

مرگ مادر باردار به علت شوک هیپوولمیک

مادر اتباع غیر مقیم، G1 و ۲۰ ساله با dil=2 cm و Efface=100%، جهت زایمان در ساعت ۳/۳۰ صبح مورخ سی ام دی ماه به بیمارستان مراجعه می کند.

در بررسی اولیه، فشار خون های سیستول ۱۴۰ تا ۱۵۰ با دیاستول های ۹۰ و ۱۰۰ و البته بدون علائم خطر، مشخص شده لذا آزمایشات پراکلامپسی درخواست و سرم سولفات در جریان می شود. آزمایشات پس از حدود ۱/۵ ساعت آماده و به صورت Urine pr=+++، LDH=700، Hb=14/2، PLT=101000 و SGOT و SGPT نرمال، توسط پزشک زنان رویت می شود. پزشک به دلیل نرمال بودن آزمایشات کبدی چندان نگران نشده و لذا دستور زایمان طبیعی می دهد. همچنین با وجود کنترکشن های قابل قبول در بیمار، دستور استیمولیشن و سپس اینداکشن میدهد. البته سرم سولفات همچنان در جریان بوده است.

در ساعت ۸ صبح (۴/۵ ساعت پس از بستری) ماماها و متخصص زنان شیفت صبح، بیمار را با dil=6cm و به گفته خودشان خونریزی Light تحویل می گیرند (این خونریزی تا زمان زایمان ادامه داشته است). علیرغم هیپرتون بودن رحم، اینداکشن با ۴ قطره در دقیقه ادامه داشته است.

به طور کل از ابتدای پذیرش تا انتهای زایمان سرم سنتوسینون در جریان بوده است. البته به گفته ماماها هیچ وقت از ۴ قطره بیشتر نبوده است.

در ساعت ۱۰/۴۰ زایمان دختر با آپگار ۹/۱۰ و با وزن ۲۲۵۰ گرم انجام می شود (IUGR بودن نوزاد دیگر نشانه PIH است) اما پس از دقایقی از خروج جنین و جفت، خونریزی به صورت غیر قابل کنترل و همچنین خروج مایع زردرنگ از انتهای واژن مشاهده می شود که در این هنگام شک به پارگی مثانه و خروج ادرار شده لذا پزشک بر بالین بیمار حاضر می شود سوند فولی در مثانه تعبیه شده که در خصوص پارگی مثانه نگرانی رفع می شود.

بیمار همچنان دچار خونریزی بوده است. سرویکس چک می شود و پارگی ملاحظه می شود اما راس پارگی مشخص نبوده ضمن آنکه شک به پارگی رحم نیز وجود داشته است لذا از استاد معین درخواست کمک می شود. در همین اثنا بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری می شود که توسط تیم احیا برگردانده می شود.

در طی این مدت مداوما نبض بیمار بین ۱۲۰ تا ۱۴۰ بوده است.

دقایقی پس از برگشت وضعیت هوشیاری بیمار، وی مجددا دچار کاهش سطح هوشیاری شده و نهایتا پس از اقدامات تیم احیاء، در ساعت ۱۲/۳۰ به اتاق عمل برده می شود و در ساعت ۱۲/۵۵ نیز دکتر (معین) در اتاق عمل

حاضر شده (پس از ۲ ساعت) و ترمیم پارگی ها انجام می شود.

مقدار خون دریافتی بیمار در قبل از ارسال بیمار به اتاق عمل ۲ واحد پک سل و ۱/۵ لیتر سرم بوده البته در هنگام ورود به اتاق عمل ۲ واحد دیگر نیز در حال انفوزیون بوده است.

در اتاق عمل، پارگی ها به صورت ۶ سانتی متر در سرویکس، پارگی در ناحیه سگمان های تحتانی در قسمت چپ و راست، و پارگی کلدوساک گزارش و ترمیم می شود. خون گزارش شده در شکم نیز حدود ۲۰۰ سی سی گزارش شده است (علت خروج مایع زردرنگ پس از زایمان، خروج مایع از پریتون به دنبال پارگی کلدوساک اعلام می شود).

ترمیم رحم و سرویکس تا ساعت ۵/۳۰ بعد از ظهر به طول می انجامد. در حین عمل چندین لیتر مایع، پک سل و خون تازه انفوزیون می شود.

بیمار حدود ۲ ساعت در ریکاوری بیمارستان بوده و سپس به مرکز الزهرا اعزام می شود (ساعت ۸ بعد از ظهر). وی پس از ۹ ساعت مراقبت در ICU الزهرا (ساعت ۵ صبح روز بعد) فوت می نماید.

در بررسی پزشکی قانونی پارگی کیسول گلیسون دیده شده است.

شوکه هموراژیک نیز در این بررسی پزشکی قانونی دیده شد.

خطاها و نواقص:

- بیمار دچار Severe PIH و یا HELLP بوده و لذا اندیکاسیون فوری ختم بارداری به شیوه سزارین داشته که این فوریت از جانب پزشک تشخیص داده نشده بود.
- بیمار نیاز به سنتوسینون نداشته و این اقدام باعث کنترکشن های بیش از حد و پارگی ها شده بود. هیپرتونسیته های ثبت شده روی کاردیوتوکوگرام گواه این موضوع بود.
- در خصوص خونریزی هم اگرچه متخصص زنان معتقد به خونریزی به دلیل پارگی در حین زایمان است اما این امکان نیز وجود دارد که در قبل از زایمان پارگی ها رخ داده باشد و به دلیل Compact شدن سرویکس توسط سر جنین، خونریزی فقط به صورت Light مشاهده شده باشد.
- تخمین خونریزی در پس از زایمان بسیار نادرست بوده ضمن اینکه بیمار دچار هیپرتانسیون، حجم داخل عروقی مناسبی را تامین نمیکند و لذا میزان خونریزی متوسط هم برای وی نامناسب است.
- از متخصصین بدرستی در زمان مناسب استفاده نشده است. در این بیمارستان انواع متخصصین اعم از زنان و جراحان وجود داشته و لزومی برای صبر کردن تا رسیدن استاد معین نبوده. ضمناً تنظیم خون و مایعات بیمار بایستی توسط متخصصین بیهوشی و داخلی انجام میشد و اجازه نمیداند بیمار وارد شوک هیپوولمیک شود. به منظور پیشگیری از ادم ریه متعاقب تجویز مایعات هم یک جراح می توانست اقدام به تعبیه CV line نماید تا بدرستی اقدام به تامین خون و بالانس مایعات و الکترولیت ها نمایند.
- هیچکدام از پزشکان و پرسنل مامایی مدیریت شوک هیپوولمیک را نمیدانستند. در هیچ کجای پرونده، شواهدی به نفع چک شدن فشار خون ارتوستاتیک نبود این در حالی است که نبض بیمار مداوما بالای ۱۲۰ بوده و کاهش حجم ادرار نیز وجود داشت.

- تجویز مایعات و خون در اتاق عمل (۱۱ واحد خون و پک سل و البته باز هم بدون تجویز فیبرونوژن) اگر چه کافی بود اما به واقع فایده ای نداشت چرا که در طی ساعت اول پس از زایمان که بسیار هم بحرانی بوده، فقط ۲ واحد پک سل و ۱/۵ لیتر سرم دریافت کرده بود. (بی مبالاتی)

- بر اساس مستندات موجود، بیمار در قبل از زایمان دچار دکولمان متعاقب PIH نبود هر چند که حادثه دکولمان نیز بعید نبوده است. همچنین هیچکدام از پرسنل اقرار به Fundal pressure نکردند البته به نظر میرسید واقعیت را گفتند.

- خون کامل با گروه خونی O منفی بایستی به صورت اورژانسی درخواست و تزریق میشد. کراس ماچ اورژانسی در طی ۵ دقیقه می تواند ناسازگاری ABO و سایر ناسازگاری ها را تا ۹۹/۸ درصد تشخیص بدهد.

- در این بیمار بایستی بیشتر خون میدادند تا مایع، چرا که بیمار PIH بود و دچار همولیز میکروآنژیوپاتیک بود. این بیماران به خون بیشتری نسبت به مایع نیاز دارند.

- به بیماری که تیک مکونیوم بوده حالا یا به علت کنترکشن های ناشی از تزریق سنتوسینون، یا به علت کاهش خونرسانی رحمی جفتی به دلیل خونریزی از ساعت ۷/۳۰ تا ساعت ۱۰/۴۰ (موقع زایمان) پتدین و ادامه سنتوسینون داده اند.

- مریضی که PIH است و کاهش وزن دارد دچار هموکانستریشن است.

- بیمار به طور کل، بسیار کم Estimate شده است.

نکته های قابل تامل:

- علیرغم عدم توصیه کتاب به افزایش فشار خون (مثلا از سیستول ۹۰ به سیستول ۱۲۰، از سیستول ۹۰ به سیستول ۱۳۰)، ما به این نکته به خصوص در افاغنه دقت کنیم. در این مرگ مادر باردار به دلیل فشار خون های ۱۳۰ تا ۱۴۰، عنوان Severe PIH و یا HELLP مد نظر قرار نگرفته است.

- به صرف نبود یک یافته پاراکلینیکی (هر چند مهم)، یک تشخیص را مورد غفلت قرار ندهیم. در این مرگ مادر باردار به دلیل آزمایشات کبدی نرمال، با عنوان PIH و یا HELLP در نظر گرفته نشده است.