر

در صورت وجود تپون خروج آن تا ۴۸ - ۴۴ ساعت بعد و ترخیص با نظر متخصص

بررسی قسمت فولانی (کوزل)

آمادگی جهت نازری خون در صورت نیاز

بله

ادامه خونریزی یا علائم حیاتی غیر طبیعی؟

بررسی قسمت آنتی دستگاه تنفسی و ترسیم پارگی ما

رحم سفت گلوبولار

ترخیص مادر در حالی پس از ۴۸ ساعت

مشاوره داخلی
درمان با پلاکت، خون تازه FFP من ۱۶
بررسی رحم هسائوم و اقدام مطابق وضعیت

وجود کواکولپانی

مراجعه به راهشای وارونگی رحم من ۱۴

وارونگی رحم

الگوریتم خونریزی بلافاصله پس از زایمان

سرعت در تصمیم گیری و تعیین میزان خونریزی نجات دهنده است. جدول شماره ۱ ارزیابی عوامل خطر و مستعد کننده خونریزی پس از زایمان جدول شماره ۲

ترخیص مادر حداقل پس از ۲۸ ساعت

خونریزی

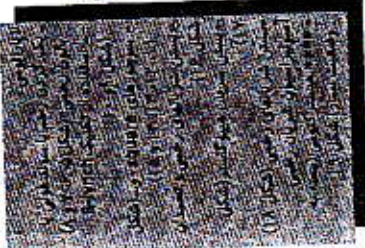
پرولمپت یا خونریزی



کنترل علائم حیاتی و برون ده اداری هر ساعت
- خونریزی و آریتم هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت سپس هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت و هر ۲ ساعت تا ۴ ساعت
- تمام سرم حاوی اسی توسین ۱۰۰۲ ml/min

خونریزی؟

بله



ادامه



تجویز داروهای

- پروترومبیک به ترتیب اولویت:
- تجویز اسی توسین (۱)
- تجویز متزین (۲)
- PGI₂ (۳)
- میراپروستون (۴)
- فاکتور همت RFX/III
- ترانگزامیک اسید
- جدول شماره ۵

رسم نرم مغیری

- ✓ اخذ شرح حال (نوع زایمان و زمان آن...)
- ✓ کنترل علائم حیاتی و برون ده اداری
- ✓ معاینه رحم و کتال زایمان بررسی میزان خونریزی
- ✓ گرفتن رگ
- ✓ انجام آزمایش CBC, DG, Rh, ورزور خون
- ✓ غربالگری آنتی بادی ها در صورت امکان.
- ✓ بلاکت در صورت شک به DIC تعیین وضعیت انعقادی (فبرینوژن، DTT، PT، ترومبین نام)
- ✓ تستهای کلیوی و کبدی به منظور تعیین حد پایه
- ✓ تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین حاوی ۲۰ واحد اسی توسین با سرعت ۱۰۰ ml/min (بهر)
- ✓ وارونگی رحم
- ✓ دادن اسیژن و گذاشتن سوند اداری ثابت و نظایه مثانه

تصمیم به هیستریکتومی لوری در مواردیکه خونریزی کنترل نمی شود مانند پارگی رحم یا پلاستانتا اکرا تا