پرونده متوفی در بیمارستان اول

متوفی 35 ساله تبعه افغانستان مورخ 7/12/99 ساعت 23:30 به علت درد شکم در اورژانس بیمارستان توسط متخصص طب اورژانس تحت نظر قرار می گیرد : سطح تریاژ 2 ، درد بیمار در ناحیه LUQ می باشد.

B/P=160/100 T=36.8 PR=18 O2Sat= 97%

سونوگرافی fast توسط ایشان انجام می شود . که علائمی از آسیت و پنوموتراکس رویت نشد.

مشاوره زنان درخواست می شود که ویزیت می شود.بر اساس سونوگرافی 27 هفتگی ، 33w+5 d و G3P2 و براساس سونوگرافی روز قبل جفت قدامی ؛ 35W1 WK و سونوی شکم و لگن نرمال گزارش شده است..بیمار از یک هفته قبل دچار یبوست بوده و defication نداشته و سابقه خونریزی معده یک ماه قبل را می دهد.

در معاینه واژینال کول بسته ، خلفی، و کنترکشن خفیف دارد .B/P= 180/100 یک دوز لابتالول دریافت می کند .سولفات منیزیم شروع می شود .B/P=140/100 ارسال آزمایشات پره اکلامپسی و یک دوز بتامتازون دریافت می کند .NST و TOCOو مشاوره داخلی درخواست می شود.

ویزیت متخصص داخلی: توصیه به انجام مشاوره جراحی در صورت صلاحدید متخصص زنان

ساعت 23:50 در سرویس زنان بستری و با تشخیص دکولمان و پره اکلامپسی ساعت 00:45 بامداد تا ساعت 1:30 تحت SP.A سزارین انجام می شود .نوزاد پسر آپگار 8/9 .

طبق شرح عمل دکولمان 70% -حین عمل اشاره به روده های متورم و دیستانسیون شدید شکم شده است.

Orderبعد از عمل : انوکساپارین 40 –کلیندا + جنتا تا 48 ساعت ، شیاف دیکلوفناک و پتیدین PRN و NPO تا 24 ساعت.وتوصیه به بستری در ICU و مشاوره جراحی .

مشاوره جراحی انجام می شود .شکم نرم است .بدون درد .Distention دارد وتوصیه به مصرف MOM –شیاف بیزاکودیل و شربت لاکتولوز می شود.

مشاوره قلب انجام می شود ECG نرمال ، اکو نرمال EF=55% ، آمیلودیپین 5mg

9/12/99 بیمار هنوز defication ندارد NPO است . Gag passing نداشته است.

گرافی شکم air fluid level متعددی رویت می شود . بنظر قطر کولون افزایش یافته است.TR می شود که رکتوم خالی از مدفوع می باشد

سونوی شکم و لگن نرمال ولی دیلاتاسیون منتشر لوپهای روده باریک رویت شد.

Hb=10.9 10.2 WBC=11900 7700 PLAT= 187 182

U/A{ Protein =Neg K=4.4 Na=140 Mg=2 Ca=8.9 Creat=0.9 Bili (T=0.7 D=0.13) }

AST=41 ALT=60 CPK=201 CPKMB=18 ALKP=290

ویزیت دکتر متخصص جراحی: NGT فیکس –تهوع استفراغ داشته –شکم نرم است. متخصر تندرنس جنرالیزه دارد. ولی ریباند ندارد .لکوسیتوز ندارد سرم H.S بگیرد .چک الکترولیت ها B.D

توصیه به انما – درخواست سیتی لگن.

ترشحات NGT صفراوی است حدود 500 سی سی . جایگزینی ترشحات با سرم

گزارش سیتی اسکن : دیلاتاسیون لوپ های روده باریک حاوی دانسیته گازی و کولون دیده شد که با توصیه به عدم مشاهده انسداد وجود گاز در لومن رکتوم احتمال ایلئوس مطرح است .شواهد پنوموپریتوئن و مایع در لگن دیده می شود .

سیتی اسکن ریه: کدورت patchy ground glass در لب میانی راست لینگولا دیده شد.افیوژن پریکاردوپلورال ندارد.

مشاوره عفونی داخلی تستPPD درخواست می شود.

در ساعت 19:30 تخت ICU خالی می شود و بیمار به ICU منتقل می گردد.

مورخ 10/12/99 : gas passing داشته .استفراغ از شب گذشته قطع شده –شربت اریترومایسین و قرص دایمتیکون و توصیه به جویدن آدامس و راه رفتن می شود.

ویزیت دکتر متخصص جراحی: بیمار تب دار نمی باشد. درد شکم ندارد. تهوع و استفراغ ندارد. ولی مخاط دهان خشک است .نیاز به اقدام اورژانس جراحی ندارد .NGT ، DC شود.در صورت تحمل مایعات ، قابل انتقال به بخش می باشد .تا 72 ساعت پلازیل TDS –مایعات ساده و پس از 36 ساعت مایعات شروع شود.

11/12/99 : علائم حیاتی stable است .PO با مایعات شد .ساعت 20:00 یک نوبت استفراغ صفراوی با حجم زیاد می کند .دیستانسیون نسبت به شب قبل کمتر شده .سمع شکم هیپو اکتیو.دیورز برقرار است.

ساعت 22:00 روز 12/12/99 به دلیل نیاز به تخت ICU به بخش منتقل می شود.

14/12/99 مختصر defication داشته .فولی DC می شود .انوکساپارین DC

تاریخ 15/12/99 ویزیت سرویس جراحی : با توجه به دفع گاز و مدفوع توصیه مراجعه سرپایی به درمانگاه داخلی گوارش جهت کولونوسکوپی می شود.

16/12/99 بیمار ترخیص می شود.

پرونده متوفی در بیمارستان دوم:

تاریخ 23/12/99 ساعت 14:46 به اورژانس بیمارستان دوم با وسیله شخصی مراجعه می کند و تحت نظر دکتر متخصص طب اورژانس قرار می گیرد..سطح تریاژ 2 .شکایت بیمار: تهوع –استفراغ-بی اشتهایی –ضعف و بیحالی.

O2 Sat=97% PR=118 RR=18 B/P= 150/95

درخواست سونوگرافی شکم و لگن می شود و به علت پرگازی شدید شکم و لگن بررسی optimal sub انجام شد و نتیجه آن نرمال و به جز کیسه صفرا که پر از لجن صفراوی بود نکته خاصی نداشت.

مشاوره زنان : توصیه به انجام مشاوره جراحی جهت R/O سندرم Ogilve و یا انسداد روده

مشاوره جراحی ساعت 16:30 توسط دکتر: مورد اتساع شکمی بدون تندرنس ، دستورات : NPO-NGT و سوند فولی فیکس –یک لیتر سرم NS- سیتی با کنتراست شکم و لگن و ABG

آزمایشات:

WBC=3900 BS=155 CPK= 52 CPKMB=4 Na=139 CRP=+3

Hb=13.7 Creat= 1 K=4 ESR=22 PT=12.8 PTT=44

PLT =377 LDH=742 INR=1.1 AST=20 ALT=11 ALKP=177 Bili( T=0.4 D=0.1)

U/A: Protein= Neg

VBG( PH= 7.45 PCO2=36.1 HCO3=25 PO2 = 69 )

HBS Ag=Neg HIV Anti=Neg HCV Ab=Neg

ساعت 22:00 بیمار جهت انجام سیتی منتقل می شود بعد از رویت گزارش سیتی توسط دکتر دستور انتقال به اتاق عمل داده می شود.

گزارش CT با و بدون تزریق :

دیلاتاسیون شدید در لوپ های روده باریک و روده بزرگ مشاهده می شود. Transitional zone به همراه ضایعه mass likeبه ابعاد 19×19mm در دیستال کولون نزولی مشهود است.سیگموئید و رکتوم کلابه هستند.

Order قبل از عمل کفلین – مترونیدازول و رضایت کولوستومی

ساعت 1:15 با مداد به اتاق عمل منتقل می شود و تحت G.A جراحی تا ساعت 4:00 بامداد ادامه می یابد.

شرح عمل :

پس از بیهوشی جنرال و پرپ و درپ ؛ تحت شرایط استریل شکم به صورت مید لاین ( خط وسط) باز شده و اکسپلور شد. تومور خم طحالی داشته که کولون عرضی و کولون نزولی آزاد شده که مشاهده شد تومور در قسمت خلف به معده تهاجم داشته است. کولون در قسمت پروگزیمال سیگموئید و قسمت ترانسورس کولون ریزکت شده و قسمت دیستال به صورت استامپ سوچور و قسمت پروگزیمال پس از تخلیه مدفوع به صورت کولستومی تعبیه شد. و پس از شستشو و تعبیه درن جدار شکم بسته شد . Cv Line تعبیه شد.

نتیجه پاتولوژی: هنوز آماده نشده است

طی عمل U/O= 400 cc و B/P=130/80

Order بعد از عمل : سفازولین – مترو- پنتازول- کلگزان 40 و انتقال به ICU. . روزانه ویزیت زنان و داخلی دارد.

مشاوره قلب انجام شد EF=60% و مشکلی از نظر قلبی ندارد.

به علت تنگی نفس درخواست سیتی ریه می شود که در گزارش : Faint ground glass دارد . در RLL مشاهده که کووید 19 در تشخیص افتراقی مطرح است. پلورال افیوژن مختصر در سمت چپ دیده شد .

توصیه به انجام PCRمی شود به اتاق ایزوله ICU منتقل می شود وتوصیه به شروع رمدیسیور و داکسی سایکلین می شود O2Sat=97%

تیم درمان با توجه به High risk بودن مادر تصمیم به اعزام به بیمارستان سطح سه می گیرند .

ابتدا از طریق سرویس زنان با خانم دکتر بیمارستان سطح3 تماس می گیرند که طبق نظر ایشان به علت جراحی کانسر کولون و یا احتمال کووید 19 مورد فوق اندیکاسیون اعزام زنان نمی باشد و از طریق داخلی – جراحی اقدام شود.

سرویس داخلی و جراحی هم موفق به پذیرش در بیمارستان مجهز نمی شوند که از طریق ستاد اقدام می کنند طبق نظر ستاد با توجه به داشتن کلیه امکانات ICU و تیم درمانی داخلی و جراحی و زنان در صورت ضرورت اعزام بیمار به بیمارستان مجهز دلایل نیاز به اعزام به طور کتبی برای ستاد فکس شود تا در مورد آن تصمیم گیری شود که بعد از آن تیم درمان از اعزام منصرف می شوند.

تاریخ 26/12/99 به علت Hb=9.9 اقدام به تزریق یک واحد PC می شود که هموگلوبین به 11.4 اصلاح می شود

تاریخ 27/12/99 به علت تغییر رنگ نکروتیک کلستومی + تاکی کاردی + تب مشاوره عفونی می شود O2Sat=97%

که توصیه به اضافه شدن آنتی بیوتیک های مروپنم ، وانکومایسین و حذف کفلین می شود.

PPD درخواست می شود .سونوگرافی شکم و لگن : مایع آزاد خفیف حاوی دبری در نواحی موریسون و ساب هپاتیک و اینترلوپ به ویژه در ناحیه کولوستومی دیده شد.

مشاوره داخلی: توصیه به هپارین 5000 Tds واحد.مشاوره قلب به علت فشار خون بالا( 150/100 ) وتوصیه به لوزارتان 25 می شود.

تست PCRمنفی است .

U/C=No growth D-Dimer=+3 Wright & Coombs wright = 1/40

29/12/99 به علت هماچوری هپارین D.Cو انوکساپارین 60 شروع می شود .به علت فانکشن نداشتن کولوستومی و ترشح صفرا از درن ساعت 13:30 بیمار مجددا جهت لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل شد.که تحت G.Aتا ساعت 16:30 عمل ادامه می یابد.

شرح عمل :

پس از G.A و پرپ و درپ و تحت شرایط استریل شکم باز شد و قسمت دیستال ایلئوم حدود 25 سانتیمتری ایلئوسکال به سمت پروگزیمال حدود 30 سانتی متر نکروز سگمنتال شده بود که ریزکت شد .سپس قسمت دیستال استامپ کولوستومی که مخاط نکروزه بود حدود 10 سانتی متر ریزکت شد و در قسمت RUQ مچور شد.به عنوان ( کولستومی) .قسمت ایلئوم به صورت دابل بارل در قسمت RLQایلئوستومی گذاشته شد پس از شستشو و ساکشن و تعبیه درن جدار شکم بسته شد.

مورخ 3/1/1400 ساعت 13:30 دچار افت فشارخون تا 90/50 ، تاکی پنه و تاکی کاردی میشود .ادم اندامها که از دیروز شروع شده بود تشدید می شود .سونوگرافی کالر داپلر عروق اندام تحتانی نرمال گزارش می شود.

مشاوره قلب انجام شد .اکوی مجدد EF=50% علائمی به نفع PTE ندارد SPAP=15-20 با دریپ N.Eفشار 80/50 می باشد .مشکلی از نظر قلبی ندارد.

با توجه به شرایط فوق احتمال شوک کاردیوژنیک و Massive PTE مطرح نمی باشد.

ساعت 15:00 یک واحد PC و 2 واحد FFP در یافت می کند .

مشاوره عفونی: توصیه به آمفوتریسین و در صورت موجود نبودن کاسپوفونژین 75جایگزین شود.

به علت دیسترس تنفسی Chest tube چپ تعبیه می شود که تنگی نفس اصلاح می شود .ساعت 22:00 به علت تشدید دیسترس تنفسی بیمار اینتوبه و تحت SIMV قرار می گیرد.

ساعت 3:00 بامداد روز 4/1/1400 به دنبال برادیکاردی آسیستول می شود و CPRشروع شده و 2 عدد آتروپین و 8 عدد اپی نفرین دریافت می کند و به مدت یک ساعت CPR ادامه می یابد که متاسفانه موفق نبوده و 4 صبح فوت بیمار اعلام می شود.

نظرات اعضا :

* بيمار در حين بارداري مشكل گوارشي از جمله يبوست طولاني وخونريزي معده داشته است كه احتمالا بررسي نشده است . او با علائم پره اكلامپسي شديد مراجعه كه دركنار آن مشكل گوارش نيز داشته اند متخصص زنان به طور صحيح تصميم گيري و سزارين را انجام داده است كه بعلت فشار خون بالا دچار دكولمان شده بود .خوشبختانه ختم بارداري به موقع و صحيح، مادر ونوزاد سالم بو ده اند . متخصص زنان مشاوره جراحي مي د هد و جراح مربوطه متاسفانه بيمار را جدي نگرفته و پس از كنترل چند روزه او را مرخص كرده كه بعلت علائم گوارشي يك هفته بعد در بيمارستان دوم بستري وتحت عمل جراحي وسيع كلستومي قرار گرفته كه عمل موفقيت آميز نبوده و منجر به جراحي مجدد ودر نتيجه سبب مرگ بيمار شده است.
* اقدامات مربوط به زنان شامل ختم بارداری صحیح بوده است ولی با توجه به شرح حال بیمار دال بر خونریزی گوارشی و عدم دفع مدفوع از یک هفته قبل و مشاهده دیستانسیون شکم و روده ها در حین سزارین ، باید حین سزارین درخواست مشاوره با جراح می شد و بنظر می رسد که مشکلاتی که متعاقبا رخ داده ناشی از تشخیص دیررس و مسایل جراحی است که باید از اساتید مربوطه نظرخواهی گردد.
* .با توجه به گزارش دست اندازی تومور به معده و بروز افیوژن پلورال در سمت چپ، پاتولوژی تومور و اطلاعات مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با Staging تومور می توانند نقش مهمی در تعیین پیش آگهی کلی بیمار داشته باشند .
* با توجه به شکایت بیمار مبنی بر درد ناحیه LUQ و شرح حال یک هفته ای یبوست و عدم دفع مدفوع باید از همان اول مشاوره جراحی داده می شد.
* در زمانی که بیمار تحت عمل سزارین قرار گرفته است و در حین عمل به دیستانسیون روده ها اشاره شده است باید همان موقع از جراح خواسته می شد که شکم را بررسی می کرد و در نتیجه مشکل بیمار در همانموقع مشخص می شد.
* در روزهای بعد از عمل هم با توجه به اینکه استفراغ صفراوی و دفع مدفوع کم وتهوع و استفراغ باید بررسی دقیقتری انجام می شد . گزارش سی تی اسکن وسونوگرافی باید مجدد بررسی می شده است در حین بستری بودن و با وجود این شکایات کولونوسکپی هم انجام نشده است و به درمانگاه سرپایی و بعد ترخیص موکول شده است چگونه توده قابل رویت نبوده است.
* در مراجعه بعدی که حدودا یک هغته بعد بوده است که مسلما وضعیت بیمار بدتر و ریسک بیشتری داشته است تشخیص داده می شود و تحت عمل جراحی قرار می گیرد و درمرحله بعد هم که به علت عدم کارکرد کلستومی مجددا تحت عمل قرار می گیرد و در واقع بیمار در یک سراشیبی قرار می گیرد و بعد هم علایم شوک سپتیک و نهایتا مرگ.
* تجویز شیاف بیزاکودیل و شربت لاکتولوزو درمانهای علامتی فقط تشخیص اصلی را به تعویق انداخته است.
* صرف اینکه یک خانم باردار با اینچنین مشکلاتی مراجعه کند و هرگونه مشکلات به بارداری ربط داده شود نیز می تواند باعث تشخیص های اشتباه و اقدامات دیر رس شود.