صورتجلسه پنجاه و یکمین کمیته دانشگاهی مرگ مادر باردار

* اعزام بیماران باردار high riskکرونایی از ICUبسیار خطرناک بوده و به هیچ وجه نباید انجام شود.چون از زمان تصمیم به اعزام تا انتقال بیمار در رسیدن به مقصد golden time درمان در شرایط criticalاز دست می رود.
* انجام Rapid test کرونا در مادران باردار 2 بار انجام شده تا به علت False negative بالا در این تست با این اقدام sensitivity را تا 80% افزایش دهیم.
* واکسیناسیون مادران باردار خصوصا پرخطر در اولویت باشد و در سه ماهه اول بهتر است .Risk assessment در مورد واکسیاسیون در بارداریهای پرخطر انجام شود تا شرایط تزریق سنجیده شود
* اطلاع رسانی و آموزش علاوه بر کادر درمان در زمینه افزایش حساسیت بیشتر در بستری آنها می بایست برای مادران باردار فراهم شود و مادر باردار باید آگاه باشد که در شرایط کرونا می بایست close fallow up داشته باشد و ترس از مراجعه به موقع و عدم درمان می تواند خودش ریسکی برای افزایش مورتالیتی باشد.
* اقامتگاههائی برای مادران باردار مشکوک به کرونا باید در نظر گرفته شود. ( با در نظر گرفتن شرایط استاندارد برای این افراد ) ؛ تا ترس از حضور در بیمارستان از اقدامات درمانی به موقع و خود درمانی در منزل جلوگیری شود.

مورد اول :

متوفی 35 ساله باردار 32w+2d؛ G2P1IUFD1 (در 23 هفتگی) تقریبا از یک هفته قبل به علت سردرد میالژی ، مراجعات و خدمات سرپایی داشته که به علت عدم پاسخ به درمان ها، با تنگی نفس مورخ 2/3/ ساعت 23:20 با وسیله شخصی به بیمارستان امام سجاد(ع )شهریار مراجعه می کند.

T=37.5 BP=105/70 O2Sat with cbn=93% RR=22 PR=138

تحت نظر متخصص طب اورژانس قرار می گیرد.

نامبرده طی بارداری اخیر مصرف روزانه ASA 80mg و انوکساپارین 40 را ذکر میکند.

Chest CT انجام می شود .کانونهای متعدد G.G پراکنده در هر دو ریه در نواحی پریفرال به نفع کووید -19 دیده شد.

در اتاق ایزوله اورژانس تحت نظر قرار می گیرد.تستPCR انجام و مشاوره داخلی ، زنان و عفونی انجام می شود.

متخصص داخلی: آپوتل- سفتریاکسون –کلگزان 40 –پنتازول 40 –دگزا TDS8mg –آزیترو 500 –سرم 3/2 3/1 500 سی سی TDS –ویتامین D سیصد هزار عضلانی- رمدسیویر 200 –شربت دیفن هیدرامین

متخصص زنان: NST – سونوگرافی- کنترل BS در چهار نوبت ( BS Stat=103 )

متخصص عفونی: آمپول Neupogen s.c روزانه تا 3 روز

سونوگرافی انجام شد.31w+6d –جفت قدامی –وزن جنین 1930 گرم- AFI=9.5-10 cm

ساعت 13:30 روز 3/3/00 در بخش در سرویس زنان بستری می شود.

روزانه ویزیت زنان-داخلی و عفونی دارد.

ویزیت داخلی در بخش:سرم H.S 2 لیتر روزانه-سولفات منیزیم Inhaler –O2 با ماسک 8 لیتر SPO2=96% - دگزا 8 میلی گرم BD

4/3 : O2 بدون ماسک 81% ؛ با ماسک 10 Lit O2 =89%

WBC=8.5 Hb=9.2 PLT=132 FBS=135

VBG ( PH=7.42 HCO3=21.5 PCO2=33.6 BE=-2.5 )

Creat=0.7 Na=134 K=4.3 HbAIC= 6.3

مشاوره : طبق نظر دکتر ICU Admit می شودو استفاده از ماسک رزرودار –در صورت O2≤ 80 به NIV متصل شود

به علت تاکی کاردی مشاوره قلب: از بدو ورود تاکی کارد بوده است که می تواند در زمینه آنمی و دهیدراته بودن تشدید شود.

اکوی قلب:

 NL diastolic function ; NL ( RV ; LV Size ) EF=55%

توصیه شد 3 لیتر سرم H/S روزانه – قرص Con cOr2.5 mg BD

مشاوره تلفنی با فوق ریه: امپول نوپوژن DC – قرصAirokast 10 روزانه- Neb pulmicort- دگزا 6mg TDS

5/3/ ویزیت داخلی: شروع NPH 4 واحد در ساعتam 6:00 + 4 واحد 6:00pm –همچنین کاگزان 60 BD

D-Dimer=Weakly positive LDH= 522 CRP=+2 PT=12 PTT=37 INR=1 ESR=28

W=11.7 Hb=10.4 PLT=148 FBS=132 Creat=0.7 AST=26 ALT=25 Na=132 K=3.4 Mg=2

ABG( PH=7.39 PCO2=37.1 BE=-2.1 HCO3=22.5 )

ویزیت متخصص عفونی: شروع وانکو مایسین BD

ویزیت فوق تخصص ریه: شربت دکستورمتورفان –دگزا 8 QID –انوکساپارین DC –هپارین 5000 QID و طبق دستور ایشان به NIV متصل شده و O2Sat با NIV به 90% می رسد.

به علت افت O2Sat علیرغم اتصال به NIV و نیاز به حضور فوق ریه به طور دائم در بیمارستان ساعت 13:30 توسط متخصص زنان در خواست اعزام به بیمارستان مجهز صورت می گیردو در نهایت ساعت 14:30 پذیرش از بیمارستان گرفته می شود و با آمبولانس کد دار اعزام می شود.

 BP=112/74 RR=24 PR=124 SPO2=85% با ماسک رزرو دار

ساعت 17:30 در بیمارستان مقصد ادمیت می شود طبق اظهارات مکتوب متخصص پرسنل اعزامی همراه بیمار dis orient و از وضعیت بیمار ناآگاه بودند و حتی دوز مصرفی در آخرین وعده های دارویی را نمی دانستند.

حین پذیرش بیمار unstable و آژیته بود ودیسترس تنفسی داشت و دهیدراته بود.

PR=130 SPO2 =80% با ماسک رزرودار و SPO2=88% با NIV

میزان 300 سی سی ادرار غلیظ در urin bag – بیمار بلافاصله به ICU منتقل شد. مشاوره داخلی انجام می شود.: پالس متیل پردنیزولون-انوکساپارین 60 BD –پنتازول 40 –NAC600 BD –مروپنم 1gr Tds –رمدسیویر –Neb pulmicort qid

ظرف مدت 15 دقیقه درicu ؛ O2Satبه 60% با NIV می رسد. اکروسیانوز و مخاطات کبود شده ؛ وضعیت بیمار Deteriorate شد و جهت جلوگیری از هیپوکسی جنین به اتاق عمل منتقل شد.

دریافت کلیندا و جنتا و اریترومایسین قبل از عمل توسط سرویس زنان order و اجرا می شود .

ساعت 19:00 به اتاق عمل منتقل می شود .شروع عمل 19:30 طبق اظهارات مکتوب متخصص بیهوشی بیمار آژیته با دیسترس تنفسی شدید ، RR=38 ؛ آکروسیانوز با کبودی مخاط به اتاق عمل منتقل شد PR=131 BP=112/87 .در پوزیشن Semi setting با NIV SPO2=60% ، با پروپوفل و ساکس اینتوبه شد.در هنگام لارنگوسکوپی زبان و مخاط راههای هوایی سیانوتیک بود و به ونتیلاتور متصل شدپس از اینتوبه SPO2=80% رسید.

ساعت 19:38 برادیکارد شد یک عدد آتروپین و یک عدد اپی نفرین و با ماساژ قلبی ظرف مدت 5 دقیقه برمی گردد . در ساعت 19:42 خروج نوزاد- آپگار صفر/ سه نوزاد دختر و تحویل متخصص اطفال می شود و به NICU منتقل می شود.

ساعت 19:50 مجددا بیمار برادیکارد شده که به مدت 10 دقیقه CPR طول کشید 2 عدد آتروپین و 2 عدد اپی نفرین می گیرد.

مجددا در انتهای عمل ساعت 20:05 دچار برادیکاردی شده که باز به مدت 10 دقیقه 2 عدد آتروپین 3عدد اپی نفرین برمی گردد.

ساعت 20:15 بیمار اینتوبه BP=95/62 SPO2 قابلSense نبود.با دریپ NE در ریکاوری در انتظار انتقال به ICU بود . درخواست مشاوره قلب شده بود و دستگاه پرتابل به اتاق عمل منتقل شده بود .

ساعت 21:00 همزمان با حضور اتند قلب بیمار مجددا برادیکارد شد و ایست قلبی پیدا کرد هر 5-3 دقیقه اپی نفرین تجویز شد و ماساژ قلبی داده شد که متاسفانه بعد از دریافت 6 اپی نفرین ساعت 21:30 فوت بیمار اعلام می شود.

 پرسشگری :

بیمار خانمی 35 ساله G2P1 IUFD1 (به علت ونتریکولومگالی شدید دو طرفه جنین ) سن ازدواج 30 سالگی فاصله 2 بارداری اخیر 1.5 سال ، بارداری خواسته ، تحصیلات دیپلمه ، بیمه تامین اجتماعی و دارای بیمه تکمیلی است .

شغل همسر آزاد ، تحصیلات همسر دیپلم و منزل استیجاری می باشد .

. در طی بارداری هیچ گونه مراقبتی در بخش بهداشت نداشته و 8 مراقبت پری ناتال در بخش خصوصی تحت نظر متخصص زنان داشته است .

سه نوبت مراجعه سرپایی قبل از بستری در بیمارستان سجاد داشته است ، که بار اول 30/2/1400با شکایت سرفه ،خشکی گلو و تب بوده که به بیمارستان تامین اجتماعی شهریار مراجعه کرده و تشخیص سرما خوردگی دادند و گفتند احتیاجی به تست کرونا ندارد .

مراجعه دوم 1/3/1400ساعت 15 به علت سرفه وتنگی نفس به مطب پزشک متخصص زنان بوده که درخواست آزمایش کردند ولی مادر از انجام آن خودداری می کند ( همسر اطلاعی از نوع آزمایشات ندارند )

همان شب ساعت 19به درمانگاه به همان علت سرفه و تنگی نفس مراجعه کردند که پزشک عمومی آن مرکز احتمال 95%ابتلا به کرونا را می دهد و CPR و CBC درخواست کردند و سرم تجویز شده و توصیه به مراجعه به بیمارستان می شود ولی مادر به علت ترس مراجعه نمی کند . نوبت آخر مراجعه و بستری در بیمارستان سجاد 2/3/1400ساعت 23:45 بوده است.

نظرات اعضا:

* اقدام خود بیمار برای مراجعه درمانی و شروع درمان به موقع انجام نشده و بسیار با تاخیر صورت گرفته است.
* اقدامات درمانی در بیمارستان فیروزگر به طور مناسبی انجام نشده است.
* بیمار در شرایط critical از Icu در امام سجاد(ع) اعزام شده و در فاصله زمانی اعزام و انتقال بیمار careمناسبی صورت نگرفته و golden time مراقبت از بیمار از دست رفته است.

مورد دوم :

متوفی 34 ساله باردار بر اساس LMP 9W+5d ؛ G3P1Ab1 سابقه c/s 13 سال قبل به علت مکونیوم غلیظ و 6 سال قبل سقط خودبخودی از 7-8 سال قبل دیابت overt و از 4 ماه قبل روزانه 12 واحد انسولین رگولار ( 4 واحد TDS ) –از یک سال قبل HTN و از 3 هفته قبل متیل دوپا 250 TDS و از 5 ماه قبل افزایش کراتی نین ؛ BMI=30 – به علت کریزHTN 3.9 به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند و در سطح تریاژ 2 و در سرویس متخصص طب اورژانس قرار می گیرد .ساعت 1:30 صبح :

T=36.8 RR=18 PR=80 BP=190/110 O2 Sat=96%

مشاوره زنان: کاپتوپریل 25 S.L – آمپول لابتالول40 IV در 100 سی سی سرم N.S طی 20 دقیقه انفوزیون - متیل دوپا 500 TDS – امیلودیپین 5 BD – مشاوره قلب وو سونوگرافی بارداری

مشاوره داخلی ساعت 3:00 AM در حال حاضر فشار خون 160/100 -لابتالول 10mg stat –ECG نرمال است .توصیه به مراجعه سرپایی به درمانگاه قلب -در شرح حال اشاره ای به ویزیت متخصص قلب 22/2/.. و انجام اکوی قلب و EF=55% شده است.

مددجو بدون انجام سونوگرافی با فشار خون 130/75 بدون رضایت به انجام سونوگرافی بعد از اطلاع به پزشکی قانونی ساعت 4:10 صبح از بیمارستان با رضایت شخصی ترخیص می شود.

PT=13.8 PTT=39 INR=1.1 BS=114 AST=21 ALT=29 ALK=243 29 Na=138 k=5 wbc=8.2 Hb=9.2 PLT=263 Ca=9 Creat=2.3 BUN=

مجدداتاریخ 15/3 (6 روز بعد از مراجعه اول ) ساعت 13:45 به اورژانس بیمارستان مراجعه به علت تنگی نفس –سرفه و بی اشتهایی از یک هفته قبل که امروز تشدید شده است و در سطح 2 تریاژ در سرویس متخصص طب اورژانس قرار می گیرد.

 O2Sat=81% باماسک 96%

BP=160/90 RR=14 T=36.9 PR=140

مشا وره داخلی دکتر صبوری: دیسترس تنفسی ندارد – اسپری Atrovent - سالبوتامول – Seroflu – استامینوفنTds –تست PCR –o2 Nasal Lit /min 3-5 - اجرای پروتکل انسولین- مشاوره عفونی- سفتریاکسون- مشاوره بیهوشی- پذیرش ICU

مشاوره بیهوشی:پذیرش ICU انجام شود.

مشاوره زنان: انجام سیتی اسکن با شیلد – A.S.A 80 mg – بارداری 10w+ 4d –مشاوره قلب .

ساعت 14:10 طی تماس تلفنی متخصص : سرم TNG در صورت فشار بیشتر از 150 و آمیلودیپین 2.5 BD

ساعت 15:45 تحویل ICU عفونی می شود

16/3 : ویزیت خانم دکتر متخصص عفونی: شروع رمدسیویر 200 – مشاوره قلب-ویزیت داخلی

متخصص داخلی: انسولین رگولار 4 واحد BD - انسولین NPH 8 واحد BD

WBC=6.6 Hb=10.1 PLT=198 BUN=48 Creat=4.4 Mg=2.1 K=4.6 Na=138 AST=52 ALT=15 U/A( Protein=+2 Ketone=Neg ) PT=13 PTT=36 INR=1

سیتی اسکن انجام شد: کانسالیدیشن وسیع در لوبهای تحتانی هر دو ریه و لوب فوقانی راست و کمتر در لوب فوقانی چپ

ساعت 13:30 به دلیل فشارخون 170/101 ویزیت زنان توسط انجام شد : لابتالول تجویز می شود

O2Sat با ماسک رزرو دار 86% -بعد از 2 دوز لابتالول فشار به 135/85 می رسد

ساعت 14:10 به علت افزایش Creat به 5 مشاوره داخلی توسط پزشک انجام می شود.توصیه به NPO شدن بیمار – مشاوره نفرولوژی – انجام سونو داپلر عروق کلیه

مشاوره قلب توسط متخصص : دریپ لابتالول شروع شود – آمیاودیپین D/C

به علت BS=326 سرویس داخلی دریپ انسولین را شروع می کند.

VBG( PH=7.28 HCO3=15 BE=-10.6 PCO2=31 )

همچنین احتمال DKA به علت اسیدوز متابولیک مطرح می شود.

متخصص تصمیم به اعزام بیمار به دلیل High risk بودن می گیرند.

ساعت 16:00 دیسترس تنفسی moderate پیدا می کند . o2sat به 79% می رسد.به NIV متصل شد که بیمار تحمل نمی کند.

طی هماهنگی با بیمارستان پذیرش گرفته می شود و ساعت 16:19 اعزام انجام می شود.

BP=140/80 PR=130 RR=20 T=37 O2Sat=75%

ساعت 18:48 به بیمارستان مقصد رسیده و 19:15 درICU پذیرش می شود .

BP=130/70 PR=106 RR=24 T=36.6

 O2 SATبا ماسک رزرو دار85 درصد بدون ماسک 60 درصد

مشاوره داخلی : متیل پردنیزولونTds IV 40 – ادامه دریپ انسولین – سفتریاکسون –

حفظ O2 SAT 97%<درصورت کاهش NIVمتصل شود . ادامه رمدسیویر 100تا 5 روز دریپ لابتالول – پنتازول 40- (Combivent , Pulmicort)Nebفولیک اسید وz.c ویتامینD 1000روزانه

مشاوره تلفنی با اتندینگ نفرولوژی ( سرم h/s250 cc +U/O طی 6 ساعت ) intake=درصورت تجویز 40mgلازیکس و برقراری دیورز اقدام خاصی نیاز ندارد . درصورتی که بعدازmg 80لازیکس دیورز برقرار نشد . دیالیز اورژانس انجام شودU/A قبل از تجویز 700cc بود که با 40mg لازیکسcc 1000 می رسد .

طی تماس تلفنی با دکترطبق نظر ایشان باتوجه به فشارخون un Controlبهتراست ختم بارداری صورت گیرد درصورتok نفرولوژی و ریه انجام پذیرد . از سرویس نفرولوژی okختم داده می شود ولی سرویس ریه موافقت نمی کنند و بررسی بیشتری جهت تصمیم گیری نیازمنداست.

ساعت1:15 صبح 17/3به دنبال افت O2 SAT به 30% بیمار اینتوبه می شود. دریپ لازیکس و دریپ هپارین800 واحد درساعت +دریپ فنتانیل

به علت آلبومین1.9 ویال آلبومین20% دریافت می کند.

از طرف سرویس نفرولوژی باتوجه به کاهش شدیدo2 و رال دوطرفه ریه اجازه دیالیز اورژانس داده می شود. ساعتAM 6 مشاوره جراحی و تعبیه شالدون فمورال راست انجام می شود .

مشاوره قلب هپارین5000 Tds –2.5 Bisoprolol – اکو: RF=40-45

Mild MR Mild PE NL LV Size

مشاوره عفونی :مروپنم – وانکومایسین – ادامه رمدسیویر و انجام CT اسکن مجدد ریه

مشاوره غدد : ادامه دریپ انسولینI/O=2300/1800 درهر لیتر سرم KCL5cc به شرط k<5.2درصورت 3>kدریپ انسولین hold

سونو داپلر عروق اندام تحتانی و کلیه ها نرمال گزارش می شود .

مشاوره روماتولوژی :پالس قبل پردنیزولون 1gبه مدت 3 روز و انجام تست های فوق تخصصی روماتولوژی و انجام PBS

مشاوره نفرولوژی

Crea5 -6 k=4.1 Ast= 32 Alt=25 Alkp=171 cpk=635 pt=13 ptt=34 INR=I Bili 0.5-0.2 CRP=109 Ca=7.8 ESR=68 LDH=918 CKMB urea=108 Covidpcr=+ Iron=58

u/a=(S.G=1020 Piote=+2 blood=+2 keto=-) uric acid=6.3 c3=135 c4=25 Troponin=- D-Dimer=0.8 PH=7.31 HCO2=12.4 PCO2=25.2

توصیه و انجام دیالیز طی2 ساعت و تعدیل دوز داروهای نفروتوکسیک

ویال آلبومین Tds20%

ساعت13:30 بیمار وارد بخش دیالیز می شود.BP=144/82 لوله تراشه به ونتیلاتور بخش دیالیز منتقل می شود ترشحاتAir Way ساکشن می شود.40% O2 SAT بعداز stable شدن دیالیز شروع می شود .5 دقیقه بعداز شروع دیالیز بیمار برادیکارد می شود و افت فشار66/42 پیدا می کند. دیالیز hold می شود وn/s 500cc تزریق همزمان کد اعلام می شود . CPRشروع شد اپی نفرین 8 عدد آتروپین 4 عدد ، گلوکونات کلسیم یک ویال – بی کربنات دریافت می کند و 2 نوبت شوک 200 و 300 ژول می گیرد (V.T).CPR از 13:50 تا 14:30 ادامه یافته که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار 14:30 اعلام می شود.

پرسشگری :

متوفی دارای تحصیلات دیپلم –وضع اقتصادی مطلوب –بارداری خواسته- مادر به علت بیماری فشارخون و دیابت تحت نظر متخصص غدد ، متخصص قلب، متخصص زنان بوده است. طبق دستور پزشکان قرص فشارخون مصرف می کرد که نامش را نمی داند. تاریخ 3/3/1400 ( هشت هفتگی) جهت تشکیل پرونده بارداری به پایگاه مراجعه کرده و مراقبت های شروع دوران بارداری انجام شده که در آن تاریخ علائم کرونا را نداشته است

به گفته خواهر متوفی ؛ متخصص زنان به علت بیماری کلیوی و دفع پروتئین تاکید کردند که بارداری را ختم دهید ولی خواهرشان گفتند که موضوع را به کسی نگوید چون قصد سقط جنین را ندارند .همسرشان گفتند اگر من از این موضوع اطلاع داشتم اجازه سقط قانونی می دادم .

نظرات اعضا:

* بیماران دیابتی و فشارخونی با درگیری کلیوی بسیار پرخطر محسوب می شوند که ریسک مرگ و میر بسیار بالا خواهند داشت ..بهتر است از نظر پزشکی قانونی به جهت ختم بارداری تسهیلات بیشتری در موارد مشابه فراهم شود.
* از طرفی واکسیناسیون این افراد در اولویت قرار گیرد.
* متخصص زنان باید از تجویز داروهای تخصصی قلب اجتناب نموده و از مشاوره قلب بهره می گرفتند.

مورد سوم :

متوفی 26 ساله G1باردار +4D 23wمورخ 18/2/00 ساعت 1:15 بامداد به اورژانس بیمارستان با وسیله شخصی مراجعه می کند و در سرویس متخصص طب اورژانس تحت نظر قرار می گیرد .نامبرده از یک هفته قبل دچار علائم سرفه –تنگی نفس بدن درد –تهوع و استفراغ بوده و مراجعه به پزشک داشته که به صورت سرپایی با دارو ( آزیترومایسین –شربت دیفن هیدرامین – استامینوفن) مرخص می شود از امروز تنگی نفس و سرفه شدت یافته است.

O2sat =89% بدون ماسک – 94% با ماسک

PR=140 BP=120/80 RR=35 T=38.5

در اورژانس آپوتل و سرم N/S 500 سی سی دریافت می کند. مشاوره عفونی و زنان انجام می شود.

مشاوره عفونی: درخواست Chest CTئ – تست کوویدPCR – در ایزوله تحت نظر باشد.در صورت بستری شدن در سرویس زنان تحت نظر قرار گیرد.

مشاوره زنان: قرص پردنیزولون 40 روزانه – ویتامین D1000 واحد –انوکساپارین 40

مددجو و همسرش رضایت به انجام سیتی اسکن ندادند و با رضایت شخصی ساعت 5:00 صبح ترخیص می شود.مراتب تلفنی به متخصص پزشکی قانونی قبل از ترخیص اطلاع رسانی شده و طبق نظر ایشان در صورت عدم نیاز بیمار به اقدام اورژانسی با اخذ رضایت نامه آگاهانه و ذکر موارد خطر مرگ و میر برای بیمار و جنین از خود بیمار و همسرش می تواند ترخیص شود و قرار بر حضور در درمانگاه عفونی می شود.

تاریخ 19/2/00 ساعت 00:10 بامداد ، مجددا به علت تشدید تنگی نفس و سرفه و تاکیکاردی ، با برانکارد و به کمک همراه در سرویس متخصص طب اورژانس بستری می شود.

O2Sat=82% بدون اکسیژن RR=35 PR=150 BP=120/70

با احتمال PTEدریپ هپارین 1000 واحد در ساعت شروع می شود .مشاوره عفونی .دگزامتازون 6mg –رمدسیویر 200- انجام Chest CT – O2 با ماسک رزرو دار 6lit/min

مشاوره زنان : درخواست سونوگرافی BPS – در صورت صلاحدید سرویس ریه پالس متیل پردنیزولون شروع شود.

ویزیت بیهوشی : بستری در ICU – آلکالوز تنفسی دارد. فعلا اندیکاسیون اینتوبه ندارد –پالس متیل پردنیزولون 125BD شروع می شود. و دگزامتازون D/C می شود .فاموتیدین 40 BD

گزارش Chest CT : Consolidation همراه با برونکوگرام هوا در فیلد ریه ها مشاهده شد که مطرح کننده Peak stageپنومونی کووید است .کاردیومگالی رویت شد .پلور دوطرفه نرمال ، شواهدی از افزایش ضخامت یا افیوژن دیده نشد.

سونوگرافی BPS : 6/8 بدون NST F.B= 0

ساعت 5:15 در ICU نورولوژی در سرویس ریه بستری می شود.

مشاوره قلب انجام می شود :

 اکو : EF=55-60%

 PASP=60

 Mod- Sever PH

Small Circumferentional PE

Dilated IVC With <50% respiratory variation

Mild- Moderate MR

طبق نظر سرویس قلب علائمی به نفع sub massivePTE یا massive رویت نشد. سایر موارد نرمال گزارش شدند.

دریپ هپارین با توجه به احتمال PTE در شاخه های ساب سگمنتال ادامه می یابد.

ساعت 8:00 صبح SO2 به 40-50% می رسد که با دریافت اکسیژن High flow افزایش یافته و به NIV متصل می شود. ساعت 11:30 به علت افت مجدد O2Sat به 40 و جواب ندادن به NIV با دریپ فنتانیل و میدازولام اینتوبه می شود. .ساعت 13:00 دچار ایست قلبی می شود و با دریافت 4 عدد آتروپین و 4 عدد اپی نفرین ، CPR به مدت 10 دقیقه طول کشیده که خوشبختانه موفق بود .به علت ادم ریه و افت فشارخون دریپ N.E و لازیکس شروع می شود.

با اطلاع به تیم زنان جهت ختم بارداری اقدام می شود.ساعت 12:45 نوزاد به روش سزارین ( با انسزیون میدلاین روی شکم) با آپگار صفر /صفر متولد می شود.طبق نظر متخصص بیهوشی حرکات مشکوک به تشنج ، مشاوره نورولوژی درخواست می شود .طبق نظر سرویس نورولوژی بیمار دچارJerking در اندامهای فوقانی شده که هرچند ثانیه یک بار تکرار می شد.( میوکلونوس) Dolles eye=+ Corneal reflex= +

PH=7.13 PCO2=47.6 PO2=67 HCO3=5.7 BG=AB+ WBC=14.8 Hb=12.6 PLT=309 CPK=135 Creat=0.7 AST=52 ALT=21 Ca=7.5 Na=141 K=3.6

آمپول سدیم والپروات 1200 mg stat و سپس 400 tds و کلونازپام 1mg tds تجویز شد و توصیه به انجام EEG وBrain CTبعد از stable شدن بیمار می شود.

طبق نظر سرویس زنان تشنج مربوط به اکلامپسی نبوده و به علت عوارض ناشی از هیپوکسی می باشدبا افزایش دوز کلونازپام به qid میو کلونوس برطرف می شود.

از اوایل بامداد 20/2/00 به علت شروع تب T=38 مشاوره عفونی انجام شد .مروپنم 1gr tds و وانکو مایسین 1gr BD و لووفلوکسیسین 750 daily و به علت IL6=36.4 اکتمرا شروع نمی شود.

WBC=26.6 Hb=10.7 PLT=231 Creat=1.2 ESR=64 CRP>24 PCR=+(کووید)

21/2 درن بیمار D/C می شود.

22/2 به علت افت پلاکت سرویس ریه هپارین را D.C و انوکساپارین 40 BD شروع می شود.

آلوپورینول و glycophos و کلسیم شروع می شود..تب بیمار قطع شده است و دریپ میدازولام به علت رایزینگ LFT قطع شد.

از 23/2/00 دریپ precedex شروع شد و 24/2 دریپ فنتانیل و NE D.C می شود.

پالس پردنیزولون D/C و دگزا 8mg BD شروع می شود

26/2 سونوگرافی ساعت 17:00 با پوزیشن گیری ساب اپتیمال برای جستجوی مایع در پلورکه حدود 300-400 CC مایع رویت شد.مشاوره جراحی جهت تعیین Chest tubeانجام شد که از نظر جراحی با توجه به میزان مایع نیازی به انجام آن نمی باشد.

مشاوره قلب به علت تاکی کاردی دربازه های زمانی 30 دقیقه ای به مدت چند ثانیه PR از 100 160 می رسدکه متورال 25 BD شروع می شود.دیورز برقرار است دریپ precede قطع شد .تغییری در هوشیاری بیمار ایجاد نشد.

27/2/00 به علت افت فشارخون تحت درمان با اینوتروپ ها قرار می گیرد

 CPK=135 1345 / BST=37 70 / LDH=769 2298 ALT=39 89 / ALKP=214 146 / D-Dimer=1225 /

 همچنین به علت افت پلاکت به 60 آنتی کواگولان hold می شود.

28/2 رمدسیویر قطع شده مشاوره نفرولوژی به علت بالا رفتن کراتی نین به عدد 1.9 انجام می شود وطبق نظر سرویس نفرولوژی افت فشارخون از شب گذشته شروع شده و تحت دریپ NE فشار 85/40 می باشد.افزایش کراتی نین به دنبال افت فشارخون ایسکمیک مطرح است . داروهای نفرو توکسیک D/C و دوز آنتی بیوتیک ها تعدیل می شود.

O2Sat=53-70% .دیورز برقرار و هماچوریک می باشد.

مشاوره قلب به علت افت فشارخون انجام می شود که دریپ NE به 20 افزایش می یابد و دوپامین 5-10 شروع می شود.

اکوی مجدد قلب انجام می شود که تفاوتی با قبل نداشته همچنین به علت افت پلاکت به 27 آنتی کواگولان D.C می شود.

PT ,PTT= normal WBC=10.4 Hb=9.6 PLT=27 Fibrinogen=716

ساعت 14:30 آسیستول می شود CPR شروع 5 دوز اپی نفرین 1 و 2 دوز آتروپین 0.5 دریافت کرد و بعد از 15 دقیقه بیمار برمی گردد.

مجدد ساعت 15:30 کد می خورد .10 دوز اپی نفرین و 2 عدد آتروپین و CPR به مدت 45 دقیقه ادامه می یابد که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار ساعت 16:15 اعلام می شود.

پرسشگری :

بیمار خانم G1 با LMP:99/09/04 و EDC: 1400/06/09 بارداری خواسته ، تحصیلات : ؟ ساکن تهران در مهرآباد جنوبی می باشد .

نام ونسبت همراه بیمار در پرسشگری : عدم همکاری خانواده

اولین مراقبت بارداری در مرکز سلامت فردوس 1/11/99 در هفته 6 بارداری بوده است . BMI:27.5

مراقبت دوم 13/2/1400 در هفته 22 بارداری بوده است .

16/2/1400 به پایگاه مراجعه کرده و Rapid test کرونا انجام داده که منفی بوده . اطلاعات دقیقی از وضعیت عمومی بیمار هنگام مراجعه موجود نمی باشد (به علت عدم همکاری خانواده ) ولی مراقب سلامت توصیه کرده در صورت داشتن علامت به مرکز 16 ساعته مراجعه کنند .

مراقب سلامت ایستگاه فوق اظهار می کند مادر و خواهر همسر متوفی برای گرفتن تست کرونا مراجعه کردند ( به علت فوت عروسشان ) و اظهار کردند که متوفی برای بررسی دقیق به بیمارستان یک روز بعد از مراجعه به پایگاه سردار سلیمانی مراجعه کرده که PCR انجام شده و منفی بوده .

اطلاعات دقیقی به دلیل عدم همکاری خانواده و همسر متوفی مقدور نبود ه است .

نظرات اعضا:

* بیمار همکاری چندانی با مرکز بهداشت نداشته و به علت ترس از کرونا سبب تاخیر در تشخیص و درمان به موقع بیمار شده است
* همچنین در بیمارستان اول با رضایت شخصی بیمارستان را ( علیرغم حال عمومی بد) ترک کرد.
* بهتر است در شرایط ترخیص با رضایت شخصی در مادران پرخطر صرفا به رضایت پزشکی قانونی اکتفا نشده و مسئولیت را از پزشک معالج سلب نکنیم.

مورد چهارم :

متوفی 32 ساله گراوید 1، بارداری 37هفته و 4 روزحاصل IVF (3سال نازایی)،BMI: 42 از 4 سال قبل مبتلا به دیابت ومصرف انسولین Nnovorapid 150 واحد در سه نوبت و 4 واحد انسولین levemir روزانه.کم کاری تیرویید و مصرف قرص لووتیروکسین تا 36 هفتگی مصرف ASA 80و هر شب انوکساپارین دریافت می کند تا آخرین نوبت را شب گذشته دریافت کرده بود.سابقه بالا رفتن فشار خون بطور گذرا از قبل بارداری داشته،با شکایت کاهش حرکات جنین ساعت30/21 مورخ 3/3/1400به بلوک زایمان بیمارستان مراجعه و در سطح تریاژ3 قرار میگیرد توسط پزشک مقیم زنان ویزیت و NST انجام میشود که NON REACTIVE بوده و به اطلاع پزشک معالج رسانده شد که تلفنی دستور آماده شدن جهت سزارین میدهند.

RR=18 T=36/8 SPO2=95% PR=82 BP=145/80

5 روز قبل به علت گلودرد تست PCR انجام شده بود که منفی بود.

سونو گرافی 29/2/توسط متخصص BPS=10/10 و داپلرشریان بندناف نرمال ،جفت قدامی حاملگی 37 هفته بعد از ارسال آزمایشات و تزریق کفلین ساعت20/22 به OR منتقل میشود.

و ساعت 30/22 تحویل OR میشود.توسط متخصص بیهوشی تحت SPA قرار میگیرد.حاصل سزارین نوزاد پسر ترم وزن 3930 گرم مکونیومی(ساعت خروج نوزاد 50/22)طبق شرح عمل فشار خون بیمار بین 120/220 تا 80/125 متغیر بود . بعد از انجام عمل دوعدد شیاف دیکلوفناک میگیرد .و در ریکاوی 10 گرم سولفات منیزیوم عضلانی دریافت میکند.

طبق اظهارات مکتوب متخصص بیهوشی :قبل از عمل فشار بیمار 115/220 ،بیمار بسیار مضطرب بوده علیرغم اسپاینال فشار پایین نیامد که با لابتالول 20 میلی گرم فشار کنترل شد.2 میلی گرم میدازولام دریافت کرد.

طی عمل 2 لیتر سرم و U/O بعد از عمل 800 سی سی با فشار 68/124 ساعت 15/23 به ریکاوری منتقل شد.وساعت 10/24 با فشار 100/120 تحویل همکاران بخش شد.

Order بعد از عمل سولفات منیزیوم 5 گرم هر 4 ساعت تا ساعت 8 شب –کفلین 2 گرم هر 6 ساعت –سرم رینگر 1000+40 واحد اکسی توسین وسرم3 500cc /1 3/2 +40 واحد اکسی توسین –NPO تا ساعت 12 ظهر .از 8 شب گلکزان60 شروع شود.پتیدین 50 میلی گرم PRN TDS

در بخش ساعت 20/1 مورخ 4/3/1400 فشار به 100/200 رسیده که با اطلاع دکتر هیدرالازین 5 میلی گرم IV تزریق شد.و ساعت 30/1 فشار به 100/160 رسید وطبق نظر ایشان بیمار به ICU منتقل میشود.

ساعت 2 صبح وارد ICU میشود .T=36/8 HR=70 BP=130/70 دیورز برقرار است.

تا 4 صبح 400 سی سی وبعد ازان 200 سی سی تا 8 صبح U/O داشت.

ویزیت 8 صبح .بیمار از سرویس ICU قابل ترخیص است.PO شود و راه برود-شیاف دیکلوفناک PRN TDS بگیرد.مشاوره غدد انجام شود .و تا 8 شب سولفات بگیرد و OUT PUT کنترل شود.

ویزیت متخصص بیهوشی ساعت 10 صبح :قابل انتقال به بخش میباشد.

مشاوره متخصص داخلی غدد ساعت 20/10 صبح انجام شد متیل دوپا 250 TDS و BP=150/100 BS=188 چک BS 6 صبح و 4 بعد از ظهر وبطور شفاهی اظهار میکنند فعلا از ICU ترخیص نشود.

ازمایشات قبل از عمل BS STAT=72 U/A=PROTIN + PT=13 AST=27 WBC=6/6 CRP=16/1 PTT=36 ALT=19 Hb=14/5 Creat=1/37 INR=1 LDH=450 ALKP=704 PLT=427

 ساعت 30/10 با اب PO میشود سپس با چای شیرین (رژیمی)مایعات شروع میشود ولی بیمار همکاری در راه رفتن نداشت و مرتب احساس عطش داشت.U/O تا 12 ظهر 400 سی سی

ساعت 50/11 از ازمایشگاه تماس گرفتند Hb=8/6 اعلام میشودهمچنین K=6 اطلاع رسانی میشود.

ساعت 12 دندانهای بیمار قفل شد که بلافاصله airway گذاشته و به متخصص بیهوشی اطلاع داده میشود و توسط ایشان ویزیت میشود .بیمار به شدت بی قرار تنفسهای سطحی اندامها pale و سرد.

 برای بیمار o2 با ماسک رزرودار قرار داده میشود PR=72 ظرف مدت کوتاهی هوشیاری خود را از دست داده و ساعت 10/12 آسیستول شده که CPR شروع میشود.8 دوز اپی نفرین 2 دوز آتروپین و یک دوز بی کربنات وگلوکونات کلسیم دریافت میکند .همچنین 20 واحد انسولین ریگولار به همراه سرم قندی 5% جهت کاهش K تجویز شد.در طی این دقایق با حضور متخصص قلب ارتریال لاین فمورال راست تعبیه شد.به علت ریتم VF 4 نوبت شوک 200 ژول داده شد که ریتم سینوسی میشود.CPR بعد از 20 دقیقه موفق بود (30/12)

ویزیت متخصص قلب: اکوی قلب post CPR :

 و EF=55-60% NL(RV LV Size ) Mild LVH

 با توجه به افت شدید HB احتمال شوک هموراژیک مطرح است .

ویزیت متخصص نورولوژی بخش :بیمار 40 دقیقه قبل دچار برادی کاردی شده ؛ در حال حاضر مردمکها میدریاز دوبل با احتمال سندرم PRESS یا شوک هموراژیک در صورت Stable شدن ؛ CT مغز بدون کنتراست انجام شود.

توسط متخصص جراحی tap شکم بطور ارژانسی انجام میشود با توجه به وجود خون بلافاصله با دریپ NEبهOR منتقل میشود

ساعت 13 جراحی شروع میشود (تحت GA)با همکاری متخصص مقیم زنان شکم از محل انسزیون سزارین فن اشتیل باز شده حدود 2-5/2 لیتر لخته داخل شکم بود که ساکشن شد و شستشوی شکم انجام شد.محل انسزیون سزارین در سمت راست خونریزی داشت که pack شد کبد و طحال لمس شد که مشکلی نداشت. بعد از اطلاع به ایشان در ساعت 30/12 بدنبال CPRحین عمل حضور پیدا کرد .طبق شرح عمل ایشان در محل انسزیون سزارین هماتوم کوچکی بود که خونریزی واضحی نداشت .شریانهای دو طرف رحمی گرفته شد.

طبق اظهارات مکتوب متخصص جراحی عمومی علیرغم نداشتن خونریزی واضح بعد از مشورت با همکار دیگر شان تصمیم به لاپاراتومی تجسسی گرفته شد که متخصص زنان اجازه ندادند .شکم بسته شد و درن جکسون قرار داده شد.

طی عمل 8 واحد FFP و5 واحد P.C دریافت میکند Hb حین عمل 6 و همچنین 4 لیتر N/S دریافت میکند.

طبق اظهارات متخصص بیهوشی به علت اسیدوز پایدار طی جراحی 20 ویال بی کربنات دریافت کرد.به علت پتاسیم بالا بین 7.9-7، تجویز انفوزیون انسولین و سرم قندی ادامه داشت

.برای حفظ فشار خون دریپEPI و NE برقرار بود شالدون ژوگولار راست جهت اصلاح پتاسیم در صورت نیاز به دیالیز تعبیه شد

.بیمار با فشار 50/100 با ذریپ NE و PR=70 ساعت 30/15 تحویل همکاران ICU میشود .

U/O طی عمل 200 سی سی وترشحات درن 100 سی سی .

ALT=362 Mg=4 Creat=2.4 Na=131 K=7 Hb=6.1 PH=6.72 Bili ( T=0.6 D=0.2 ) AST=393 ALKP=392 PLT=399 W=17.8 PCO2=40 Hco3=4.9 BE=-28

ساعت 45/15در ICU به علت برادیکاردی HR=35 سپس اسیستول توسط متخصص CPR شروع میشود 6 عدد اپی نفرین -2 عدد اتروپین-کلسیم گلوکونات و بی کربنات دریافت میکند .به مدت 30 دقیقه CPR ادامه میابد که متاسفانه موفق نبود و ساعت 15/16 فوت بیمار اعلام میشود.

پرسشگری :

بیمار خانمی 32 ساله G1 تحصیلات لیسانس، خانه دار با بیمه تامین اجتماعی + بیمه تکمیلی و تحصیلات همسر لیسانس ، سطح اقتصادی متوسط، دارای منزل شخصی و محل سکونت تهرانسر می باشد .

سن ازدواج 23 سالگی بوده به گفته همسر قبل از بارداری دیابت داشته و گهگاه متفورمین مصرف می کرده همچنین بعد از ازدواج از سال 91 تا 99 تمایلی به بارداری نداشتند و از روش جلوگیری طبیعی استفاده می شده .

در تاریخ 30/6/99 IVF انجام می شود و طی دوران بارداری فقط تحت نظر ایشان در بخش خصوصی بودند و هیچ گونه مراقبتی در مرکز بهداشت نداشتند . در طول بارداری تحت نظر متخصص غدد و دریافت انسولین بوده است و طی بارداری فشار خون بالاتر از 80/120نداشتند و هیچگونه قرص ضد فشار خون مصرف نمی کردند .

طبق اظهارات همسر متوفی تاریخ 3/3/1400 با حال عمومی خوب به علت کاهش حرکت جنین به بیمارستان آتیه مراجعه می کنند .

( قرار بر ختم بارداری در تاریخ 4/3/1400 ساعت 6 صبح بوده )که خانم دکتر به ایشان گفتند حالا که به بیمارستان مراجعه کرده همان شب به جای فردا صبح ختم بارداری انجام می شود و بعد از عمل به علت بالا رفتن فشار خون در ICU بستری می شود .

به گفته همسر متوفی ساعت 12 ظهر به علت کاهش سطح هوشیاری به اتاق عمل می رود و متخصص زنان می گویند شاید خونریزی داخلی کرده باشند که همسر اظهار می کند مشکلی نبوده و خونریزی نداشته و به علت نا معلوم فوت کرده همچنین اظهار می کند کوتاهی از بخش ICU بوده و تزریق اشتباهی دارو سبب فوت همسرش شده است .

نظرات اعضا:

* بیمار high risk بوده و دیر تصمیم به انتقال به icu گرفته شده است.
* تزریق سولفات با تاخیر صورت گرفته است.
* با توجه به pph ؛post of care با دقت صورت نگرفته و چه بسا اگر اقدامات درمانی 2 تا 3 ساعت جلوتر صورت می گرفت ، بیمار نجات می یافت.
* به علت بالا بودن فشارها بعد از عمل ، احتمالا محل انسزیون خونریزی داشته که کنترل مناسبی در ICU انجام نشده است .
* حجمOut put تناسبی با میزان حجم مایع عقب افتاده بیمار ندارد.
* چکpost op Hbو اطلاع رسانی به موقع صورت نگرفته است.
* با توجه به خونریزی داخلی احتمال دارد خونریزی آرام آرام اتفاق افتاده است ، چون پره اکلامپسی به راحتی خونریزی را تحمل نمی کند و یا این که خونریزی very Acute بوده که به طور پارادوکسیکال برادی کاردی داشته ( یعنی فرصت جبران نداشته ) .از طرفی هیپو تیروئیدی هم شرایطی ایجاد کرده که تاکی کارد نشود.
* Post op care در Icu نامناسب بوده .شاید بهتر است مانیتورینگ مریض های پرخطر دقیق تر باشد و ایندکس های مونیتورینگ Icu از مانیتورینگ objective بیشتر به سوی subjective پیش برود.
* در بیماران پره اکلامپسی نباید بیشتر از 30% فشارخون را کاهش داد در صورت افت بیشتر از 40 mmHg با یک دوز هیدرالازین باید به خونریزی شک کرد.

**مورد پنجم :**

خانم حدودا 40 ساله که با عنوان مجهول الهویه ، در تاریخ 5/2/1400 ساعت 4:10 بامداد توسط همکاران شاغل در اورژانس بیمارستان دوم نامبرده را که در درب اورژانس گذاشته شده بود به داخل اورژانس منتقل می کنند . بیمار home less و Addict به هروئین و شیشه بوده و در تاریخ 1/2/1400 در بیمارستان اول c/s شده است و بعد از ترخیص تب داشته است ( این اطلاعات توسط همراهی که روز بعد به عنوان خواهر زاده متوفی مراجعه کرده بود ارائه گردید)

علائم حیاتی بدو ورود: کاهش سطح هوشیاری GCS=4 T=36.8 -نبض محیطی قابل detect نبود

بدون اکسیژن O2Sat=68% و با ماسک o2sat=86% .در معاینه شکم دیستانسیون دارد ولی امکان بررسی تندرنس با توجه به GCS پایین مقدور نیست.

توسط متخصص طب اورژانس اینتوبه می شود .CV Line و IV Line و NG Tube تعبیه می شود .300 سی سی ترشحات صفراوی و خونی خارج می شود.مشاوره جراحی و عفونی و زنان انجام می شود

در سونوگرافی Fast مایع آزاد متوسط در فضای شکم و لگن دیده شد به علت BS=30 ؛ دو ویال گلوکز دریافت می کند.پس از سوند فولی U/O نداشت

آزمایشات: PH=6.97 7 / Creat=3.5 / Ca=8.9 / Hb=12.4 / / 14.7 HCO3=9.4

WBC=11 / Na=145 / K=6.4 / PT=21.9 / PLT= 358 / PTT=33 / INR=1.73

با تشخیص پریتونیت ساعت 8:50 به ORمنتقل می شود .با دریپ N.E فشار به70/Pulse می رسد.

ساعت 9:00 تا 10:45 تحت G.A توسط آقای دکتر لاپاراتومی می شود. در شرح عمل 800-900 cc مایع حاوی ترشحات روده ای و صفرا ساکشن شد .شکم و لگن و اطراف کبد و طحال و زیر دیافراگم مملو از ترشحات فبیرینی و روده ای بود .2 پرفوراسیون ، یکی در 10 سانتیمتری لیگامان ترتیر و دیگری در 6 سانتیمتری دریچه ایلئو سکال وجود داشت که ترمیم شد.

رنگ روده ها به علت Low flow state تغییر رنگ داشت .هرکدام از پرفوراسیون ها 1-2 cm طول داشت .رحم و تخمدانها توسط سرویس زنان بررسی شدکه مشکلی نداشت

شکم و لگن با 6 لیتر سرم شستشو داده شد و 2 درن کاروگیت تعبیه شد.

طبق مشاوره عفونی : وانکو مایسین و مروپنم دریافت می کند .انوکساپارین 40 S.Cروزانه

در اتاق عمل 3 لیتر سرم ( در اورژانس 6 لیتر سرم دریافت کرده بود ولی آنوریک است ) دریافت کرد .و بعد از عمل U/O=100 cc

بیمار به ICU منتقل می شود .بعد از انجام C.X.R پرتابل به علت پنوموتوراکس راست ، Chest tube تعبیه شد.

مشاوره نفرولوژِی : جهت بیمار AKI پره رنال مطرح است .با توجه به فشارخون پایین علیرغم دریپ N.E همودیالیز مقدور نمی باشد.

مشاوره قلب : NO V HD NOPE EF=55% NL ( RV ; LV ) Size O2Sat= 79%

B/P با دریپ NE 90 علیرغم گرفتن درمان K=6.8

مشاوره گوارش با توجه به INRبالا و احتمال DICفعلا تا اصلاح INR به کم تر از 2.5 ، اندوسکوپی انجام نمی شود.

آخرین آزمایشات:

AST=306 ALT=490 INR=3.12 PT=42 PTT=69 LDH=2000 CPK=140 W=30000 Hb= 7.8 PLT= 66

2 واحد FFP تاریخ 6/2/1400 تزریق شد

یک واحد PCساعت 5:00 بامداد روز 7/2 دریافت می کند.U/O طی 3 ساعت اخیر ناچیز می باشد.

ساعت 6:15 مورخ 7/2 به دنبال برادیکاردی آسیستول می شود .CPR 45 دقیقه انجام شد .9 اپی نفرین-5 آتروپین و یک ویال گلوکونات کلسیم و یک ویال بی کربنات دریافت کرد که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار ساعت 7:00 صبح مورخ 7/2 اعلام می شود.

 **نظرات اعضا :**

* جراح زنان كه سزارين كرده بسيار مبتدي وناشيانه عمل كرده و در دو محل روده پاره بوده است كه درسزارين بسيار عارضه نادري است . شايد پس از عمل اتفاق خاصي افتاده كه مشخص نيست .
* جراح زنان بيمار را با تب ترخيص كه احتمالا بيمار را معاينه نكرده و تب ناشي از پريتونيت بوده ،البته نمي توان كوويد همزمان را رد كرد.
* تلاشهاي پرسنل اورژانس بيمارستان دوم و جراحي بيمار صحيح ولي باتوجه به گذشت زمان دير بوده و موثر واقع نشده است .
* به نظر تمام اقدامات به موقع و علمي انجام شده است، بيمار با شوك سپتيك و end organ failure مراجعه كرده است.تشخيص پريتونيت بر اساس ديستانسيون شكم و tap مايع داخل شكم گذاشته شده و كانديد لاپاروتومي شده است و لاپاروتومي پريتونيت را تاييد كرده است.
* به دليل اينكه بيمار addict بوده ممكن است پارگي روده در اثر ايسكمي به دليل مصرف مواد مخدر باشد و ارتباطي به سزارين قبلي نداشته است.(يكي از احتمالات پرفوراسيون روده)
* با توجه به زمان سزارین و فاصله 4 روزه و وضعیت بیمار هنگام ورود در تاریخ 5 اردیبهشت بیمار با توجه به یافته های هنگام لاپاراتومی دچار یک سپتی سمی بدنبال پرفوراسبونهای روده ای و بدنبال آن پریتونیت و نهایتا شوک سپتیک و فشار پایین و آسیب کلیوی پره رنال شده است
* باید در مورد پروسه سزارن و وضعیت بیمار در بیمارستان اول اطلاعات اصلی را بدست آورد.
* مشخص نیست که در خصوص درمان هایپر کالمیk=6.4 چه اقداماتی انجام شده است؟
* آیا عدد پتاسیم recheckشده و نرمال شدن آن تائید شده است یاخیر ؟درصورتی که این اقدام انجام نشده باشد ممکن است علت اصلی CPR ناموفق همین هایپر کالمی بوده باشد .

**مورد ششم :**

متوفی 40 ساله G3P1Ab1 سابقه یک بار سزارین باردار35W+6d و BMI= 38.73 ساعت 8 صبح مورخ 22/1/00 با شکایت درد ناحیه هردو پهلو به درمانگاه مراجعه می کند .و توسط پزشک عمومی آن مرکز ویزیت می شود و با تشخیص احتمالی پیلونفریت به متخصص زنان در بیمارستان ارجاع داده می شود. نامبرده بلافاصله با پزشک متخصص زنان خود تماس گرفته و طبق نظر ایشان دستور بستری در بیمارستان داده می شود.

ساعت 12:10 ظهر بیمار درآن مرکز با سطح تریاژ 3 در بلوک زایمان بستری می شود.علائم حیاتی:

O2Sat= 98% RR=18 PR=98 BP=125/80 T=37

در معاینه کل بسته بدون V/B در سمع FHR شنیده نشد. بعد از اطلاع به خانم دکتر سونوگرافی انجام می شود. IUFD ؛ 34 هفته AFI=9cm .جفت هتروژن با هماتوم رترو پلاسنتال به ابعاد 75×53mm مطرح کننده دکولمان که به پزشک زنان اطلاع رسانی می شود.ساعت 13:15 طبق گزارش مامایی با V/B=+3 به اتاق عمل منتقل می شود

توسط متخصص بیهوشی تحت G.A قرار می گیرد .

 علائم حین ورود به OR : BP= 117/78 PR=86 RR=14

شروع عمل ساعت 13:45 حاصل C/S نوزاد پسر ؛ پره ترم ، سیانوز کامل و آپگار صفر حدود 2 لیتر لخته از شکم خارج شد.

درخواست 2 واحد P.Cشد که یک واحد در ریکاوری تزریق می شود.حین تزریق واحد دوم به CCUمنتقل می شود

( به علت حضور بیمار کرونایی در ICU بیمار به CCU منتقل شد) هنگام خروج از ریکاوری علائم حیاتی : BP= 136/84 PR=80 RR=15

حین عمل 2.5 لیتر مایع دریافت کرد و U/O=600cc .طبق نظر بیهوشی در صورت BP≥ 160 مشاوره قلب انجام شود

آزمایشات اولیه:

WBC=17.3 Hb=8.8 PLT=290 PT=13 PTT=43 INR=1 BG=B– Creat= 1.2 Fibrinogen=3.3 U/A( Protein Trace W=4-5 RBC=0 )

Hb بعد از عمل 7.4 بود که یک واحد P.C دیگر در CCU ترانس می شود.

مشاوره قلب و اکوی قلب توسط خانم دکتر: EF=50-55% Mild LVH

توصیه شد در صورت SBP≥ 145 لابتالول دریافت شود

23/1/00 ساعت 11:00 بعد از تزریق روگام و دستورات دارویی و تجویز انوکساپارین 60 روزانه ترخیص می شود.

Covid test ( IgM=0.01 IgG=0.05 ) WBC=23 PLT=185 Last Hb=8.9

ساعت 3:00 صبح مورخ 24/1/00 فرزند متوفی با خانم دکتر تماس می گیرد و اظهار می کند مادرش تب دار و بی حال است که خانم دکتر توصیه به بستری مجدد در بیمارستان می دهند .ساعت 8:30 صبح خانم دکتر با دختر بیمار تماس گرفتند و به گفته فرزند، حال مادر کمی بهتر شده که با اصرار متخصص زنان دستور بستری مجدد در بیمارستان داده می شود .

.ساعت 11:00 صبح بیمار در بلوک زایمان تحت نظر قرار می گیرد و در سرویس خانم دکتر بستری می شود.

مشاوره داخلی توسط آقای دکتر انجام می شود.

علائم حیاتی:

O2Sat= (without mask=88% with mask=95%) BP=127/67 PR=98 T=39.3 RR=28 دیسترس تنفسی ندارد در C.X.R تهیه شده از بیمار پنومونی آسپیراسیون مطرح است.

درخواست مشاوره فوق ICU –ریه-عفونی داده می شود.

دستورات: کلیندامایسین 900 Tds -دگزامتازون 8mg BD – رمدسیویر 200 سپس روزانه 100- سفتریاکسون 2 گرم BD –انوکساپارین 60 - آپوتل- پنتازول 40 – ویتامین C – Zinc –سلنیوم –

چک: D- Dimer - LDH –CPK - Covid & PCR - Chest CT – در صورت O2Sat< 94% اطلاع داده شود.

ویزیت بیهوشی : بیمار از چند روز قبل آبریزش بینی داشته که به متخصص زنان مراجعه کرده و توصیه شد آزمایش کووید بدهد و به پزشک عمومی مراجعه می کند ولی PCR انجام نمی شود. بعد از 3 روز با درد پهلوها به درمانگاه مراجعه می کند و با تشخیص پیلونفریت به بیمارستان ارجاع داده می شود.توصیه به بستری در ICU ایزوله می شود.

سونوگرافی شکم و لگن : رحم Post Partum ، NL – فیبروم اینترامورال 72× 89 mm –Mild spleno megaly – مختصر مایع آزاد در فضای موریسون – پلورال افیوژن خفیف در سمت راست

بیمار به سرویس داخلی منتقل می شود

WBC=12000 Hb=7.1 PLT=186 Creat=1.3 Na=134 K=4.3 CRP=121 Bili ( T=0.8 D=0.3 ) Fibrinogen=243 AST=307 ALT=159 PT=13.8 PTT=48 INR=1

درخواست یک واحد P.C شد که ساعت 20:30 ترانس می شود.

در طول مدت بستری تحت نظر تیم درمانی فوق ریه ؛ عفونی–فوق ICU قرار می گیرد.

25/1/00 سیتی اسکن ریه انجام می شود :

Multi Lubar Peri pheral distribution GGO که قویا مطرح کننده کووید-19 می باشد .پلورال افیوژن راست دیده شد

مشاوره قلب : EF=60 ؛ علائمی به نفع مشکلات قلبی ندارد.

LDH= 934 CPK=791 250H VitD3=4.5 Inter Lakin = 72.9 ESR= 59 Procalcitonin= 0.2 D-Dimer=800 Covid ( IgM=0.19 IgG=0.15 ) WBC=14.3 Hb=9 PH=7.39 PCO2=31.5 HCO3=18.7 BE= - 5.6 PCR= +

انوکساپارین 60 BD –ویتامین D 300 هزار واحد عضلانی و دریپ هپارین تجویز می شود. دگزا D/C و متیل پرد نیزولون 250 BD

26/ 1 / 1400 از ساعت 13:30 به علت افت O2Sat توسط متخصص بیهوشی اینتوبه می شود ( با تزریق میدازولام ) و تحت دریپ فنتانیل قرار می گیرد .

ساعت15:00 دچار ایست قلبی می شود و به مدت 30 دقیقه احیاء می شود که موفق بود .5 اپی نفرین -6 آتروپین و دریپ دوپامین می گیرد.

ویزیت آقای دکتر فوق ICU : مروپنم 1 gr Tds – سفتریاکسون DC – Levofloxacin 500 روزانه – Actemra –دریپ دوپامین DC –شروع دریپ N/E

ساعت 22:00 به علت ادم ریه 80 mgلازیکس د دریپ لازیکس و دریپ TNG

27/1/00 آنتی بیوتیک LineZolide 600 BD و در صورت موجود نبودن وانکومایسین به داروها اضافه می شود

WBC=32.5 PLT= 225 LDH= 4032 CPK= 1003 Feritin-792 Cooms( direct = – indirect = – ) Creat= 1.9 ESR=55 PT=13.8 PTT=50 INR= 1.1 PH=7.23 HCO3 =17.2 PCO2= 41.6

طبق نظر دکتر توصیه به انجام هموپرفیوژن ( 5-3 جلسه بسته به پاسخ درمانی) داده شود.

شالدون تعبیه شدهمچنین کاتتر پلورال راست گذاشته شد و 400 سی سی درناژ داشت ( هموتوراکس) ( در مجموع 4 جلسه هموپرفیوژن انجام شد)

28/1/00 به علت افزایش کراتی نین ( 3.5) تغییراتی در جهت کاهش دوز آنتی بیوتیک های دریافتی – D/C شدن انوکساپارین و متیل پردنیزولون –شروع دگزا متازون 8mg BD – هپارین S.C 5000 QId – و شروع کاسپوفوژین70

WBC=24.5 Hb=9.5 PH=7.08 PCO2= 63 BE=– 11.9 HCO3=14.8

Creat= 3.5 LDH=4130 CRP=64.7 Inter Lukin=over 1000

مشاوره قلب توسط خانم دکتر و انجام اکو :

EF=40% بیمار در فاز ادم ریه قرار گرفته .دریپ لازیکس شروع می شود.

29/1/00 : هپارین 5000 BD –رمدسیویر قطع می شود. ویزیت مجدد خانم دکتر قلب) :دریپ لازیکس D/C –لازیکس 20mg BD و قرص Con cor 2.5 روزانه

31/1 : به علت بالا رفتن اسید اوریک ( 11.7 ) آلوپورتیول 100mg BD شروع می شود.همچنین دیالیز انجام می شود.

ساعت 21:00 به دنبال برادیکاردی آسیستول شد و به مدت 15 دقیقه CPR شد که موفق بود .4 آتروپین و 2 عدد اپی نفرین و دریپ دوپامین برقرار می شود

CREAT=6 / CPK=376 / PH=6.82/ PCO2=127.2/ BE=14.6 / HCO3=12 / PLT=182 WBC=38 / Hb=9.3 / LDH= 3205 / Na=146 / K=5.2/ PT=13 / PTT=72 / ESR=30

تاریخ 1/2/1400 ساعت 7:15 مجددا آسیستول شد و به مدت 45 دقیقه CPRمی شود .10 mg آتروپین توتال و 80 cc بی کربنات دریافت می کند که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار ساعت 8:00 اعلام می شود .

پرسشگری :

40 ساله G3P1Ab1 –بارداری اخیر خواسته –تحصیلات در حد دبیرستان –خانه دار –همسر دیپلمه و شاغل در تاسیسات ساختمانی –بیمه ندارند –مستاجر هستند دارای یک فرزند 16 ساله

در هیچکدام از پایگاههای بهداشتی پرونده ندارد

3 روز قبل از زایمان دچار تب می شود که قرار بر مراجعه به پزشک و انجام تست بوده که مراجعه ای نداشته ( شرح حال توسط خواهر شوهر متوفی بوده و این که همسر متوفی به کرونا مبتلا بوده است )

 **نظرات اعضا :**

* از چند روز قبل تب و بيماري داشته ، توسط خود و خانواده كه مراجعه نكرده است .
* متخصص زنان توجهي به علائم نكرده و دنبال علت مرگ داخل رحمي نگشته و بيمار را با تشخيص دكولمان سزارين و بسيار زود ترخيص كرده كه كاملا غير علمي است و قصور دارد.
* به نظر تشخيص پيلونفريت محتمل نمي باشد و پيلونفريت معمولاً به صورت ناگهاني درد دو طرفه ايجاد نمي كند. درد دو طرفه احتمالاً در زمينه دكولمان و يا شايد كنتركشن رحم بوده است به خصوص اينكه آزمايش ادرار بيمار شواهدي دال بر عفونت ندارد. شواهدي از تندرس CVA در پرونده موجود نيست.
* با توجه به IUFD, دكولمان و فشار بالا ترخيص بيمار زودهنگام اتفاق افتاده است و نياز به بررسي هاي بيشتر دارد.
* در اين بيمار پره اكلامپس در تشخيص افتراقي اوليه قرار مي گيرد . آزمايشات كبدي در گزارش بيمار ذكر نشده است و يا ارسال نشده است.
* با توجه به اينكه بيمار از چند روز قبل علايم سرماخوردگي داشته شرح حال درست از بيمار گرفته نشده است خصوصاً اينكه در حال حاضر در پاندمي كوويد ١٩ قرار داريم و بايد از تمام بيماران علايم تنفسي پرسيده شود.
* اقدامات بعد از بستري دوم با توجه به تشخيص كوويد ١٩ به نظر درست بوده است.
* با توجه به پاندمی کرونا باید به صورت روتین برای بیماران تست کرونا و سی تی اسکن انجام داد و در ثانی در بدو ورود شرح حال کامل  و خصوصا در این بیماران باردار پرونده پایگاه بهداشتی میتواند کمک کننده باشد.
* بیمار میتوانسته یک عکس ساده قفسه سینه داشته باشد.
* با توجه به عکس قفسه سینه که بعد از بستری دوباره بیمار گرفته شده است که تشخیص پنومونی آسپیراسیون داده اند که به احتمال زیاد همان کووید19 بوده است. بعد از آن تقریبا کارهای لازم صورت گرفته است ولی چاقی بیمار و درگیری ریه به طوری که با ونتیلاسیون بیمار از اسیدوز تنفسی رنج میبرده است و عدم کفایت تنفسی و تحمیل بار اضافه به قلب بیمار را در سراشیبی قرار داده است و منجر به فوت بیمار شده است.
* در زمان بستری جهت ختم بارداری هیچ بررسی ازنظر کووید نشده که این موضوع غیر قابل توجیه است.

**مورد هفتم:**

متوفی 27 ساله G1 تاریخ 11/2/1400 ساعت 23:13 با شکایت سرفه ، تنگی نفس و گزارش Chest CT مبنی بر درگیری شدید و منتشردو طرفه ریوی ، در سرویس آقای دکتر متخصص عفونی در بخش بیمارستان ایثار بستری می شود.

.GA=30W+ 3d ؛ سابقه هیپو تیروئیدی و مصرف لووتیروکسین دارد . در شرح حال بستری بیمار تاکی پنه است

علائم حیاتی: O2Sat بدون اکسیژن 91% - T=37.6 BP=120/80 PR= 103

ساعت 2:00 AMمورخ 12/2/00 توسط دکتر ویزیت می شود .دستورات:

آپوتل- انوکساپارین 40 – آزیترومایسین + سفتریاکسون- پنتازول 40 = دگزامتازون 40mg Tds –O2 با ماسک- رمدسیویر و مشاوره زنان

مشاوره زنان خانم دکتر: NST+TOCO و سونوگرافیBPP و قرص L-Argenin 500 BD و مشاوره قلب.

ساعت 12:00 ظهر به علت افت O2Sat به 87% با ماسک اکسیژن ؛ مشاوره بیهوشی توسط آقای دکتر انجام می شود.

علائم حیاتی: PR=118 RR=24 بیمار بیشتر از سرفه شاکی است.شربت دکسترومتورفان Tds –قرص لیبریوم 5 روزانه –O2 با ماسک رزرو دار 15Lit .در صورت SPO2< 80 اطلاع دهید

ویزیت دکتر: دگزا متازون D.C و شروع پالس متیل پردنیزولون

مشاوره قلب: ساعت 15:00 : اکوی قلب بیمار انجام شد که در حد نرمال می باشد. BP نرمال و از نظر قلبی Stable است. قرص Concor 2.5 mg روزانه- چک D-Dimer

مشاوره ریه: ساعت 18:00 سمع ریه ها کراکل دوطرفه منتشر – توصیه به Neb pulmicort

سونوگرافی BPSانجام شد.8/8 بدون NST –AF Index نرمال- وزن جنین 1250gr –سن 29w+3d –TOCO منفی =NST Reactive

13/2/00 ساعت 8:00 AM مشاوره بیهوشی توسط خانم دکتر به علت افت O2Sat به 87% با ماسک رزرو دار و O2 15 لیتر انجام شد و درخواست انتقال به ICU داده شد.

بیمار به ICU منتقل می شود و به طور متناوب به NIV متصل می شود –شربت دیفن هیدرامین و inhaler mg so4 و Neb Combivent شروع می شود

ساعت 14:00 خانم دکتر با خانم دکتر مشاوره تلفنی داشتند و به علت افت O2Sat=91% با NIV و سن حاملگی و انتقال به ICU طبق نظر ایشان انجام C/S به علت طوفان سیتوکینی توصیه نمی شود .سونوگرافی کالر داپلر عروق اندام تحتانی در این روز انجام می شود که نرمال گزارش می شود.

تاریخ 14/2/00 آزمایشات:

W=10.3 Hb=10.1 PLT=208 ALb=3.1 BS=147 PT=12 PTT=32 INR=1 CRP=54 K=3.9 Na=144 Ca=8.3 Bili( T=0.5 D=0.2 ) D-Dimer =1893 LDH=1260 AST=70 ALT=25 PH=7.40 PCO2=34 HCO3=21.1 BE=-3.2

طبق نظر دکتر با توجه به CRP=54 اکتمرا شروع می شود. SPO2≤90 با NIV

مشاوره پریناتالوژی توسط خانم دکتر انجام می شود T=36.3 PR=110 RR=32 F.H= 30wk توصیه به دگزامتازون 6mg BD برای 48 ساعت –ویتامین D 1000 واحد –چک BS در 5 نوبت –در صورت افت O2Satاطلاع داده شود. NST 2 بار در روز .

ساعت 22:00 : نوبت دوم NST توسط کارشناس مامایی انجام شد که متوجه افت های تکرار شونده شدند که به اطلاع دکتر رسانده می شود .درخواست 80 دقیقه مانیتورینگ مداوم FHR شد که به جز یک نوبت افت FHR به 70 ؛ NST Reactive قلمداد شد.

15/2/00 مشاوره داخلی انجام شد : با توجه به BS های بیمار پروتکل انسولین با Novorapid و شروع 6 واحد Levemir شب ها .

دگزا متازون 4mg Tds شروع می شود

16/2/00 : NST نوبت صبح beat-to-beat مناسبی نداشت که بعد از خوردن آب میوه NST ری اکتیو بوده و به اطلاع متخصص زنان رسید و ضمیمه پرونده شد SPO2=89%

NST نوبت شب طبق گزارش کارشناس مامایی ساعت 20:36 الی 21:00 تراسه NST گرفته شد. TOCO منفی بود ولیNST ؛Non Reactive که تراسه از طریق واتس آپ به خانم دکتر ارسال شد .طبق دستور ایشان مانیتورینگ FHR انجام شود و سرم DW یک لیتر بگیرد.

بیمار درد پهلوی راست دارد.O2Sat=80% با NIV –قرار بر این شد که بعد از stable شدن مانیتورینگ قلب جنین انجام شود .پس از این که O2Sat به 86% رسید به مونیتور متصل شد.

ساعت 21:40 خانم دکتر بر بالین بیمار حاضر شدند .تلاش برای سمع FHR شد که detect نشد –دستور انجام سونوگرافی پرتابل داده شد. ساعت 23:30 سونو انجام شد که تشخیص IUFD دادخ شد.ساعت 23:45 جهت C/S به اتاق عمل منتقل شد.

طبق گزارش مکتوب خانم دکتر در شرح عمل : به علت از بین رفتن beat-to-beat در ساعت 21:00 تا 22:00 ؛ به دلیل طولانی شدن دیسترس جنینی ، تصمیم به ختم بارداری گرفتم .درخواست سونوگرافی شد. ولی ناگهان ضربان قلب جنین ایستاد .بیمار با NIV و O2Sat=70% به اتاق عمل منتقل شد.

همراه با خانم دکتر سلطانی ( مقیم زنان) شروع به C/S کردیم ( تحت SP.A توسط اقای دکتر) نوزاد دختر IUFD و IUGR، بند ناف بسیار کوتاه و جفت بسیارکوچک که نقاط انفارکت متعدد داشت .مایع شدیدا کاهش یافته بود جهت پاتولوژی ارسال شد.

گزارش مکتوب خانم دکتر متخصص زنان مقیم در برگه سیر بیماری: به دلیل NST غیرراکتیو به اینجانب اطلاع داده شد که دستور تکرار NST – Beat- to- Beat بهتر شد ولی به صورت ناگهانی ضربان قلب قطع شد و دیگر ماما قادر به detect ضربان نشد .به همراه دکتر بر بالین بیمار حاضر شدیم با سونو پرتابل FHR رویت نشد با خانم دکتر جهت گذاشتن میزوپروستول مشورت کردم ولی به دلیل شرایط O2Sat پایین و عدم تحمل بیمار به درد و عدم انتقال به بلوک زایمان و شرایط بیمار با اطلاع دکتر و متخصص بیهوشی آقای دکتر ، تصمیم به C/S گرفته شد.سفازولین تزریق و به اتاق عمل منتقل شد.شروع عمل ساعت 24:00 و ختم عمل ساعت 1:00 بامداد مورخ 17/2/00 . بیمار با علائم حیاتی O2Sat=85% با NIV و B/P=117/70 و PR=102 تحویل ICU گردید.

پمپ کنترل درد داشت –توسط آقای دکتر شروع مجدد متیل پردنیزولون و IVIg 20 gr ؛ Order شد.

هپارین 5000 واحد Tds 12 ساعت بعد از عمل شروع شد.

مشاوره روانپزشکی به علت بی خوابی و استرس و اضطراب انجام شد که تشخیص خلق دیسفوریک داده شد.

گاباپنتین 100 BD –لیبریوم 5 BD- Tranqopin(25mg ) ½

18/2/00 به علت نداشتن defication شربت لاکتولوز و شیاف بیزاکودیل با دستور خانم دکتر تجویز شد.به علت نداشتن روند کاهشی پلاکت ، هپارین به clexan تبدیل شد.

Hb=11.3 PLT=130 PT=14.9 PTT=27 CRP=6 INR=1.25 …..=22000

19/2/00 ساعت 8:20 صبح به دنبال برادیکاردی آسیستول شد و CPR شروع می شود.توسط متخصص بیهوشی آقای دکتر اینتوبه می شود و طی یکساعت CPR 25 ویال اپی نفرین 1mg و 3 عدد آتروپین و یک ویال گلوکونات کلسیم و 2 gr سولفات منیزیوم دریافت شد که متاسفانه CPR موفق نبود و ساعت 9:20 فوت بیمار اعلام می شود.

پرسشگری:

ایرانی- تحصیلات دانشگاهی –بارداری خواسته –بیمه تامین اجتماعی و بیمه تکمیلی دانا –خانه دار و وضعیت اقتصادی مناسب- منزل شخصی-

تمامی مراقبت ها فقط در بخش خصوصی صورت گرفته که 8 نوبت بوده و تحت نظر خانم دکتر میر زنده دل .در تاریخ 7/2/1400 در 30 هفتگی به دلیل تب و سرفه به پایگاه شهید سلیمانی مراجعه و اصرار به انجام PCR Rapid testداشته که انجام شده و مثبت اعلام می شود.

جهت ویزیت به بیمارستان مراجعه می کند که توسط پزشک اورژانس ویزیت شده و دارو تجویز می شود ولی بعد از 3 روز سرفه ها بیشتر می شود 10/2/00 ساعت 20:30 با اورژانس تماس میگیرد و درخواست انتقال به بیمارستان خصوصی می کند که مورد وموافقت قرارنمی گیرد و بیمار با وسیله شخصی به بیمارستان دوم می رود.همسرش اظهار می کند که خیلی مراقب پروتکل ها ی بهداشتی بودند و خود همسر هم مبتلا نشده است.

خلاصه پرونده دوران بارداری در مطب :

6 نوبت مراجعه به مطب خانم دکتر داشته نوبت اول 26/8/99 در سن بارداری 6w+4d که در بررسی آزمایشات

 vit D3 = 20 TSH= 7.9 و Feritin=19 بوده که تحت درمانن لووتیروکسین ویتامین D و قرص آهن قرار می گیرد.

آخرین مراجعه 16/1/00 در مراجعات نکته خاصی به جز=14.6 Feritin و TSH=0.01 نکته خاصی نداشت .آزمایشات غربالگری و میانگین شریان رحمی در سونوگرافی کالر داپلر هفته 18-19 حاملگی و اکوی قلب جنین همگی نرمال بودند

 **نظرات اعضا :**

* اگر نظر اجماع اساتيد ومشاوران براي بهبودي مادر ختم بارداري لازم بوده است چرا زودتر ختم انجام نشده كه لااقل جنين زنده باشد و اگر هم ختم بارداري لازم نبوده است ، چرا پس از IUFD با عجله ختم انجام شده است . اما در زماني كه ديسترس جنين ايجاد شده است ، قطعا براي نجات احتمالي جنين ختم بارداري ضرورت داشته است . لذا تصميم متخصص زنان از نظر علمي صحيح نبوده است.
* در خانم بارداري كه دچار افت ساچوريشن شده است بايد مانيتورينگ مداوم قلب جنين انجام شود كه در اين بيمار اتفاق نيفتاده و يا دير انجام شده است و با توجه به هيپوكسي قلب جنين از بين رفته است.بعد از تاييد مرگ جنين نياز به ختم فوري با سزارين نبوده است و زايمان طبيعي گزينه ارجح بوده است.
* احتمالاً آژيتاسيون بيمار در زمينه هيپوكسي بوده نه اينكه اختلال اضطرابي باشد.
* به نظر ميرسد بعد از ختم بارداري انتوباسيون بيمار دير صورت گرفته و به دليل هيپوكسي دچار براديكاردي و ايست قلبي شده اند .
* بیمار مورد مشخص کووید-19 بوده است. با توجه به ساچوریششن و گاید لاین مادر باردار کووید تصمیم به انتوباسیون بیمار بایستی سریعتر صورت میگرفته است.
* تصمیم به ختم بارداری با توجه به وضعیت مادر و نوسانات زیاد در وضعیت جنین باید زودتر اتخاذ می شده است.
* عدم تصمیم گیری به موقع ودرست و از دست دادن زمان و عدم توجه به الگوریتم مادر باردار با کووید -19 باعث سیر غیر مطلوب شده است.