

کیس شماره ۲: اختلال افزایش فشار خون در بارداری

پرونده بهداشتی

متوفی خانمی ۳۸ ساله - G6P2Ab3Lch2 - تحت مراقبت پایگاه سلامت

LMP=۱۴۰۲/۰۱/۲۱

EDC=۱۴۰۲/۱۰/۲۸

تحصیلات : دیپلم - حاملگی : خواسته - شغل : خانه دار - مدت ازدواج : ۱۵ سال - استفاده از روش پیشگیری : - مراقبت پیش از بارداری : دو بار انجام شده است :

۱۴۰۱/۴/۱۳ - مراقبت و آزمایشات پیش از بارداری انجام شده ، نرمال بوده است . بدلیل سابقه سه بار سقط به پزشک ارجاع و توسط پزشک ویزیت شده است .

۱۴۰۲/۲/۱۱ - مراقبت و آزمایشات پیش از بارداری انجام شده ، نرمال بوده است .

تاریخ آخرین زایمان: ۱۳۹۳/۹/۱۷

-تاریخ سومین سقط در این بازه زمانی: ۱۴۰۰/۱/۳۱

مصرف دارو در این بارداری : ASA 80 روزانه یک عدد - مکمل های بارداری - شیاف سیکلوژست

سابقه بستری در بیمارستان در دوران بارداری:

سن شناسایی و تشکیل پرونده بارداری: ۱۴ هفته و ۵ روز (۱۴۰۲/۵/۱) - نمایه توده بدنی ۳۴,۵ (وزن: ۸۵,۲: قد: ۱۵۷)

مراقبت بارداری : توسط ماما : ۴ بار دوران بارداری - بهورز: ۴ بار ویزیت پزشک : یکبار

▪ آزمایشات دوران بارداری:

نوبت اول (۱۴۰۱/۶/۵) : FBS= 96 که پس از تکرار - نرمال - Hb=10.6 که جهت درمان اقدام شده است

نوبت دوم (۱۴۰۲/۸/۲۵) : HB=10.8

نتایج سونوگرافی انجام شده : ۲ نوبت سونوگرافی از ابتدای بارداری، که نتایج مشکل خاصی نداشته و نرمال بوده است.

• ارجاع و پیگیری ها : (مراجعه به متخصص زنان بخش خصوصی)

۱۴۰۲/۵/۱ - به علت سابقه سقط مکرر و BMI بالا توسط پزشک مرکز و ماما به مرکز بارداری نیازمند مراقبت ویژه ارجاع داده شده ...

در پیگیری ۱۴۰۲/۱۰/۰۵ توسط خانم دکتر ویزیت شده : قرص ASA و شیاف سیکلوژست تجویز شد سونوی طول سرویکس در خواست شده است.

۱۴۰۲/۸/۳۰ - سن بارداری ۳۲ هفته و ۱ روز توسط خانم دکتر ویزیت شده - فشار خون ۷۰/۱۱۰ ، وزن: ۹۲ کیلو بوده
مشکلی نداشته (بر اساس مستندات مطب)

خلاصه پرونده درمان

بستری در بیمارستان شماره ۱

متوفی مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۶ ساعت 3:30AM ابتدا با تهوع و درد سر دل به اورژانس بیمارستان ... مراجعه نموده است.
BP: 155/100 برگه تریاژ سطح ۳) شروع درد اپی گاستر از همان شب

G6P2Ab3Lch2 (NVD*2) G₁ NVD 14 Y Ago

G2 NVD 9Y Ago)

GA BY LMP: 35+6D Bysono: 36W+1D

BMI: 34.57 BGRH: O+

ارجاع به بلوک زایمان در ساعت 4:00AM داده شد. بستری در لیبر با R/O پره اکلامپسی ، و نتیجه معاینه واژینال

TV (1 Finger/Flot/C/MI)

اقدامات درمانی:

- آزمایشات کامل اورژانسی
- فیکس سوند فولی و چک I/O
- جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته
- NST هر ۱۲ ساعت که Reactive بوده است
- سولفات منیزיום 2gr state then 4gr
- Amp labetalol

ادامه بستری در بیمارستان شماره ۱

- Amp ondansetron ۱
- Amp Pantazol 40 mg
- Tab Metyldopa 250mg
- چک و چارت BP و در صورت افزایش به ۹۰/۱۵ اطلاع به پزشک
- شروع متیل دوبا در صورت کاهش فشارخون به زیر ۹۰/۱۴۰
- چک Mg هر ۶ ساعت
- سونوگرافی بررسی سن و بررسی سلامت جنین
- BPP و AFI
- ECG
- سونوگرافی کبد/ صفرا و مجاری صفراوی

ادامه بستری در بیمارستان شماره ۱

در ساعت 7:45AM با تشخیص پره اکلامپسی و LFT مختل درد اپی گاستر ختم بارداری شروع شده و دستور میزوپروستول ۲۵ زیر زبانی داده شده است. نتیجه آزمایشات:

- CBC (HB: 12.9)
- PLT:249000_PTT_PT_INR نرمال :
- BUN:7.19_Cr:0.76_
- LFT(AST:127_ALT:65_ALKP:240_LDH:851)
- U/A PRO:++++

ساعت 8Am

- (درخواست مجدد آزمایشات Cbcdiff/AST/ALT/CR/LDH/BILI (T-D)/ALKP)

- متیل دوبا BD 500MG
- آمپول بتامتازون 8:15AM IM 12mg
- وسایل احیا و دیازپام و اینتوباسیون بالای سر بیمار باشد.

در ساعت ۹ صبح طی تماس تلفنی با پزشک متخصص زنان و زایمان مرکز دانشگاهی و اطلاع وضعیت مادر باردار پذیرش سطح ۳ جهت ادامه درمان و بررسی به بیمارستان سطح ۳ اعزام شده است. در ابتدا درخواست اعزام هوایی شده است اما با توجه به دلیل چک نمودن هلیکوپتر ، اعزام هوایی قابل انجام نبوده و از راه زمینی و با آمبولانس اعزام شده است. BP: 145/95

ادامه درمان در بیمارستان شماره ۱

در مجموع در بیمارستان شماره ۱ مادر باردار

- سه دوز لابتالول در ساعت های 6am-06:45am-07:15am//
 - یک دوز آمپول بتامتازون در ساعت 08:15am
 - سه دوز منیزיום سولفات در ساعت های 04:15am-04:35-08:15
- دریافت نموده است . سپس به بیمارستان شماره ۲ اعزام شده است .

علائم حیاتی بیمار در زمان اعزام: RR:36.8 Bp:145/95-PR:89-T:36.8

ادامه درمان در بیمارستان شماره ۲

ساعت بستری در بیمارستان شماره ۲ ساعت ۱۱ صبح

(۱) PMH

- مادر ۲-۳ بار سابقه افزایش فشارخون در بارداری را داشته است که دارو مصرف ننموده است
- سابقه افزایش وزن ناگهانی در هفته های آخر بارداری را داشته است
- کم خونی ناشی از فقر آهن

(۲) VS (BP: 150/100-PR: 80-RR: 20-T: 37

(۳) TV (1 FINGER/10%/-3/C/MI)

- در بدو ورود ویزیت رزیدنت زنان و زایمان – متخصص زنان و زایمان، هماتولوژی و فوق تخصص ICU

اقدامات درمانی در بدو بستری در بیمارستان شماره ۲

ساعت ۱۱ صبح مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۶

• NPO

- آزمایشات اورژانسی و پره اکلامپسی
- اخذ Nst /Toco
- FHR MONITORING
- TAB MISOPROSTOL
- Foly Fix
- Toxemic Chart
- بعد از اخذ رضایت EASI (در صورت سفال بودن NST/ ری اکتیو = عدم کنتراکشن)

ادامه بستری در بیمارستان شماره ۲

□ ساعت ۱۲ ظهر تعبیه EASI OFF شدن در ساعت ۱۴:۳۰
 □ ۱۳:۳۰ CR:1 OUTPUT دارد/ سردرد دارد/ BP: 165/100

تجویز استامینوفن ۵۰۰ و آمپول لابتالول ۴۰

- ساعت ۱۵:۳۵ گزارش آزمایش PBS وجود شیستوسیت ۴-۵٪ توسط متخصص داخلی)
 - تماس با آنکال داخلی
 - (دستور به ختم بارداری
 - مشاوره جهت شالدون گذاری بعد از زایمان جهت انجام پلاسمافرز
 - چک آزمایشات هر ۶ ساعت
 - رزرو ۱۰ واحد FFP و ۱۰ واحد پلاکت
 - آمپول لابتالول ۲ گرم اگر BP>160/100 و PR>70
 - آمپول دگزامتازون)
- بعد از زایمان همراه پلاسمافرز ffp تزریق گردد . تا حد امکان پلاکت تزریق نشود مگر اینکه خونریزی غیر معمول داشته باشد.

ساعت ۱۵:۳۰ اخذ رضایت جهت انجام C/S
 □ NST نان راکتیو +تداوم سردرد+ PLT پایین
 • ساعت ۱۵:۵۰ انتقال به اتاق عمل
 • در معاینه در اتاق عمل Tv(full/100%/+1/R-C) بوده است

- مادر در ورود به اتاق عمل CONFUSE بوده است
- انجام NVD در اتاق عمل توسط متخصص زنان و زایمان
- خونریزی شدید مادر بعد از زایمان انجام اقدامات (تعبیه ۴ عدد میزوپروستول رکتال / ترمیم لاسراسیون در ساعت ۵ و ۱۰ / آمپول ترانزامیک اسید یک گرم / و سنتوسینون
- شالودن تعبیه گردید
- علائم حیاتی حین زایمان BP:180/120 /PR:95
- ادرار تیره رنگ و الیگوریک بوده است
- ساعت ۱۶ دریافت یک دوز لابتالول و یک دوز استامینوفن STATE ساعت ۱۶:۵۰ انجام سونو گزارش: در حد قابل بررسی مایع آزاد دیده نشد.
- ادرار تیره رنگ ۲۵۰ سی سی / PR: 110

ادامه روز ۱۴۰۲/۰۹/۲۶

ساعت ۱۹:۲۷ دقیقه شب در حین انتقال مادر از اتاق عمل در مورخ ۱۴۰۲/۹/۲۶ به ICU ساعت بلافاصله مانیتور گردید تاکی کاردی شدید ۲۲۸ افت blood pressure 80/ 50 spo2:82% فک بیمار قفل شده سیانوز در ناحیه لبها مشهود بود کد ۵۵ اعلام توسط سرویس بیهوشی فوق (ICU بلافاصله اینتوبه شده است...

مشاوره داخلی هماتولوژی و نورولوژی درخواست شده است

علاوه بر درخواست آزمایشات پلاسمافرز اورژانسی با جایگزین نمودن ۱۴ واحد FFP ایزوگروپ معادل ۳ لیتر در ساعت ۲۳ انجام شده است

سرویس نورولوژی

توسط سرویس نورولوژی ویزیت شده است به علت افزایش فشارخون SBP:270 _ BP در اتاق عمل تحت درمان با لابتالول قرار گرفته و متعاقب آن دچار کاهش BP و SBP=90 شده است .

O2 sat قابل Detect نبوده؛ بعد از ورود به ICU پرستاران متوجه قفل شدگی فک بیمار بدون حرکات Tonic Clonic اندامها شده اند . حین ویزیت نورولوژی اینتوبه بوده o2 sat=100

کاهش PLT SBP=110

Cr=1.4 LFTمختل

با توجه به عدم وجود GTC بروز Seizure کمتر محتمل است علت قفل شدگی فک می تواند ثانویه به نوسانات VS بیمار باشد. با توجه به اثرات میدا زلام و فنتانیل ارزیابی هوشیاری به درستی مقدور نیست .

درخواست Brain _CT Without IV contrast بعد از استیبل شدن

Leveble

دیورز: میزان یورین داخل بگ ۳۰۰ CC و هماچوری متمایل به سیاه بود شستشو داده شد و سوند فولی تعویض گردید آنوریک بوده درپ نورایی نفرین در جریان ABG گرفته شده بی کربنات سدیم تزریق شده است (تزریق شریانی نداشته باشد، به دلیل پلاکت ۳۲۰۰۰ از تروما خودداری شود

دستور انجام دیالیز داشته تماس با کوثر و توحید مادر در شرایط انتقال نمی باشد و به دلیل قدیمی بودن دستگاه دیالیز بعثت فردا صبح دیالیز گردد

□ ساعت ۱۹:۳۰ انتقال به ICU

Report Brain _CT (اولیه) Normal

Chest _CT

Both lungs show mosaic attenuation and peribronchial thickening in favor small Airway or atypical pneumonia

Mild bilateral effusion is seen

سونوگرافی ۱۴۰۲/۹/۲۹

مایع آزاد مختصر در فضای ساب هپاتیک دیده می شود . پر گازی لپ های روده دیده می شود CT جهت افتراق ایلئوس از

Obstruct توصیه می شود

مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۷

• ساعت آنوریک

• NGT

- ۱۰۰ سی سی محتویات زرد رنگ
 - پلاسما فرز
 - **PR: 103/GCS: 10**
 - انجام ۲ ساعت دیالیز
 - ادامه لازیکس
 - آنتی بیوتیک وریدی
 - انفوزیون ۲ واحد **P.C**
 - ساعت ۱۳:۰۰ اکستیوب هوشیار ارتباط کلامی و غیر کلامی دارد
 - **BP:140/90 PR:115 SPO2:97%**
 - انجام اکوپرتابل **EF:50-60%**
 - (در تاریخ ۹/۲۹ ساعت ۸:۴۰ تماس تلفنی و اطلاع پلاکت ۹۰۰۰ به دستور سرویس فوق **ICU** درخواست **IVIG** 10g بعد از انجام دیالیز و پلاسمافرز **OOB** با ویلچر
 - انفوزیون دو واحد **PLT** ایزوگروپ
 - در همان روز در ساعت ۹:۳۵ سرویس هماتولوژی **HB:6/7 PLT:9000**
 - انفوزیون ۶ واحد **PLT** ایزوگروپ و **IVIG 25g** روزانه
 - ادامه همو دیالیز و پلاسمافرز
 - در نهایت ۴ واحد **plt** به دستور سرویس **ICU** تجویز شده است
- ادامه درمان ۲۹/۰۹/۱۴۰۲
- تنگی نفس دارد - هوشیار و در سمع ریه کراکل در قواعد ریه ادم اندام تحتانی و فوقانی ۲+
- PIT:18000/PR:117/BP:145/100/T:37/SPO2:90%
- **OUT Off bed 14:00**
 - هوشیار است
 - دیورز ۱۵-۲۰ سی سی

- دریافت یک واحد P.C

- ۴ واحد PLT

- ۸ واحد FFP

۳۰/۰۹/۱۴۰۲ ادامه درمان

- کراکل خفیف در ریه ها

- ادماتوز

- دیستانسیون شکم دارد

- دریافت ۱۰ گرم IVIG

- اکو کاردیو گرافی: Mild TR / EF:60%

- سونوگرافی: مایع مختصر شکمی در فضای ساب هپاتیک - پرگازی لوپ های روده

- ساعت ۱۳ CONFUSE / تنگی نفس

- OUTPUT:100CC

- PR:115/BP:150/98 مادر تب دارد T:38.6

- شکم دیستانت

- مشاوره فوق تخصص ریه

- ویزیت هماتولوژی دستور اکسیژن با ماسک رزروگ

- حتی الامکان انفوزیون P.C قطع گردد / حذف داروهای غیر ضروری

۱۴۰۲/۰۹/۳۰ ساعت ۱۹:۴۵

- ویزیت توسط سرویس بیهوشی

- هیپوکسی spo2:70% با دریافت O2 توسط R.Bag

- تاکی کارد

- تاکی پنه تنفس سطحی

- افت هوشیاری با دیستانسیون شکمی

- دستور اینتوباسیون

ادامه درمان-۰۱/۱۰/۱۴۰۲

- تاکنون ۵ نوبت پلاسمافرز و ۴ نوبت دیالیز انجام شده است
- شکم دیستانسیون دارد
- سونوی شکمی انجام شد و نرمال گزارش شده است
- **Cr:4.45 Hb:5.3 Plt:14000**

ادامه درمان ۰۲/۱۰/۱۴۰۲

- اینتوبه
- آنوریک
- دیستانسیون شکمی
- **SPO2:68%**
- **13:09** ارست قلبی پیچ کد احیا شروع عملیات احیاء توسط پرسنل ICU آتروپین اپی نفرین

ادامه CPR موفقیت آمیز است مادر میدریاز دوبل است

SPO2:69-70% /PR:130/آنوریک/GCS:3-4

- عدم انجام پلاسما فرز و دیالیز روزانه

ادامه درمان ۰۳/۱۰/۱۴۰۲

- دیستانسیون شکمی /تاکی کارد/میدریاز دوبل/بدون واکنش به نور
- تحت درپ لازیکس است
- انجام نوار مغزی
- افت سچوریشن دارد
- مشاوره نورولوژی **BRAINCT**
- بدون علائم حیاتی و رفلکس **BS** و **OCR** ندارد و مردمک به نور رفلکسی نشان نمی دهد
- مشاوره پزشک قانونی: اخذ **EEG** - انجام تست آپنه - بررسی ادرار از لحاظ فتوتیازین ها مادر آنوریک است.
- پلاسما فرز **HOLD** شده است

• مشاوره بی هوشی نیازی به تست آپنه نیست

Report brain CT 03/10/1402

Diffuse cerebral edema is evident there is not any s o l in the Supra infratentorial structure

Chest CT

Diffuse haziness of both lungs parenchymal is seen that may able to alveolar hemorrhagic,

ARDS or infection process

تحلیل کیس شماره ۲) در تدریس این کیس از تحلیل زیر به عنوان کمک استفاده گردد)

بر اساس مستندات ارائه شده و تطبیق با پروتکل‌های کشوری مدیریت بارداری و زایمان :

مشخصات کلی مادر

- سن: ۳۸ سال
- تعداد بارداری و زایمان: G6P2Ab3Lch2 (بارداری ششم، ۲ زایمان طبیعی، ۳ سقط، ۲ فرزند زنده).
- BMI: ۳۴,۵ (چاقی درجه یک - ریسک فاکتور جدی برای پره‌اکلامپسی و ترومبوآمبولی).
- سابقه سقط: ۳ مورد سقط متوالی (نیازمند بررسی‌های تخصصی از نظر سندرم آنتی‌فسفولیپید یا نارسایی سرویکس که به درستی مدیریت نشده بود).

شرح مختصر مراقبت‌های بارداری و سوابق

- **باروری سالم:** بارداری خواسته بوده، اما با وجود ۳ سقط قبلی، بررسی‌های ایمونولوژیک و ترومبوفیلی پیش از بارداری کامل نبوده است.
- **مراقبت بارداری:** مجموعاً ۹ نوبت مراقبت (۴ ماما، ۴ بهورز، ۱ پزشک).
- **نکته منفی:** برای مادری با BMI بالا و سن ۳۸ سال و سابقه سقط، تنها یک بار ویزیت پزشک در طول بارداری انحراف از پروتکل است.
- **علائم هشداردهنده:** افزایش وزن ناگهانی (۶ کیلوگرم در هفته‌های آخر) و Hb پایین (۱۰,۶) که نشان‌دهنده نقص در کنترل دقیق ادم و تغذیه است.

شرح مختصر زایمان و سیر حادثه

- **علت مراجعه:** درد اپی‌گاستر (سر دل) و تهوع (تریاد کلاسیک پره‌اکلامپسی شدید/سندرم HELLP).
- **مسیر حرکت:** مراجعه به بیمارستان شماره ۱ (سطح ۲) - اعزام زمینی به بیمارستان شماره ۲ (سطح ۳).
- **تشخیص بدو ورود:** پره‌اکلامپسی شدید با BP=155/100 و پرتئینوری ۴ مثبت.

- **سیر زایمان:** در بیمارستان شماره ۱ ابتدا قصد ختم بارداری با میزوپروستول (EASI) داشتند که به دلیل افت پلاکت (۳۲,۰۰۰) و وضعیت وخیم مادر (شیستوسیت ۵٪ در لام خون محیطی)، تصمیم به سزارین گرفته شد اما در نهایت در اتاق عمل زایمان طبیعی (NVD) انجام شد.

اقدامات انجام شده، علت مرگ و طول بستری

- **عوارض حین و بعد زایمان:** خونریزی شدید پس از زایمان (PPH)، آنوری (قطع ادرار)، نوسانات شدید فشار خون (از ۲۷۰ به ۹۰) و تاکیکاردی (۲۲۸).
- **اقدامات درمانی:** ۵ نوبت پلاسمافرز، ۴ نوبت دیالیز، اینتوباسیون، تزریق IVIG و فرآورده‌های خونی متعدد.
- **علت دقیق مرگ:** سندرم HELLP پیشرفته منجر به نارسایی چند ارگانی (MODS)، ادم حاد ریه (ARDS) و در نهایت ادم منتشر مغزی (Diffuse Cerebral Edema).
- **طول بستری:** ۷ روز (از ۲۶ آذر تا ۳ دی ۱۴۰۲).

جدول خطاهای شناسایی شده و انحراف از پروتکل

مرحله	خطا / انحراف از پروتکل	ارجاع به پروتکل کشوری	اقدام اصلاحی پیشنهادی
مراقبت بارداری	عدم شناسایی علامت هشدار افزایش وزن ۶ کیلویی و BMI بالا	دستورالعمل کشوری بارداری نیازمند مراقبت: افزایش وزن ناگهانی باید به عنوان پره‌اکلامپسی قلمداد شود.	آموزش بهورز و ماما در خصوص حساسیت به "ادم" و "وزن" در مادران چاق.
مراقبتی	عدم ارجاع به موقع به سطح ۳ (درمانگاه High Risk)	پروتکل ارجاع: مادر G6 با سابقه سقط مکرر و چاقی باید تحت نظر مستقیم متخصص باشد.	الزام ویزیت پزشک در هر نوبت مراقبت برای مادران نیازمند مراقبت ویژه.
درمانی (بیمارستان شماره ۱)	تأخیر در ختم بارداری در بیمارستان شماره ۱	راهنمای مدیریت پره‌اکلامپسی: در صورت درد اپی‌گاستر و اختلال کبد، ختم بارداری "فوری" است.	در صورت پایداری نسبی، ختم بارداری نباید به دلیل اعزام بیش از حد معطل بماند.
درمانی (بیمارستان شماره ۲)	مدیریت ناصحیح نوسان فشار خون (SBP 270 به ۹۰)	پروتکل اورژانس‌های فشار خون: کاهش فشار نباید	استفاده از پمپ انفوزیون دقیق برای لابتالول/نیتروپروساید.

	ناگهانی باشد (خطر پرفیوژن مغزی).		
بیمارستانی	نقص در مانیتورینگ دقیق و قفل شدگی فک	ایمنی بیمار: علائم مغزی در پره‌اکلامپسی نشانه وازوپاسم شدید یا خونریزی است.	حضور سریع متخصص نورولوژی و انجام تصویربرداری مغزی بلافاصله پس از اولین علامت عصبی.

نکات قابل اجتناب (Avoidable Factors)

- **تشخیص دیر هنگام پره‌اکلامپسی:** مادر علائم (افزایش وزن) را داشته اما پیگیری نشده است. طبق پروتکل کشوری، در هر مادری با BMI بالای ۳۰، پایش فشار خون و دفع پروتئین باید با فواصل کوتاه‌تر انجام شود.
- **تأخیر در سطح ۳:** با توجه به پلاکت ۳۲،۰۰۰ و وجود شلیستوسیت (نشانه تخریب گلبول قرمز/HELLP)، باید پروتکل پلاسمافرز و ختم بارداری بدون فوت وقت انجام می‌شد.
- **مدیریت ناصحیح مایعات و فشار خون:** نوسان شدید فشار خون از ۲۷۰ به ۹۰ میلی‌متر جیوه، خود عاملی برای آسیب جبران‌ناپذیر مغزی (ادم منتشر) بوده است. طبق پروتکل، کاهش فشار خون نباید بیش از ۲۵٪ در ساعت اول باشد.

راهکارهای پیشنهادی

- **تقویت آموزش در سطح محیطی:** بهورز و ماما باید بیاموزند که "درد سر دل" در نیمه دوم بارداری "معده درد" نیست، بلکه یک اورژانس مامایی است.
- **تسهیل اعزام هوایی:** در موارد HELLP Syndrome که دقایق حیاتی هستند، هماهنگی برای اعزام هوایی باید انجام شود.
- **مدیریت متمرکز در ICU مامایی:** مادران مبتلا به HELLP باید در ICU اختصاصی تحت نظر تیمی متشکل از متخصص زنان، فوق تخصص مراقبت‌های ویژه و هماتولوژیست باشند.
- **بررسی سوابق سقط:** در مادری با ۳ سقط، باید پیش از بارداری آسپرین و احتمالاً آنکسپارین (بر اساس آزمایشات) شروع می‌شد که در این پرونده تأخیر در شروع این مداخلات مشهود است.

نتیجه‌گیری:

مرگ این مادر به دلیل “تأخیر در تشخیص پره‌اکلامپسی در سطح بهداشت” و “مدیریت ناکافی نوسانات همودینامیک در سطح درمان” رخ داده است. این مورد در صورت تشخیص در اولین مرحله افزایش وزن ناگهانی، “قابل اجتناب” بود.

در تدریس این کیس به مبحث (اختلالات فشار خون در بارداری) در آخرین ویرایش راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان نیز مراجعه شود.