**صورتجلسه پنجاه و پنجمین کمیته دانشگاهی مرگ مادر باردار**

**مورد اول :**

متوفی 34 ساله باردار36 هفته با سابقه 15 سال نازایی اولیه ، هیپوتیروئیدی و GDM کنترل با رژیم ، جراحی لیپوساکشن و smoker ؛30 < BMI و مصرف روزانه A.S.A و لووتیروکسین.

با شکایت V/B از یکساعت قبل در منزل ساعت 1:24 بامداد مورخ 19/6/1400 با اورژانس 115 به بیمارستان منتقل می شود.بیمار هوشیار و دفع لخته دارد.خونریزی +3. به دلیل خونریزی شدیدبدون گرفتن علائم حیاتی و بدون تشکیل پرونده ؛ سریعا با برانکارد به لیبر منتقل می شود .حین تحویل نامبرده به لیبر خونریزی روشن روی تمام لباسها و دروشیت بیمار مشهود بود .سریعا رگ دوم با آنژیوکت سبز گرفته شد( آنزیوکت سبز اول توسط اورزانس تعبیه شده بود) و 2 لیتر سرم رینگر تجویز شد. BP=120/90 PR=105 RR=18-20

ادم شدید جنرالیزه در حد +3 ( حتی در صورت و لبها و بینی ) داشته و به علت عدم توانایی سمع قلب جنین با سونی کید ؛ سونوگرافی پرتابل توسط اتند کشیک انجام شد که به علت برادیکاردی جنین و خونریزی بسیار شدید مادر ؛ به طور اورژانسی دستور انتقال به OR داده شد.ساعت 1:40 بیمار بدون پرونده و دستبند و بدون سوند فولی ( جهت جلوگیری از اتلاف وقت) وارد OR شده و معاینه واژنیال در اتاق عمل صورت گرفت

TV: 2 finger / 60% / -1

سریعا اقدام به پرپ و درپ شد حین پهن کردن شان، متخصص بیهوشی وارد اتاق عمل می شوند که اقدام به بیهوشی عمومی می شود.

سزارین انجام و نوزاد در ساعت 1:45 با آپگار دقیقه اول 2 و سپس 8 متولد شد و توسط متخصص اطفال اینتوبه و به NICU منتقل می شود .

لخته های فراوان پشت جفت ( دکولمان 80%) مایع آمنیون کاملا خونی و شکم پر از آسیت بود.

رحم ابتدا شل بود یک گرم ترانسید اسید ، مترژن ،سنتوسینون دریافت کرد و رحم جمع شد .طی عمل خونریزی نداشت و در پایان عمل600 mcg میزو پروسترول رکتال پروفیلاکسی آتونی دریافت می کند..همچنین به علت احتمال پره اکلامپسی شدید 6 گرم سولفات منیزیم IV تجویز شد .ساعت 2:10 بامداد عمل خاتمه یافت و دستور انتقال به ICU داده شد. طبق اظهار نظر جراح اطلاعی از این که بیمار اینتوبه نبوده و با ماسک توسط بیهوشی طی عمل اداره می شده نداشتند و حین ترمیم فاشیا همکاران بیهوشی اطلاع دادند که اینتوباسیون difficult و ناموفق بوده است. .به سرعت شکم بسته شد و سوند فولی در پایان عمل تعبیه شد.out put ناچیز بود .

طبق گزارش متخصص بیهوشی: در بدو ورود : BP=160/90 PR=140 O2 Sat=95%

کراکل پراکنده در هر دو ریه ؛ با توجه به خونریزی شدید و تاکی کاردی بیمار اقدام به اینتوبه شد.ابتدا با نسدونال 500 mg و 100 mg ساکس و دریافت اندانسترون 4mg و پلاندیل 10 mg شروع می شود که با توجه به ادم شدید حنجره ، 3 نوبت اقدام به لارنگوسکوپی شد که موفق نبود با بوژی Try کردند که نشد .بیمار با ماسک ونتیله می شد .عمل جراحی ادامه یافت و LMA تعبیه شد.بعد از خروج نوزاد میدازولام و فنتانیل تجویز می شد. در انتهای جراحی بیمار دچار افت O2Sat شد.سمع ریه ها رال شنیده می شدکه با در نظر گرفتن فشارخون بیمارو اسیت شکمی ؛ 3 نوبت لازیکس ( هربار 5 mg) تجویز شد.LMA خارج شد و مجددا برای اینتوبیشن Try شد که موفق نبود .اقدام به کریکوتیروئیدوتومی شد که موفق بود و ونتیلاسیون ریه ها انجام شد .ساکشن ترشحات انجام شد –رال کراکل پراکنده در هر دو ریه سمع می شد.طبق گزارش سرویس زنان ساعت 2:30 اطلاع داده شد که بیمار هنگام دیورس دچار افت o2sat و افت فشارخون شده است.رال دو طرفه منتشره در ریه ها داردو بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری شده است .o2sat=70% و کریکوتیروئیدوتومی شد ولی افت o2sat برنمی گردد.2 gr فیبرینوژن و 3 واحد FFP ساعت 2:50 تزریق می شود .

همکار کمکی متخصص بیهوشی ساعت 3:00 حضور پیدا کردند .CV Line تعبیه شد و ساعت 3:30 تراکئوستومی ( تعویض لوله ) انجام شد .در همین حین بیمار برادیکارد و سپس آسیستول شد .عملیات CPR اغاز و در آغاز و هر 3-5 دقیقه 1mg اپی نفرین دریافت کرد که متاسفانه موفق نبود و ساعت 5:00 بامداد ختم CPR اعلام شد حین CPR( ساعت 3:45 و 4:05 ) ، 2 واحد P.Cدریافت می کند .هیچگونه A.B.G در پرونده موجود نبود.

آزمایشات: در 2 نوبت CBC:

14.4 WBC=17.3

Hb=10.9 10.8

196 PLT=174

Creat=0.8 AST=25 ALT=10 ALK=335 Fibrinogem=302 PT=13 PTT =43 BG=A+ Bili=( 0.8 0.2 ) LDH=580 CRP=+2 PCR Covid= positive

پرسشگری متوفی 34 ساله G2P0Ab1 سن ازدواج 20 سالگی و فاصله 2بارداری اخیر 14 سال..تحصیلات راهنمایی خانه دار .شغل همسر پیک موتوری تحصیلات ابتدایی وضعیت اقتصادی ضعیف گوینده شرح حال خواهر متوفی:

نامبرده 4 ماه قبل از بارداری اخیر لیپوساکشن انجام داده و بعداز آن باردارشده است و 4 ماه اول بارداری تحت نظر دکتر بخش خصوصی بودند و بعد ازآن در بیمارستان تحت نظر خانم دکتر بودند.در بخش دولتی پرونده بهداشتی نداشتند.

دوران بارداری خواهرش دچار دیابت بارداری و ادم شدید و تنگی نفس شده بود و در تاریخ 5/5/1400 جهت کنترل دیابت در بیمارستان بستری شده بود که تست کرونا انجام داده بودند که منفی گزارش شدو با رژیم غذایی توصیه به کنترل دیابت بارداری شده بود.

نوزاد بعد از تولد به بیمارستان منتقل شده بود و تحت جراحی مری ( به گفته خواهر متوفی به علت چسبندگی مری) قرار می گیرد.

نظرات اعضا :

* بيمار high risk بوده است . پذيرش بيمار بسرعت و بخوبي انجام شده ولي توضيحات در مورد ميزان خونريزي با توجه به اخذ سرم زياد، ميزان همو گلوبين 8/10 گزارش شده تطابق ندارد، ضمن اينكه تزريق خون نيز انجام نشده است .
* عملكرد متخصص بيهوشي بسيار ضعيف بنظر ميرسد كه قادر به انتوباسيون نبوده است مايع فراوان و زمينه بيماري ها سبب ادم حاد ريه شده است كه كنكاش هاي زياد براي انتوباسيون احتمالا هيپوكسي غير قابل برگشت ايجاد و منجر به مرگ بيمار شده است .
* با توجه به مستندات موجود در پرونده، بيمار با تشخيص دكولمان و افت قلب سريعاً به اتاق عمل منتقل شده است. در ورود به اتاق عمل با توجه به ظاهر بيمار مبني بر ادماتو بودن و احتمال dificullt intubation چه تمهيداتي توسط متخصص بيهوشي انجام شده است؟ آيا به محض تشخيص انتوباسيون مشكل تقاضاي كمك نموده اند؟آيا فيبراپتيك در مركز براي سهولت انتوباسيون در دسترس بوده است؟متخصص بيهوشي از چه روش هايي براي difficult intubation استفاده كرده اند؟
* به نظر مي رسد كه تقاضاي كمك ديرهنگام انجام شده است، نبايد ساكس ابتداي عمل در حالي كه احتمال انتوباسيون سخت وجود دارد تزريق مي شده و استفاده از روش awake intubation به نظر ارجح بوده است و اينكه تراكيوستومي با تاخير براي بيمار انجام شده است.
* از نظر رشته تخصصي زنان ، ختم سریع بارداری ضروری بوده است .
* علیرغم تشخیص احتمالی پره اکلامپسی،چرا مترژن تزریق گردیده است ؟
* بیمار در تقسیم بندی مادران پر خطر قرار میگیرد. بیمار دیابتیک و هیپوتیرویید بوده است و هیچ آزمایشی در این موارد در گزارش موجود نیست و اینکه داروی هورمونی جهت بارداری دریافت میکرده است یا خیر که بتوان علت ادم جنرالیزه بیمار را مشخص کرد.
* سوند فولی از همان ایتدا باید برای بیمار جایگذاری میشده است. متخصص بیهوشی با توجه به وضعیت بیمار که همانا چاق بودن بیمار و ادم جنرالیزه نباید از ابتدا دارو تزریق میکرده است و با نگهداشتن اکسیژناسیون بیمار با ماسک صورتی و آمادگی کامل برای مواجه با لوله گذاری مشکل و درخواست نیروی کمکی ابتدا اقدام به  معاینه و بررسی راه هوایی  و بعد در صورت رویت  اندیکاتورها اقدام به لوله گذاری بیدار می کرده است واینکه از ابتدا به ساکن از بوژی استفاده می کرده است . سه بار تلاش برای لارنگوسکوپی و دوباره تلاش برای لوله گذاری با کمک بوژی با توجه به وضعیت جنین صلاح نبوده است ودیگر اینکه برای کریکو تیروتومی آیا از ست آن استفاده کرده اند یا به روش قدیمی و اینکه چگونه از طریق آن ساکشن ترشحات کرده اند. دوز BMI بیمار کم بوده است . اینکه در انتهای جراحی دوباره تصمیم به خروج LMA گرفته و دوباره تلاش برای انتوباسیون میگیرند کار عجولانه ای بوده است. درمانهای ریوی صورت میگرفته است و بیمار را اجازه بیدار شدن و تنفس خودبخود را میدادند و بعد از تثبیت بیمار اقدامات دیگر را انجام میدادند. در حین عمل میزان خونریزی و فشار خون مشخص نیست و اینکه برای نگهداری بیهوشی چه داروهایی استفاده شده است. نمونه گازهای خون شریانی را نداریم.نمونه هموگلوبولین مشخص نیست که مربوط به چه زمانی است. در کل اداره بیهوشی و نگهداری آن مورد سئوال خواهد بود و اینکه لازم به تجویز خون حین انتقال به اتاق عمل و در حین جراحی نبوده است با توجه به خونریزی روشن وخونی بودن لباس و درو شیتها.
* مادر باردار از ابتدا ادم شدید داشته است و حین جراحی در سمع ریه ها رال پیدا کرده است ولی اشاره ای به انجام گرافی اورژانسی از بیمار ، انجام ABG ، اکوکاردیوگرافی توسط متخصص محترم قلب به عمل نیامده است. تنها به تجویز لازیکس بادوز غیر معمول (5 میلی گرم ) بسنده شده است.
* هر چند، از نظر کووید ،مثبت،بوده با توجه به علائم ( تورم، و آنژیو ادم )، علت مرگ، می‌تواند ثانویه به هیپوتیروئیدی و عوارض آن باشد .

**مورد دوم :**

متوفی 41 ساله تاریخ 6/6/1400 ساعت 6:30 به علت شکم درد و لکه بینی در بیمارستان بستری می شود .نامبرده G2P0Ab1 باردار 28 هفته ؛ رحم دوشاخ ؛ سقط قبلی سال 95 در 20 هفتگی بوده ؛ حاملگی اخیر سرکلاژشده و مصرف روزانه آنوکساپارین و ASA روزانه دارد.همچنین بارداری اخیر حاصل داروهای کمک باروری و تقویت تخمک گذاری بوده است. BMI=36

علائم حیاتی: T=37 PR=90 BP=120/80 RR=19

آزمایشات: WBC=19.5 PLT=240 Hb=11.1

NST+ TOCO شده سولفات منیزیمgr /h 1و پرولوتون و بتامتازون دریافت میکند.

تاریخ 7/6/1400 به علت تشدید خونریزی ( 2+) به تخت ژنیکو منتقل شده و نخ سرکلاژ خارج و بیمار به OR منتقل می شود و تحت G.A سزارین می شود و حاصل نوزاد دختر آپگار 9/7 که به NICUمنتقل می شود.تست PCR کووید منفی اعلام می شود.

تاریخ 8/6/ 1400 با دستورات آنوکساپارین 40 – سیفکسیم 400 و ژلوفن و شیاف دیکلوفناک ترخیص می شود.

12/6 /1400 ساعت 19:00 با شکایت تنگی نفس و تب از 3 روز قبل و ترشحات محل انسزیون C/S ؛ مجددا در بیمارستان بستری می شود.

T=38 SPO2=98% BP=120/70 RR=20 PR=90

CT اسکن انجام می شود : سایز قلب و مدیاستن نرمال- مایع پلورال مشهود نیست –شواهدی به نفع کانسالیدیشن یا ندول و یا تغییرات G.G.O رویت نمی شود .توصیه به انجام CT کنترل می شود.

مشاوره عفونی: کلیندا مایسین 600 tds + مروپنم tda 1gr + وانکومایسین BD1gr و درخواست پرو کلسیتونین –کشت ترشحات زخم

13/6 در اتاق عمل تحت G.Aتخلیه ترشحات انجام می شود .طبق گزارش عمل: عفونت شدید ، نکروز چربی زیر جلدی ترشحات قهوه ای بدبو فاشیا بازشده بود و نسج نکروتیک دبرید و با آب اکسیژنه شستشو داده می شود.

نتیجهPCR مثبت اعلام می شود و طبق نظر سرویس عفونی به ICU منتقل می شود O2 نازال 3-5 lit/ min و آنوکساپارین 60 تجویز می شود.

14/6 مجددا به OR جهت شستشوی زخم انتقال می یابد .زخم تازه و حاوی عروق خونی بود نسج نکروتیک بیمار کم بود که برداشته شد.با سرم شستشو داده شد .لنگاز گذاشته شد و پانسمان انجام شد.

به علت Hb=7.5 ، 2 واحد p.c ترانس شد که بعد از تزریق به علت پف آلود شدن چشم ها و قرمزی پلک ها ؛ تست Ab screehng و Coombs-D ارسال شد و هیدروکورتیزون 100 mg تجویز شد.

آزمایشات : Creat= 0.7 WBC= 13 PLT=224 Procalcitonin =8.5 U/A= NL CRP=186 ESR=124 D-Dimer=1008 Hb=9.5 Ferittin=8.5 AST=70 ALT=54 ALKP=566 O2SAT=97%

15/6 در اتاق عمل متخصص جراحی حضور یافتند و طبق گزارش ایشان :

اثرات بسیار کمی از بافت نکروز در گوشه کنار زخم مشاهده شدولی زخم کاملا تمیز بود و عفونی نبود .عمق عفونت تا لایه عضله رکتوس بود- فاسیا کاملا دبرید شده است. لبه های فاسیا کاملا سالم بنظر می رسد که فقط توصیه به پانسمان شد.

O2Sat=95% ، بیمار مختصرتاکی پنه ؛ RR=22 بدون دیسترس تنفسی . CT مجدد انجام می شود.

نمای G.G.O پراکنده و منتشر در هردو ریه ضایعات آلوئول بعضا Air برونکوگرام مطرح کننده ARDS می باشد .مقادیری افیوزن در هردوفضای جنبی با دیامتر AP 30mm مشهود است.

رمدسیویر 200 و دگزا 8mg qid شروع می شود و روزانه ویزیت سرویس های عفونی و نفرولوژی –ریه انجام و دستورات اجرا می شود.

16/6 /1400 آخرین روز دبرید زخم در اتاق عمل انجام شد که طبق گزارش زخم کاملا clear بدون ترشحات چرکی و بدون نسج نکروتیک بود.

بیمار تب ندارد .تنفس خودبخودی دارد و هوشیار است o2sat با اکسیژن 96% و RR=25

مشاوره قلب: اکو انجام شد EF=55% NOPE اکوی قلب نرمال است.

دکتر به دلیل high risk بودن بیمار( چاقی و کووید) با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار تماس می گیرند و با استاد معین هماهنگی جهت اعزام بیمار به بیمارستان دوم انجام می شود ولی به دلیل نداشتن تخت ICU منتفی می شود.

ساعت 15:30 : PR=84 RR=22 O2Sat= 93%

ساعت 21:00 : به علت Hb= 8.1 ویزیت دکتر انجام و پانسمان تعویض می شود و ضمن انجام سونوگرافی شکم و لگن درخواست تزریق P.C می شود.

گزارش سونوگرافی: مایع آزاد در شکم و لگن مشاهده نمی شود در فضای پلور راست 120 و پلور چپ 100 سی سی مایع وجود دارد .در لوب راست کبد یک توده اکوژن با حدود لبوله که جهت افتراق از همانژیوم و سایر توده ها CT اسکن توصیه می شود

ساعت 23:00 O2Sat=80% ولی بیمار تنفس خودبخودی داشته و هوشیار است obey می کند.

به علت افت O2Sat به 61-75% برای بیمار BI PAP تعبیه می شود.

ولی به دلیل افت=50% O2Sat ساعت 1:45 صبح روز 17/6/1400 با آتراکوریوم اینتوبه می شود و تحت دریپ پوفول و فنتانیل قرار می گیرد.

ساعت 2:30 صبح یک واحد PC تزریق می شود.

PH=7.48 PCO2=38 HCO3=27.8

Hb به 9.5 می رسد ( کشت ترشحات زخم Ecoli Entrococ )

9 صبح مشاوره قلب: اکوی قلب : NOPE EF=50-55% سایزRV کمی افزایش دارد ولی فانکشن آن مناسب است سایز LV نرمال ولی مختصر دیسفانکشن دیاستول دارد .علائمی به نفع clot دیده نشد.

ویزیت سرویس جراحی: بازدید مجدد زخم انجام شد .کاملا تمیز بود عفونت ندارد هیچگونه ترشحی مشاهده نشد.تعویض روزانه BD پانسمان.

U/O=100cc/h - حال عمومی فرقی ندارد و spo2 همچنان پایین است. ( بین 50 تا 70 )

18/6/00 پالس متیل پردنیزولون 250 شروع می شود ساعت 23:00 به علت افت فشارخون دریپ دوپامین و NE آغاز می شود.

19/6/00 بیمار آنوریک شده و آنزیم های کبدی شدیدا رایزینگ می یابند .رمدسیویر قطع و تعدیل دوز آنتی بیوتیکی انجام می شود.

AST=6240 ALT=2590 ALKP=910 INR=2.02 Na=137 Creat=1.9 K=3.1

مشاوره گوارش: به نظر می رسد هیپوکسی شدید باعث شرایط critical کبد و کلیه ها شده است.

از نظر گوارش اقدام خاصی نیاز نیست در صورت INR>2 ؛ 2 واحد FFP ؛ که در ساعت 20:00 تزریق می شود.

ساعت 1:30 بامداد مورخ 20/6/00 به دنبال برادیکاردی دچار ایست قلبی شده و در طی یک ساعت CPR و دریافت 10 اپی نفرین و 6 عدد آتروپین عملیات موفق نبود و فوت بیمار ساعت 2:30 اعلام می شود.

پرسشگری

گوینده شرح حال همسرمتوفی: در طی بارداری در هیچ یک از مراکز سلامت بهداشت پرونده بهداشتی نداشتند و فقط تحت نظر در بخش خصوصی بودند .در تیرماه امسال سرکلاژ توسط ایشان در بیمارستان انجام شده و سابقه یک بار سقط یک سال قبل از بارداری اخیر را داشتند..سن ازدواج 36 سالگی بوده تحصیلات متوفی فوق لیسانس مهندس شیمی ، شاغل در ایمنی سکوهای نفتی و گهگاه به عسلویه سفر می کرده –تحصیلات همسر لیسانس - شغل آزاد و بیمه تامین اجتماعی دارند.وضعیت اقتصادی خوبی داشتند .متوفی سابقه هیچ بیماری نداشته و دارو مصرف نمی کرده است.

به گفته همسر متوفی روز دوم بعد از ترخیص دچار تنگی نفس شده و چون هر روز برای شیردهی به NICU بیمارستان مراجعه می کرده است پرسنل بیمارستان تنگی نفس را مربوط به گاز روده ها و همچنین تب و لرز را به تب شیر نسبت می دادند ،که بالاخره به علت بدبو شدن پانسمان محل عمل ، پرسنل NICU توصیه به مراجعه به زایشگاه کردند.

روزاول بستری CT اسکن انجام شد که مشکلی نداشت .همسرمتوفی موضوع مثبت شدن تست کرونا را غیرممکن می داند چون مادر متوفی و خودش مرتب با متوفی در ارتباط بودند ولی مبتلا نشدند همچنین به دنبال ارسال یکی از آزمایشات به جهت تسریع در جوابدهی به بیمارستان دیگری به یکی از آشنایان پزشک جواب آزمایش را نشان دادند که گفتند 9 برابر حالت عادی دچار عفونت هستند.همسر متوفی این عفونت را ناشی از آلودگی اتاق عمل بیمارستان می دانند.همچنین اظهار می کند بعد از ، ازکار افتادن کبد و کلیه های بیمار به ایشان گفته شده شاید پیوند ریه ( که در ایران انجام نمی شود ) جواب دهد که بعد از مشورت با پزشکان ، اقدام به گرفتن ویزا به کشور ژاپن برای پیوند ریه می شوند که فردای همان روز فوت بیمار اعلام می شود.

نظرات اعضا :

* روز دوم بستري نخ سركلاژ باز شده ولي فرصت براي زايمان طبيعي احتمالي داده نشده است و تحت عمل سزارين قرار گرفته است . با توجه به دستكاري روي سرويكس تجويز آنتي بيو تيك پس از عمل مشخص نيست.
* ترخيص بيمار روز بعد از عمل بسيار عجولانه بوده است .
* 4 روز بعد از ترخيص بيمار مجددا بستري شده است بیمار از سه روز قبل يعني 2 روز پس از عمل تب و تنگي نفس داشته است كه در بررسي متخصص عفوني آنتي بيوتيك وسيع تجويز و ميزان عفونت محل زیاد بوده است كه به اتاق عمل منتقل و تخليه شده است كه علت آن تعجيل در ترخيص بدون كنترل و دقيق بيمار است.
* بيمار كم كم بطرف سپتي سمي رفته و متاسفانه كوويد نيز گرفته كه احتمالا در بيمارستان مبتلا شده است . متاسفانه مرگ اين مادر باردار به احتمال زياد قابل كنترل بوده است .
* آيا بيمار در بدو مراجعه تحت معاينه واژينال و چك سرويكس با اسپكولوم قرارگرفته اند. آيا سونوگرافي در بدو ورود از نظر طول سرويكس انجام شده است؟ آيا درد شكم بيمار به علت كنتركشن بوده است؟
* آزمايش WBC بيمار در ابتداي مراجعه ١٩ هزار و پانصد گزارش شده، چه بررسي هايي براي مادر با توجه به لكوسيتوز انجام شده است؟؟ آيا در مراجعه اوليه ESR,CRP ، U/A براي بيمار درخواست شده است.
* بيمار high risk بوده، تحت سزارين اورژانسي به علت خونريزي قرا گرفته اند و نبايد ٢٤ ساعت بعد مرخص شوند.خيلي زود از بيمارستان ترخيص شده اند.
* آزمايش CBC بعد از عمل ضميمه نمي باشد. با توجه به خونريزي آيا افت هموگلوبين داشته اند. آنمي مي تواند زمينه ساز باز شدن زخم باشد.
* در مراجعه دوم با توجه به پروكلسي تونين بالا عفونت باكتريايي براي بيمار مطرح بوده و عامل علايم بيمار ناشي از عفونت باكتريايي بوده نه كوويد ١٩ و بيمار دچار سپسيس باكتريال و ARDS شده اند. و هم چنين آنمي در بستري دوم گزارش شده است.
* در واقع سیر سریع و پیشرونده کووید در این مورد تاثیر گذار است خصوصا که بیمار چاق بوده و یک عفونت همراه داشته است وعلاوه بر آن رمدیسیویر میتواند عوارض ایجاد شده را مطرح کند. جواب سی تی درخواست شده در تاریخ 16 مشخص نیست.
* بیمار دچار عفونت زخم درهنگام جراحی شده است که مربوط به مدیریت زخم و مراقبت های بهداشتی حین عمل و مسائل استریلیزاسیون اتاق عمل می باشد. بیمار پس از تر خیص با ترشحات محل سزارین مراجعه کرده است. در سیر بستری دچار ARDS دراثر کووید و عفونت باکتریال همزمان شده است. مایع پلور بیمار از جهت Empyema بررسی نشده است . بنظر می رسد بهتر بود مایع پلور Tap و مورد آنالیز قرار می گرفت.
* ابتلا به کووید احتمالا ،بدنبال بستری در بیمارستان ،بوده ومرگ ، ناشی از کووید و عفونت محل عمل و سپسیس ناشی از آن ( با توجه به پروکلسی تونین بالا و ظاهر زخم ) باشد .
* با توجه به high risk ,بودن بیمار، بهتر بود ،در ابتدای شروع علائم کوید ،درمان زودتر شروع می‌شد، ولی ،با وجود عفونت بیمارستانی زخم جراحی ، همزمان، بهر حال ،بهبودی بعید بوده است.

**مورد سوم :**

متوفی 48ساله باردار 38 هفته G3P2 تاریخ 12/6/1400 ساعت 8:21 توسط آمبولانس اورژانس به بیمارستان منتقل می شوندو توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شوند.نامبرده با ایست قلبی و سیانوز اندامها و میدریاز دوبل منتقل شده است .ضمنا Addictمی باشد

بلافاصله اینتوبه شده و CPRشروع و هر 3-5 دقیقه اپی نفرین دریافت می کند.

طبق اظهارات همکاران اورژانس قبل از اعزام به این مرکز به درمانگاه به علت تنگی نفس مراجعه کرده بودند که در آن مرکز دچار آپنه و تنگی نفس شده و با اورژانس تماس گرفته می شود.

مشاوره زنان توسط دکتر ساعت 8:24 دقیقه انجام شد ساعت 8:25 سزارین اورژانسی انجام و نوزاد با آپگار صفر/صفر متولد شد و تحویل متخصص اطفال می شود که علیرغم لوله گذاری و احیاء نوزاد ؛ اقدامات موثر نبود و پاسخی داده نشد.

CPR مادر به مدت 50 دقیقه ادامه داشت و ساعت 9:10 ختم CPR اعلام شد.

طبق گزارش مسئول اورژانس 115:

راس ساعت 7:25 صبح ؛ آمبولانس 8094 با دریافت ماموریتی مبنی بر خانمی 48 ساله با درد شکم به آدرس دریافتی اعزام می شود به محض رسیدن به محل مشاهده شده است مورد ؛ بیهوش به صورت پوزیشن لترال روی تخت درمانگاه است و همراه بیمار اظهار می کند که وی را به دنبال درد شکم و با هوشیاری کامل به درمانگاه آورده اند و 38 هفته باردار است .به هنگام رسیدن بر بالین وی و چک علائم حیاتی مشاهده شده است مورد فاقد علائم حیاتی بوده و مردمک ها میدریاز دوبل فیکس است که سریعا همکاران عملیاتی اورزانس 115 شروع به احیاء قلبی-ریوی بیمار می کنند و این در صورتی بوده که هیچ کدام از پرسنل درمانی درمانگاه بر بالین بیمار حاضر نبوده و فقط همراه بیمار در محل حضور داشته است -که بعدا پزشک بر بالین وی حاضر می شود و اظهار می کند بیمار کاملا هوشیار است و به صورت اختیاری و ارادی همکاری نمی کند .در حین احیاء نیز پرسنل درمانگاه هیچگونه همکاری نداشته و حتی ترالی احیا را در اختیار پرسنل اورژانس 115 قرارنداده اند.داخل درمانگاه یک آنژیوکت آبی روی دست بیمار زده بودندکه اظهار می کردند آمپول هیدروکورتیزون به بیمار از همان طریق تزریق کرده اندکه در نهایت توسط همکاران115 با CPR به بیمارستان تحویل داده می شود.

پرسشگری:

متوفی 48 ساله G3P2 تحصیلات راهنمایی .از 6 سال قبل اعتیاد به شیشه .شغل همسر آزاد و اعتیاد به شیشه – در طی بارداری هیچگونه مراجعه به بخش خصوصی و دولتی یا بهداشت نداشته .گوینده شرح حال برادر متوفی که به علت اعتیاد خواهرش ارتباط چندانی نداشتند.

تلفن همسر خاموش بود و آدرسی که در پرونده بیمارستان ثبت شده اشتباه بوده است.به گفته برادر متوفی ساعت 7 صبح به دنبال تنگی نفس به درمانگاه مراجعه می کنندو طبق گفته مامور اورژانس یک عدد آمپول هیدروکورتیزون تزریق می شود .سپس مادر را که فاقد علائم حیاتی است به بیمارستان منتقل می کنند..همچنین یک هفته قبل از فوت همسر برادر متوفی و دخترش با متوفی ملاقات داشتند که ظاهرا ورم-تعریق و تنگی نفس داشته که آنها توصیه کردند به پزشک مراجعه کندولی مراجعه ای نداشته است.

نظرات اعضا :

* بنظر ميرسد بيمار اعتياد و مشخص نيست كه آيا over dose بوده ويا سابقه بيماري زمينه اي داشته است كه كالبد شكافي كمك به تشخيص خواهد كرد ، اما جراح زنان شايد تصميم درستي براي سزارين نگرفته است و مادري كه مدتها مصرف زيادي داشته است احتمالا جنين نيز مرده بوده است كه اطلاعات اين گزارش كافي براي قضاوت نميباشد .
* بيمار تحت نظر مركز خاصي نبوده است و دير مراجعه كرده است ولي در همان درمانگاه اوليه هم اقدامات احيا براي بيمار انجام نشده است و منتظر اورژانس بوده اند. بايد اقدامات احيا اوليه در درمانگاه اول مورد بازبيني قرار بگيرد.
* عدم رسیدگی و احیا در درمانگاه مراجعه اول و از دست دادن زمان طلایی. با توجه به گزارش آمبولانس اورژانس خطای صددرصد درمانگاه مشخص و محرز میباشد.
* باتوجه به ادم بیمار درروزهای قبل و سابقه مصرف آمفتامین جهت بیمار نارسائی قلبی می تواند مطرح باشد که دراین صورت دریافت هیدرو کورتیزون توجیه قابل قبول ندارد. هیچ معاینه قلبی ریوی از بیمار در درمانگاه بعمل نیامده و یا در پرونده بیمار ذکر نشده است.
* با توجه به شرح حال اولیه ، که سابقه تنگی نفس و تعریق ذکر شده ، احتمالا، مبتلا به کووید بوده اند ، و با وجود ریسک فاکتور: اعتیاد به شیشه ، علت مرگ احتمالا کووید و عوارض آن بوده