

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

معاونت آموزشی مرکز آموزشی و درمانی ضیائیان برگزار می کند:

کنفرانس علمی با عنوان:

بررسی علل مرگ مادران باردار

در جمعیت تحت پوشش

دانشگاه علوم پزشکی تهران



چهارشنبه ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

ساعت ۷:۴۵

سخنران:

خانم دکتر افسانه علی مدد تفرشی

-عضو کمیته دانشگاهی مرگ مادر

-رئیس بخش زنان

ارائه از طریق لینک: [https:// www.skyroom.online/ch/virtualtums/ziaian-hospital](https://www.skyroom.online/ch/virtualtums/ziaian-hospital)



## مورد اول: (م.ف)

تاریخ بستری: 1402/11/22 تاریخ فوت: 1402/11/22 محل فوت: بیمارستان @@@ محل سکونت:

تهران

EDC=1403/1/10

LMP=1402/4/3

G2EP1

سن : 34 سال

تحصیلات مادر: لیسانس

تابعیت : ایرانی

خواسته بودن حاملگی: خواسته

GA =33W+1d

طبق مستندات پرستگری درب منزل مددجو از ابتدای بارداری تحت نظر پزشک در مطب خصوصی بوده و از 29 هفتگی به علت پروتئینوری

در حد 500، روزانه سه عدد قرص متیل دوپا را آغاز کرده و فشار خون مادر کنترل بوده است. سابقه یک نوبت بستری در بیمارستان @@@

به مدت 1W به علت پروتئینوری را داشته که پس از کاهش پروتئین در حد 70 ترخیص می شود. در زمان ترخیص توصیه می شود تا در

صورت پروتئینوری مجدد به بیمارستان بازرگانان مراجعه نماید.

❖ 1402/11/10 ساعت 1:00

مادر با سن بارداری 31w+4d جهت رویت آزمایش به علت پروتئینوری به بیمارستان @@@ مراجعه کرده و جهت R/O Preeclampsia بستری می شود.

PMH: GDM، هیپوتیروئیدی تحت درمان، HTN از 1W قبل تحت درمان با متیل دوبا BD

T:37 PR:90 BP:130/80

VS بدو ورود:

RR:18

دستورات زیر اجرا می شود:

CBC/BGRH/PT/PTT/Fib/BUN/CR/AST/ALT/ALK

- LDH/Bill t / Bill d/U/A/ BS
- NST/toco
- Check FHR /VS q1h
- Amp Betamethasone 12mg / تکرار دوز دوم با چک قند
- BPS/ Color Doppler sonography
- مشاوره پریناتال

➤ مشاوره قلب به علت (PR:110) انجام می شود. دستورات زیر اجرا می شود:

- چک K/mg/TSH
- Tab Methyl dopa 250 BD
- Tab Metoral 25 BD
- Tab ASA 80 daily

- آزمایشات پره اکلمپسی یک روز در میان
- Amp Heparin 5000
- Tab Methyldopa 250 TDS
- ادامه ASA
- جمع اوری ادرار 13 ساعته
- سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری
- دریافت دوز دوم بتامتازون
- اطلاع در صورت Severe sign
- اطلاع در صورت  $>140/100$  فشار خون

گزارش سونوگرافی : GA : 30w+3d / جفت خلفی / EFW:1600 / AFI:13Cm / داپلر نرمال / کلیه: نرمال



❖ 1402/11/11 ساعت 9:00:

به علت FBS : 188 بدنبال دریافت بتامتازون مشاوره داخلی انجام شده و دستورات زیر اجرا می شود:

➤ FBS & 2Hpp

➤ Tab Metformin 500 BD

➤ مراجعه به درمانگاه داخلی بعد از ترخیص با چارت قند

➤ Serum HS 500 cc IF BS>150

نتایج آزمایشات به شرح زیر می باشد:

• تاریخ 1402/11/10:

Bs:123/Urea:24/Cr:0.7/SGOT:21/SGPT:17/ALK:147/LDH:354/Up:Neg/FBS:166/PT:12.3/PTT:27/  
INR:1/Hb:12.7/HCT:36.6/PLT:275000

• تاریخ 1402/11/12:

Fib:441/Hb:10.2/HCT:30.8/Plt:203000

• تاریخ 1402/11/13:

Urine volum24h:2500/up:73/cr:1025/FBS:92

مادر در تاریخ 1403/11/13 با ذکر علائم هشدار، NST هفتگی، سونوگرافی BPP هر دو هفته و مراجعه هفتگی به متخصص زنان و زایمان ترخیص می شود.

❖ تاریخ 1402/11/21 :

مادر به علت پروتئینوری 600 جهت بستری طبق نامه پزشک بیمارستان @@@ در ساعت 22:30 به بیمارستان &&& مراجعه می نماید و پس از بررسی های اولیه ( NST ) به علت نداشتن متخصص اطفال و NICU پس از اخذ رضایت شخصی ترخیص و در ساعت 1:47

3

GA: 33W+1D و آزمایش مینی بر پروتئینوری (Pr:644/2800)، بدون سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر و تهوع به بیمارستان @@@ مراجعه می کند. علائم حیاتی:

RR :18 T :37 PR :88 P : 120/75

آزمایشات پره اکلمپسی /ادامه متیل دوپا /متفورمین / متورال / TDS NST /چک 2hpp/BS او در می شود. نتایج آزمایشات به شرح زیر می باشد:

Jp:Neg/PT:12/PTT:28/INR:1/HB:11.9/PLT:235000/urea:19/Cr:0.7/SGOT:19  
GPT:18/LDH:338/ASLK:191/BS:93

مادر در ساعت 9:30 با BP:110/70 پس از انجام مشاوره تلفنی با پریناتولوژیست به بخش پس از زایمان منتقل می شود. در ساعت 21:25 توسط همراه بیمار دیگر به پرستاران اطلاع داده می شود که مادر بدحال شده است. (سیانوز، دهان قفل و زبان در ته حلق نبض ها غیر قابل دیتکت، تنفس gasping) بلافاصله اقدامات احیا آغاز و کد اعلام می شود. (تعبیه airway، تزریق سولفات منیزیم، اینتوباسیون و کاردیاک ماساژ)

ساعت 10:40 : زایمان C/S به علت کاهش سطح هوشیاری و ارست قلبی-تنفسی در بخش انجام شده، نوزاد دختر با آپگار 7/1 متولد و به NICU منتقل می گردد. مادر علیرغم اقدامات احیا در ساعت 23:41 فوت می کند.

نتیجه اتوپسی: نارسایی تنفسی متعاقب تشنج در زمینه مسمومیت حاملگی

## ❖ نظرات اعضا:

- عدم پیگیری وضعیت مادر پس از ترخیص در تاریخ 11/13/1402 از منظر علائم خطر، مصرف داروهای تجویز شده، چک و چارت 2hpp/ FBS مراجعه به درمانگاه داخلی در روز پس از ترخیص طبق مشاوره سرویس داخلی در تاریخ 11/11/1402
- عدم آموزش حین ترخیص به مادر در خصوص ضرورت مصرف داروی آنتی کوآگولانت طبق دوز تجویز شده (مادر داروی انوکسپارین خود را پس از ترخیص قطع کرده است)
- عدم شناسایی مادر توسط واحد دیده بان به عنوان مادر باردار "نیازمند دریافت مراقبت ویژه" و مهمور نشدن پرونده های بستری با مهر مربوطه
- عدم اطلاع وضعیت مادر به عنوان مادر باردار "نیازمند مراقبت ویژه" به معاونت درمان دانشگاه جهت رصد و پیگیری بعدی توسط حوزه معاونت بهداشت
- عدم انجام بررسی کامل قلبی-عروقی در مادر (عدم تعبیه هولتر) از نظر ابتلا به بیماری قلبی / malignant arrhythmias با وجود دارا بودن عوامل خطر متعدد: وزن بالا، ابتلا به GDM و GHTN، سابقه خانوادگی Sudden death، سابقه تاکی کاردی و آریتمی در بستری اول در تاریخ 10/11/1402
- عدم تجویز قرص متورال به صورت divided dose (BID) جهت کنترل تاکی کاردی مادر توسط متخصص قلب و عروق در تاریخ 10/11/1402 (دارو به صورت mg 25 daily تجویز شده است)
- عدم بستری مادر در اتاق پره اکلامپسی با وجود ابتلا به mild preeclampsia و انتقال به بخش پس از زایمان در ساعت 9:30 تاریخ 22/11/1402



➤ تجویز آمپول بتامتازون به صورت stat جهت تسریع مجهریتی ریه جنین در تاریخ 22/11/1402 بدون اندیکاسیون مادری، علیرغم

دریافت دو دوز در زمان بستری اول

➤ تجویز قرص متفورین 500 mg / BD به علت افزایش قند خون مادر بدنبال دریافت کورتیکواستروئید (داروی choice در موارد

افزایش قند خون مادر بدنبال دریافت کورتیکواستروئید، انسولین می باشد)

➤ عدم تجویز داروی انوکسپارین پروفیلاکتیک در زمان بستری مجدد در تاریخ 22/11/1402 با جود دارا بودن عوامل خطر متعدد از

قبیل BMI:30، ابتلا به mild preeclampsia و GDM

➤ عدم ثبت صحیح و محاسبه BMI مادر در دو نوبت بستری (قد مادر در بستری اول 167 و در بستری دوم 160 ثبت شده است)

➤ عدم درخواست تکرار آزمایشات پره اکلامپسی شش ساعت پس از آزمایشات بدو بستری مادر

➤ عدم ویزیت مادر در شیفت عصر و شب توسط پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم / مسئول مادر

➤ عدم توجه به سردرد مادر به عنوان eminent sign در طی بستری (بر اساس اظهارات خانواده متوفی طبق گزارش پرسشگری درب

منزل، مادر در شیفت شب و قبل از فوت سردرد داشته است)

**مورد دوم: (م.ن)**

تاریخ بستری: 1402/12/14 تاریخ فوت: 1402/12/18 محل فوت: بیمارستان\*\*\* محل سکونت: تهران  
سن: 28 سال PG LMP=1403/3/27 تابعیت: ایرانی تحصیلات مادر: لیسانس  
GA =37W+3D خواسته بودن حاملگی: خواسته

طبق مستندات پرشگری درب منزل مددجو مراقبت های بارداری را در بخش خصوصی دریافت کرده است. مادر در تاریخ 1402/12/13 با شکایت دل درد، کاهش حرکت، بی اشتهایی، قرمزی دستها و ضایعات کهیر مانند به بیمارستان %%% مراجعه نموده، سونوگرافی و NST انجام می گردد. توصیه به تکرار NST در روز بعد شده که پس از مراجعه مجدد به آن مرکز، NST نرمال بوده و با توجه به شرایط مادر، پلن بستری داشته که به علت نبود تخت خالی توصیه به مراجعه در روز بعد می شود. مادر تمایلی به بستری در آن مرکز نداشته و به بیمارستان \$\$\$ مراجعه می کند(طبق اظهارات همسر، مادر به علت هزینه بالای زایمان در بیمارستان %%% آن مرکز را ترک کرده است)

**❖ تاریخ 1402/12/14 ساعت 20:00:**

مادر به علت Non-reactive NST به بیمارستان \$\$\$ مراجعه و در بلوک زایمان بستری می شود. در معاینه کول بسته و BPP: 8/8 می باشد. سابقه یکبار بستری در بیمارستان @# در تاریخ 1402/9/1 به علت گاستروانتریت و سرماخوردگی و هم چنین سابقه GDM تحت کنترل یا متفورمین را ذکر می کند.

BP:110/70 PR:78 T:36.8 FHR:142

موارد زیر order می شود:

- ✓ تزریق یک دوز بتامتازون
- ✓ ارسال آزمایشات CBC/BG-RH
- ✓ رزرو یک واحد PC
- ✓ چک BS

❖ تاریخ 1402/12/15 ساعت 6:00:

مادر ROM می شود. آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دریافت و به علت fetal distress جهت زایمان سزارین در ساعت 7:00 به OR منتقل می گردد. زایمان تحت بیهوشی اسپینال انجام و نوزاد پسر با آپگار 9/10 در ساعت 8:20 متولد می شود. در معاینات بعد از زایمان: شکم نرم، بدون دیستانسیون، رحم کانتراکت و خونریزی در حد PP، علائم حیاتی Stable، افت هموگلوبین ندارد. چارت IO نرمال و دیورز: میانگین 100 سی سی در ساعت می باشد.  
ساعت 16:00:

Hb:11.5      plt:122000

ساعت 21:50:

HB:10.8      plt:132000

❖ تاریخ 1402/12/16 ساعت 9:00: ترخیص (طبق اظهارات همسر بیمار، مادر ضعف، بیحالی و سسکسه بدون

توقف داشته و با وجود تمایل به ادامه بستری ترخیص شده است)

مادر پس از مراجعه به منزل، حوالی بعد از ظهر بدحال شده و با اورژانس ESM در ساعت 21:45 به بیمارستان \* منتقل می گردد. بیمار از ضعف، بی حالی، سرگیجه، دل درد شکایت داشته و بیان کرده که دفع گاز و مدفوع نداشته است.

BP:80/P      PR:106      T:37      RR:17

موارد زیر order می شود:

- BUN/Cr/CBC /LFT/LDH//Bill/PT/PTT/INR/NA/K/BS/U/A
- I/O chart with measure
- Abdominopelvic sonography
- گرافی ایستاده خوابیده شکم
- Supp diclofenac PRN
- Serum N/S 500 cc stat
- Amp Apotel 1 gr stat
- Check BS
- Syr MOM

ساعت 22:30 🇮🇷

- IV line \*2
- Folley fix
- شروع درمان آنتی بیوتیکی با کلیندامایسین، آمپی سیلین و جنتامایسین
- Serum 1/3 2/3 stat
- Serum Ringer 1 lit stat
- سونوی شکم و لگن اورژانس



▪ CXR

گزارش سونوگرافی شکم و لگن:

کبد با اندازه و شکل طبیعی، بدون ضایعات *cystic* و *Solid* رویت شد.  
اکوژنیسیته پارانشیم کبد به صورت منتشر افزایش یافته است (کبد چرب گرید یک و تطابق با LFT توصیه می شود)  
مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی و ورید پورت دیامتر نرمال دارند.  
کیسه صفرا با ضخامت جداری نرمال، بدون سنگ و اسلج رویت شد.  
تجمع مایع لوکوله دارای نواحی اکوژن داخلی در مجاورت اسپلنورنال رویت شد. جهت ارزیابی از نظر کالکشن CT توصیه می شود.  
به علت پرتگازی شکم ارزیابی پانکراس، آئورت و پارا آئورت مقدور نگردید. کلیه ها نرمال می باشد.  
مایع آزاد *mild* در حفره شکم رویت شد.  
🕒 ساعت 23:45

- ✓ Antibiotic : D.C
- ✓ مشاوره داخلی اورژانس
- ✓ ECG اورژانس

آزمایشات مختل:

**AST:133, ALT:145, Bill T:9, Bill d:6, PT:18.1, PTT:35, INR:1.44, LDH:2877, UP:+2**

طبق مشاوره داخلی تلفنی:

✓ انفوزیون 500 cc سرم نرمال سالین

✓ دستور اعزام به مرکز سطح سه

بیمار پس از هماهنگی به بیمارستان \*\*\* اعزام و در ساعت 00:22 به تریاژ منتقل می گردد. مددجو اظهار داشته که از چهار روز قبل از زایمان تهوع، استفراغ، درد شکم و سوزش ادرار داشته که بعد از زایمان این علائم تشدید و دچار سکسکه مداوم شده است. هم چنین دفع گاز و مدفوع نداشته و از بیمارستان \$\$\$ بدون *defecation* ترخیص شده است.

BP=130/70    RR=17    PR=110    T=37    O2SAT=97%

مددجو با سوند فولی فیکس به بخش منتقل می گردد.

BILL T=9    ALT=144    AST=133    CR=3.1    HB=15    PLT=145000    K=5.7    NA=120  
BILL D=6    WBC=26.2    RBC=5.9    HCT=51.6    INR=1.44    NEUT=72.9    LYMPH=25.1  
BUN=97

مددجو از درد اپی گاستر، درد شکم و محل انسیزین سزارین شکایت دارد، ایکتریک و خواب آلوده می باشد. دستورات زیر اجرا می شود:

✓ آزمایشات پره اکلیمپسی / Amylase/ Lipase / PBS/ TROP ,BNP PRO NT

✓ انفوزیون 500 cc سرم ← همچنان الیگوریک

✓ درخواست مشاوره قلب و بیهوشی

✓ NG فیکس ← ترشحات کافی گراند

✓ درخواست CXR و سونوگرافی پس از Stable شدن مادر

⬇ ساعت 6:40

مادر بدحال شده ، NG و آنژیوکت‌های خود را خارج می‌کند. دچار هیپوتانسیون، کاهش سطح هوشیاری و PR=180 شده و کد 99 اعلام می‌گردد. گروه بیهوشی موفق به CV LINE گذاری و رگ‌گیری نمی‌شوند.

⬇ ساعت 7:25: انتقال به ICU ولیعصر با GCS=3

○ BP / Undetectable O2SAT پایین تر از 5 ← ایتتوبه

○ عدم واکنش به نور و تحریکات دردناک / اندام‌های انتهایی کاملاً سرد

⬇ ساعت 8:00

• تعبیه CV LINE ژگولار توسط سرویس بیهوشی

• مشاوره قلب، هماتولوژی، عفونی و گوارش

• CXR پرتابل

⬇ ساعت 8:45

پس از ویزیت اساتید زنان و بیهوشی به علت تاکی کاردی در حد 130 ، هایپوتانسیون، مایع آزاد فراوان در اطراف کبد، دیستانسیون شکم، خروج خون از انسیزبون سزارین و کنار سوند ادراری با تشخیصی شوک هموراژیک کاندید لاپاروتومی شده و به اتاق عمل تحویل داده می‌شود. دو واحد FFP و PC و چهار واحد PLT در اتاق عمل ترانسفوزیون می‌شود. درخواست دریافت فیبرینوژن می‌شود که به علت کمبود کشوری در داروخانه موجود نبوده و تزریق نمی‌شود.

در شرح عمل ذکر شده:

حدود 1/5 لیتر آسیت خونی ساکشن شد. داخل شکم اکسپلور شد. منبع خونریزی رحمی نبود. لذا از گروه جراحی با توجه به شرایط بیمار و وضعیت غیر طبیعی کیسه صفرا در معاینه حین جراحی و بررسی قسمت فوقانی گوارش دعوت شد که در اتاق عمل حضور یافتند. محل واضح خونریزی در لگن رویت نشد. پانکراتیت با ترشح وسیع پانکراس در شکم رویت شده، شستشو داده شده و درن تعبیه می‌شود. مددجو در ساعت 11:45 با درن شکمی چپ و راست با ترشحات خونابه ای از اتاق عمل تحویل گرفته می‌شود. جهت شالدون گذاری سه بار توسط سرویس بیهوشی تلاش شده و نهایتاً شالدون فمورال تعبیه گشت. به علت همودینامیک ناپایدار، کراتینین بالا، اسیدوز و اختلال الکترولیتی CRRT انجام می‌شود.

⬇ NGT فیکس / NPO ترشحات کافی گراند / اولیگوریک / ادرار بسیار تیره / BP:81/39 علی رغم دریافت نور ایپی نفرین

هپارین BD و ونکومايسين BD آغاز شد. اجازه دریافت مروینم توسط سرویس بیهوشی داده نشد.

جلسه کربتی‌کال با حضور اساتید نفرولوژی، زنان، بیهوشی، هماتولوژی، گوارش و عفونی در ساعت 9:00 در حالیکه بیمار در OR بود، برگزار گردید. طبق نظر اساتید تشخیص پانکراتیت فولمینانت مطرح بوده و توصیه به هیدراتاسیون، دریافت مروپنم، ونکوماکسین، ارسال ویرال و آزمایشات کل پره اکلمپسی می‌شود.

ca =6    FBS=58    NA=1401    K=5.7    MG=2.6    P=9.6    ALB=2

8

Amylase= 916      lipase = 2070  
LACTAT=92      TOTAL PRO =2.5      PT=20      INR=1.66      PTT=96  
TG=529      CHOL=97      AMONYAC=121  
ABG: PH=6.91    PCO2=44.8    PO2=169    HCO3= 9    BE=23  
آمیلاز مایع درن: 126

پیرو گزارش کتبی شرح عمل، مشاوره هپاتوبیلیاری جهت نیاز به پیوند کبد و درخواست اسپیرال CT brain دارد. پس از هماهنگی سوپروایزر با داروخانه ویال فیبریونژن دو گرم در ساعت 23:30 تهیه و تزریق شد.

1402/12/18 ساعت 11:20

بیمار برادیکارد و آسیستول شده و پس از 45 دقیقه عملیات احیا متاسفانه expire می‌شود.

**نتیجه اتوپسی: شوک هموراژیک ناشی از DIC بدنبال پانکراتیت نکروزان در زمینه بارداری اخیر**



### ❖ نظرات اعضاء:

- عدم اخذ شرح حال دقیق از مادر در بدو بستری (طبق مستندات پرستگری درب منزل متوفی، مادر در تاریخ 13/12/1402 قبل مراجعه به بیمارستان \$\$\$ با شکایت دل درد، بی اشتها و راش های کهیر مانند به بیمارستان %%% مراجعه داشته است)
- عدم **follow up** دقیق مادر از منظر سایر تشخیص های مطروحه (مسمومیت بارداری، کبد چرب، التهاب پانکراس و ...) و بالطبع ارسال آزمایشات لازم از قبیل روتین پره اکلامپسی، لیپاز، آمیلاز، LFT و ... با توجه به شکایت مادر در زمینه وجود درد اپی گاستر، ض و بی حالی از یک هفته قبل
- تجویز آمپول بتامتازون بدون اندیکاسیون طبی (طبق نظر اساتید حاضر تجویز فوق می تواند سبب مخفی شدن علائم التهاب و درد در مادر شده باشد.)
- عدم توجه به علائم بالینی مادر از قبیل: سکسکه مداوم، ضعف، بی حالی پیشرونده و درد اپی گاستر در زمان ترخیص در تاریخ 16/12/1402
- عدم بررسی و درخواست انجام مشاوره داخلی و جراحی علی رغم وجود درد شکم و عدم دفع **Defecation & Gass pass**
- انتساب درد مادر به مسائل **post op** و **Neglect** کردن علائم شکم حاد و **Acute severe pancreatitis**
- ترخیص زود هنگام مادر پس از زایمان سزارین بر خلاف دستورالعمل های اداره سلامت مادران وزارت متبوع بدون ارزیابی **Gass pass & Defecation** (طبق مستندات پرستگری درب منزل، مادر و همراهان تمایل به ادامه بستری تا برطرف شده علائم در مادر را داشته اند)
- از دست رفتن golden time درمان acute pancreatitis
- تاخیر در تشخیص **pancreatitis** و عدم نیاز به انجام جراحی و باز کردن **lesser sac** در راستای تایید تشخیص (تشخیص پانکراتیت کاملا بالینی می باشد.)
- عدم ارسال آزمایشات با کد 55 و تاخیر در ارسال نتایج آمیلاز و لیپاز
- عدم حضور متخصص زنان و بیهوشی مسئول مادر در بیمارستان \$\$\$ در کمیته مورتالیتی بیمارستان \*\*\* علی رغم اطلاع رسانی و دعوت کتبی از ایشان

مورد سوم: (الف.الف)

تاریخ بستری: 1403/1/22 تاریخ فوت: 1403/1/24 محل فوت: بیمارستان ### محل سکونت: قم  
سن : 45 سال PG LMP=? EDC= ??  
خواسته بودن حاملگی: خواسته تابعیت : ایرانی تحصیلات مادر: دیپلم  
GA =7W+4D

Marriage age:2Y

PMH: pustular psoriasis 1382 سال از

FH :pustular psoriasis خواهر

AH: حساسیت به پنی سیلین به صورت اریترودرمی منتشر: AH

سوابق بستری در بیمارستان ###:

- سال 1387: به علت تشدید ضایعات / تحت درمان با MTX و change به نتوتیگازون بدلیل عدم پاسخ درمانی
- سال 1396 : flare up of pustular psoriasis به شکل پلاک های اریتماتوی وسیع پوسچوار و کراسته شده / تحت درمان با topical / نتوتیگازون / MTX و ترخیص با دستور نتوتیگازون
- سال 1397: با تشدید ضایعات از یکماه قبل (مراجعات نامنظم و دریافت نامنظم نتوتیگازون)

تشخیص نهایی: پوسچولار پسوریازیس و drug reaction

طی بستری: شروع پردنیزولون/ بیوپسی از ضایعات

Skin biopsy/abdominal wall lesion: drug eruption is more suggestive

➤ 1398/4 با تشدید ضایعات از یک هفته قبل از بستری

سابقه مصرف Adalimumab از حدود یکسال قبل

تحت درمان با سیکلوسپورین و MTX قرار می گیرد و کاندید شروع درمان با اینفلیکسیماب می باشد.

➤ 1398/5

سابقه چندین نوبت حساسیت به AB و بروز ضایعات ماکولوپاپولر دارد. به علت تب کلیندامایسین/سیپروفلوکساسین/جتتامایسین/ونکومایسین

گرفته است. در این بستری نیز واکنش حساسیتی دارد.



**➤ مراجعه به بیمارستان # \$ در تاریخ 1403/1/18 ساعت 3:28 :**

C.C: درد، خونریزی و دفع نسج

طبق سونوگرافی تاریخ 1403/1/6:

A:7W+4D // Blighted ovum

بیمار ذکر کرده که از سه سال قبل تحت هیچ درمانی برای PSO نبوده و حساسیت به پنی سیلین و دیگر آنتی بیوتیک ها را دارد.  
SPE: کول باز ، خونریزی کمتر از +1، در حال دفع نسج

10

PR:88 T:36 RR:20

بدنبال دفع محصولات بارداری در ساعت 3:40، 30 واحد سنتو و آمپول کلیندامایسین تزریق می شود. در ساعات اولیه بعد از ز portion فشار خون در حد 125/75 - 130/75 بوده و تاکیکارد و تبداً نمی باشد. بیمار به بخش جراحی زنان منتقل می شود. در بدو انتقال بخش صورت قرمز، متورم و ملتهب دارد.

PR:129 RR:21 T:37.9

- Amp Apotel
- CBC / PT/PTT/INR/CRP/BUN/Cr/AST/INR/FIB
- Ampicillin 2gr IV
- Amp Gentamycin 80 mg
- Amp Clindamycin 900 mg
- Doxycyclin 100mg BD
- Hematinic daily
- بررسی بقایا TVS



طبق گزارش سونوگرافی جهت بررسی بقایای بارداری:

بافت هایپر هترواکوبه طول 64 mm و ضخامت 27 mm در حفره اندومتر رحم دیده شده که در بررسی با کالر داپلر فاقد وسکولاریته می باشد. مطرح کننده RPOC گرید صفر یا Clot / مایع آزاد در لگن رویت نشد. در ساعت 14:30 به اتاق عمل منتقل شد. پس از پرپ و درپ تحت شرایط استریل GA داده شد. سایز رحم حدود 10 هفته و سرویکس باز بود. بدون استفاده از بوژی، محصولات حاملگی حدود 6 سانتی متر با پنس جفت خارج شد. نمونه جهت پاتولوژی ارسال شد. سپس تحت گاید سونوگرافی کورت در تمام جهات رحم کشیده شد. بیمار خونریزی نداشت. رحم جمع بود.

در فرم بیهوشی:

BP: 90/61 PR:125 RR:16 T:38

در ریکاوری:

BP:127/76 PR:130

نتایج آزمایشات ساعت: 9:20:

Hb:10.3 plt:213 ESR:31 FBS:63 Urea:23 Cr:0.8 SGOT:19 SGPT:12  
ALKP:121 LDH:943 CRP:20 PT:14.6 INR:1.14 PTT:25

در ساعت 16:30 به بخش جراحی زنان منتقل می شود.

❖ ساعت 21:00

BP:91/46 PR:135 T:38

مشاوره قلب به علت تاکی کاردی:

- Amp Dexamethasone 8mg IV stat TDS
- ادامه درمان آنتی بیوتیک

طبق تماس با آنکال عفونی:

- Amp Meropenem 1 gr TDS
- Amp Vancomycin 1 gr BD

❖ ساعت 22:40:

- ❖ Amp Metronidazole 900 TDS
- ❖ AMP Meropenem D.C
- ❖ Amp Colistin 9mg stat / 4.5 BD
- ❖ AMP Chlorpheniramine stat
- ❖ Amp Vancomycin 1 gr BD

به علت واکنش به آنتی بیوتیک (راش منتشر) مشاوره داخلی درخواست می شود.  
طبق مشاوره داخلی:

- N/S 1lit stat TDS
- I/O chart q6h
- NE 5-10 if SBP<100
- Hydrocortisone 100 mg stat BD
- CV line

- تجویز نرمال سالین با حفظ CVP در حد 8-10 H2o
- مشاوره عفونی جهت تنظیم AB
- ESR/CRP/B/C\*3
- Ciprofloxacin 400mg IV BD
- توصیه به بستری در ICU

طبق مشاوره درماتولوژی:

با علائم شوک سپتیک متعاقب دریافت AB دچار اریتم ژنرالیزه و اریترودرمی منتشر و ضایعات پوستی شده است. با توجه به شرح حال بیمار مبنی بر پسوریازیس و شروع داروهای آنتی بیوتیکی طی روزهای اخیر ضایعات می تواند در زمینه بیماری زمینه ای ایشان و یا واکنش دارویی باشد. سابقه واکنش دارویی در گذشته را نیز دارد. در حال حاضر علائمی به نفع پلاک ها یا ضایعات پسوریازیس در معاینه وجود ندارد.

- ✓ تنظیم دمای بیمار و جلوگیری از هیپوترمی
- ✓ کنترل آب و الکترولیت
- ✓ درمان و پیشگیری از عفونت ثانویه
- ✓ CBC/BUN/CR/AST/ALT/ALK/Bill/TG/Chol/LDL/HDL/FBS/ESR/CRP/BPS/IgA level
- ✓ بررسی قلبی-ریوی

12

- ✓ Tab Metronidazole 500 BD در صورت صلاحدید سرویس مربوطه
- ✓ Tab Prednisolone 100mg/kg/daily در صورت صلاحدید سرویس مربوطه
- ✓ Tab Letizole 10 ششی یکمعد در صورت صلاحدید سرویس مربوطه
- ✓ قطع داروهای غیر ضروری بیمار یا تغییر به داروهای ایمن تر
- ✓ Ointment Clobetasole روزی دوبار تا دو هفته
- ✓ Ointment Megacort روزی دوبار به ضایعات صورت

1403/1/19 ساعت 3:00 🚑

BP:95/70 PR:104 T:37 RR:18 Spo2:93%

نتایج آزمایشات ساعت 1:40

Hb:9.3 plt:170 ESR:1 FBS:63 Urea:21 Cr:1  
CRP:198 PT:26.7 INR:2.2 PTT:37 Fib:293

در ساعت 5:00 : قبل از دریافت ونکومایسین و مترونیدازول صورت ادماتو و قرمز بود. بلافاصله پس از شروع انفوزیون ونکومایسین بدتر شد و خود بیمار اظهار داشت که به مترونیدازول حساسیت دارد. ونکومایسین و مترونیدازول hold شد.



طبق نوت رزیدنت زنان:

با آنکال بیهوشی از ساعت 8:30 تا 10:00 بر بالین بیمار حاضر بودیم. تاکی کارد و تاکی پنیک است. ICU add می باشد، به علت نبود تخت خالی در ICU همچنان در بخش بستری است.

T:39.8-40 PR:140-157 BP:90/50

ساعت 12:20 با تشخیص SIRS و علائم شوک به ICU منتقل می شود.

BP:80/40 PR:130 SPO2:96% T:37.9

به علت T:39 و RR:25 /BP:80 / PR:140 جلسه کمیسیون پزشکی با حضور گروه های زنان، داخلی، بیهوشی تشکیل می شود:

- ✓ CXR/ABXR
- ✓ کشت از ترشحات و ضایعات پوستی
- ✓ U/A U/C U/A
- ✓ مشاوره روماتولوژی
- ✓ لینوزولید، کلیستین، کلیندامایسین ادامه
- ✓ hold کاسپوفونژین
- ✓ مشاوره قلب و اکو
- ✓ ICU Add
- ✓ فعلا فرآورده نگیرد
- ✓ TDS IV کلر فنیرامین

13

- ✓ CV LINE
- ✓ NA/K/CBC/AST/ALT/ALP/LDH/FDP/RET/PBS/d-Dimer/Procalcitonin/INR
- ✓ سونوگرافی شکم و لگن

ساعت 17:00 دو واحد FFP تزریق شد.

مشاوره داخلی، عفونی و بیهوشی اورژانس انجام می شود. مشاوره قلب و پوست انجام شد.

- Amp Clindamycin 900 TDS قبل از تزریق هر AB نیم ساعت قبل هیدروکورتیزون 100 بگیرد.
- Tab Linzolid 600 IV stat سپس هر 12 ساعت خوراکی
- Amp Caspofungin 70 IV stat
- با توجه به سپسیس در صورت صلاحدید سرویس زنان source عفونی به صورت هیستریکتومی خارج شود.

21

مشاوره عفونی:

- کشت خون و ادرار منفی / از جهت شروع متیل پردنیزولون با پزشک داخلی و پوست هماهنگ شود تا انواع دیگر کورتون قطع شود.
- کاسپوفانژین Hold
- فعلا قبل از آنتی بیوتیک ها هیدروکورتیزون نگیرد مگر واکنش دارویی رخ دهد.
- B/C\*3/ U/A/U/C/ اسمیر و کشت ترشحات پوست
- مشاوره پوست در اسرع وقت با توجه به اریترودرمی
- CXR

اکوی قلب 1403/1/19: EF:55%

1403/1/20 ساعت 9:30:

هوشیار، ادم صورت کاهش یافته، Output:200cc از ساعت 6:00

اکوی قلب و سونوگرافی: NL:

دو واحد FFP دریافت کرده است.

ساعت 22:00:

BP:74/48 PR:136 T:37.2 O2sat:94%

مشاوره عفونی به علت راش پوستی منتشر، هیپوتانسیون، تاکی کاردی، آنمی، ریز ALT / AST / LDH

موارد زیر درخواست می شود:

- Amp Hydrocortisone 50 mg TDS IV
- Ser N/S 1 lit stat
- ادامه درخواست داخلی
- Coombs test(D-ID)/ ca/p/Alb/ANA/Anti DS DNA Ab/Anti SSA/ SSB
- Mixing test

Hb:8.9 plt:158 ESR:9 FBS:63 Urea:29 Cr:1.3 NA:140 k:4.9 SGOT:66 SGPT:29  
ALKP:103 LDH:943 CRP>200 PT:19.5 INR:1.56 PTT:41 Fib:371

1403/1/21 ساعت 9:00:

BP:88/48 PR:130 T:37 O2sat:98%

1403/3/21 مشاوره داخلی :

به علت SIRS و شوک بدنبال D&C طبق نظر درماتولوژیست متیل پردنیزولون گرفته است.

- Amp Hydrocortisone D.C
- Tab Prednisolone 50 mg
- مشاوره مجدد جهت تنظیم دوز پردنیزولون

عدم رضایت به دریافت آنتی بیوتیک داشته و در ساعت 11:45 روز 1403/1/22 پس از رضایت شخصی با آمبولانس خصوصی به تهران منتقل می شود.

### 📌 شرح بستری در بیمارستان ### :

بیمار در تاریخ 22 فروردین در ساعت 14:53 با برانکارده به همراه همسرش با شکایت از ضایعات پوستی به دنبال مصرف آنتی بیوتیک از چهار روز قبل بعد از سقط جنین به اورژانس بیمارستان ### مراجعه می کند. بیمار دچار ضایعات مخاطی و ضایعات پوستی تاولی شده است. تریاژ سطح 3 برای بیمار انجام می شود. در ساعت 14:55 توسط رزیدنت ویزیت شده و دستور چک علائم حیاتی و انتقال به ICU داده می شود. VS بدو ورود:

BP:130/80 T:37 P:100 RR:18 O2sat: 97%



ساعت 15:15 ویزیت ارشد:

❖ آزمایشات روتین، ویرال مارکرها، W/C, B/C\*2، چک قند BD

❖ آمپول دگزامتازون TDS

❖ آمپول پنتازول BD

❖ کپسول سیکلوسپورین QID

❖ 5 IVIG گرمی طی چهار روز (کمبود کشوری)

❖ مشاوره تغذیه غیر اورژانس

مشاوره اورژانس داخلی ساعت 18:15 :

فولی کتر، چک I&O، چک هپارین 5000 واحد BD

مشاوره عفونی اورژانسی ساعت 18:30: (آمپول کلینداماسین و آمپول سیپروفلوکساسین)

ساعت 18:45 ویزیت ارشد:

آمپول آپوتل جهت کنترل تب و تاکی کاردی پروپرانول Stat 20

مشاوره قلب جهت OK IVIG (ساعت 23:00 به صورت حضوری انجام گردد)

مشاوره چشم اورژانسی (ساعت 23:15 توسط رزیدنت حضوری انجام شد)

ساعت 23:30 ویزیت بیهوشی:

دستور ویال بی کربنات و شروع درپ نوراپی نفرین گذاشته شد.  
ساعت 00:30 :

مشاوره داخلی مجدد: یک ویال دکستروز در سرم نرمال سالین، ویال آلبومین سه بار در روز، درپ نوراپی نفرین به دلیل عدم افزایش فشار خون

**تاریخ 1403/1/23 ساعت 11:00 :** ویزیت توسط استاد

❖ فولیک اسید 5 روزانه و قرص کلسیم روزانه

❖ ویزیت روزانه داخلی و OK تزریق فولینیک اسید

شک به مسمومیت با MTX و ارسال آزمایش سطح MTX (به دلیل ارجاعی بودن آزمایش ارسال نشد)

ساعت 18:00 : طبق تماس با رزیدنت عفونی بیمارستان \*\*\* : ادامه درمان و فعلا Ok IVIG داده نشود.

ساعت 15:30 : Ok اسید فولینیک و ادامه درمان طبق مشاوره داخلی / انجام مشاوره عفونی جهت آنتی بیوتیک وسیع طیف

ساعت 22:05: مشاوره مجدد حضوری چشم

ساعت 23:10 : ویزیت بیهوشی ← اسپری سالبوتامول / آمپول لازیکس / وسایل اینتوباسیون آماده باشد.

### **تاریخ 1403/1/24 ساعت 3:00:**

افت O2sat تا 85٪ / اسیدوز متابولیک و دیسترس تنفسی  
داروی کتامین، پروپوفول و فنتانیل به بیمار داده شد. تحت اینتوباسیون و تحت مد SIMV قرار گرفت. پس از چند دقیقه بیمار دچار برادی  
کاردی شد و آتروپین تزریق شد. بیمار دچار ارست قلبی شد. CPR آغاز شد. دو نوبت نوراپی نفرین تزریق شد و تحت درمان با درپ نوراپی  
نفرین قرار گرفت. در ساعت 3:20 بیمار بازگشت.

ساعت 3:30: انجام مشاوره داخلی با شک به تشخیص ادم ریه  
گرافی پرتابل قفسه سینه / CT scan ریه بعد از stable شدن / 10 cc پتاسیم کلراید در هر لیتر سرم / آمپول لازیکس 40 وریدی  
ساعت 8:40 : طبق مشاوره داخلی:

- مشاوره ریه اورژانس
- مشاوره زنان اورژانس (قبل از موفق شدن جهت برقراری تماس با پزشک بیمار دچار ارست قلبی شد)
- مشاوره قلب اورژانس (قبل از موفق شدن جهت برقراری تماس با پزشک بیمار دچار ارست قلبی شد)
- سیکلوسپورین به دلیل افت فشارخون، افزایش WBC و پنومونی بهتر است دریافت نکند.
- کلیندامایسین قطع گردد.
- فولینیک اسید نگیرد.
- INR ,PTT ,PT

ساعت 10:01 : بیمار مجدداً دچار ارست قلبی شد و بلافاصله عملیات احیا و CPR انجام شد. هر 4 دقیقه اپی نفرین تزریق شد. آمپول  
آمیودارون، 2 ویال بی کربنات، آمپول آتروپین تزریق شد.

16

ساعت 10:50: متاسفانه بیمار اکسپایر شد.

نتیجه اتوپسی: عفونت منتشر به دنبال ضایعات پوستی وسیع و منتشر در زمینه حساسیت دارویی استیون جانسون



## ❖ نظرات اعضا:

- عدم اخذ شرح حال دقیق از مادر در بدو بستری (علیرغم حساسیت مادر به مترونیدازول طبق اظهارات مادر، در شرح حال تنها به حساسیت مادر به پنی سیلین اشاره شده است)
- عدم نیاز به انجام کورتاژ با توجه به اندازه بقایای بارداری (بقایا به طول 64 mm و ضخامت 27 mm طبق گزارش سونوگرافی انجام شده در تاریخ 18/1/1403)
- تاخیر در انتقال مادر به ICU به علت نبود تخت خالی با وجود توصیه به بستری در ICU طبق مشاوره داخلی انجام شده در تاریخ 18/1/1403 و انتقال به لیبر
- عدم نیاز به دریافت آنتی بیوتیک بدنبال دفع محصولات بارداری (در تاریخ 18/1/1403 ساعت 3:40 ، آمپول کلیندامایسین 900 میلی گرم تجویز شده است)
- Miss management مادر توسط سرویس عفونی با توجه به شروع تهاجمی و ادامه پروسه درمان با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف و متعدد و تغییر آنتی بیوتیک ها در فواصل زمانی کوتاه (عدم رعایت دستورالعمل تجویز منطقی آنتی بیوتیک های وسیع الطیف Stewardship) که منجر به تشدید وضعیت بیمار و اختلال در روند تشخیص مادر شده است.
- عدم تجویز محتاطانه آنتی بیوتیک ها و اجتناب از درمان تهاجمی آنتی بیوتیکی در بیمار با توجه به سابقه حساسیت دارویی
- عدم توجه به تورم، التهاب و قرمزی صورت در بدو انتقال به بخش جراحی زنان در تاریخ 18/1/1403 به عنوان red flag برای حساسیت دارویی
- تاخیر در درخواست آزمایش Procalcitonin (در تاریخ 19/1/1403 ساعت 10:45 پس از تشکیل جلسه کمیسیون پزشکی درخواست شده است و نتیجه آزمایش در پرونده موجود نمی باشد)
- تاخیر در درخواست مشاوره درماتولوژی علیرغم سابقه ابتلای مادر به پسوریازیس که منجر به بدتر شدن پروگنوز بیمار شده است.
- عدم نیاز به استرس دوز و دوز بالای کورتیکواستروئید در سیر درمان (دستور تزریق آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم به صورت BD و قبل از تزریق هر آنتی بیوتیک داشته است)
- عدم انتقال ایمن مادر به سایر بیمارستان های تخصصی از طریق ستاد هدایت دانشگاه مقصد علیرغم High risk بودن بیمار و ترخیص مستقیم با رضایت شخصی از بخش ICU
- عدم انجام مشاوره پزشکی قانونی در زمان ترخیص مادر با رضایت شخصی از بخش ICU
- مکاتبه با اداره سلامت مادران وزارت متبوع درخصوص طرح پرونده فوق در کمیته کشوری
- عدم وجود خلاصه پرونده و مستندات پرونده بیمارستانی همراه مادر در بدو ورود به بیمارستان ###
- عدم اطلاع وضعیت مادر به عنوان مادر نیازمند مراقبت به ویژه به ستاد معاونت درمان دانشگاه
- تاخیر در انجام مشاوره زنان در بیمارستان ###
- عدم انجام سونوگرافی بقایا پس از ورود به بیمارستان ###

### مورد چهارم: (ز.س)

تاریخ بستری: 1403/2/28 تاریخ فوت: 1403/3/1 محل فوت: بیمارستان \*\*\* محل سکونت: تهران  
سن: 43 سال G2Ab1 LMP= ?? EDC= ??  
GA =35?? خواسته بودن حاملگی: ?? تابعیت: ایرانی تحصیلات مادر: دیپلم  
طبق مستندات موجود، مددجو Homeless بوده است.

### ❖ تاریخ 1403/2/28:

مددجو باردار، DCDA ، TWIN ، به گفته همراه بیمار 35 هفته بدون همراه داشتن آزمایشات و سونوگرافی های دوران بارداری با شکایت از VB و LP از یکساعت قبل از مراجعه (سطح 2 تریاژ )، در ساعت 22:54 به بیمارستان \$\$\$ مراجعه نموده و بستری می شود. طبق اظهارات همراه، مادر ادیکت به اوپیوم و سیگار است. علائم حیاتی در بدو ورود به تریاژ:

BP:100/70 PR:74 RR:17 T:37

TV:6cm بسیار بدبو و متعفن / 60%

دستورات زیر اجرا می شود:

- ✓ انتقال به OR
- ✓ تزریق کلیندامایسین و جنتامیسین
- ✓ ارسال آزمایشات CBC BGRH
- ✓ رزرو خون
- ✓ دریافت سرم نرمال سالین

ساعت 23:00: زایمان سزارین به علت بارداری Twin ، CX/BX ، دکولمان پس از اسپینال انجام می شود. قل اول دختر بریج با آپگار 4/10 و قل دوم سفال دختر با آپگار 8/10 متولد می شوند. در شرح عمل به دکولمان 50% جفت قل اول، بوی بد هر دو نوزاد و مکونیوم غلیظ (شواهد کوریوآمنیونیت) اشاره شده است.

ساعت 1:55: به علت خونریزی بیشتر از 600 postpartum میکروگرم میزوپروستول و سرم سنتو تجویز می شود. تا روز بعد رحم جمع و کانترکته و علائم حیاتی استیبل

❖ تاریخ 1403/2/29 ساعت 17:00:

اطلاع افت هموگلوبین از 15.6 به 12.2 و پلاکت از 140000 به 104000 در آزمایش 12 ساعت پس از سزارین به پزشک مسئول  
BP:120/84 PR:140  
مادر دچار کاهش سطح هوشیاری شده و ایکتریک / در معاینه شکم نرم و بدون تندرنس / همراه وی ذکر می کند که در ساعات ملاقات 1/4  
قرص متادون به مادر داده است.  
با توجه به افت هموگلوبین و پلاکت پایین:

✓ ارسال CBC/BS/BUN/Cr/PT/PTT/INR/PBS/AST/ALT/LDH/NA/K

18

✓ سونوگرافی شکم و لگن  
✓ مشاوره اورژانس داخلی، پزشکی قانونی، بیهوشی  
✓ رزرو دو واحد PC و یک واحد FFP  
✓ انتقال به ICU  
✚ طبق مشاوره پزشکی قانونی: احتمال هیپاتیت دارویی مطرح است. موارد زیر order می شود :

- دستور انتقال به ICU
  - خودداری از تجویز مخدر خارج از مقدار ضد درد
  - خودداری از مصرف متادون
  - توصیه به اعزام به مرکز فوق تخصصی
- ✚ طبق مشاوره سرویس داخلی: احتمال کبد چرب بارداری مطرح است.

- Retic count/PBS
- چنتامایسین DC
- آمپول آمپی سیلین BD
- ترانسفوزیون FFP
- اعزام به مرکز سطح سه
- VBG

29



نتایج آزمایشات:

Hb:9.9 PLT:106000 Cr:3.01 AST:283000 Alt:47 BillT:8.6 BillD:2.9 PT:24.7  
PTT:100 INR:3.3 Urea:75

❖ **ساعت 19:30:**

با تشخیص HELLP به بخش ICU منتقل و توسط بیهوشی ویزیت می شود. پاسخ چشمی و کلامی در حد کلمات بیان می کند (15-/12 GCS) 11

BP:134/75 PR:130 O2sat:94%

❖ **ساعت 20:30:** ترانسفوزیون سه واحد FFP

گزارش سونوگرافی: به دلیل عدم همکاری مادر و پرگازی بررسی سونوگرافیک ساب اپتیمال می باشد. کبد نرمال / کیسه صفرا کانتراکت / اکوی کورتیکال هر دو کلیه افزایش یافته می باشد. مایع حاوی اکو در لگن مشهود است. مایع آزاد شکمی با مقدار متوسط در فضای موریسون و پری هپاتیک رویت شد.

❖ **ساعت 21:30:** اعزام به بیمارستان \*\*\* با شک به HELLP و کاهش سطح هوشیاری طبق مشاوره با استاد معین دانشگاه

❖ **ساعت 21:49:** پذیرش در بیمارستان \*\*\* و انتقال به لیبر با سطح یک تریاژ

O2sat: 94% GCS:15/15 PR:125 BP:125/80

19

هوشیار، بیدار، به سوالات پاسخ می دهد، شکم نرم بدون گاردینگ و ریباند، ظاهرا ایکتریک، ملتحمه pale، سوند فولی فیکس

آزمایشات به شرح زیر است:

WBC=18.8 HB=8.9 PLT=62000 PT=24.7 PTT=100 INR=3.2 CR=3.01 AST=283  
ALT=47 ALP=884

یورین توکسیولوژی آمفتامین مثبت

ساعت 24:00:

طبق مشاوره و تماس تلفنی با اتند بیهوشی اصلاح اسیدوز به عهده سرویس داخلی است.  
طبق تماس بازیدنت داخلی اصلاح اسیدوز منوط به اصلاح بیماری زمینه ای است و با توجه به نتیجه آزمایشات نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.  
طبق مشاوره داخلی :

فولی و NG فیکس / chart O/I / شربت لاکتولوز/ درخواست مشاوره هماتولوژی/ درخواست مشاوره مسمومیت /PBS/ ریفاکسیمین و تجویز مترونیدازول در صورت عدم شیر دهی و عدم در دسترس بودن آن/ مروپنم BD /کترتوتاید TDS/ سرم لازیکس است  
تاریخ 1403/2/30 ساعت 7:00:

- مشاوره هماتولوژی: ترانس 2 واحد FFP
- مشاوره عفونی: مروپنم BD / مترونیدازول DC / B/C / CXR
- مشاوره نفرولوژی: دیالیز بدون هپارین / VBG / آمیلاز / لیپاز / CBC / CT شکم و لگن بدون کنتراست / سرم تراپی / آنالیز مایع آسیت / مروپنم TDS
- طبق مشاوره طبق مشاوره قلب: در اکو EF=55% / چک NT/PRO / درخواست مشاوره داخلی / رفع سایر علل تائیکاردی
- مشاوره نورولوژی: Brain CT / Urine toxicology

با کلیه سرویس های بیهوشی، جراحی و رادیولوژی جهت تعبیه LINE CV تماس گرفته می شود.  
طبق نظر سرویس رادیولوژی: با توجه به آزمایشات انعقادی مختل تعبیه line CV امکان پذیر نمی باشد. توسط سرویس جراحی انجام نشد.  
در ساعت 14:34 توسط سرویس اینترونشن LINE CV گردنی سمت راست تعبیه شد و مدجو در ساعت 12:34 به ICU ولیعصر منتقل گردید.

ساعت 17:30: هوشیارایی قرار/به سوالات پاسخ می دهد.

BP:147/110 PR:139 RR:18 T:37.1

در سونوگرافی شکم آسیت متوسط دارد. در معاینه تندرئس جنرالیزه مختصر دارد .  
طبق مشاوره گوارش: با توجه به مثبت بودن تست آمفتامین و مورفین و 23: PCT امکان انجام پیوند کبد وجود ندارد. توصیه به ادامه درمان های حمایتی و CRRT می شود .

گزارش سونوگرافی: مایع آزاد severe to mod دارای اکوی داخلی احتمال blood در فضای شکم و لگن رویت شد. یک ناحیه هایپر هترواکو فاقد واسکولاریته در بالای فاشیا و در بافت زیر جلدی به ابعاد تقریبی 50\*100\*45 م م و حجم 120 CC مطرح کننده هماتوم رویت گردید.  
کلیه ها با سایز نرمال و دادرای هیدرونفروز mild با ارجحیت راست رویت شد .

سونوی مجدد از نظر تغییر سایز هماتوم: مایع آزاد severe to mod دارای نواحی اکوژن مطرح کننده Clot در لگن رویت شد. ناحیه هایپر هترو اکو در تمام طول سوچورلاین منطبق بر محل تورم بیمار با دیامتر 45 م م مطرح کننده هماتوم رویت شد. فاشیای زیر هماتوم Intact است .

سونوگرافی 1403/2/30: هماتوم نسبت به سونوی قبلی تغییر سایز محسوسی نداشته است.  
تاریخ 1403/2/31: اینتوبه شد.

مشاوره نفرولوژی: با توجه به اسیدوز متابولیک 1 واحد CRRT انجام شود و حین CRRT مروپنم و ونکومايسين دریافت کند و 1 واحد PC ترانسفوزیون شود و قرص آمیلودیپین آغاز گردد. در ساعت 4:00 یک واحد CRRT انجام شد .

- مشاوره هماتولوژی: شیسیتوسیت حدود 2٪ دارد و 1 واحد پلاکت سینگل دونر و یک واحد FFP ترانسفوزیون شود .
- مشاوره نورولوژی: در صورت OK سرویس داخلی BRAIN CT W/O انجام شود .

تاریخ 1403/3/1:

در ساعت 2:10 دچار ارست قلبی و تنفسی شد. توسط تیم احیا به مدت 15 دقیقه CPR شد و ریتم قلبی پس از 5 عدد ایپی نفرین بازگشت.  
در ساعت 4:00 مجدداً به مدت 45 دقیقه احیا شد. متأسفانه بیمار در ساعت 4:45 Expire شد.

نتیجه اتوپسی: نارسایی کبدی به دنبال بارداری و عوارض ناشی از آن



### ➤ نظرات اعضا:

- عدم درخواست مشاوره توکسیکولوژی با وجود اعتیاد مادر به اوپیوم در بدو پذیرش در بیمارستان \$\$\$ طبق مصوبه کمیته دانشگاهی مرگ مادر تاریخ 24/12/1401 (نامه شماره 2840/55/33/1402 مورخ 10/4/1402)
- عدم درخواست مشاوره عفونی برای مادر در زمان زایمان سزارین با وجود دارا بودن عوامل خطر ابتلا به شوک سپتیک (homeless بودن، بارداری Twin و احتمال PPROM، بوی تعفن Amniotic fluid قل دوم و مکنونیوم غلیظ در زمان زایمان و تشخیص کوریوآمیونیوت طبق مستندات شرح عمل)
- عدم توجه به لکوسیتوز مادر ( $WBC:22.2 \times 10^3$ ) در آزمایشات انجام شده در تاریخ 29/2/1403 ساعت 13:43 و عدم درخواست مشاوره عفونی
- عدم در نظر گرفتن سپسیس و شوک سپتیک به عنوان تشخیص افتراقی در بیمار علیرغم علائم بالینی و نتایج آزمایشگاهی
- عدم تجویز آنتی بیوتیک مناسب (با توجه به قرار داشتن بیمار در فاز Septic shock، DIC و organ failure می بایستی پس از انجام مشاوره تخصصی عفونی آنتی بیوتیک وسیع الطیف و مناسب تجویز می شده است)
- تاخیر در درخواست مشاوره داخلی (پس از افت Hb و در فاز Multi organ damage مشاوره درخواست شده است)
- عدم توجه پزشک متخصص داخلی به شرح عمل و آزمایشات مختل مادر و عدم درخواست مشاوره عفونی جهت R/O مسائل عفونی و مطرح کردن تشخیص AFL-P

- عدم اجرای پروتکل sepsis workup و از دست رفتن Golden time درمان شوک سپتیک در نتیجه عدم تشخیص صحیح (عدم انجام اقدامات درمانی و حمایتی اولیه مرتبط با شوک سپتیک از قبیل: هیدراسیون مناسب، مایع درمانی، ICU management، کورتون تراپی در صورت نیاز، تعبیه CV line)
- از دست رفتن گزینه درمانی Source control در شوک سپسیس در نتیجه عدم تشخیص Septic shock عدم تشکیل Critical care team management جهت تعیین پلن درمانی
- عدم رعایت دستورالعمل جامع اعزام بیماران بین مراکز درمانی (با وجود کاهش سطح هوشیاری و Near miss بودن مادر، یک کارشناس مامایی و تکنسین بیهوشی به عنوان همراهان مادر در زمان اعزام به بیمارستان مقصد حضور داشته اند)
- عدم اخذ پذیرش ICU از بیمارستان مقصد علیرغم Near miss بودن مادر و نیاز به دریافت ICU care

## مورد پنجم: (م.ت)

تاریخ بستری: 1403/4/27 تاریخ فوت: 1403/4/27 محل فوت: بیمارستان \*\*\* محل سکونت: تهران  
سن : 39 سال G3P2L2 LMP= 1402/10/3 EDC= 1403/7/10  
GA =30W خواسته بودن حاملگی: خواسته تابعیت : ایرانی تحصیلات مادر: ابتدایی

طبق مستندات پرستگری درب منزل، مددجو در هیچ یک از مراکز و پایگاههای شبکه بهداشت و درمان قرچک مراقبت پیش از بارداری دریافت نکرده است. در تاریخ 1402/12/13 در مرکز خدمات جامع سلامت %\$% در سن بارداری 10 هفته تشکیل پرونده بارداری داده است و کلیه مراقبت های لازم ( مراقبت 6-10 هفتگی، آزمایش 6-10 هفتگی، غربالگری تغذیه، ایمن سازی بارداری، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی انجام شده و به دلیل BUN:24 FBS:95 با سربرگ 75 به متخصص ارجاع شده است. همچنین کلیه علائم خطر بارداری با توجه به سابقه سزارین تکراری، ایدومینوپلاستی، مامو پلاستی و پره دیابتیک بودن آموزش داده شده و توصیه می شود رعایت رژیم غذایی را رعایت نموده و آزمایش قند را دو هفته بعد تکرار نماید. مادر به پزشک مرکز جهت ویزیت و مراقبت اولیه ارجاع داده شده است. BMI مادر 26 بوده است. لازم به ذکر است مادر مراقبت اول بارداری ( 6-10 هفته) را تحت نظر متخصص زنان در بخش خصوصی نیز انجام داده بوده که آزمایشات و سونوگرافی نوبت اول در مطب درخواست شده است.

در تاریخ 1402/12/26 : دریافت خدمات چک فشار خون ، آسم و ویزیت اول روانپزشکی توسط پزشک مرکز  
در تاریخ 1403/01/20 : انجام مراقبت دوم (16-20 هفته) و مراقبت شرح حال اولیه بارداری پزشک ( پیگیری ارجاع توسط پزشک انجام شده است)

درخواست سونوگرافی 18 هفتگی همراه با کالر داپلر از نظر آکرتا

پیگیری برگه ارجاع 75 ( مادر اظهار داشته که برگه پسخوراند راگم کرده است)

در تاریخ 1403/2/24 : ثبت سونوگرافی 16-18 هفته (گزارش کلاب فوت جنین) طبق اظهارات همسر بعد از تشخیص کلاب فوت در سونوگرافی آنومالی اسکن طبق راهنمایی و ارجاع پزشک بخش خصوصی تحت نظر پریناتولوژیست در بیمارستان \*\*\* قرار گرفته و در همان مرکز اکوکاردیوگرافی قلب جنین نیز انجام شده است. در مجموع 8 بار مراقبت بارداری در مرکز خدمات جامع سلامت %\$% دریافت نموده است.



مددجو RP3، با سن بارداری 26W+4D، با سونوگرافی مینی بر Total previa / اکرتا با درگیری لیپ قدامی سرویکس و اینکرتا از اتاق سونوگرافی در بیمارستان \*\*\* جهت دریافت بتامتازون به تریاژ ارجاع و بستری می شود.  
PMH: سابقه ODM از ابتدای بارداری تحت رژیم، اختلال OCD، هیستروسکوپی میومکتومی، ایدومینوپلاستی  
DH: قرص سرتالین 50 میلی گرم / قرص سرمتا

Plan درمانی: دریافت بتامتازون / چک U/A از نظر هماچوری / AB Screening / سونوگرافی جهت بررسی Invasion به مثانه

سونوگرافی 1403/3/30: پرویا/ اینکرتا و درگیری سرویکس و لترال  
دو دوز بتامتازون در تاریخ 1403/3/29 و 1403/3/30 دریافت می کند. در تاریخ 1403/4/2 با ذکر علائم هشدار و توصیه به مراجعه به درمانگاه پره ناتال سه هفته بعد جهت فالوآپ و ختم بارداری در 33 هفته در تاریخ (1403/5/13) ترخیص می شود.

ارجاع به تریاژ بیمارستان \*\*\* از اتاق سونوگرافی در ساعت 12:00 با GA=30W به علت LP و جفت پرویا، اینکرتا، احتمال پرکرتا سونوگرافی 1403/4/27: اینکرتا/ درگیری سرویکس/ میومتر خلف جفت در حدود یک سانت در پشت مثانه رویت نشد. TOCO در تریاژ منفی است.

Plan درمانی: بستری و انتقال به لیبر / NST/ TCG

در لیبر توسط متخصص زنان و زایمان ویزیت شده و TOCO مثبت می باشد. دستورات زیر اجرا می شود:

- CBC , PT, PTT, INR, U/A U/C
- PC رزرو دو واحد
- PC کراس مچ دو واحد
- چک قند چهار نوبته و پروتکل انسولین
- سولفات منیزیم
- NST/TOCO

ساعت 15:10: انتقال به لیبر



در شرح عمل ذکر شده :

پس از GA جراحی در ساعت 16:15 آغاز می شود. با توجه به سابقه قبلی ابدومینوپلاستی، چسبندگی شدید فاشیا و زیر جلد وجود داشت. شریان اپی گاستریک تحتانی دو طرف لیگاته شد. پس از ورود به فضای شکم چسبندگی شدید پریتون به جدار قدامی رویت شد. رحم تا حد امکان آزاد گردید و در بالاترین حد انسیزیون داده شد. نوزاد دختر سفال با آپگار 4/10 متولد شد. جفت خارج نشد. درگیری شدید واژن با جفت وجود داشت و عروق پشت مثانه کامال Engorged بود. Invasion جفت در سمت راست تا پارامترها و کوش تحتانی وجود داشت و جفت کاملا بالژ بود. تصمیم به TAH گرفته شد. هیسترکتومی و سالپنژکتومی دو طرفه انجام گردید. جدار قدامی و خلفی واژن ترمیم و هموستاز کاف واژن برقرار شد. در طی دو ساعت اول جراحی علائم حیاتی پایدار بود. در حین بیهوشی میدازولام، فنتانیل، آلبومین و لازیکس دریافت می کند

و بر اساس جدول مایعات پکسل و سرم انفوزیون می شود. با توجه به درگیری بیشتر در سمت راست پارامتر و دیلاته بودن مختصر حالب راست با شک به آسیب حالب تصمیم به مشورت با سرویس اورولوژی گرفته می شود. پس از حضور ایشان بر بالین بیمار، داخل شکم با سرم گر شستشو داده می شود. شواهد آسیب مازور رویت نشد. در ساعت 18:30 جهت تعبیه DJ تغییر پوزیشن به لیتوتومی دورسال داده می شود که بیمار دچار SBP:30-40 ، PR:61 و افت سچوریشن تا 90٪ شده و در ساعت 18:55 دچار ارست می شود. در نوت جراح ذکر شده که در نمایش حافظه مانیتور، بیمار در ساعت 18:30 دچار افت فشارخون در حد 90/60 و PR:115 شده است. سریعا تغییر پوزیشن داده می شود. کد اعلام و ماساژ قلبی آغاز می شود. پس از 15 دقیقه ریتم سینوسی نرمال و علائم حیاتی پایدار می شود. در طول جراحی حدود 20 گالون خونی، 20 گالون نیمه خونی و 33 لنگاز خونی رویت شده و خونریزی حدود 2.5 تا 3 لیتر تخمین زده می شود. همچنین در حین عمل دو لیت رینگر، دو لیتر نرمال سالین، 2 واحد FFP ، 3 واحد PLT (در حین جراحی درخواست 10 واحد سینگل پلاکت شد که تنها 3 واحد در دسترس بود . دو واحد آلبومین، یک لیتر رینگر لاکتات، 2 واحد فیبرینوژن، 5 واحد PC و یک لیتر Voluven تزریق می شود. Output کل بیمار در حین عمل حدود 2000 CC بوده است و کلیه سرمها بصورت گرم انفوزیون شده است. پس از موفقیت آمیز بودن احیا فاسیا دوخته و پوست ترمیم می شود( قبل از بستن فاشیا تعداد لنگاز چک و صحیح اعلام شد). مشاوره اورژانسی قلب و جراحی درخواست شده و در اکوی انجام شده: EF:50% و عملکرد قلب نرمال گزارش می شود. در CXR پرتابل انجام شده ریه سمت راست نرمال و سمت چپ white بود. در سمت ریه چپ رال داشته که لازیکس دریافت می کند. تا قبل از CPR اول سمع ریه های دوطرفه قرینه و فاقد رال و کراکل و ویز بود. به علت شک به پنوموتوراکس مشاوره جراحی درخواست می شود. شواهدی مبنی بر پنوموتوراکس واضح رویت نشد. با اطلاع بیهوشی مبنی بر افت سچوریشن تا 50٪ تصمیم به تعبیه chest tube دو طرفه می شود که از طرف استاد آنکال زنان اجازه انجام پروسیجر داده نمی شود به علت افت سچوریشن مجددا توسط سرویس جراحی بر لزوم تعبیه chest tube تاکید می شود. استاد دوم بیهوشی بر بالین بیمار حاضر و CV line تعبیه شد. پس از ABG اولیه که قبل از CPR انجام شده بود با تشخیص اسیدوز متابولیک و تنفسی برای بیمار دو عدد بیکربنات و 1.5 لیتر رینگر لاکتات تزریق شده و پس از ABG مجدد بعد از CPR موفق اولیه نیز دو عدد بیکربنات تزریق گردید. بیمار مجددا در ساعت 9:45 دچار ارست قلبی شد که در اکوی انجام شده EF:20% گزارش گردید. در حین احیای دوم آنژیوکت طوسی در فضای بین دنده ای دوم تعبیه می شود که فاقد Bubble بود. علاوه بر تزریق نوراپی نفرین آمپول اپی نفرین نیز تزریق شد. متاسفانه احیا موفقیت آمیز نبوده و در ساعت 21:20 ختم CPR اعلام می شود . برای تعیین تکلیف کمبود یک عدد لنگاز دستگاه گرافی پرتابل انجام و وجود لنگاز در شکم تایید شد.



PC اول در ساعت 17:05

PC دوم در ساعت 17:35

PC سوم و 2 واحد FFP در ساعت 18:15

PC چهارم و 3 واحد پلاکت در ساعت 20:00

نتیجه اتوپسی: شوک هموراژیک ناشی از خونریزی داخلی در زمینه نفوذ جفت به داخل رحم (جفت اکرتا) و اقدام جراحی

سزارین



- لزوم انجام مراقبت هفتگی از مادر بعد از بستری اول در تاریخ 1403/3/29 (طبق مستندات خلاصه پرونده بستری اول بیمار، توصیه به مراجعه به درمانگاه زنان سه هفته بعد شده است)
- عدم وجود مستندات انجام آموزش و توصیه به بیمار در زمینه ختم بارداری به علت **High risk** بودن بارداری و وجود **Placenta percreta** با درگیری وسیع سرویکس و لترال در زمان بستری اول در تاریخ 1403/3/29
- عدم وجود مستندات درخواست انجام مشاوره پزشکی قانونی و ارجاع مادر به درمانگاه مربوطه جهت انجام مشاوره ختم بارداری در سن بارداری 26 هفته در زمان بستری اول در تاریخ 1403/3/29
- عدم وجود مستندات دال بر عدم تمایل و رضایت مادر به اسکان در اقامتگاه نزدیک بیمارستان علیرغم آموزش و توصیه به مادر
- نداشتن اندیکاسیون ختم بارداری اورژانس با توجه به ثبت توکوی منفی دستی و دستگاهی در تریاژ طبق مستندات شرح حال مادر باردار و انتقال به لیبر صرفاً جهت انجام **NST** و **TOCO** مجدد
- عدم ثبت دستور انتقال اورژانس به لیبر علیرغم اظهارات پزشک مبنی بر **LP** به عنوان شکایت مادر در بدو مراجعه به تریاژ
- چینش و به کارگیری متخصصین بیهوشی درمانی ماده 88 به عنوان جایگزین اساتید هیئت علمی در اتاق های عمل بیمارستان ولیعصر علیرغم ریفرال و ساتر بودن آن مرکز جهت درمان اختلالات لانه گزینی جفت
- حضور متخصص بیهوشی به طور همزمان در دو پوزیشن **ICU** و **OR** (طبق اظهارات اعضای حاضر در شیفت پزشک متخصص بیهوشی در طی جراحی، اتاق عمل را ترک و به **ICU** رفته است)
- عدم حضور اعضای تیم تخصصی مدیریت اختلالات لانه گزینی جفت بر طبق پروتکل مدیریت اختلالات لانه گزینی جفت پیش از بروز بحران (استاد بیهوشی، رزیدنت سال 4 جراحی، رزیدنت سال 4 اورولوژی) از ابتدا تا پایان جراحی علیرغم قرار گیری مادر در گروه **High risk** بر طبق اسکورینگ شدت اختلالات جفتی در پروتکل مذکور
- عدم اخذ نمونه **CBC** در حین جراحی علیرغم خونریزی شدید (estimation: 2.5-3 lit)
- ترک اتاق عمل توسط استاد بیهوشی و واگذاری ادامه عمل جراحی به متخصص بیهوشی درمانی علیرغم **High risk** بودن مادر از منظر بیهوشی و زنان
- تخمین نادرست میزان خونریزی توسط متخصص بیهوشی و عدم آغاز به موقع و متناسب احیای مادر با خون و مایعات علی رغم میزان خونریزی شدید (estimation: 2.5-3 lit) و ترانسفوزیون **PC** اول با تاخیر بسیار = 10 دقیقه قبل از خروج رحم)
- تجویز داروی لازیکس با دوز نامناسب علیرغم دریافت مایعات یا حجم بالا در زمان جراحی و فوت مادر با تابلوی جالینی ادم ریه (حدود 11 لیترخون و مایعات دریافت کرده است)