**صورتجلسه پنجاهمین کمیته دانشگاهی مرگ مادر باردار**

**مورد اول :**

**متوفی 29 ساله باردار35W+5D ؛ G1ر بیمه تامین اجتماعی و ایرانی ، در تاریخ 17/1/1400 ساعت 23:50 در اورژانس بیمارستان اول در سطح 2 تریاژ تحت نظر متخصص طب اورژانس قرار گرفت.**

**شکایت بیمار ضعف و بیحالی بعد از سفر به کرمانشاه حدود یک هفته است که دچار سرفه و تب و لرز و میالژی شده است بیمار هوشیار است و دیسترس تنفسی دارد .**

**O2Sat= 89% بدون ماسک BP=110/80 PR=112 RR=20 T=39.1**

**یک گرم آپوتل و یک لیتر سرم N.S و آمپول ویتامین C دریافت کرد.**

**مشاوره داخلی: درخواست CT اسکن ریه ، دگزا متازون 8mg BD و رمدسیویر 200 IV و انوکساپارین 40**

**مشاوره زنان درخواست NST شد و به دلیل احتمال زایمان زود رس از بیمار رضایت نداشتن.NICU گرفته شود .ضمن این که بهتر است با توجه به پرخطر بودن مادر به مرکز مجهز اعزام شود.**

**گزارش CT اسکن ریه : کدورت های Air Space منتشر در هر دو ریه به نفع پنومونی ویرال کووید 19 دیده شد.شواهدی از لنفادنوپاتی دیده نشد .علائمی از پلورال افیوژن و یا مایع پریکارد مشهود نمی باشد. سایز قلب نرمال است.**

**آزمایشات:**

 **WBC=5900 Hb=10.5 PLT=177 AST=39 ALT=27 BS=95 K=4 Na=139 Troponin=0.3 CRP=29 Creat=1 LDH=350 CPK=90**

**ساعت 1:20 بامداد روز 18/1/1400 از بیمارستان سطح 3 پذیرش گرفته شد و ساعت 2:27 دقیقه بامداد اعزام گردید.**

**پرونده متوفی در بیمارستان دوم:**

**در ساعت 4:37 دقیقه بامداد روز 18/1/1400 در بیمارستان دوم در سرویس پریناتولوژیست در ICUجراحی ادمیت شد.**

**مشاوره داخلی: O2Sat با ماسک معمولی O2-5-6 lit = 95% RR=28 PR=126 BP=110/80**

**سمع ریه ها کاهش صدا .**

**دستورات : انوکساپارین 40 s.c روزانه –cefepim 1 gr BD –دگزا متازون 4mg QID تا 48 ساعت و سپس متیل پردنیزولون-آپوتل –فاموتیدین 40 –ویتامین D – با توجه به BS=105 چارت BS با گلوکومتر و اجرای پروتوکل انسولین و O2 با ماسک و حفظ O2Sat ≥ 95%**

**مشاوره قلب: T=38.3 PAP=30 NOPE EF=50-60%**

**توصیه به انجام سونوگرافی کالرداپلر عروق اندام تحتانی و همچنین با توجه به افزایش PAP هپارین با دوز درمانی دریافت شود .**

**دکتر زنان: اجرای دستورات سرویس داخلی و قلب. NST روزانه دوبار و سونوگرافی BPS**

**دریپ هپارین 1000 واحد در ساعت شروع می شود.**

**سونوگرافی کالر داپلر نرمال گزارش می شود.**

**مشاوره سرویس ریه: در طول بارداری PAP=30 در Range طبیعی قرار دارد و با توجه به کالر داپلر نرمال ؛ هپارین در حد پروفیلاکسی دریافت کند.**

**از تاریخ 19/1/1400 : NPH 2 واحد صبح و 4 واحد شب و دریپ هپارین به 1100 واحد در ساعت می رسد .**

**20/1/1400 متیل پرد نیزولون 40BD IV شروع می شود و به علت افت O2Sat به 90-92% به طور متناوب از NIV استفاده می شود. Combivent. Neb و قرصN.C.C 600**

**تاریخ 21/1/1400 ویزیت سرویس ریه : مجددا توصیه به قطع دریپ هپارین می شود و به اطلاع سرویس قلب رسانده می شود که توصیه شد با توجه به تاکید گروه ریه مبنی بر عدم وجود PTE دریپ هپارین که به 1300 واحد در ساعت رسیده بود D.C می شود و هپارین 5000 واحد BD دریافت می شود .**

**ESR=30 INR=1 AST=34 ALT=30 Bili( T=0.6 D=0.3 ) Creat=0.8 LDH=1100 WBC=7600**

**از ساعت 5 بامداد روز 22/1/1400 بیمار متوجه حرکات جنین نمی شود NST شب گذشته Reactive بود.ساعت 6:30 ؛ FHR سمع نشد که با سونوگرافی IUFD تایید می شود.VBG و BS های 24 ساعت گذشته مشکل خاصی نداشتند.**

**به علت Chest pain شب گذشته مشاوره قلب درخواست شد که طبق نظر متخصص قلب درد قفسه سینه پلورتیک بوده و طی چند روز اخیر به صورت دوره ای 4-5 ساعته طول می کشید و در ECG تغییر خاصی مشاهده نشد.**

**جهت ختم بارداری با سرویس ریه هماهنگی صورت گرفت و به ختم بارداری اقدام شد .50 mcg میزوپروستول و تعبیه EASE انجام می شود**

**ساعت 22:20 در حین زایمان دچار افت O2Sat و دیسترس تنفسی و تاکی کاردی می شود که مجبور به اینتوبیشن می شوند و تحت دریپ فنتانیل و پروپوفل قرار می گیرد .همچنین اینترفرون 44 تجویز می شود.**

**ساعت 22:30زایمان طبیعی انجام می شود بعد از زایمان V/Bشدیدی داشت ( دکولمان 50% ) ؛ 1000 mcg میزوپروستول و 2 عدد مترژن و 80 واحد اکسی توسین می گیرد .درخواست 3gr فیبرینوژن می شود یک کیسه P.C ساعت 23:00 و یک کیسه FFP ساعت 2:00 AM تزریق می شود.**

**فقط یک گرم فیبرینوژن موجود بود که تزریق شد و 2 گرم بعدی تا ظهر روز 23/1/1400 تزریق می شود .بعد از زایمان به علت تب مروپنم یک گرم TDS و وانکو مایسین یک گرم B.D تجویز می شود .هپارین 5000 واحد از ساعت 6:00 AM مورخ 23/1/1400 ادامه می یابد و cefepin ,DC می شود.**

**جواب کشت خون سودومونا گزارش می شود و آنتی بیوتیک Colistin 2 میلیون واحد stat و سپس Tds به داروها اضافه می شود.**

**D-Dimer =6.9 LDH=1877 Fibrinogen=192 PT=14 PTT=38 INR=1.1 PCR Test =+**

**ساعت 15بیمار دچار تاکی کاردی ناگهانی و افت O2Sat می شود آدنوزین 6mg IVدریافت می کند متیل پردنیزولون 250 mg IV Stat در یافت می کند و C.X.R پرتابل پنومومدیاستن گزارش می شود.**

**سرویس ریه: با توجه به عددPT و PTT و نداشتن خونریزی Critical و نامحتمل بودن DIC و از طرفی به علت احتمال بالا بودن PTE ، دریافت فیبرینوژن و FFP سبب تشدید آن می شود و انوکساپارین 60 BD شروع می شود.**

**24/1/1400 : O2Sat= 83% Fibrinogen=127 LDH=1889 AST=81 ALT=56 CRP=80 PLT=115000 PT=14 PTT=30 INR=1.6 Creat=0.8 WBC=13000 Hb=9.1 PH=7.33 PCO2=32.5 HC03=16.3 K=3.5 Na=146**

**با توجه به فیبرینوژن و پلاکت پایین مشاوره خون درخواست می شود .PBS نرمال است و توصیه به تزریق 2 گرم فیبرینوژن می شود و چک روزانه تستهای انعقادی و LDH .**

**ساعت 12 ظهر به دنبال افت ناگهانی O2Sat به 40% و تعریق شدید، دچار حرکات شبه تشنج می شود .**

**مشاوره نورولوژی : در حال حاضر=65% O2Sat و BP=150/100 مردمک ها میدسایز ، Reactive و اندامها را قرینه حرکت می دهد و obey نسبی دارد.**

**Levebelیک گرم Stat سپس 500 BD –Brain CT و دریپ TNG برای بیمار در صورت فشار بالای 120 درخواست می شود.**

**ساعت 21 مشاوره جراحی بعد از C.X.R پرتابل انجام می شود .پنومومدیاستن دیده شد و آمفیزم زیر جلدی گردن مشاهده شد.علائم پنوموتوراکس ندارد و اقدام اورژانس جراحی نیاز ندارد .**

**T=37.8 O2Sat=82% PR=128**

**ساعت 23:00 طبق نظر متخصص بیهوشی و متخصص داخلی مقیم تنظیمات دستگاه تاثیری بر روی اصلاح O2Sat ندارد و افت o2sat در زمینه درگیری وسیع ریوی است.**

**ساعت 23:15 به دنبال برادیکاردی آسیستول می شود و به مدت 20 دقیقه 4 آتروپین و 4 اپی نفرین و دریپ NE دریافت می کند که CPR موفق بود ولی مجددا ساعت 23: 55 به مدت 30 دقیقه به دنبال آسیستول CPR می شود و 6 عدد آدرنالین و 4 عدد آتروپین دریافت می کند که متاسفانه موفق نبود و 25 دقیقه بامداد فوت بیمار اعلام می شود.**

**پرسشگری: 28 ساله ؛ LMP=99/6/1 و EDC=8/3/1400**

**تحصیلات فوق دیپلم-شغل همسر راننده با تحصیلات لیسانس .وضعیت اقتصادی مطلوب**

**بارداری خواسته قبل از بارداری سال 98 در پایگاه بهداشتی تشکیل پرونده داده بوده است.**

**اولین مراجعه در طی بارداری 19/7/99 در هفته 6-5 بارداری بوده است.و تشکیل پرونده در همان پایگاه انجام شده است.23/7/99 مشاوره تعذیه به علت BMI=28 انجام شده است . در مجموع 3 نوبت مراقبت بارداری ( مراجعه در هفته 6-5 .مراجعه دوم در 30-24 و مراجعه سوم در تاریخ 14/1/1400 در هفته 34-31 ) و 6 مراجعه بعدی جهت دریافت مکمل ها –ثبت آزمایشات و پیگیری مشاوره های تغذیه بوده است.**

**6/1/1400 و 13/1/1400 غربالگری کرونا ویروس انجام شده است.**

**همسر خانم اظهار می کند در 15/1/1400 همسرش از گلودرد شکایت داشته و به درمانگاه مراجعه می کند .پزشک درمانگاه سرم تزریق کرده و دارو تجویز نمی کند و تست هم انجام نمی دهد.همچنین ایشان اظهار می کنند جهت پیشگیری از کرونا در ایام عید به مسافرت هم نرفتند و آخرین غربالگری کووید در تاریخ 13/1/1400 و مراجعه آخر به پایگاه در تاریخ 14/1/1400 بوده است.**

**نظرات اعضا :**

* **دوروز قبل از مراجعه به بیمارستان که بیمار به درمانگاه مراجعه نموده است ، با توجه به سفر به مناطق پرخطر و وجود علایم مشکوک کووید باید به وی توصیه پیگیری می شده استو تست PCR انجام می شد ولی 2 روز بعد به بیمارستان مراجعه کرده که کمی دیر است. بیمار در فاز تنفسی شدید به بیمارستان اول مراجعه کرده است.**
* **در بیمارستان اول با وجود تب بالا ، دگزامتازون بدون آنتی بیوتیک شروع شده است .**
* **در بیمارستان دوم با توجه به اینکه بیمار در فاز تنفسی شدید وبا سن بارداری ۳۶ هفته بوده ، اقدام به ختم بارداری نشده تا اینکه در سن ۳۶ هفته و ۳ روز دکولمان و متعاقبا مرگ جنین رخ داده است .**
* **در هفته 36 بارداري بهتر بود با توجه به سن جنين ودريافت كورتون و فشارخون مادر و احتمال دكولمان و كوويد ختم بارداري زودترانجام كه حداقل نوزاد زنده مي ماند.**
* **تزريق فيبرينوژن بنظر درست نميرسد ،**
* **باز هم مثل موارد مشابه متاسفانه عدم هماهنگي بين سرويس هاي مختلف بوده است .**
* **با توجه به سیر طولانی لیبر و هیپوکسی بیمار ،آتونی و خونریزی پس از زایمان قابل انتظار بوده و باید اقدامات پروفیلاکتیک انجام می شده است ، مضافا به اینکه تزریق مترژن هم در این بیمار توصیه نمی شده است.**
* **با توجه به شواهد اکوکاردیوژنیک هیچگونه قصور قلبی- عروقی در بیمار رخ نداده است**
* **علت اصلی سیر وخیم منجر به مرگ مادر ؛ شدت بیماری زمینه ای( کووید-19) و عوارض آن بوده است.**

**مورد دوم :**

**متوفی 31 ساله تبعه افغانستان G4P3 ( NVD) حامله دوقلوی 28 هفته ساعت 15:00 مورخ 27/1/1400 به علت سرفه و تنگی نفس به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند.توسط متخصص طب اورژانس ویزیت می شود .نامبرده از 4 روز قبل دچار تب و لرز و سرفه بوده و از صبح امروز تنگی نفس اضافه شده است ضمنا چند روز قبل به درمانگاه خصوصی مراجعه داشته است.**

**خلاصه پرونده بیمار در درمانگاه: توسط پزشک عمومی ویزیت می شود.باردار با شکایت تب و سرفه .علائم T=36 PO2= 94 دستورات : سرم 1/3 2/3 ، 500 سی سی – آمپول آپوتل و آمپول ب. کمپلکس .شربت تئو فیلین هر 8 ساعت .آموکسی سیلین500 ، Tds و قرص استامینوفن.**

**سطح تریاژ یک- کراکل دوطرفه ریه –مشاوره زنان انجام می شود.**

**T=37.2 BP=116/72 PR=108 RR=35 O2Sat = 40% که با ماسک به 70% می رسد.**

**درخواست مشاوره عفونی و بیهوشی و پزشکی قانونی می شود.**

**تشکیل کمیته مادر پرخطر –سونوگرافی BPP هر دوقل –هیدراسیون مناسب – سوند فولی fix – CT ریه با شیلد و lit 15/min o2**

**ساعت 16:00 تیم مادر پرخطر در بالین بیمار تشکیل می شود.**

**مشاوره بیهوشی انجام می شود .بستری در ICUایزوله و به NIV متصل می شود .GCS=15**

**مشاوره عفونی به صورت تلفنی: دگزا متازون 8mg Tds -هپارین 7500 sc BD -ویتامین C –کپسول زینک – ویتامین D –فاموتیدین 40 –آمپول M.S 2 gr در 30cc N.S داخل فلوتر اکسیژن .**

**باتوجه به BS=127 ؛ BS 4 نوبته با گلوکومتر درخواست می شود.**

**WBC=10.1 Hb=12 PLT=176 Creat=0.7 AST=32 ALT=57 CRP=62 Troponin=101.8 LDH=1084 Ca=8.7 Na=148 K=3.2 Mg=2**

**سونو گرافی BPPهر دوقل 6/8 بدون NST هردوقل بریچ ( 28w+4d & 28w+1d ) -دی کوریون – دی آمنیون .**

**NST انجام شد Reactive**

**Chest CT: نمای G.G.Oو کانسالیدیشن منتشر هردو ریه ( white lung ) قویا مطرح کننده پنومونی Extensive با کووید 19 می باشد.کاردیومگالی خفیف دیده شدلنفادنوپاتی مدیاستن مشاهده نشد پلورال افیوژن ندارد .**

**ساعت 24:30 در ICU به علت افت شدید O2Sat به 40% و عدم پاسخ به NIV توسط دکتر اینتوبه می شود .با میدازولام و پروپوفل و فنتانیل Sedate می شود .به علت بالا نیامدن O2Sat به سطح مطلوب به متخصص زنان اطلاع داده می شود پس از هماهنگی تیم زنان و بیهوشی تصمیم به ختم بارداری به علت Sever maternal hypoxia گرفته می شود .**

**ABG: PH=6.80 PCO2= 118.6 PO2= 23 BE= - 15.80**

**ساعت 1:40 بامداد به همراه متخصص بیهوشی و با دستگاه ونتیلاتور پرتابل با O2Sat 50% به اتاق عمل منتقل می شود.**

**حاصل سزارین قل اول پسر آپگار 2/10 سفالیک – قل دوم آپگار 2/10 بریچ .**

**بعد از سزارین به علت آتونی رحم 1000 mcg میزو پروستول و 120 واحد اکسی توسین دریافت می کند.**

**حین عمل دچار افت BP و HR ( PR=42 BP=66/41 ) .با تزریق اپی نفرین اصلاح می شود .**

**BP=120/74 PR=101 U/O طی عمل 700cc**

**در حین عمل 2 لیتر مایع دریافت می کند وساعت 3:00 AM حین انتقال به ICU دچار ارست قلبی شده و CPR می شود. 3 عدد آتروپین و 6 عدد اپی نفرین .احیاء 30 دقیقه به طول می انجامد که متاسفانه موفق نبوده و ساعت 3:30 AM فوت بیمار اعلام می شود .**

**پرسشگری :**

**متوفی 31 ساله G4P3 ، حاملگی آخر دوقلویی که یکی از قل ها بعد از 2 روز در NICU فوت می کند.**

**آخرین بارداری 18 ماه قبل –حاملگی خواسته –متوفی افغان از 6 سال قبل به کشور آلمان مهاجرت کرده و تبعه آن کشور می باشد .در کشور آلمان حقوق بیکاری از دولت دریافت می کردند و مسکن دولتی داشته و مخارج پزشکی تحت حمایت دولت آلمان بوده است. تحصیلات متوفی ابتدایی همسر بیسواد و بیکار.**

**11/1/1400 جهت انجام مراسم خانوادگی به ایران مسافرت می کند و در منزل خواهر شوهر ساکن شدند .**

**2 نوبت توسط ماما ویزیت شدند. و یک نوبت هم در درمانگاه توسط پزشک ویزیت شده است .**

**تاریخ 27/1 به منزل پدر و مادرش مراجعه می کند که دچار تنگی نفس پیشرونده شدکه نهایتا به بیمارستان منتقل می شود.**

**نظرات اعضا :**

* **متوفي چندين روز قبل دچار تب ولرز و سرفه بوده كه بسيار دير مراجعه كرده است البته اشاره به ويزيت درمانگاه خصوصي نيز شده که جواب Rapid test منفی بوده و اقدامات سرپایی صورت گرفته است**
* **بیمار در بدو ورود با توجه به O2 sat=40% چگونه برای بیوفیزیکال پروفایل فرستاده شده؟ و آیا اندیکاسیون اینتوباسیون در همان زمان نداشته است.**
* **خونریزی پس از سزارین در اینمورد قابل انتظار بوده است. بدلیل دوقلویی و هیپوکسی لذا باید اقدامات پروفیلاکتیک انجام می شد**
* **بهتر بود مشاوره عفوني انجام می شد و لیکن دستور تلفني داده اند .**
* **علت اصلی سیروخیم بیماری منجر به مرگ مادر ، شدت بیماری زمینه ای( کووید-19) و عوارض آن بوده است.**

**مورد سوم :**

**متوفی 34 ساله ؛ G2P1 براساس 33W+3d LMPبا شکایت ضعف وبیحالی و سرفه از 3 روز قبل ساعت 3:05 مورخ 18/1/1400 به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند. سطح تریاژ 2 و توسط متخصص طب اورژانس تحت نظر قرار می گیرد .**

**BP=126/86 PR= 86 RR=16 T=37 O2Sat= 90%**

**درخواست مشاوره زنان و داخلی و بیهوشی می شود.**

**ویزیت متخصص داخلی:**

**O2Satبدون ماسک 85% و با ماسک 94%**

**درخواست Chest CT**

**در صورتO2Sat کم تر از 85% ؛ ماسک رزرو دار استفاده شود.**

**فاموتیدین 40- دگزا متازون IV 6mg –رمدسیویر 200 –ویتامین C –Zinc - سرم 500 N/S stat – هپارین 5000 s.c BD**

**ویزیت متخصص زنان: درخواست NST و سونوگرافی بارداری**

**ویزیت متخصص بیهوشی: بستری در ICU**

**سونوگرافی ساعت 12 ظهر:**

 **AFI = 2-3 cm شدیدا کاهش یافته**

 **FHR= OK / EFW= 1900 ± 500 gr / FL=34W+5d / AC=32 WK / NST= Reactive**

**گزارش Chest CT: نمای OGG شدید و منتشر دو طرفه ریه ها**

**ساعت 15:30 با ماسک رزرو دار در ICU بستری می شود.**

**PT=12.1 PTT=38 INR=1 CRP=+4 Creat= 0.9 Troponin < 1.5 CPK=63 LDH= 941 AST=43 WBC=7.9 CPK MB=6 ESR=20 ALT=40 Hb=11.7 Na=138 PLT=177 K=4.2**

**در ICU رمدسیویر – ویتامین سی و دگزا متازون دریافت می کند.**

**ساعت 19:20 سونوگرافی BPS انجام می شود. AFI در حد صفر ؛ جفت Low Lying و BP= 6/10 بدون NST**

**توسط دکتر جهت ختم بارداری و نداشتن NICU با بیمارستان سطح3 هماهنگی جهت اعزام انجام می شود .که توسط دکتر ساعت 20:30 پذیرش داده می شود . اعزام ساعت 20:45 صورت می گیرد .**

**O2Sat با ماسک 98%= /T=37 / RR=19 / BP= 108/64**

**پرونده بیمارستان دوم:**

**ساعت 23:38 در بیمارستان دوم پذیرش می شود .**

**(NVD) G2P1 / BMI= 21.7 / BP=113/70 / PR=95 / RR=38**

**O2Sat 88% : بدون ماسک 98% با ماسک**

**مشاوره داخلی ریه قبل از C/S: ایمی پنم 500 Stat QID و انوکساپارین 40 daily - پنتازول 40 – O2 با ماسک 7 lit/ min - رمدسیویر روزانه 100 – دگزا 8mg TDS - Serum H/S 1 Lit و ICU Admit**

**Neb ( Combivent , Pulmicort ) و 600 ACC**

**ساعت 1:15 تا 2 صبح مورخ 19/1 تحت SP.A سزارین انجام شد .نوزاد دختری با آپگار 8/10 .حجم مایع بسیار کم و غلیظ و بد بو .جفت جهت پاتولوژی ار سال شد. طی عمل 2 لیتر سرم در یافت کرد .وزن نوزاد 1500 gr**

**ساعت 2:30 به ICU منتقل می شود داروها : کلیندا مایسین + جنتا مایسین + ایمی پنم – 8 ساعت NPO – جوراب TED**

**از نظر سرویس زنان پس از هماهنگی با گروه داخلی احتمال ARDS بعد از کوریو آمنیوتیت ؛ علاوه بر کووید 19 می تواندمطرح باشد. و به همین علت بهتر است از تزریق کورتون اجتناب شود و شروع هپارین 5000 S.C BD ؛ 12 ساعت بعد از سزارین.**

**ساعت 9:40 ویزیت ریه: O2Sat= 85% با ماسک ؛ توصیه می شود در صورت O2Sat < 80 به NIV متصل شود.**

**دستورات : گاباپنتین 300 BD – دگزا 4mg BD – Actemra**

**طبق نظر سرویس زنان فعلا Actemra تزریق نشود .توصیه به تزریق هیدروکورتیزون 200 stat BD**

**ساعت 17:20 به علت دیسترس تنفسی شدید و تاکی پنه و Near Arrest و افت o2Sat به زیر40% و همچنین به علت خلط خونی و احتمال ادم ریه بیمار اینتوبه شد. هیدروکورتیزون hold .دگزا 4mg Tds - لازیکس 20 mg stat BD**

**دریپ پوفول و فنتانین شروع می شود. توصیه به تزریق Actemta**

**طبق مشاوره تلفنی با متخصص قلب : Actemra تزریق نشود.احتمال میوکاردیت می تواند مطرح باشد. هپارین 5000 Tds توصیه می شود.همچنین توصیه به انجام اکو می شود.**

**ساعت 19:30 self extube شد و مجددا اینتوبه مشود .دریپ N/E در صورت BP کم تر از 90 شروع شود.**

**ساعت 20:00 طبق نظر تلفنی خانم متخصص قلب: ECG نکته خاصی ندارد – هپارین 800 واحد در ساعت دریافت کند.**

**20/1/1400 دریپ هپارین به 1000 واحد در ساعت می رسد.**

**ویزیت قلب و انجام اکو توسط دکتر EF= 60% : / NOPE / Mild MR .شواهدی به نفع بیماریهای دریچه ای و کاردیو میوپاتی ندارد.پروفیلاکسی PET با دوز مناسب توصیه می شود .**

**ساعت 21:00 O2Satبه 55% کاهش می یابد .setting دستگاه تنظیم می شود 20 gr .IVIg تا 5 روز Order می شود .**

**تاریخ 21/1/1400 دریپ هپارین D.C می شود و شروع انوکساپارین 60 BD**

**به درخواست سرویس زنان با توجه به PCR منفی کورتون Taper شود. دگزامتازون به 4 mg BD کاهش می یابد.وانکو مایسین یک گرم BD و کلسی سین 1 BD به داروها اضافه می شود.**

**سونوگرافی کالر داپلر اندام تحتانی نرمال گزارش می شود.**

**22/1 : Covid ( IgM +4.9 IgM +2.9 ) ؛ C.X.R روزانه تغییری نداشت.**

**به علت O2Sat= 60% علاوه بر ساکشن ترشحات لوله تراشه و تعویض لوله تراشه با تغییرات تنظیمات ونتیلاتور O2Sat به 83% می رسد.**

**23/1 ساعت 1:00 AM مجددا سطح اکسیژن به 70%می رسد که از نظر سرویس داخلی نیازی به درمان دارویی ندارد و فقط تنظیمات دستگاه تغییر کند.**

**اکو و مشاوره قلب ساعت 9:00 صبح توسط دکتر: EF=35-40% ؛ احتمال کاردیو میوپاتی پری پارتوم یا کاردیو میوپاتی Stress Induced مطرح است.**

**توصیه به دریپ دو بوتامین – بروموکریپتین 2.5 BD -آلداکتون 25mg روزانه – لازیکس 10 mg QID**

**24/1 مشاوره نفرولوژی: به علت افزایش کراتی نین به 2.4 و افزایش INR=2.93توصیه می شود کلیه سرم ها قطع شود. –انوکساپارین D.C - کربنات کلسیم BD PO**

**کاهش دوز وانکو مایسین به 1 gr یک روز در میان –کاهش دوز ایمی پنم به 125 QID بعد از اصلاح INR تعبیه شالدون جهت دیالیز**

**PH=7.19 PCO2=37.9 HCO3=14.3 Ca=6.9**

**توصیه سرویس عفونی : شروع Calsitin دو میلیون stat یک میلیون BD**

**سونوگرافی شکم و لگن نرمال –مختصر مایع آزاد در شکم و لگن**

**WBC=8.4 17.9 11.6 16.5 18.3**

**PLT=183 309 305 274 185**

**Hb=11.4 9.4**

**PT= 13.5 13.5 13.5 37.6**

**PTT = 29 40 33 57**

**INR= 1 2.93**

**CRP=126 AST=20 ALT= 25 Na=145 k=4 Bil( T=4.2 D=2.4 ) مشاوره هماتولوژی:**

**PBS و شیستوسیت واضح ندارد .آنیروسیتوز = + giantPLT = +**

**توصیه شد چک روزانه D-Dimer – FDP –فیبرینوژن – LDH – تستهای انعقادی روزانه – 2 واحد FFP ترنسفوزیون**

**در صورت INR> 3 2 واحد FFP مجدد دریافت کند**

**ساعت 12:15 به علت برادیکاردی و اسیستول CPR شروع می شود و به مدت 45 دقیقه ادامه می یابد 9 آدرنالین ؛ 4 آتروپین دریافت می کند که متاسفانه CPRموفق نبوده و ساعت 13:00 فوت می کند.**

**نظرات اعضا :**

* **متخصص زنان نبايد دخالت در تزريق هاي دارويي كوويد ميكردند.**
* **مشاوره قلب تلفني ارزشي ندارد و حدس ميو كارديت و قطع دارو صحيح نيست . بايد حضوری اكو انجام و بعد دستور مقتضي بدهند كما اينكه پس از اكو تشخيص ميو كارديت رد شده و مجددا تشخيص داده اند .**
* **عبارت Self Extube را زياد در پرونده ها مي بينيم . متخصصين ICU و بيهوشي بايد علت را مشخص كنند، آيا كنترل پرستاري مناسب نيست؟**
* **اقدامات قلبی- عروقی مناسب انجام شده و قصور قلبی- عروقی مطرح نیست.**
* **علت اصلی سیروخیم بیماری منجر به مرگ مادر ، شدت بیماری زمینه ای( کووید-19) و عوارض آن بوده است.**