

کیس شماره ۳: عفونت مرتبط با بارداری و زایمان

خلاصه پرونده درمان (پرونده اول)

متوفی خانمی ۲۸ ساله G4 P3 L3 در تاریخ ۱۴۰۳/۸/۱۳ ساعت ۱۷/۱۷ با شکایت احساس آبریزش به بیمارستان مراجعه نموده است. مراقبت بهداشت نداشته است ارتفاع رحم ۳۲ هفته

BP: 90/60 P: 86 R: 17 T: 36/1 SPO2:97%

FHR: 136 سطح تریاژ 4

سردرد و حالت تهوع را ذکر می کند به گفته خودش قرص متادون مصرف می کند دو زایمان طبیعی بدون مشکل (۱۲ سال و ۱۰ سال) و زایمان قبلی سزارین (۸ سال قبل به علت افت صدای قلب جنین) بدون مشکل

در معاینه ۲ / مختصر -/ کیسه آب پاره روشن از ساعت ۱۵

شرایط به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند در اورژانس مامایی بستری شود.

با دستورات:

- NST
- CBC SGOT SGPT ALP BUN CR PT PTT UA
- SER Ringer 1 lit

بستری اورژانس مامایی شد.

• تحت نظر اورژانس مامایی

ساعت ۱۷/۴۵ با خلق آرام و هوشیاری کامل تحویل گرفته شد. IV LINE برقرار و آزمایشات کامل ارسال شد ساعت ۱۷/۵۰ توسط دکتر مقیم زنان ویزیت شد. تراسه به رویت رسید فرمودند اکسیژن تراپی و سرم تراپی شود که دستورات اجرا شد و طبق دستور ساعت ۱۸ منتقل LDR شد.

با دستورات:

- Nst
- Amp betamethasone 12 mg
- Amp Ampicillin 2 gr
- سونوگرافی بارداری

• LDR

ساعت ۱۸ وارد LDR شد. مانیتورینگ شد ساعت ۱۸/۱۵ افت قلب در حد ۱۱۰-۱۰۵ داشت که اکسیژن تراپی شد و به علت افت قلب قادر به جابجایی بیمار به رادیولوژی نمی باشد. سونوگرافی بارداری توسط دکتر مقیم زنان انجام که سفالیک و سن بارداری ۳۴ هفته می باشد و ساعت ۱۸/۴۰ افت قلب در حد ۷۰-۷۵ داشت. اقدامات حمایتی شامل اکسیژن تراپی و LLP داده شد توسط دکتر مقیم زنان ویزیت و فرمودند جهت سزارین آماده و منتقل اتاق عمل شود ساعت ۱۸/۵۰ منتقل OR شد.

• اتاق عمل

ساعت ۱۸/۵۵ عمل آغاز شد پوست با برش فان باز و لایه های شکم در جهت آناتومیک باز و دایسکت شد رحم با برش کرو باز شد نوزاد پره ترم با پرزانتاسیون سفالیک بند ناف دو دور گردن سیرکولر بود با آپکار ۹-۱۰ و با AF روشن متولد شد جفت و پرده ها کامل خارج شد رحم در دو لایه ترمیم شد هموستاز برقرار شد شمارش گاز و لنگاز و وسایل صحیح اعلام شد جدار طبق روتین در سطح آناتومیک بسته شد تخمدان ها نرمال بیمار با حال عمومی خوب تحویل ریکاوری شد میزان خونریزی و ادرار نرمال است تزریق یک واحد خون آغاز شد با هوشیاری کامل تحویل بخش زنان شد.

- طبق دستور دکتر بیهوشی دو واحد خون تزریق شود.

- در بخش مانیتورینگ شود.

- Bp بیشتر از ۱۱۰/۱۶۰ اطلاع داده شود.

• بخش زنان

ساعت ۲۲/۰۵ با هوشیاری کامل و در حال دریافت pc تحویل گرفته شد در بدو ورود به بخش تاکی پنه داشت در حد ۲۳ به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند:

- Amp mgso4 4 gr stast

- Amp mgso4 2gr در ساعت

- اکسیژن تراپی شود.

دستورات اجرا شد. واحد دوم خون ساعت ۲۲/۳۰ آغاز شد. تاکی پنه بهبود یافت. مددجو مجدد ساعت ۶ am اظهار

تنگی نفس و درد می کند که به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند اکسیژن تراپی ادامه یابد.

آمپول متادون ۱/۲ تزریق شود. دستورات اجرا شد. دیورز برقرار و خونریزی واژینال light و رحم جمع می باشد.

۱۴۰۳/۸/۱۴

ساعت ۸ توسط دکتر مقیم زنان ویزیت شد.

- Rpo

• مشورت قلب

به اطلاع دکتر آنکال قلب ... رسید. فرمودند تشریف می آورند. سولفات تراپی برقرار است ساعت ۱۸/۱۰ اظهار تنگی نفس شدید داشت که به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند:

- اکسیژن تراپی با ماسک شود
- سولفات DC شود
- مشورت روان انجام شود
- مشورت قلب انجام شود

که دستورات اجرا شد. جهت مشورت قلب و روان تماس گرفته شد فرمودند تشریف می آورند BP:125/80 R:19 T:36/5 P:87 سردرد تازی دید و درد سر دل ندارد.

مشورت قلب ساعت ۲۲ ویزیت انجام شد که فرمودند در صورت عدم افت spo2 با دستور دارویی و مراجعه به قلب قابل ترخیص است. جهت کنترل فشارخون وازالتان شروع شد دستورات بعد از اطلاع به دکتر مقیم زنان اجرا شد توسط دکتر روانپزشک جهت مشورت روان ویزیت شد که فرمودند فرم تفکر نرمال است. در تفکر اظهار آسیب به خود و دیگران را ندارد سابقه مصرف داروهای روانپزشکی داشته که قطع کرده است.

Amp methadone 2/5 ms bd , prn

دریافت متادون بعد از اطمینان از عدم مصرف داروهای متادون و ترامادول انجام شود. مراجعه سرپایی بعد از ترخیص به کلینیک روان داشته باشد. مادر خودش ترامادول به همراه داشت که 1/4 مصرف کرد بعد از مصرف حال عمومی بهتر شد.

۱۴۰۳/۸/۱۵

با هوشیاری تحویل گرفته شد. BP:140/90 P:90 دیورز برقرار است ساعت ۹ توسط دکتر مقیم زنان ویزیت شد فرمودند ساعت ۱۸ ترخیص شود سوند DC شد راه رفت سرگیجه ندارد ساعت ۱۸ با ذکر علایم هشدار مرخص شد.

	بستری		14/8/1403
HB	6/3	6/1	9/3
HCT	22/8	22/1	29/3
PLT	346000	292000	263000
BUN	6		
CR	0/6		
SGOT	28		
SGPT	13		
ALP	580		

BILLT	0/2		
BILL D	0/08		
LDH	613		
PRO	2+		
WBC:	7600	8800	14100

خلاصه پرونده درمان (پرونده دوم)

مراجعه دوم به بیمارستان

مددجو در مراجعه دوم در تاریخ ۱۴۰۳/۸/۱۸ ساعت ۱۸/۲۳ با شکایت درد پهلوی راست با هوشیاری کامل وارد اورژانس مامایی شد به گفته خودش در تاریخ ۸/۱۳ سزارین شده است سابقه فشارخون بالا و مصرف دارو را ذکر می کند

Bp: 120/60 P: 120 R: 18 T: 37 spo2:98%

سطح تریاژ ۲

شرایط به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند بستری اورژانس مامایی شود.

بستری اورژانس مامایی

ساعت ۱۸/۵۰ بستری اورژانس مامایی شد lv line برقرار و آزمایشات ارسال شد ساعت ۱۸/۵۰ ویزیت دکتر مقیم زنان شد که :

- C vs and vb
- C T q3h با ترمومتر جیوه ای
- CBC BG RH Ast Alt Alp Bill t d, UA ESR CRP BC
- سونوگرافی بررسی از نظر پیلونفریت

Bp: 120/80 P: 115 spo2:88% R: 18

ساعت ۲۰/۱۰ سونوگرافی انجام و نتیجه مبنی بر رحم با ابعاد ۱۵۰*۶۱ و اکوی پست پارتوم و ضخامت دو لایه اندومتر ۳ mm مشاهده شد فوکوس های اکوژن گازی در کویته آندومتر در سگمان تحتانی و در محل اسکار سزارین رویت شد. مایع آزاد جزئی در فضای اینترلوپ رویت شد تصویر تجمع مایع غلیظ دارای اکوهای داخلی در فضای پری

اسپلنیک و اطراف رحم در لگن و پاراکولیک راست همراه با fat standing چربی مزانتر و کاهش پریستالتیسم لوپ های روده رویت می شود که مجموع شواهد به نفع پریتونیت می باشد به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید همچنین طی تماس آزمایشگاه مبنی بر کاهش شدید WBC در نمونه خون نمونه CBC مجدد ارسال و نتیجه مبنی بر WBC:800 طی تماس تلفنی به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید در ساعت ۲۲/۱۵ توسط ایشان ویزیت شد علایم حیاتی به شرح زیر می باشد.

spo2:98% Bp: 120/70 P: 115 T: 37 R: 38

که فرمودند با دستورات زیر منتقل بخش زنان شود.

- Po •
- Cvs •
- Ser NS 1 lit BD •
- Bc *2 Uc Esr CRp fefitin Tibc tsh •
- Amp ceftr 1 gr bd •
- Amp clinda 900 stat then 600 bd •
- مشورت جراحی •
- مشورت عفونی •
- Amp enoxap •
- اتاق مریض روبروی استیشن و مسئول شیفت باشد. •
- یک واحد PC کراس گردد •

منتقل بخش زنان شد.

در ساعت ۲۲/۵۰ با هوشیاری کامل تحویل بخش زنان شد تاکی پنه بیمار تا ۴۷ در ساعت ۲۲/۵۵ به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند اکسیژن تراپی و سفتریاکسون شروع شود که بعد از اکسیژن تراپی و بالا دادن سر تخت مادر بهبود پیدا کرد.

بخش زنان

مادر در ساعت ۲۳ با R:35 Bp:125/70 T:36/6 P:100 تحویل بخش زنان شد. تحت مانیتورینگ علایم حیاتی قرار گرفت. اکسیژن تراپی شد spo2:95% در ساعت ۲۳/۱۰ جهت مشورت عفونی با آنکال عفونی تماس گرفته شد. فرمودند:

- سفتریاکسون و کلیندامایسین DC
 - تازوسین ۳۷۵/۳ بصورت stat و سپس TDS آغاز شود
 - در صورت کاهش WBC فردا صبح مشاوره هماتولوژی انجام شود
 - آزمایشات CBC UC UA CRP kam ESR BC ارسال شود.
- ساعت ۲۳/۱۵ با دکتر جراح جهت مشورت جراحی تماس گرفته شد فرمودند جهت ویزیت تشریف می آورند با دکتر جهت اطلاع دستورات دکتر عفونی تماس گرفته شد فرمودند دستورات اجرا شود و در سرویس دکتر زنان تحت نظر باشد ساعت ۰۰/۴۵ توسط دکتر جراح ویزیت شد فرمودند.

- بیمار Npo شود.
- مشورت اورژانسی داخلی شود.
- آنتی بیوتیک تراپی طبق دستور متخصص عفونی باشد.
- مشورت غیر اورژانس هماتولوژی درخواست شود.
- CT اسکن شکم و لگن با کنتراست IV /ORAL انجام شود.

که در ساعت ۱ با دکتر متخصص داخلی تماس گرفته شد فرمودند WBC در زمینه سپسیس قابل توجهی می باشد و pbs ارسال گردد. CBC مجدد فردا صبح ارسال گردد و بیمار در اتاق ایزوله باشد و صبح جهت ویزیت تشریف می آورند. دستورات بعد از اطلاع به دکتر مقیم زنان اجرا شد. ساعت ۴ جهت انجام سی تی اسکن منتقل رادیولوژی شود و طبق گفته همکار رادیولوژی به علت درگیری ریه شرایط به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید و HRCT طبق دستور دکتر مقیم زنان انجام شد طبق گفته همکار رادیولوژی پزشک جهت رپورت صبح تشریف می آورند و در صورت اورژانسی بودن رپورت تماس جهت حضور آنکال رادیولوژی بگیرند که به اطلاع دکتر مقیم زنان رسید فرمودند نیاز

به حضور آنکال نمی باشد و در اولین حضور آنکال رپورت اطلاع داده شود ساعت ۷/۳۰ با Bp:125/80 P:118 R:35
T:36/7 تحویل همکار محترم داده شد

19/8/1403

با هوشیاری کامل و تاکی پنه در حد ۳۸ تحویل گرفته شد مانیتورینگ و اکسیژن تراپی می شود ساعت ۸ توسط دکتر معالج زنان ویزیت شد آزمایشات سونوگرافی به رویت رسید. مشاوری هماتولوژی درخواست شد. فرمودند تشریف می آورند. جهت رپورت CT با رادیولوژی هماهنگ شد به اطلاع دفتر پرستاری رسید. ساعت ۸/۱۵ توسط دکتر پریناتولوژی ویزیت فرمودند مشورت قلب جهت رد آمبولی انجام و منتقل اتاق عمل با حضور جراح شود سوند فولی فیکس شد ترشحات بد بو واژینال دارد شرایط به اطلاع دکتر جراح رسید. فرمودند جهت ویزیت تشریف می آورند و هنگام انتقال به اتاق عمل اطلاع داده شود. مشورت هماتولوژی ساعت ۹/۲۰ انجام شد که فرمودند بیمار ویزیت شد با توجه به نوتروپنی بسیار شدید و ترومبوسینوپنی خفیف و شواهد پرینوتیت در سونوگرافی **محتمل ترین علت** sever sepsis **می باشد.** هیچ آزمایشی از قبل ندارد اندیکاسیون BMA دارد ولی در شرایط فعلی درمان پرینوتیت (آنتی بیوتیک وسیع و جراحی) در اولویت قرار دارد بعد از جراحی در صورت تداوم نوتروپنی و یا تشدید ترومبوسیتوپنی جهت BMA اطلاع داده شود. رپورت CT اسکن ضمیمه و به اطلاع رسید. تصویر کالکشن های متعدد حاوی دانسیته گازی در فضای پری هپاتیک پری اسپلنیک و پاراکوئیک دو طرف رویت شد. رحم با ابعاد بزرگتر از نرمال رویت شد. تصویر دانسیته گازی اطراف اسکار رویت شد. شواهد post op در جدار قدامی شکم در هیپوگاستر مشهود است کبد کلیه و پانکراس نرمال است تصویر طحال فرعی مشهود است. مترون بر بالین بیمار حاضر شدند. جهت مشورت قلب با آنکال قلب تماس گرفته شد فرمودند تشریف می آورند ساعت ۹/۵۵ مشورت قلب و اکو انجام شد که فرمودند **تاکی کاردی بیمار با آنمی و sever sepsis قابل توجه است.**

با پزشک متخصص عفونی جهت ویزیت و اورژانسی بودن ویزیت و ادامه آنتی بیوتیک تماس گرفته شد فرمودند تازوسین ادامه و جهت ویزیت تشریف می آورند ساعت ۱۰/۲۰ با هوشیاری کامل تحویل اتاق عمل شد.

اتاق عمل

ساعت ۱۰/۲۵ با هوشیاری کامل تحویل و منتقل تخت شد در ساعت ۱۰/۳۰ عمل آغاز شد تحت شرایط استریل پس از درب درب شکم با برش فان باز شد ترشحات چرکی فراوان ساکشن شد دکتر جراح و دکتر پریناتولوژی سر عمل حاضر شدند و تصمیم به برش میدلاین شد پس از اکسپلور شکم و ساکشن کامل ترشحات چرکی و نکروز سوچور رحمی تصمیم به هیستریکتومی گرفته شد لیگامان رند دو طرفه کلامپ و لیگاتور شد لیگامان انفاندیلوپلویک دو طرفه کلام کات شد تخمدان دو طرف و لوله برداشته شد شریان رحمی دو طرف گرفته شد لیگامان کاردینال دو طرفه کلامپ کات و لیگاتور شد رحم و سرویکس خارج شد کاف بصورت بسته ترمیم شد جدار طبق پلان آناتومیک ترمیم شد سپس توسط جراح داخل شکم با ۴ لیتر سرم شستشو داده شد.

دکتر جراح : تحت شرایط استریل پس از پرب درب در محل انسزیون قبلی باز شد در بدو ورود به شکم چرک فراوان و آبسه لگن مشهود بود در ادامه با توجه به ظاهر رحم هیستریکتومی انجام شد در ادامه تمام کادر روده ها از تریتر تا رکتوم بررسی شد آبسه اطراف کبد و طحال شسته شد بافت‌های فیبرینی با گاز خیس برداشته شد سپس بعد از کنترل هموستاز و شمارش صحیح گازها و لنگاز و با توجه به چرک فراوان داخل شکم با پلن second look فردا و شستشوی مجدد شکم پوست سوچور گردید یک واحد PC از ساعت ۱۱/۱۰ برای بیمار شروع شد و با Bp:134/67 p:141 تحویل ریکاوری شد در ساعت ۱۲/۲۵ تحویل گرفته شد علایم حیاتی کنترل شد اکسیژن تراپی میشود ساعت ۱۳/۱۰ تحویل ICU شد جهت مشورت عفونی دو بار با دکتر آنکال عفونی تماس گرفته شد پاسخگو نبودند

ICU

ساعت ۱۳/۱۵ به دلیل عفونت رحمی به دنبال سزارین و بعد از انجام عمل هیستریکتومی از اتاق عمل تحویل گرفته شد Bp:123/79 spo2:98% T:37 مردمک ها واکنش مناسب به نور دارد و با صدا زدن چشم ها را باز می کند و ارتباط کلامی برقرار می کند و به سوالات پاسخ می دهد توسط دکتر عفونی ساعت ۱۳/۳۰ ویزیت شد با GCS:13 تحویل همکار عصر کار شد. ساعت ۱۳/۳۰ با P:156 و spo2:98% GCS:13 و تاکی پنه تحویل گرفته شد تحت اکسیژن تراپی با ماسک می باشد دیورز برقرار است و دستورات شامل:

• تازوسین DC

• Amp merpenem 1 gr stat q8h

- Amp vanco 1 gr stat q12 h
- Amp clinda 900 stat q8h
- تماس با دکتر هماتولوژی جهت شروع G csf
- CRP کمی q72 h

- CBC bun cr Na k daely اجرا شد

با دستورات دکتر جراح ساعت ۱۲/۳۰ منتقل ICU شد.

- NPO

- SER NS 1 LIT TDS

- در هر لیتر دو ویال گلوکز ۵۰٪

- C BS Q 6 H

- انسولین رگولار طبق چارت

- پیگیری مشورت هماتولوژی جهت لکوپنی

- AMP Meropenem 1 gr

- AMP Metronidazol 500 mg tds

- C IO

- در هر ساعت حداقل ۳۰ سی سی ادرار داشته باشد

- در هر لیتر سرم حداقل ۱۰ CC KCL داده شود با شرط K بیشتر از ۵

- AMP APOTEL 1 gr

منتقل ICU شد.

جهت اطلاع مشاوره عفونی و بی قراری بیمار چندین مرتبه با دکتر معالج زنان تماس گرفته شد پاسخگو نبودند به اطلاع دفتر رسید فرمودند اطلاع می دهند طی تماس در ساعت ۱۴/۳۰ شرایط با توجه به ادیکت بودن و تاکی کاردی به اطلاع دکتر معالج زنان رسید فرمودند دستورات عفونی اجرا گردد و متادون بصورت PRN داده شود. دیسترس تنفسی و افت SPO2 ندارد. ساعت ۱۶ GCS کنترل شد که افت GCS دارد پاسخ کلامی ندارد spo2:97% HR:135 مردمک ها اندکی از مید سایز بزرگتر هستند ولی هر دو واکنش به نور دارند سوپروایزر در بخش حضور داشتند به دنبال افت

GCS و اسپاسم فک به منظور حفظ راه هوایی کد CPR اعلام شد به اطلاع دکتر مقیم زنان و دکتر بیهوشی رسید جهت انتوباسیون کارشناس بیهوشی بر بالین بیمار حاضر شد به دستور دکتر بیهوشی به علت اسپاسم فک ساعت ۱۶/۲۰ دیازپام تزریق شد اسپاسم فک برطرف شد و انتوباسیون توسط دکتر بیهوشی انجام شد در حین انتوباسیون دچار ارست قلبی شد که بلافاصله ماساژ قلبی آغاز شد تحت حمایت تنفسی قرار گرفت و بیمار برگشت NG فیکس شد تزریق خون آغاز شد ساعت ۱۶/۲۰ با دکتر جهت شالودن تماس گرفته شد و ایشان بر بالین بیمار حاضر شدند در ساعت ۱۷/۰۴ مجدد دچار ریتم VT بدون تنفس شد تحت شوک قلبی و ماساژ قرار گرفت و با توجه به تلاش های فراوان ختم CPR ساعت ۱۷/۴۵ توسط دکتر بیهوشی اعلام شد.

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

۱) جمع بندی بالینی پرونده

مشخصات کلی

- ✓ سن: ۳۸ سال
- ✓ G4P3L3
- ✓ سابقه زایمان: ۲ زایمان طبیعی، ۱ سزارین قبلی
- ✓ در بارداری اخیر: مراقبت بهداشتی دریافت نکرده است.
- ✓ عامل خطر مهم: مصرف متادون و سپس مصرف ترامادول توسط خود بیمار
- ✓ عوارض اولیه پس از زایمان: افت قلب جنین، سزارین اورژانسی
- ✓ سیر پس از زایمان: ترومبوسیتوپنی/آنمی/افزایش LDH و پرتئینوری، سپس تنگی نفس، درد، شکم حاد، سپسیس شدید، هیستروکتومی، افت GCS، اسپاسم فک، ایست قلبی و فوت

۲) علت دقیق مرگ

علت نهایی

✓ ایست قلبی-تنفسی در زمینه سپسیس شدید و نارسایی چند عضوی (MODS)

علت واسط

- ✓ سپسیس شدید / پریتونیت منتشر پس از سزارین
- ✓ شوک سپتیک
- ✓ ARDS / نارسایی تنفسی
- ✓ اختلال هوشیاری و اسپاسم فک / احتمال درگیری متابولیک یا هیپوکسی شدید

علت اولیه

- عفونت شدید داخل شکمی و رحمی پس از سزارین
- وجود ترشحات چرکی فراوان، آبسه لگنی، نکروز سوچور رحمی، کالکشن‌های متعدد در CT و حین عمل
- در نهایت نیاز به هیستریکتومی به علت عدم کنترل منبع عفونت

عوامل زمینه‌ساز

- سزارین قبلی
- مراجعه دیر هنگام در بارداری
- مصرف مواد/متادون و سپس ترامادول
- احتمال نقص در پایش پس از ترخیص
- احتمال تأخیر در تشخیص زودهنگام عفونت و شکم حاد

تحلیل کیس در مرحله اول

سیر بالینی مهم

- ✓ مراجعه با شکایت آبریزش
- ✓ کیسه آب پاره از ساعت ۱۵
- ✓ تریاژ ۴
- ✓ در معاینه، پارگی کیسه آب با مایع روشن
- ✓ در LDR افت ضربان قلب جنین تا ۷۰-۷۵
- ✓ سزارین اورژانسی انجام شد

- ✓ نوزاد با حال خوب متولد شد
- ✓ پس از زایمان، تاکی پنه، سپس تنگی نفس، درد، و تجویز $MgSO_4$ و مشاوره قلب/روان
- ✓ ترخیص در ۱۴۰۳/۸/۱۵

انحراف ها و نکات قابل اجتناب در این مرحله

عدم مراقبت پیش از بارداری

- ✓ بیمار اصلاً مراقبت بهداشتی نرفته بود.
- ✓ طبق پروتکل کشوری، مادران با سابقه سزارین، BMI بالا، یا مصرف مواد باید از ابتدای بارداری شناسایی و در سطح بالاتر پیگیری شوند. **(نیازمند مراقبت ویژه)**

مصرف متادون و ترامادول

- ✓ بیمار در بدو مراجعه و پس از زایمان به مصرف متادون اشاره کرده و بعداً خود ترامادول همراه داشته است.
- ✓ این موضوع احتمال سرکوب تنفسی، اختلال هوشیاری، تداخل دارویی و پنهان سازی علائم را بالا می برد.
- ✓ طبق اصول ایمنی بیمار، باید مصرف مواد/اپیوئیدها به صورت رسمی، مستند و تحت نظر مدیریت می شد.

تنگی نفس بعد از زایمان

- ✓ در ۸/۱۴ تنگی نفس شدید گزارش شد ولی درمان بیشتر حمایتی باقی ماند.
- ✓ با توجه به زمینه مصرف مواد و سزارین، باید **افت اشباع، آمبولی، مسمومیت دارویی و پره اکلامپسی پس از زایمان** به طور فعال تر بررسی می شد.

قطع $MgSO_4$

- ✓ $MgSO_4$ آغاز و سپس قطع شد.
- ✓ اگر تشخیص پره اکلامپسی یا احتمال تشنج مطرح بوده، قطع آن باید براساس معیارهای بالینی و پروتکل مشخص انجام می شد.

تحلیل کیس در مراجعه دوم

تابلوی اصلی بیماری

- ✓ بیمار با:

- درد پهلوی راست
- تب خفیف/بعداً سپسیس
- تاکی پنه
- WBC بسیار پایین
- شواهد پریتونیت در سونوگرافی و CT
- کالکشن های چرکی و گازی
- نکروز سوچور رحمی
- آبسه لگن
- پیشرفت به سپسیس شدید و شوک
- ایست قلبی نهایی

تشخیص نهایی بالینی

✓ سپسیس شدید ناشی از عفونت رحم و حفره شکم پس از سزارین

با:

- ✓ پریتونیت منتشر
- ✓ آبسه لگنی
- ✓ نکروز محل بخیه رحم
- ✓ نوتروپنی شدید
- ✓ تبدیل به MODS
- ✓ ARREST نهایی

جدول خطاها و انحراف از پروتکل

مرحله	خطا / انحراف از پروتکل	اقدام اصلاحی پیشنهادی	بخش مربوط در پروتکل کشوری
مراقبت بارداری	عدم شناسایی کافی مادر به عنوان نیازمند مراقبت ویژه در بارداری اول	زنان با سزارین قبلی و مصرف مواد باید به عنوان نیازمند مراقبت ویژه ثبت شوند	پروتکل بارداری نیازمند مراقبت ویژه

ترخیص پس از سزارین	ترخیص/پایش ناکافی پس از جراحی اول با تنگی نفس و مصرف اپیوئید	پایش تنفسی، درد، علائم عفونت و خونریزی باید دقیق‌تر باشد	مراقبت پس از زایمان
تشخیص عفونت	تأخیر در تشخیص سپسیس شدید با وجود WBC 800 و تنگی نفس	شروع سریع sepsis bundle، کشت‌ها آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف، کنترل منبع	پروتکل سپسیس/عفونت پس از سزارین
تصویربرداری	تأخیر در تصمیم‌گیری قطعی برای مداخله جراحی با وجود شواهد واضح پریتونیت	در presence of source control indication باید سریع OR انجام شود.	پروتکل عفونت پس از زایمان
کنترل منبع	انجام هیستریکتومی و لاواژ دیرهنگام در سیر بیماری پیشرفته	جراحی و source control باید زودتر انجام می‌شد.	پروتکل کنترل منبع عفونت
هماهنگی تیمی	چند تماس بی پاسخ با سرویس‌ها و تأخیر در تصمیم‌گیری	الزام پاسخگویی سریع سرویس‌ها و ثبت زمان تماس/پاسخ	اصول مدیریت اورژانس مامایی
مراقبت ICU	دیر رسیدن به کنترل قطعی عفونت و نارسایی ارگان‌ها	ICU باید از ابتدا در جریان کیس‌های septic post-op قرار گیرد.	پروتکل ICU مامایی

نکات قابل اجتناب

تأخیر در شناسایی «سپسیس پس از سزارین»

✓ نشانه‌های هشدار در این پرونده:

- تنگی نفس
- تاکی‌پنه
- WBC بسیار پایین
- تب
- درد شکم و پهلو
- ترشحات بدبو واژینال
- کالکشن‌های چرکی در CT

این‌ها باید خیلی زودتر به سپسیس شدید تعبیر می‌شدند.

عدم کنترل منبع در زمان مناسب

- ✓ در عفونت‌های پس از سزارین، اگر منبع عفونت داخل شکم، رحم باشد، آنتی بیوتیک به تنهایی کافی نیست. طبق اصول جراحی و مدیریت عفونت، source control باید سریع انجام شود.

استمرار مصرف داروهای نامطمئن توسط بیمار

- ✓ مصرف ترامادول همراه بیمار و متادون، می‌توانست:

- سطح هوشیاری را مختل کند.
- علائم سپسیس را پنهان کند.
- ریسک اسپاسم فک/تشنج/اختلال تنفس را بالا ببرد.

وابستگی به پاسخ‌های تلفنی و تأخیر در حضور بر بالین

- ✓ در بیمار بدحال، مدیریت تلفنی کافی نیست.

تطبیق با پروتکل‌های کشوری

پروتکل مراقبت بارداری نیازمند مراقبت ویژه

این مادر باردار به علت:

- BMI بالا
- سابقه سزارین
- مصرف متادون
- عدم مراقبت پیش از بارداری

باید در گروه **نیازمند مراقبت ویژه** قرار می‌گرفت و از ابتدا مسیر اختصاصی داشت.

پروتکل مدیریت پارگی زودرس کیسه آب و سزارین

- ارزیابی NST
- آنتی بیوتیک مناسب
- پایش مادر و جنین

- تصمیم‌گیری سریع در صورت افت FHR
- پس از زایمان: پایش خونریزی، درد، تب، تنگی نفس و علائم عفونت

پروتکل سپسیس پس از زایمان

اقدامات کلیدی:

- تشخیص زودهنگام
- کشت خون/ادرار/ترشحات
- آنتی بیوتیک وسیع‌الطیف فوری
- کنترل منبع
- ICU و پایش ارگان‌ها
- بررسی لاکتات/ABG/CRP/WBC
- در صورت نوتروپنی شدید: هماتولوژی و بررسی علل زمینه‌ای

راهکارهای پیشنهادی

در سطح بهداشت

- ✓ شناسایی همه زنان با سابقه سزارین و مصرف مواد به‌عنوان **مادر نیازمند مراقبت ویژه**
- ✓ مستند سازی دقیق مصرف دارو/مواد

در سطح بیمارستان

- ✓ ایجاد پروتکل تشخیص سریع سپسیس پس از زایمان
- ✓ Sepsis workup انجام
- ✓ الزام پاسخ سریع متخصص عفونی و جراحی
- ✓ فعال سازی زودهنگام ICU

در سطح تیم زنان

- ✓ پایش دقیق علائم تنفسی و شکمی پس از سزارین
- ✓ نادیده نگرفتن تنگی نفس یا تاکی‌پنه

✓ توجه به WBC بسیار پایین به عنوان علامت هشدار

✓ عدم ترخیص زودهنگام بیماران دارای علائم غیرطبیعی