صورتجلسه پنجاه و هفتمین کمیته دانشگاهی مرگ مادر باردار

* تجهیز اتاق عمل بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه با وسایلی مانند فیبر اپتیک ، ویدیو لارنگوسکوپ و .....
* نشست آموزشی – اجرایی و تهیه پروتکل در حوزه بهداشت و درمان و بررسی و امکان سنجی تعیین بیمارستان هایی برای Link به شبکه ها
* بررسی و امکان سنجی گزارش موارد تست PCR=+ مادران باردار از آزمایشگاهها بصورت روزانه
* پروتکل O2تراپی مادران باردار توسط مدیران گروه بیهوشی و زنان بررسی و پیشنهادات جهت تصویب نهائی به معاونت درمان ارسال گردد.
* در راستای Early management و Early Admit مادران باردار مبتلا به کووید ، هزینه درمان کووید در بیمارستان های خصوصی در ستاد ملی کرونا طرح موضوع گردد.

مورد اول :

متوفی 33 ساله G2P1( NVD) باردار براساس BMI=30.56 26W+ 2d LMP

سابقه دیابت بارداری که با رژیم غذایی کنترل می شده –سابقه بیماری و حساسیت ندارد

در تاریخ 25/7/00 ساعت 2:30 بامداد به اورژانس بیمارستان مراجعه و در سرویس اورژانس تحت نظر قرار می گیرد.باشکایت ضعف، بیحالی و تنگی نفس و سرفه از یک هفته قبل که اخیرا تشدید شده است

O2Sat =92% بدون ماسک و o2sat=96% با ماسک

T=36.9 BP-115/65 RR=18 PR=108

همچنین روزگذشته ( طبق برگه خلاصه پرونده در دست بیمار) به بیمارستان دیگری مراجعه کرده است که مهمور به مهر متخصص بود و طبق آن، نامبرده با شکایت تنگی نفس از 6 روز قبل مورد مشکوک کووید 19 با علائم سرفه+ ، تنگی نفس+ ؛ تهوع و استفراغ+ که درخواست مشاوره داخلی و زنان شد

SPO2=90% FHR=OK PR=118

در حین اقدامات درمانی بیمار با رضایت شخصی ترخیص شد.آزمایشات همراه بیمار:

WB=3.2 LDH=433 BS=166 Hb=11.6 PLT=83 CPK=443 CRP=25.2 AST=46

در اورژانس بیمارستان اول مشاوره عفونی انجام شد و دستور بستری در اتاق ایزوله در بخش داده شد

ویزیت زنان انجام شد .درخواست سونوگرافی و NST و اجرای دستورات سرویس عفونی

ساعت 11:30 در بخش زنان و زایمان بستری شد.( سیتی اسکن در مرکز دیگری انجام شده بود که درگیری ریه ها را 30 % گزارش کرده بودند ولی ریپورتی در پرونده از گزارش موجود نیست)

دستورات حین بستری بیمار: دگزا 8 mg روزانه – قرص استامینوفن – فاموتیدین 40 – رمدسیویر 200 mg – N/S 1 Lit BD – آزیترومایسین- شربت دیفن هیدرامین و برم هگزین- O2 با ماسک 10 Lit/min – ویتامین D - ویتامین C –مولتی ویتامین – زینک –هپارین 5000 TDS – سفتریاکسون

مشاوره پریناتولوژی 26/7 انجام شد درخواست سونوگرافی بارداری AFI 2بار در هفته

مشاوره داخلی با توجه به BS های بیمار پروتوکل انسولین شروع شد . SPO2=88% بدون ماسک / با ماسک SPO2=95%

طبق نظر سرویس عفونی پالس متیل پردنیزولون 500 daily شروع شد.و O2 با ماسک R.Bag بگیرد

سونوگرافی بارداری: 26w+5d / سفالیک / NL=AFI / جفت فوندال

ساعت 22:00 O2Sat= 93% : نتیجه تست PCR= + اعلام شد.

27/7: ساعت 16:00 به دلیل دیسترس شدید تنفسی ویزیت فلوشیپ ICU آقای دکتر سلطانی انجام شد؛ که به دلیل سرفه زیاد صحبت کردن بیمار منقطع است وتب ندارد –تحت درمان پروتکل انسولین و متیل پردنیزولون و رمدسیویر می باشد

SPO2=87 %- 88% BP=89/45 PR=100 RR=24-30 T=36.7

دستور انتقال به ICU داده شد.

ساعت 16:20 به آی سی یو منتقل شد .شربت دکسترومتورفان – آمپول NAC - دریافت O2 با ماسک R.Bag 8-15 lit/min - سولفات منیزیم 50% 2cc روزانه IV .

از ساعت 12 ظهر به طور متناوب به NIV و با ماسک R.Bagمتصل می شود CRP=85 .سونوگرافی کالر داپلر انجام می شود که علائمی به نفع ترومبوز دیده نشد.

ساعت 17:00 ویزیت متخصص عفونی O2Ssat=75% با NIV می باشد

پیشنهاد تزریق اکتمرا 600 داده شد که ساعت 19:30 تزریق انجام می شود.

ساعت 22:00 O2Sat به 60% افت پیدا کرده و بیمار سیانوز شد که به اطلاع پزشک متخصص رسید؛ 2 نوبت ABG گرفته شد و C.X.R گرفته شد.. گزارش عکس ریه: آپاسیته وسیع هردو ریه با محو شدن بوردرهای قلب ناشی از ARDS یا درگیری ( کانسالیدیشن) وسیع ناشی از کووید.

.مشاوره قلب توسط دکتر انجام شد:

NL=ECG EF=60% Mod T.R از نظر قلبی اقدام خاصی نیاز ندارد .مشکلات ریوی مطرح است

ساعت 23:30 بیمار اینتوبه شد و تحت دریپ میدازولام و فنتانیل قرار می گیرد

لازیکس 40 mg – موفین 3mg تزریق شد

29/7 اجازه تزریق دوز دوم اکتمرا توسط سرویس عفونی داده نشد .NST گرفته شده از بیمار به نظر FHR نبوده و پالس مادر است.سونوگرافی اورژانس انجام شد که IUFD تایید می شود.

خانم دکتر متخصص زنان استاد معین طی تماس تلفنی فرمودند در صورت ختم میزوپروستول دریافت کند.

در مشاوره پریناتولوژی درخواست شد که طبق نظر ایشان صرف IUFDبودن دلیل ختم بارداری نمی باشدمگر در صورت تایید سرویس عفونی – ریه- بیهوشی .به شرط این که ختم بارداری باعث بهبود حال بیمار شود.که طبق نظر دکتر–؛ اندیکاسیون ختم بارداری اورژانس ضرورتی ندارد

WBC=16.5 HB=12.3 PLT=120 PT=12.4 PTT=30 INR=1.03 CRP=110 LDH=743 Feritin=77 AST=112 ALT=76

ساعت 11:00 دکتر طی تماس های تلفنی متخصصین؛ شیاف میزوپروستول واژینال 25 میکروگرم برای بیمار استفاده شد ( ساعت 16:00). مراتب طبق نظر پزشکی قانونی صورتجلسه شد.

ساعت 15:30 : مشاوره عفونی:.سفتریاکسون D/C –کلیندا600 Tds و مروپنم 1 gr BD تجویز شد.

مشاوره نفرولوژی به علت اولیگوریک شدن بیمار انجام شد .نفرولوژیست :

AST=117 ALT=76 Creat=0.6 K=3.6 Na=140

ادامه سرم N/S 2 لیتر روزانه .نیاز به اقدام اورژانسی نمی باشد

ساعت 19:45 بیمار برادیکارد و سپس آسیستول می شود. CPR انجام شد و طی یک ساعت 4 عدد آتروپین ؛ 18 عدد اپی نفرین و 6 عدد بیکربنات دریافت کرد که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار ساعت 20:45 اعلام می شود.

پرسشگری :

متوفی G2P1سابقه یک بار زایمان طبیعی فاصله 2 بارداری 8 سال بارداری خواسته –خانه دار سن ازدواج 20 سالگی –تحصیلات همسر سیکل شغل معمار-بیمه تامین اجتماعی

در هیچ یک از مراکز و پایگاههای تحت پوشش مرکز بهداشت پیش و طی بارداری ندارد –سابقه بیماری زمینه ای خاص نداشته و دارویی مصرف نمی کرده است.

اظهارات همسر: مراقبت های بارداری را در کلینیک مراجعه می کرده است ولی نام پزشک یا مامای مربوطه و تعداد دفعات مراجعه را نمی داند .

با توجه به سرفه کمردرد –گلو درد به پزشک عمومی دکتر رباط خیری در خیابان سبلان شمالی مراجعه کرده که شربت و قرص ( نام دارورا نمی داند) تجویز شده و توصیه شده حتما تست کرونا بدهد.

24/1/ 00 حدود 26 هفته به بیمارستان بقیه الله مراجعه می کند و تست کرونا می دهد که مثبت اعلام می شود .سیتی اسکن هم درگیری ریه را نشان می دهد که توصیه به بستری می شود ولی با توجه به این که بیمه تامین اجتماعی است تصمیم می گیرند که به بیمارستان میلاد مراجعه کنند.

متوفی و همسرش هیچکدام واکسن کرونا یا آنفلوانزا را دریافت نکرده بودند

به گفته همسر 20 روز قبل خانم از کمر درد شاکی بوده که به خیریه مراجعه کرده بود که گفتند در بارداری طبیعی است.و اگر آن زمان تست کرونا انجام می شد شاید این اتفاق نمی افتاد

نظرات اعضا :

* مادر باردار با تاخیر به بیمارستان مراجعه نموده است. ضروری است درخصوص مراجعه به موقع مادران باردار آموزش و اطلاع رسانی گردد.
* مادر باردار واکسن کووید تزریق نکرده است ، لذا ضروری است درخصوص تزریق واکسن کوویدمادران باردار ، آموزش و اطلاع رسانی گردد.

مورد دوم :

متوفی 29 ساله G1 ؛ 37W+2D تاریخ 7/8/1400 ساعت 22:30 با وسیله شخصی به بلوک زایمان مراجعه می کند .شکایت بیمار کاهش حرکت جنین و همچنین تب و سرفه از 3 روز قبل بوده که به ادعای خودش علائم سرماخوردگی داشته و یک تست PCR منفی کرونا به همراه دارد

علائم حیاتی : BMI=30.11 O2Sat= 96% BP=116/70 RR=20 PR=122 T=38.7

سونوگرافی BPS به تاریخ همانروز در مرکز

انجام داده بود که (FB=0 ) 6/8 ؛ AFI=13 سفالیک .جفت قدامی - 39 هفته – به دلیل Non Reactive NST به دستور متخصص زنان با تجویز سفتازیدیم 2 گرم جهت ختم بارداری ساعت 23:30 به OR منتقل می شود.

و تحت C/S SPA انجام و حاصل نوزاد پسر آپگار 9/10 وزن 3750 گرم

NPO 8 ساعته –آپوتل –پتیدین – شیاف دیکلوفناک- انوکساپارین 40 –سفتازیدیم یک گرم BD درخواست انجام تست PCR کرونا و مشاوره عفونی

ساعت 1:25 بامداد روز 8/8 تحویل بخش زنان می شود T=36.5

طبق Tele order متخصص : D-Dimer -LDH-CRP= ESR –HRCT

ویزیت متخصص زنان 8/8 در بخش زنان : بعد از انجام مشاوره عفونی ؛ فردا بیمار از سرویس زنان قابل ترخیص است

ساعت 20:00 بعد از اطلاع از مثبت شدن تستPCR بیمار به بخش کووید منتقل می شود

آزمایشات : CBC بدو ورود : WBC= 7.4 Hb=12 PLT=189

و Hb 6 ساعت بعد از عمل 10.7=

LDH=478 ESR=64 CRP=36.1 D-Dimer=364 AST= 24.8 ALT=11.3

ویزیت و مشاوره عفونی توسط دکتر 9/8 : دگزا 8mg روزانه ، هپارین BD 5000 –Temziva400 - فاموتیدین BD 40 - Zinc - ویتامین 50000 D

11/8 : O2Sat=88% با اکسیژن نازال 6-3 لیتر در دقیقه = O2Sat 96% درخواست اسکن پرفیوژن می شود و هپارین Order TDS 7500 می شود

12/8: گزارش سیتی اسکن : مولتی لوبار Patchy G.G.O عمدتا در نواحی پریفرال دو طرفه و بدون پلورال یا پریکاردیال افیوژن.

نتیجه احتمالا آمبولی ریه.

دریپ هپارین 900 واحد در ساعت – رمدسیویر 200- دگزا متازون D/C - متیل پردنیزولون BD 125 -دوز دوم Temziva 400

13/8 : به علت گزارش شفاهی سیتی آنژیو مبنی بر منتفی بودن آمبولی ریه ؛ هپارین دریپ D/C و هپارین TDS 5000همان شب درخواست مشاوره قلب می شود و با آنکال قلب تماس گرفته شد و طبق نظر ایشان: با توجه به جوان بودن بیمار و نداشتن Chest pain و ECG نرمال و با توجه به افزایش D-Dimer به 485 احتمال بیماری قلبی منتفی است و بیشتر مشکلات ریوی مطرح است و هرچند با توجه به stable بودن علائم systemic و فشار 120-100 احتمال آمبولی هم نمی تواند مطرح باشد.

WBC=9.2 Hb=9.7 Creat=0.8 PLT=223 CRP=99.6 PT=10.5 PTT=24 INR=0.9

ساعت 23:00 طبق گزارش خانم دکتر از سیتی آنژیو دیفیوزG.G.O و کانسالیدیشن به نفع کووید 19 و یک پارشیال Filling defect در دیستال شریان پولمونری چپ به نفع آمبولی ریه دیده شده و دریپ هپارین 1000 واحد در ساعت شروع می شود

کلیندا TDS 600 – eff NAC 600 – کلشی سین 1mg روزانه و دستور انتقال به آی سی یو داده می شود که بیمار و همراهانش از بستری در آی سی یو امتناع می کنند ودر نهایت ساعت 17 روز 14/8 به آی سی یو منتقل می شود.

14/8 : مشاوره قلب: ECG= NL EF=55-60% ادامه آنتی کواگولان درمانی – با توجه به عملکرد نرمال RV و stable بودن بیمار نیاز به درمان فیبرینولیتیک ندارد

دریپ هپارین به 1200 واحد در ساعت افزایش می یابد

به دلیل اضطراب مشاوره روانپزشکی انجام شد که تشخیصd depressed , sever Anxiety moo و اختلالات خواب داده می شود .Olanzapin 25 – ملاتونین 3mg – فلوکسیتین 25

15/8 : با ماسک رزرو بگ 10-8 لیتر در دقیقه spo2 تا 80% حفظ می شود

16/8 : دگزامتازون BD8 mg شروع شد ادامه دریپ هپارین با ماسک R.B – SPO2 بین 75-80% متغییر است.

18/8: به علت دیسترس تنفسی و تاکی پنه به طور متناوب به NIV متصل می شود

مشاوره قلب به علت Chest pain انجام می شود. اکوی Bed side و poor view.توصیه به ادامه درمانهای حمایتی و دریپ هپارین می شود و به دلیل این که آمبولی در دیستال شریان پولمونری رخ داده نیاز به مداخله ندارد

آزمایشات:LDH= 1787 Procalcitonin<0.02 D-Dimer =1067 Ferritin=85.9

Troponin<0.2 NTpro-BNP= 105 CKMB=17.6 CPK=137 WBC=12.1 ESR=15 CRP=23 K=4.1 Na= 137 PT=10.7 PTT=51 INR=0.9

19/8 : با تغییرات PSدستگاه NIV : SPO2 در محدوده 70% حفظ می شود –آمفیزم زیرجلدی در ناحیه گردن مشهود است که با C.X.R تایید می شود.

مروپنم یک گرم TDS – وانکومایسین BD 1gr –( سفتازیدیم D/C ) – قرص Baricitinib و سورفاکتانتinhalor تجویز می شود.

20/8 : با NIV و ماسک R.B ؛ O2Sat بین 80-60 % حفظ شده و نوبت سوم Temziva400 دریافت می شود

21/8: به علت هماچوری هپارین دریپ hold شد و توصیه شد 2 ساعت بعد از قطع هماچوری مجددا از سر گرفته شود

آزمایشات : INL6= 553 LDH= 2064 D-Dimer= 716 PT=10.5 PTT=23 INR=0.88 Amylase =46 Lipase=17.9

طبق نظر پزشک معالج در صورت باقی ماندن O2sat کمتر از 70% کاندید پلاسما فرز همراه 400 واحد FFP است شالدون توسط جراح تعبیه می شود

ساعت 21:00 به علت افت O2Sat به 30% و افت فشار بیمار و کاهش سطح هوشیاری GCS=6 اینتوبه می شود .دریپ ( دوپامین و NE و اپی نفرین ) شروع شد .ساعت 23:30 به دنبال ایست قلبی CPRآغاز شد.18 عدد اپی نفرین -4 عدد آتروپین -2 عدد ویال بی کربنات و 4 نوبت شوک 200 ژول دریافت می کندکه متاسفانه CPR موفق نبود و بعد از یکساعت ( 30 دقیقه بامداد) فوت بیمار اعلام شد

نظرات اعضا :

* non Reactive NST نمی تواند دلیل بر C/S اورژانس گردد.
* دستور ترخیص بیماران درهمان روز ترخیص انجام گردد.
* رمدسیویر دیر شروع شده است.
* Temziva باید بعد از سیتی اسکن ( و نه قبل از آن) تجویز شود و صرفا استناد به میزان CRP نمی بایست ملاک تجویز آن باشد . تجویز دوز سوم Temzivaبدون اندیکاسیون و خارج از پروتکل درمانی می باشد.
* پالس کورتون باید زودتر شروع می شد.
* احتمال پنوموتراکس و مپنومومدیاستن برای بیمار مطرح بوده و اندیکاسیون سیتی مجدد داشته است
* بیمار دیر اینتوبه شده است.
* کار تیمی در بیمارستان انجام نشده و از تاریخ 7/8/1400تا 12/8/1400بیشتر درگیر R/O آمبولی ریه بودند و درمانهای مرتبط با کرونا به موقع اجرا نشده است.

مورد سوم :

متوفی 30 ساله G2P1 ( سابقه یکبار NVD) 26 هفته باردار در ساعت 7:35 مورخ 9/7/1400 با وسیله شخصی با پای خود به اورژانس بیمارستان سجاد مراجعه و در سرویس اورژانس در سطح 2 تریاژ تحت نظر قرار می گیرد .

نامبرده از یک هفته قبل علائم سرفه ، میالژی و از 3 روز قبل تنگی نفس داشته و سابقه ای از واکسیناسیون Covid ندارد

علائم حیاتی: BP=110/60 T=37.3 PR=78 RR=19

O2Sat=81% بدون ماسک و با ماسک 94%

براساس LMPو سونوی 13 هفته 26W+1d

دیسترس و تاکی پنه ندارد .آپوتل – دگزا 8mg –پنتازول 40 – هپارین 5000 s.c- سفتریاکسون 1gr –O2 با ماسک 10-15 lit/min – و سرم N.S

مشاوره زنان: انجام Chest CT – بستری در ICU و با توجه به high risk بودن توصیه به هماهنگی با بیمارستان سطح 3 جهت اعزام می شود.در حال حاضر علائم زایمانی ندارد

مشاوره داخلی و عفونی انجام شد : رمدسیویر 200- سولفات منیزیم 50% 8cc Tds داخل فلومتر-قرص مونته لوکاست و .متیل پردنیزولون 125 mg

مشاوره بیهوشی توصیه شد صلاح است به سطح 3 اعزام شودو در غیر این صورت بستری در ICU

گزارشCT اسکن ریه ها : مولتی فوکال O.G.G در بخش های پریفرال هر دو ریه ( درگیری 60% ریه ها) –سایز قلب نرمال –مایع پریکارد یا پلورال افیوژن ندارد

ساعت 11:00 هماهنگی با بیمارستان با سرویس زنان و عفونی با توجه به نداشتن ICU در بیمارستان مبداء انجام می شود و ساعت 12:30 ظهر پذیرش گرفته شده.تست PCR تهیه شد.

در برگه اعزام داروهای هپارین 5000 s.c –مونته لوکاست –رمدسیویر 200 –دگزا 8mg - متیل پردنیزولون 125 mg-پنتازول-سولفات منیزیم نبولایزر- O2 با ماسک- سرم N.S یک لیتر طی 8 ساعت

نتیجه آزمایشات انجام شده :

WBC=6.4 Hb=11.5 PLT=140 AST=94 ALT= 47 ALKP= 196 Bili=( 0.58 - 0.21 ) Creat=0.9 BS=109 Troponin <1.5 Na=135 K=4.2 Lipase=43.2 Amylase=67.6 PT=12 PTT=34 INR=1 ESR=17 CRP=+3 CPK=56 CPKMB=24

D-Dimer=weakly positive

VBG( PH=7.49 HCO3=19.3 PCO2=25.4 BE=-2.9

با GCS=15 و T=37 PR=89 RR=18 BP=110/70 O2Sat=94% با ماسک با آمبولانس کد دار و همراه با تکنسین بیهوشی و ماما اعزام شد

بیمارستان دوم

در ساعت 16:10 به بیمارستان دوم منتقل شده و در سرویس اورژانس در سطح تریاژ 2 تحت نظر قرار می گیرد

علائم حیاتی : O2Sat=94% PR=94 RR=14 BP=120/80 T=37.5 با ماسک

طبق دستور: بستری در ICU همچنین توصیه به انجام مشاوره پریناتولوژی –انوکساپارین 40 روزانه-دگزا 6mg BD برای 4 دوز

ویزیت سرویس عفونی: متیل پردنیزولون 125 روزانه- رمدسیویر 100- بستری در ICU

ساعت 21:30 به ICU منتقل و در سرویس عفونی بستری می شود

10/7/00 ساعت 2:00 بامداد به علت افزایش creat به 1.2 ( نسبت به creat اولیه 0.9 مشاوره نفرولوژی درخواست شد : که با توجه به creat جدید 0.8 و برقراربودن out put ؛ توصیه شد از افت BP به کم تر از 100 جلوگیری شود. ، هیدریشن مناسب 1500 cc H.S روزانه و از تجویز داروهای نفروتوکسیک پرهیز شود.دوز رمدسیویر همانروز hold شد.

مشاوره متخصص : ضمن ادامه دستورات قبلی متیل پردنیزولون 250 روزانه –سلنیوم- زینک- ویتامین D 1000 روزانه – مولتی ویتامین – انوکساپارین 40 BD

سونوگرافی توسط ایشان انجام شد : BPP=8/8

پروتکل انسولین اجرا می شود.

از 11/7 تجویز رمدسیویر از سرگرفته می شود.

WBC=7.7 Hb=12.8 PLT=132 LDH=875 Na=135 K=3.7 AST=93

ALT=50 Bili( 0.3 – 0.2) PT=12 PTT=32 INR=1 CRP=24 Mg=2.1 Ca=8.4

12/7 به دلیل تاکی کاردی و افتo2sat به صورت گذرا ، مشاوره عفونی از نظر تجویز اکتمرا درخواست شد؛ که طبق نظر این سرویس با توجه به o2sat=95% ؛ تجویز اکتمرا اندیکاسیون ندارد .همچنین جهت پروفیلاکسی PCP کوتریموکسازول BDتجویز شد.

مشاوره قلب و اکو انجام شد:

EF=55% / Mild LV diastolic dysfunction / NO LVH / NL LV Size /

Top RV Size with preserved systolic function / Mild MR – Mild to Mod TR /PAPH high NL ( PASP=36) / NO PE

13/7 به علت آمفیزم زیرجلدی ناحیه مدیاستین و گردن ( قرینه) ساعت 9:00 مشاوره جراحی توراکس انجام شد که طبق نظر این سرویس علائم پنوموتوراکس ندارد در صورت stableبودن ، سیتی اسکن انجام شود.

O2Sat با ماسک R.B=78% تاکی پنه RR=50

ساعت 10 صبح به علت افت O2Sat به 50 و دیسترس شدید تنفسی اینتوبه شد.ترشحات صورتی رنگ ساکشن شد.تحت دریپ پوفول و فنتانیل قرار گرفت.

O2Sat به 65-70% رسید .با توجه به عدم اصلاح o2sat حتی بعد از اینتوباسیون کاندید ختم بارداری می شود .Cv line به علت آمفیزم گردن در فمورال راست تعبیه می شود .حین آماده کردن جهت انتقال به OR ساعت 11:50 دچار افت O2Sat به 20% شدکه در شرایط فوق روی تخت ICU اقدام به برش میدلاین روی شکم و انجام سزارین و خروج نوزاد پسر آپگار 2/5 و تحویل به NICU درن جکسون گذاشته شد .در خاتمه عمل O2Sat=65% و BP=100/60

حین عمل 30 mg آتراکوریوم دریافت کرد

مروپنم-وانکومایسین شروع شد. و طبق مشاوره عفونی با توجه به شرایط آنستریل حین جراحی آمپی سوکبالتام 3gr stat سپس 3gr qid دریافت کند.

همچنین اکتمرا 600 تجویز شد و توصیه شد در صورت O2Sat< 90% فردا دوز دوم 600 mg اکتمرا دریافت کند

مشاوره قلب و اکوی Bed side انجام شد که تفاوتی با اکوی قبلی نداشت

CT آنزیوی ریه در صورت stableشدن و توصیه شد تا R/O شدن PTE آنتی کواگولان دوز درمانی دریافت کند. دریپ NE در صورت فشارخون کمتر از 90

طبق نظر سرویس زنان 8 ساعت بعد از C/S مشکلی جهت شروع هپارین نخواهد داشت .

لازیکس 10 mg BD – دگزا 8mg TDS از 13/7 شروع شد و متیل پردنیزولون D/C شد.

14/7 دوز دوم اکتمرا دریافت می شود.آمفیزم ناحیه گردن و مدیاستن به نحو محسوسی کاهش یافته است

15/7 دریپ پوفولD/C و دریپ میدازولام شروع شد.

16/7 دریپ هپارین به 1300 در ساعت رسیده و به علت افزایش Creat به 1.2 مشاوره نفرولوژی انجام شد.

که توصیه به قطع داروهای نفرو توکسیک و تعدیل دوز انتی بیوتیک ها می شود .سرم 300 سی سی هر 6 ساعت مروپنم D/Cو ایمی پنم 500روزانه –وانکومایسین یک گرم هر 48 ساعت –آمپی سولباکتام 3 گرم روزانه

همچنین کوتریموکسازول و رمدیسیور D/Cمی شود

درن D/Cمی شود .ویتامین Cاز 1000BDبه 1000daily ؛ change شد

به علت هماچوری grossهپارین holdشد

کاندیدا sputum culture=

Few PMN

Negative BK smear

17/7 بیمار GI BLEEDINGپیدا می کند مشاوره هماتولوژی انجام شد

LDH=1735 PT=26

PTT=41 INR=2.06

AST=77 ALT=38

CREAT=3 FERITIN=507

INTL6=13.9 ESR=15

CPK=185 WBC=6.6-14.4-21.7-34-40.8-38.3

HB=11.2-11.8-10.5-10.5-12-10.7 PLT=140-237-200-105-75-47

D-DIMER=10000 CREAT=3

TROPONIN=1.6 PH=7.01

PCO2=57 HCO3=14.6

4 واحد FFPو 8 واحد پلاکت تجویز شد

PBSانجام شد مشکلی نداشت –توصیه شد فیبرینوژن بالای 150 . پلاکت بالای 50 حفظ شود

مشاوره گوارش :در صورت صلاحدید پزشک معالج در صورت STABLEبودن اندوسکوپی انجام شود

هر چند بیشتر احتمال DICبا توجه به کاهش پلاکت و افزایش INRمطرح است و توصیه شد عوامل زمینه ای رفع شود چک هاپتوگلوبین درخواست شد

مشاوره نفرو لوژی :با توجه به آزمایشات AKIبرای بیمار در زمینه ایسکمی و افت فشار خون مطرح است با وازوپرسین BP≤ 100 حفظ شود ایمی پنم D/C

سونوگرافی کلیه ها :اکوی پارانشیم هر دو کلیه افزایش یافته است

18/7 : 2 واحد FFP دریافت می کند

ساعت 22:00 برادیکارد و سپس آسیستول می شود .CPR شروع و ترشحات خونی فعال از لوله تراشه ساکشن می شود.

3 عدد آتروپین 0.5 و 7 عدد اپی نفرین 1 طی 45 دقیقه دریافت می کند که متاسفانه موفق نبوده و ساعت 22:45 ختم CPR و فوت بیمار اعلام می شود.

نظرات اعضا :

* شاید بهتر بود با توجه به o2ساچوریش ۸۸ اکتمرا زودتر تجویز می شد ،هرچند ممکن است با تزریق اکتمرا بیمار به فاز sepsisخطرناک و بدون برگشتی پیش برود،که ظاهرا در مورد این مریض هم اتفاق افتاده،.بنابراین ،نظرقطعی با توجه به کنتراورسی بودن تزریق اکتمرا نمیتوان اظهار کرد.
* تزریق داروها طبق دستورالعمل بر بالین بیمارو معاینات بالینی تجویز گردد.

مورد چهارم :

بیمارستان 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 اورزانس 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 پزشک 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، 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..به سرعت شکم بسته شد و سوند فولی در پایان عمل تعبیه شد.out put ناچیز بود .

طبق گزارش متخصص: 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 ریورس 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

.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 هر اغاز 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( ساعتد 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

10.8 Hb=10.9

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

نظرات اعضا :

* از نظر پزشکی قانونی دقت در موارد ثبت شده در پرونده اهمیت دارد و تناقضاتی در پرونده ، با توضیحات شفاهی کادر درمان وجود دارد .
* متخصص بیهوشی می بایست همیشه یک قدم از جراح جلوتر باشد و قبل از پرپ و درپ بیمار بایستی بیمار را ویزیت کرده و همچنین تصمیم نحوه بیهوشی به عهده متخصص بیهوشی می باشد.
* در صورت انجام اینتوبیشن در این بیمار باید awake intubation بدون ترزیق دارو با کوچکترین سایز لوله اینتوباسیون انجام می شد.
* اتاق عمل بیمارستان مجهز به فیبراپتیک و ویدئو لارنگوسکوپ باشد.
* به دلیل عدم تزریق شل کننده LMAدر اواخر عمل، جابجا شده که می توانسته زمینه ساز ایجاد هیپوکسی شده باشد.
* به هرحال با توجه به خوب بودن مریض در طی عمل ؛ علائم هیپوکسی در اواخر عمل بیشتر علائم ادم حاد ریه مطرح است که با بی توجهی رزیدنت ها با تزریق مایعات و عدم توجه به Out put ( نداشتن سوند فولی) از طرفی درمان ناکافی سرویس بیهوشی با دوز کم لازیکس ؛ مدیریت مناسبی برای درمان آن انجام نشده است
* بیمار ماه قبل در همین بیمارستان به دلیل کنترل قندخون بستری بوده که از طرفی تست کرونا به دلیل تنگی نفس برای بیمار انجام شده که منفی بوده است.