

بسمه تعالی

متوفی خانم ۴۱ ساله G₅P₄Ab₁L₄D₁ ساکن شهر با تحصیلات لیسانس مدیریت دولتی و خانه دار، همسر ایشان ۴۸ ساله، با تحصیلات مهندسی صنایع و کارمند بازنشسته ذوب آهن می باشد. مادر در تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۹، حدود ۱۲ ساعت بعد از زایمان حین اعزام از بیمارستان A خصوصی شهر اصفهان به مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی B استان فوت نموده است. زایمان مادر به روش سزارین در تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ در سن بارداری ۳۹ هفته و ۲ روز بوده است. شایان ذکر است مادر چهار فرزند زنده دارد و آخرین زایمان مادر در تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۸ بوده که منجر به تولد نوزادان پسر دو قلو گردیده است.

مراقبت بارداری

مادر مراقبت های دوران بارداری را از بخش های دولتی و خصوصی دریافت نموده است.

مراقبت بارداری در واحد بهداشتی

مادر در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۴ جهت تشکیل پرونده بارداری با تست بتا مثبت به پایگاه سلامت ضمیمه مرکز شهری شبکه بهداشت و درمان شهر C، در سن بارداری ۱۰ هفته و ۱ روز مراجعه نموده، توسط ماما ثبت بارداری انجام و مراقبت های لازم به ایشان ارائه شده است. LMP مادر ۱۴۰۴/۰۶/۱۴ ثبت گردیده است.

در زمان مراجعه ۱۵۶cm : قد، ۶۸.۲۵ kg : وزن و BMI ۲۸ بوده که بر اساس وزن زمان مراجعه مادر محاسبه گردیده است. به طور کلی مادر در طی بارداری ۲ بار توسط پزشک ویزیت و ۵ بار توسط ماما مراقبت گردیده است.

سایر مراقبت های مادر به شرح ذیل بوده است:

تاریخ	نوع مراقبت	نتیجه ارزیابی
۱۴۰۴/۰۸/۲۴	مراقبت و شرح حال اولیه بارداری (پزشک، ماما)	G.A: 10w,1d P.R: 92 R.R: 17 T: 36.6 BP: 100/70 Wt: 68.25 مراقبت معمول نوبت اول بارداری توسط ماما انجام و بر اساس ارزیابی انجام شده در شرح حال اولیه سابقه زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، چندقلویی، سقط و سزارین تکراری در بارداری های قبلی گزارش شده و واکسیناسیون نیز ناقص بوده، همچنین بیماری هیپوتیروئید، مصرف لووتیروکسین ۵۰ و حساسیت دارویی به دیکلوفناک ذکر شده که ارجاع به پزشک مرکز جهت انجام بررسی ها و اقدامات تکمیلی صورت گرفته است. ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده و در ارزیابی انجام شده بر اساس معیارهای سامانه سیب خطر ترومبوآمبولی وجود نداشته است. در ارزیابی الگوی غذایی، مادر براساس نمایه توده بدنی اضافه وزن داشته و جهت ارزیابی کارشناس تغذیه، توسط ماما به پزشک مرکز ارجاع شده است. نتایج آزمایشات معمول نوبت اول بارداری به شرح ذیل می باشد: Hb:13.4, Hct:40.3, MCV:81.7, MCH:27.2, MCHC:33.3, Plt:321.000, FBS:98, TSH:5.2, BUN: 11, Cr: 0.84, BG&RH: O+, VDRL: Neg, U/A : Neg (WBC:2), U/C: Neg, HIV.Ab: Non reactive, HBS(Ag): Neg با توجه به نتیجه آزمایش FBS، آموزش تغذیه مناسب و توصیه به انجام ورزش و فعالیت بدنی برای مادر صورت گرفته و تکرار آزمایش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد توصیه شده و برای TSH مختل نیز نیاز به ارجاع به متخصص زنان یا داخلی بوده که جهت ارجاع به متخصص به پزشک مرکز ارجاع شده است. همچنین ویزیت پزشک انجام و مادر به علت سن بالای ۴۰ سال به متخصص قلب و به دلیل TSH مختل به متخصص داخلی ارجاع شده است.

در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۶ مادر با شکایت تپش قلب به مرکز مراجعه نموده که توسط پزشک ویزیت و به متخصص قلب ارجاع شده است.

پیگیری ارجاعات به متخصص زنان و متخصص قلب در تاریخ های ۱۴۰۴/۰۸/۲۶، ۱۴۰۴/۰۹/۰۱، ۱۴۰۴/۰۹/۱۰ و ۱۴۰۴/۰۹/۲۶ انجام شده و توصیه به انجام مراقبت و ارائه پسخوراند شده است. در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۲۹ مادر به مرکز مراجعه نموده و اظهار نموده به متخصص زنان مراجعه کرده اما پسخوراند ارجاع را همراه نداشته که به علت عدم ارائه فرم ارجاع توسط مادر بوده است. بر اساس پسخوراند متخصص قلب و عروق مادر مشکل قلبی نداشته، در این تاریخ توسط ماما سمع قلب جنین انجام و آزمایشات بررسی و به شرح ذیل ثبت شده است. به علت bs2h.p.p:122 و نتایج آزمایش ادرار ارجاع به متخصص زنان داده شده و بر ارائه پسخوراند تأکید شده است.		
نتایج آزمایشات مورخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۷ : Urinalysis (U/A) - Macroscopy: Urine PH: 5, Urine Specific Gravity: 1030, Appearance: Transparent, Protein: Negative, Glucose: Negative, Bilirubin: Negative, Urobilinogen: Negative, Blood/Hb: 1+ Keton: Negative, Color (U/A): Yellow Urinalysis (U/A)- Microscopy: WBC: 2-5, RBC: 5-10, Crystal: Negative, yeast: Negative, Mucus: Negative TSH: 2.2, FBS: 90 , Blood Suger(2hpp): 122		
G.A:18w,3d P.R:94 R.R: 17 T: 36.6 BP: 91/71 Wt: 71.3 مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده است. بر اساس ثبت ماما: آموزش مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت ها، تغذیه صحیح در بارداری و وزنگیری مناسب داده شده است. بر اساس پسخوراند متخصص زنان نتایج آزمایشات تیروئید و قند خون مادر نرمال است، ادامه مصرف داروهای قبلی توصیه و وجود خون در ادرار که یک پلاس بوده نیازمند اقدام خاصی نبوده است. ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده و در ارزیابی انجام شده بر اساس معیارهای سامانه سیب خطر ترومبوآمبولی وجود نداشته است. نتیجه سونوگرافی نوبت اول بارداری که در تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۱۷ انجام شده به شرح ذیل ثبت گردیده است:	مراقبت دوم بارداری ۲۰-۱۶ هفته (ماما) و ثبت سونوگرافی نوبت اول	۱۴۰۴/۱۰/۲۲
G.A by SONO: 17w G.A by LMP: 17w,5d F.Activity: ok FHR: ok Placenta: Posterior A.F:NL G.A:27w,5d P.R:90 R.R: 18 T: 36.5 BP: 100/70 FHR: OK FH:27w Wt: 75 مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری و ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده است. نتایج آزمایشات معمول نوبت دوم بارداری به شرح ذیل ثبت گردیده است: Hb:11.4, Hct:34.9, MCV:85.5, MCH: 27.9,MCHC: 32.7, FBS: 90, GCT: 161, RH: +, Plt: 288.000, U/A : Neg با توجه به نتیجه آزمایش GCT به متخصص زنان ارجاع شده است.	مراقبت سوم بارداری ۳۰-۲۴ هفته (ماما) و ثبت آزمایشات نوبت دوم	۱۴۰۴/۱۲/۲۷
G.A:32w,5d P.R:87 R.R: 17 T: 36.6 BP: 104/67 Wt: 75.7 FHR: 142 FH:32w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده است. نتیجه سونوگرافی نوبت دوم بارداری که در تاریخ ۱۴۰۵/۰۱/۳۱ انجام شده به شرح ذیل ثبت گردیده است: G.A by SONO: 30w G.A by LMP: 32w,2d F.Activity: ok FHR: ok Placenta: Posterior A.F:NL پسخوراند ارجاع قبلی به متخصص زنان دریافت نگردیده، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای مادر انجام شده و ارجاع به متخصص زنان به منظور بررسی نتایج سونوگرافی انجام شده است. مادر عنوان نموده از بهمن ماه روزی یک عدد آسپرین مصرف می کند.	مراقبت چهارم بارداری ۳۴-۳۱ هفته (ماما) و ثبت سونوگرافی نوبت دوم	۱۴۰۵/۰۲/۰۳

G.A:36w,1d P.R:95 R.R: 17 T: 36.6 BP: 119/73 Wt: 78.2 FHR: 150 FH:36w مراقبت های روتین با توجه به سن بارداری انجام شده، مشکل خاصی گزارش نگردیده است. ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری برای مادر انجام و آموزش موارد لازم به مادر ارایه شده است. مادر عنوان نموده فردا نوبت ویزیت متخصص زنان دارد. تاکید بر ارایه پسخوراند ارجاع انجام شده است.	مراقبت پنجم بارداری ۳۷-۳۵ هفته (ماما) و غربالگری کاردیومیوپاتی	۱۴۰۵/۰۲/۲۷
مادر بعد از تاریخ فوق به واحد بهداشتی مراجعه نداشته که در تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۳ پیگیری مراقبت ۳۸ هفتگی و در تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۷ پیگیری مراقبت ۳۹ هفتگی انجام شده که مادر بیان کرده در تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ مراجعه خواهد نمود که در این تاریخ زایمان انجام شده است.		

مراقبتهای انجام شده در بخش خصوصی (کلینیک زنان و مامایی بیمارستان خصوصی D) به شرح زیر می باشد:

تاریخ	GA	BP	FHR	وزن (Kg)	توضیحات
۱۴۰۴/۰۸/۰۷	Sono:8w,1d – FHR:NL				
۱۴۰۴/۰۸/۲۷	Hb:13.4,HCT:30.3, plt:321000,FBS:98, BUN:11,Cr:0.84				
۱۴۰۴/۰۹/۰۵	به دلیل تنگی نفس مشاوره قلب شده که نتیجه نرمال بوده است.				
۱۴۰۴/۰۹/۱۶	FBS:90, 2hpp:122,TSH:2.2,				
۱۴۰۴/۱۰/۱۱	16w,4d	۱۲۰/۸۰		۶۸	قرص ASA- لووتیروکسین نصف- ویتامین D- کلسیم- شیاف پروژسترون- آزمایش GCT
۱۴۰۴/۱۰/۱۷	Sono: cephalic, FHR:ok, placenta:post ,17w,6d, normal Genetic sonography				
۱۴۰۴/۱۱/۲۰	22w,3d	۱۲۰/۸۰	۱۵۴	۷۲.۵	
۱۴۰۴/۱۱/۲۰	مجدداً به علت تنگی نفس ارجاع به متخصص قلب شد و طبق اکوکاردیوگرافی:EF:60% و بقیه موارد نرمال بوده و طبق گزارش متخصص مشکلی از نظر قلبی یافت نشده است.				
۱۴۰۴/۱۲/۲۴	Hb:11.4,HCT:34.9,WBC:11500, plt:288000,FBS:90,GCT:161,Vit D3:18.8,T4:9.5,TSH:2.8				
۱۴۰۵/۰۱/۱۷	30w,4d	۱۲۰/۷۰	۱۳۸	۷۳	VitD 50000 هر هفته
۱۴۰۵/۰۱/۳۱	32w,4d	۱۲۰/۷۰	۱۵۶	۷۶	Sono: cephalic, FHR:ok, placenta:post,no previa or low-lying – 30w,5d, wt:2130gr
۱۴۰۵/۰۲/۰۱	FBS:82, 2hpp:152, HbA1C:5.3, Estimated Average Glucose:105				
۱۴۰۵/۰۲/۱۷	35w,5d	۱۰۰/۷۰	OK	۷۶	قرص نیفیدیپین روزی یک الی دو عدد- تکرار آزمایش GTT(دو مرحله ای)
۱۴۰۵/۰۲/۳۱	37w	۱۲۰/۷۱	۱۴۰	۷۷.۵	TV: pelvic:Adequate, cole: بسته
۱۴۰۵/۰۳/۰۹	Sono: cephalic, FHR:ok, placenta:post,no previa or low-lying – 37w,1d				
۱۴۰۵/۰۳/۱۱	38w,4d	۱۱.۹/۷۰	۱۴۸	۸۰.۵	
۱۴۰۵/۰۳/۱۶	39w,2d	۱۴۰/۹۰	OK	۸۱	TV:1finger- UADرخواست

مراجعات سرپایی

بیمارستان E دولتی شهرستان:

در تاریخ ۱۴۰۵/۰۱/۲۵ در ساعت ۲۱ با شکایت از درد پهلوی و کاهش حرکت جنین به بلوک زایمان بیمارستان E دولتی شهرستان مراجعه کرده است. سطح تریاژ ۳ تعیین شده، GA:32w بوده، علائم حیاتی به صورت: BP:105/75, PR:88, RR:20 و FHR:144 بوده است. NST:Reactive و TV:close بوده و به علت کنترکشن های mild (چک دستی) توصیه به بستری شده است. وضعیت به اطلاع متخصص زنان رسانده شده، لیکن بیمار اصرار بر رفتن به بیمارستان خصوصی نزد پزشک خود داشته و با آموزش علائم خطر و پس از تنظیم صورتجلسه بیمارستان را ترک کرده است.

بیمارستان خیریه F شهر اصفهان:

در تاریخ ۱۴۰۵/۰۱/۲۵ در ساعت ۱۲MN با شکایت از درد به بلوک زایمان بیمارستان F شهر اصفهان مراجعه کرده است. GA:31w, 3d بوده، نوار NST:Reactive و Toco:Neg بوده، اجازه معاینه واژینال داده نشده و به دستور پزشک زنان با تجویز شیاف پروژسترون ترخیص شده است.

گزارش پرسشگری:

مادر تمایل به انجام زایمان طبیعی داشته و طبق مشاوره با پزشک معالج وی شرایط انجام زایمان طبیعی را دارا بوده است. از روز ۹ خرداد تا زمان زایمان (۱۴۰۵/۰۳/۱۸) روزانه از پرل گل مغربی استفاده کرده و پیاده روی و ورزشهای سبک نظیر بالا رفتن از چند پله را انجام داده است. در تاریخ ۱۸ خرداد حدود ساعت ۴-۳ صبح کیسه آب باز شده و طبق تماس با پرسنل بیمارستان A شهر اصفهان سریع راهی بیمارستان شده است.

بیمارستان خصوصی A شهر اصفهان:

در تاریخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ ساعت ۱۰:۰۵ صبح با شکایت از آبریزش معرفی نامه پزشک مبنی بر بستری جهت انجام زایمان طبیعی به بلوک زایمان بیمارستان A شهر اصفهان مراجعه کرده است. سطح تریاژ ۲ تعیین شده است.

علائم حیاتی بدو ورود به صورت: BP:120/80, PR:95, T:37, RR:18 و میزان spo2:98% و FHR:135 گزارش مامایی بدو ورود: مددجو با GA:39w, 2d با شرح آبریزش واضح مراجعه کرده، به دستور پزشک معالج بستری گردید. مادر احساس درد مختصری دارد.

دستور تلفنی پزشک معالج در ساعت ۵:۱۵AM:

۱: تحت نظر باشد.

۲: ارسال آزمایشات روتین CBC, BGRH, UA, CRP, BS

۳: آمپول آمپی سیلین ۲gr ساعت ۹AM و سپس q6h

۴: سرم رینگر ۱lit/stat

۵: NST+TOCO

گزارش مامایی: NST انجام شد، Beat to Beat مطلوب داشته، افت نداشته و انقباضات پراکنده داشته است. به دستور دکتر نوار Reactive بوده است. طبق دستور پزشک معاینه واژینال انجام شد کل بسته و poor efface و پرزانتاسیون سفالیک بوده است. مددجو VB، SS و کاهش FM نداشته، سابقه هیپوتیروئید و مصرف قرص لووتیروکسین و سابقه GDM که با رژیم کنترل شده را ذکر کرده است. مددجو اصرار بر زایمان طبیعی داشته و پزشک نیز در جریان تمایل وی بوده است. مددجو ذکر کرده که از طریق طب سنتی پیگیری کرده و علیرغم توصیه پرسنل تمایل به زایمان طبیعی دارد. به دستور پزشک جهت زایمان طبیعی بستری باشد.

نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۷:۴۶: WBC:12800, HB:13.9, HCT:40.1, PLT:237000, BS:153, CRP:9.65

گزارش مامایی شیفت صبح: مددجو در ساعت ۷ صبح در حال مانیتورینگ علائم حیاتی و FHR و معاینه واژینال: کل بسته و آبریزش واضح و ابراز درد از شیفت شب تحویل گرفته شد.

علائم حیاتی: spo2:98% و BP:110/70, PR:90, T:37, RR:20

ساعت ۹:۳۰: در نوار NST کنترکشن مثبت و Beat To Beat:ok بوده

معاینه واژینال: 1 finger/ poor efface/ -3 /cephalic /R به اطلاع پزشک معالج رسانده شد، دستور تلفنی:

۱: جهت NVD و vbac با دردهای خود در جریان باشد

۲: ۲ واحد پک سل رزرو شود

در ساعت ۱۲:۳۰: معاینه واژینال 2finger/ 20-30%/ -3 /cephalic/ R طبق تماس با پزشک معالج فرمودند مددجو در سیر فیزیولوژیک باشد و در صورت عدم پیشرفت یا هر گونه مشکل تصمیم گیری می شود.

گزارش شیفت عصر: در ساعت ۱۳ مددجو از روشهای زایمان بی درد غیر دارویی نظیر Birth ball و ماساژ درمانی، کیسه آب گرم توسط مامای همراه استفاده می کند. وی متقاضی زایمان طبیعی بوده و چندین بار در خصوص عوارض vbac توضیح داده شد. رضایت نامه جهت انجام زایمان طبیعی از همسر و مادر اخذ شد.

شرح حال ثبت شده توسط پزشک معالج: خانم ۴۱ ساله با حاملگی ترم و آبریزش و LP مختصر و سابقه سه بار سزارین - دارای کنترکشن، قلب جنین نرمال و بیمار به شدت اصرار به زایمان طبیعی دارد.

ساعت ۱۴:۳۰ ویزیت توسط پزشک معالج

معاینه واژینال: 2finger/ 20-30%/ -3 /cephalic /R

دستورات پزشک:

۱: کنترل دقیق FHR و cont

۲: در صورت کاهش FHR یا عدم پیشرفت اطلاع داده شود.

۳: آمپول هیوسین و آمپول پرومتازین ۱/2 و پتیدین ۲۵mg PRN

ساعت ۱۵:۳۰ 3cm /40%/ -3/-2/ cephalic /R مانیتورینگ قلب جنین و علائم حیاتی مادر

ساعت ۱۷:۳۰ 3-4cm / 50% / -2/-1/cephalic /R

در ساعت ۱۹ با پزشک معالج تماس گرفته شد و مقرر شد مددجو را ویزیت کنند.

گزارش شیفت شب: بیمار کاملاً هوشیار و آگاه به زمان و مکان بوده، رژیم معمولی داشته و RBR بوده، قلب جنین مانیتورینگ شده و علائم حیاتی: spo2:98% و BP:110/70 , PR:92 , RR:18, T:37

معاینه واژینال در ساعت ۱۹: 4cm / 60-70%/ -2 / R

در ساعت ۱۹:۴۵ با پزشک معالج تماس گرفته شد و شرح حال فوق به ایشان ارائه شد.

در ساعت ۲۰:۱۵ طی تماس با پزشک معالج از ایشان خواسته شد با توجه به ۳ بار سزارین در لیبر حضور یابند.
در ساعت ۲۰:۴۵ پزشک معالج مادر را ویزیت و معاینه کردند: پس از معاینه بیمار دچار VB در حد کمتر از منس شد.
معاینه واژینال: ۲- 6-7cm/60%/ FHR:135

VB در حد متوسط و دفع لخته بوده، با توجه به عدم پیشرفت در نزول سر جنین با تشخیص ارست لیبر آماده سزارین شده
و در ساعت ۲۰:۵۵ تحویل OR داده شد. FHR:120-130

طبق گزارش کارشناس اتاق عمل به دستور پزشک معالج به علت اورژانسی بودن قلب جنین شنیده نشد.

گزارش عمل جراحی: بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و پس از برش روی سگمان تحتانی رحم کنترکت بود. در
ساعت ۲۱:۱۰ نوزاد دختر با وزن ۳۳۰۰ گرم با آپگار دقیقه اول صفر و پس از احیا توسط متخصص بیهوشی و نوزادان با آپگار
۲ به نوزادان تحویل داده شد. رحم کوراز شد و به دلیل پارگی لترال راست رحم از متخصص زنان دوم درخواست کمک شد.
با توجه به پارگی سوپراسرویکال هیستریکتومی و اووفورکتومی راست انجام شد و به دلیل خونریزی سمت راست، توسط
متخصص زنان همکار، هیپوگاستریک لیگیشن انجام شد، سرویکس سوچور شد و با سه لنگاز داخل شکم پک شد.

گزارش نوزاد: نوزاد پس از انجام عملیات احیا و اینتوباسیون در ساعت ۲۱:۴۰ به بخش NICU تحویل داده شد و مجدداً دچار
برادیکاردی و افت O2sat شد. عملیات احیا انجام شد که متأسفانه موفقیت آمیز نبوده و در ساعت ۲۲:۵۵ فوت نوزاد اعلام
گردید.

گزارش متخصص بیهوشی: در اتاق عمل به علت خونریزی شدید ۴ کیسه PC و ۶ کیسه FFP و چند لیتر سرم (۱۰۰۰CC)
سرم ۲/۳ ۱/۳ و ۲۵۰۰CC NS و ۱۰۰۰CC رینگر) انفوزیون شد. بیمار با UO:700cc و PR:90 و BP:110/70 در ساعت
۲۳:۴۵ به ریکاوری منتقل شد. پرسنل فیکس بالای سر بیمار درخواست شد.

دستورات و گزارشات پزشک معالج:

ساعت ۱۱:۳۰PM

۱: NPO تا ۱۲ ساعت

۲: کنترل VS طبق پروتکل

۳: سرم رینگر و ۲/۳ ۱/۳ و ۵% DW هر کدام ۱ لیتر طی ۲۴ ساعت

۴: آمپول کفلین و جنتامایسین طبق دستور

۵: آمپول هپارین ۵۰۰۰U/TDS

۶: پس از ۴۸ ساعت مجدداً در اتاق عمل لنگازها خارج و بانداز پا داشته باشد

نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۲۳:۵۴: WBC:19200, HB:10.7, HCT:33.2, PLT:158000, BUN:10,
Cr:1.1,sodium:133,k:4.9, PTT:26, PT:13, INR:1, PT control:13, FIB:388

ساعت ۰۰:۲۵ AM BP:120/70 PR:110 UO:500cc

ساعت ۱:۳۰ بیمار تاکی کارد شده PR:130 و out put کم شده BP:95/65 مشاوره داخلی انجام شد.

مشاوره داخلی در ساعت AM ۱:۲۰: بیمار هوشیار و GCS:13/15 بوده، بیمار بسیار pale و قلب تاکی کارد در معاینه
شکم نرم است. نبض ها قرینه و منظم است. دستورات:

۱: میزان HB>9 حفظ شود.

۲: چک CBC diff q6h و ارسال آزمایشات BUN,Cr, Na,k

۳: کنترل IO

۴: سرم نرمال سالین ۲ لیتر در ۲۴ ساعت

۵: دو واحد پک سل دیگر تزریق شود و در صورت دریافت بیشتر از ۶ واحد یک ویال گلوکونات کلسیم تزریق شود.
ساعت ۲:۳۰ AM به دلیل out put کم سوند فولی تعویض شد

۱: تزریق دو واحد خون دیگر

۲: سپس گلوکونات کلسیم دریافت کند

۳: پس از دریافت خون در صورت عدم ادرار آمپول لازیکس ۱۰ mg/IV دریافت کند

ساعت ۳:۳۰ AM بیمار هنوز ادرار ندارد. طبق تماس با متخصص بیهوشی:

۱: مجدداً آمپول لازیکس ۱۰ CC و بی کربنات ۷.۴ CC ۵۰ دریافت کند.

۲: آمپول دوپامین با دوز دیورتیک حدود ۴-۲ قطره دریافت کند و مشاوره با متخصص داخلی انجام شود.

ساعت ۴ AM: به علت بی تابی همراهان بیمار با مادرش صحبت کرد

مشاوره متخصص بیهوشی، شرح حال از ساعت ۳ AM

طبق تماس با ایشان مبنی بر کاهش ادرار (بیمار ۱۴۰۰ CC ادرار از بعد از عمل تا ساعت ۳ AM داشته است) با توجه به اینکه بیمار از ساعت ۱۲:۳۰ تحت نظر متخصص داخلی بوده و آزمایشات بعد از عمل نیز نرمال بوده است، طبق تماس مجدد در ساعت ۳:۳۰ AM توصیه شد مجدد ویزیت متخصص داخلی انجام شود. با توجه به هیدریشن کافی توصیه شد دوپامین با دوز دیورتیک/لازیکس ۱۰ mg هر ۱۵-۱۰ و اطلاع وضعیت بیمار به متخصص داخلی انجام شود.

گزارش کارشناس اتاق عمل: بیمار در ریکاوری ۵ عدد کیسه خون و ۵۰۰ CC سرم ۲/۳ ۱/۳ دریافت کرد. از ساعت ۲۳:۳۰ تا ۱:۳۰ AM out put: 700cc بوده و از ساعت ۱:۳۰ تا ساعت ۵:۱۰ AM هیچ ادراری نداشت.

ساعت ۵:۵۰ AM به دلیل تاکی کاردی و تاکی پنه و عدم ادرار PR: 140-150 و RR: 34 با متخصص بیهوشی تماس گرفته شد که به دستور ایشان برای برقراری ادرار آمپول لازیکس ۱۰ تا ۱۰ تا تزریق شود و مقرر شد جهت ویزیت بیمار حضور یابند. در این حین بیمار دچار افزایش BP در حد 150-160/110 شد با متخصص داخلی تماس گرفته شد و تا ۹۰ mg آمپول لازیکس تزریق شد.

در ساعت ۵:۲۰ به دلیل عدم هوشیاری و تاکی پنه متخصص زنان دوم، متخصص داخلی و بیهوشی بر بالین بیمار فراخوان شدند و قبل از آن تکنسین بیهوشی بیمار را به اتاق عمل انتقال داده تا عملیات احیا انجام شود. طبق گزارش متخصص بیهوشی: با توجه به تنفس gasping و افت هوشیاری بیمار اینتوبه شد و با اکسیژن ۱۰۰٪ ونتیله شد. دیستانسیون شدید شکم داشت که OG گذاشته شد. ترشحات ساکشن شد. به دلیل برادیکاردی شدید و ایست قلبی عملیات احیا انجام شد و پس از دریافت چند نوبت آدرنالین، آتروپین و بی کربنات و شوک بیمار برگشت. مردمکها دیلاته و راکتو بوده ولی میدریاز نبود. درخواست cv line از جراح شد.

بیمار سونوگرافی شد مایع در شکم نبوده ولیکن هوا وجود داشته است. VBG اسیدوز خفیف بوده است.

نتیجه ارسال آزمایشات در ساعت ۶:۲۶ صبح:

WBC:2100, HB:2.2 , HCT:0 , MCHC:29.3, MCV:93.8, MCH:27.5, PLT:11000, RDW-SD:50.4,

RDW-CV:14.4 - PH:7.36, PCO2:33, PO2:23, HCO3:18.6, HCO3 std:18.7, BEesf:-6.8, BE:-5.9, SO2:37

در ساعت ۷:۳۰ cv line توسط جراح تعبیه شد. با توجه به اینکه بیمار نیاز به ICU داشت هماهنگی های لازم جهت اعزام بیمار به مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی B استان انجام گردید. بیمار در ساعت ۷:۵۶AM به همراه دو کارشناس بیهوشی و کارشناس اتاق عمل و کارشناس مامایی به مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی B استان اعزام گردید.

مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی B استان

گزارش متخصص طب اورژانس: بیمار خانم ۴۱ ساله کیس هیپوتیروئیدی که به دنبال پارگی رحم هیستریکتومی شده و در بیمارستان A شهر اصفهان ۸ واحد پک سل و ۶ واحد FFP دریافت کرده است. در بدو ورود به این مرکز بیمار سیانوتیک بود، ارست قلبی تنفسی بود، پالس مرکزی و محیطی نداشت. اینتوبه بود. مردمکها فیکس میدریاز بودند و رفلکس قرینه نداشت. به محض ورود بیمار در ساعت ۸:۳۰ صبح احیای قلبی تنفسی آغاز شد. بیمار به DC شک متصل شد. ماساژ قلبی با سرعت ۱۲۰-۱۰۰ بار در دقیقه و تنفس با آمبوبگ ۱۰-۱۲ بار در دقیقه و تزریق اپی نفرین انجام شد. پالس بیمار هر ۲ دقیقه چک شد آسیستول بود. متأسفانه علیرغم احیای قلبی تنفسی در ساعت ۹:۳۵ ختم CPR اعلام شد.

طبق گزارش پزشکی قانونی علت فوت " شوک هیپوولمیک به دنبال پارگی رحم " اعلام گردیده است.

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارائه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر		
نواقص خدماتی	هدف	فعالیت
حوزه بهداشت: دوران بارداری: مشکلات مربوط به ارائه و ثبت خدمات در سامانه سیب: - در مراقبت های معمول انجام شده، توضیحات تکراری در پایان مراقبت، همچنین در اقدام و ثبت تماس درج گردیده است. - شرح حال اخذ شده توسط پزشک مرکز با شرح حال ماما در بخش هایی همخوانی ندارد. - در خصوص سابقه زایمان زودرس مادر اقدام مناسب بر اساس ثبت سامانه سیب صورت نگرفته است. - با توجه به BMI اضافه وزن مادر و ارجاع به کارشناس تغذیه توسط پزشک، پیگیری مراجعه توسط ماما انجام نشده است.	ارتقاء خدمات مراقبتی مادران	- ثبت خدمات در سامانه سیب در مسیر تعیین شده انجام گردد. - چنانچه در حین انجام مراقبت معمول مواردی نیازمند ثبت باشد در پایان همان مراقبت ثبت شده و از ثبت مجدد آن در اقدام و ویزیت پرهیز گردد. - در هنگام ثبت ویزیت مادر باردار توسط پزشک بایستی علت ویزیت از جمله: لیست آزمایشات درخواستی، نوع سونوگرافی، علت ارجاع به سطوح تخصصی و ... دقیقاً ثبت و در پایان تاریخ پیگیری مادر برای ماما تعیین گردد. - ضروری است ضمن برقراری ارتباط مناسب با مادران باردار در اخذ شرح حال دقت گردیده و مادران در خصوص ضرورت بیان کامل موارد توجیه گردند. - در صورت وجود بیماری، سابقه زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، مطابق بوکلت سلامت مادران ارجاعات به سطوح تخصصی انجام و پاسخ ارجاعات در موعد مقرر پیگیری و فیدبک متخصص از مسیر پیگیری ثبت گردد. - پیگیری ارجاع مادران به کارشناس تغذیه توسط پزشک فعال و در موعد مقرر توسط ماما انجام شود.

- خدمت ایمنسازی بارداری در اولین مراجعه مادر ثبت گردد. - ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک بایستی در اولین مراجعه مادر باردار انجام شود و در صورت عدم حضور پزشک در مرکز مشابه شرح حال اولیه پزشک حداکثر تا یک هفته بعد صورت پذیرد. - ابلاغ مجدد نحوه ارزیابی خطر ترومبوآمبولی به واحدهای بهداشتی - در مادرانی که همزمان تحت مراقبت بخش خصوصی می باشند روال ارایه و ثبت خدمات مشابه سایر مادران بایستی رعایت گردد.		- خدمت ایمنسازی بارداری برای مادر تکمیل نگردیده است. - خدمت (شرح حال روانپزشکی) پزشک برای مادر انجام نشده است . - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در مراجعات مادر بر اساس وزن زمان مراجعه مادر انجام گرفته است.
- لازم است در موارد تمایل مادر به VBAC با توجه به دستورعمل شماره ۳۰ استانی برنامه سلامت مادران با موضوع "بهبود روند ارائه خدمات مراقبتی برنامه سلامت مادران" که با نامه شماره ۵۸۴۱/۶/د مورخ ۱۴۰۵/۰۶/۰۵ به شبکه ها ابلاغ شده، مشاوره دقیق و اصولی انجام گردد.		- با توجه به تمایل مادر به انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC) کیفیت مشاوره صورت گرفته در حوزه بهداشت در زمینه پیش آگهی و عوارض احتمالی با توجه به عدم وجود محل اختصاصی برای ثبت نتایج آن در سامانه سیب قابل ارزیابی نمی باشد.
مکاتبه مجدد با بیمارستانها در خصوص: - طبق مکاتبه شماره ۱۲۷/۵۷۶۲ پ مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۳ تکمیل اطلاعات در کارت مراقبت بارداری مورد استفاده در درمانگاه زنان و مامایی بیمارستانها می بایست مطابق با محتوای کارت مراقبت بارداری ابلاغ شده از معاونت درمان بوده و تنظیم آن در دو نسخه صورت پذیرد. مکاتبه با انجمن علمی متخصصین زنان و بیمارستانها در خصوص ارسال مجدد آخرین دستورالعمل VBAC و تأکید بر: - طبق آخرین دستورالعمل VBAC (راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان ویرایش چهارم) بهترین زمان مشاوره جهت VBAC، اولین ویزیت پره ناتال و حتی قبل از اقدام به بارداری است.		حوزه درمان مراقبت در درمانگاه بیمارستان کلینیک D - فرمت اطلاعات ثبت شده در کارت مراقبت بارداری مطابق با کارت ابلاغ شده از سوی معاونت درمان طراحی نشده است. - در اولین مراجعه علیرغم اظهارات مادر مبنی بر تمایل وی به انجام زایمان طبیعی مشاوره با مادر باردار در خصوص انتخاب انجام زایمان طبیعی به درستی انجام نشده است. - تجویز قرص نیفدپین در سن بارداری ۳۵ هفته اندیکاسیون نداشته است.

بیمارستان A شهر اصفهان

- علیرغم وجود شرایط نیازمند مراقبت ویژه در

مادر به دلیل سابقه سه بار سزارین

هیپوتیروئیدی و GDM:

- انجام اولین ویزیت حضوری متخصص زنان معالج با تأخیر انجام شده بود. (مراجعه مادر در ساعت ۵:۱۰ AM و اولین ویزیت پزشک در ساعت ۱۴:۳۰)

- پروتکل نحوه شناسایی مادر نیازمند مراقبت ویژه تدوین نشده و در این زمینه اقدامات لازم انجام نشده است.

- در خصوص مزایا و معایب انتخاب روش زایمان طبیعی پس از سزارین توضیحات لازم به مادر و همسر داده نشده و رضایت آگاهانه در این زمینه اخذ نشده است.

- متخصص زنان به صورت فعال بر بالین مادر حضور نداشته است.

- امکان دسترسی فوری به منابع بانک خون و آمادگی برای تزریق خون در اسرع وقت فراهم نبوده است.

- تجویز آمپول پتیدین در لیبر PRN اندیکاسیون نداشته است.

- در زمان تشخیص پارگی رحم و نیاز به انجام هیستریکتومی تیم فوریت مامایی فراخوان نشده و بررسی روند بیماری و مدیریت عارضه به درستی انجام نشده است.

مکاتبه با بیمارستان A شهر اصفهان در خصوص:

- طبق راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران (سنجه های مادر و نوزاد) می بایست پزشک متخصص زنان و زایمان آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادر نیازمند مراقبت ویژه حاضر شده و بیمار را ویزیت کند.

- طبق راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران (سنجه های مادر و نوزاد) و آخرین دستورالعمل VBAC (راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان، ویرایش چهارم) تیم دیده بان می بایست با صدور ابلاغ برای پزشک متخصص زنان/ ماما به عنوان مسئول مادران پرخطر توسط رئیس بیمارستان، شناسایی مادر نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری های لازم نظیر بررسی امکانات موجود جهت بستری مادر مذکور در بیمارستان را انجام می دادند.

- طبق آخرین دستورالعمل VBAC در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان ویرایش چهارم صفحه ۱۹۰-۱۸۶ می بایست:

۱: رضایت آگاهانه از مادر و همسر در خصوص روش زایمان اخذ می شد و در خصوص احتمال پارگی رحم و مزایا و معایب زایمان طبیعی پس از سزارین توضیحات لازم ارائه می شد و در پرونده ثبت می گردید.

۲: زایمان VBAC در مراکزی با امکان دسترسی فوری به منابع (بانک خون و آمادگی برای تزریق خون در اسرع وقت) و پرسنل درمانی شامل متخصص بیهوشی، پرسنل اتاق عمل و متخصص زنان مجرب جهت مانیتورینگ زایمان و انجام سزارین اورژانس، پرسنل و امکانات احیاء نوزاد) انجام شود.

- با توجه به سابقه سه بار سزارین تجویز آمپول پتیدین به علت مخفی کردن درد ناشی از پارگی رحم اندیکاسیون نداشته است.

- طبق دستورالعمل "موربیدیتی شدید بارداری و مادران نزدیک به مرگ" به شماره ۱۲/۷/۷۹۶۶ پ مورخ ۹۹/۹/۱۷، به محض بروز عارضه در مادران، اطلاع رسانی به تیم فوریت های مامایی (متناسب با برنامه بیمارستان) الزامی بوده و همچنین

ضروری است تیم فوریت های مامایی در اسرع وقت برای نجات جان مادر تشکیل شود. طبق مکاتبه مذکور جهت بررسی روند بیماری و بررسی روند مدیریت عارضه می بایست برنامه ریزی های مناسب انجام می شد. - طبق راهنمای جامع استلنداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران (سنجه های مادر و نوزاد) در زایمانهای پرخطر می بایست مشاوره با استاد معین مطابق با برنامه ماهیانه ارسالی از معاونت درمان انجام می شد. - طبق مکاتبه شماره ۱۲/۷/۲۴۷۷ پ مورخ ۱۴۰۴/۳/۲۹ در مادران نیازمند مراقبت ویژه، جهت مدیریت مشاوره ها و روند درمان، باید از طریق تشکیل تیم چند تخصصی پزشکی (شورای پزشکی) به سرپرستی متخصص زنان معالج بیمار تصمیم گیری شود. - طبق آخرین دستورالعمل راهنمای خونریزی شدید و ترانسفوزیون خون در مامایی (راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان ویرایش چهارم) صفحه ۱۱۰-۱۱۳: ۲: تزریق آمپول لازیکس جایگاهی نداشته است. ۳: دریافت مایعات، خون و فراورده ها، وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی و چک برون ده ادراری می بایست به طور دقیق پایش و در پرونده ثبت می شد. - Hb مادر ۶ ساعت پس از زایمان و کنترل حجم ادرار تا ۶ ساعت پس از زایمان چک می شد. - طبق مکاتبات به شماره ۱۲/۷/۳۳۵ پ مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۶ و ۱۲/۷/۵۲۷۸ پ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ به منظور انجام مداخله فوری جهت نجات جان مادر و نوزاد، لازم است در صورت مواجهه و یا پیش بینی ایجاد شرایط بحرانی برای مادر باردار، ضمن اقدام جهت تشکیل تیم فوریت های مامایی در بیمارستان، بلافاصله نسبت به اطلاع رسانی پیامکی به معاون درمان و ریاست محترم دانشگاه نیز اقدام گردد. - با توجه به شرایط بیمار طبق دستورالعمل اعزام و انتقال مادران باردار طبق مکاتبه شماره ۱۲/۷/۷۶۹۲ پ مورخ ۱۳۹۵/۰۸/۲۰:	- با توجه به شرایط بحرانی مادر مشاوره با استاد معین زنان انجام نشده است. - مدیریت شوک ناشی از خونریزی به درستی انجام نشده و نسبت به تشکیل کمیسیون پزشکی اقدامات لازم انجام نشده است. همچنین متخصص بیهوشی تا زمان انتقال بیمار به ریکاوری بر بالین بیمار بوده و مراقبت بیمار در ریکاوری توسط کارشناس مامایی انجام شده است. - تجویز هپارین پس از عمل هیستریکتومی اندیکاسیون نداشته است. - با توجه به شرایط بیمار مبنی بر وجود تاکی کاردی، تاکی پنه و نداشتن برون ده ادراری تجویز آمپول لازیکس اندیکاسیون نداشته است. - کارشناس ریکاوری گزارش مدیریت بیمار را در ریکاوری شامل دریافت خون و فراورده های خونی و دریافت مایعات و کنترل IO و علائم حیاتی را به درستی ثبت نکرده است. - Hb مادر ۶ ساعت پس از عمل چک نشده بود. - در شرایط بحرانی و ایجاد شرایط تهدید به حیات اطلاع رسانی به معاون درمان و رئیس دانشگاه انجام نشده است. - گزارش ارائه شده در خصوص وضعیت بیمار جهت اخذ پذیرش اعزام به مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی B استان با شرایط واقعی بیمار در زمان اعزام مطابقت نداشته است.
--	--

۱: در صورت عدم انطباق اطلاعات واقعی بالینی با مندرجات ثبت شده در سامانه اعزام غیر استاندارد تلقی می گردد. ۲: می بایست متخصص بیهوشی یا متخصص زنان با بیمار اعزام می گردید و اطلاعات مسیر انتقال به صورت کامل در فرم اعزام ثبت می شد. - طبق راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران (سنجه انتقال خون) می بایست اطلاعات مورد نیاز در فرم های مربوط به نظام مراقبت از خون به طور دقیق ثبت گردد.	- با توجه به شرایط ناپایدار بیمار اعزام وی اندیکاسیون نداشته و چینش تیم همراه اعزام بیمار مناسب نبوده است. - در طی مسیر انتقال، اطلاعات لازم در خصوص وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده در حین انتقال در فرم اعزام توسط تیم همراه اعزام ثبت نشده است. نواقص مربوط به تزریق خون و فرآورده ها: - طبق فرم درخواست تزریق خون موجود در پرونده ۴ واحد خون درخواست شده در صورتیکه در فرم موجود در آزمایشگاه ۹ واحد خون ثبت شده است. - طبق بررسی های انجام شده موارد زیر در فرم های نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز متراکم مشاهده شده است: ۱: کیسه خون شماره ۵۰۲۲ طی ۳۰ دقیقه تزریق شده ولیکن کنترل علائم حیاتی بیمار طی ۴ ساعت ثبت شده است. ۲: کیسه خون شماره ۶۳۶۸ طی ۲۰ دقیقه تزریق شده ولیکن کنترل علائم حیاتی طی ۴ ساعت ثبت شده است. ۳: کیسه خون شماره ۶۳۵۶ طی ۱ ساعت تزریق شده و لیکن کنترل علائم حیاتی طی ۴ ساعت ثبت شده است. ۴: کیسه خون شماره ۶۲۲۱ طی ۳۵ دقیقه تزریق شده و علائم حیاتی طی ۴ ساعت ثبت شده است. ۵: کیسه خون شماره ۶۲۵۲ طی ۴۵ دقیقه تزریق شده و کنترل علائم حیاتی طی ۴ ساعت ثبت شده است. ۶: کیسه شماره ۲۷۶ در ساعت ۶:۴۰ صبح از آزمایشگاه دریافت شده مستندات از تزریق در پرونده موجود نمی باشد. ۷: خط خوردگی در ساعت تزریق کیسه خون شماره ۶۳۵۶ و ۶۲۲۱ مشاهده می گردد. ۸: عدم تطابق ساعت خروج کیسه خون از آزمایشگاه با ساعت ورود به بخش و تزریق خون در فرم های مربوطه مشاهده می گردد.
--	--