صورتجلسه پنجاه و چهارمین کمیته دانشگاهی مرگ مادر باردار

مورد اول :

متوفی 40 ساله G7P3L3Ab3باردارGA=33+4dتاریخ 13/4/1400 ساعت 17:40 از مطب دکتربه علت IUGR و AFS↓( سابقه 3 بار سزارین) و سابقه BP↑و مصرف انوکساپارین و ASA ولووتیروکسین روزانه. همچنینGDM که بارژیم کنترل بوده به بیمارستان مراجعه می کند.

طی 72 ساعت بستری در بیمارستان بتامتازون دریافت می کند. متیل دوپا BDشروع می شود.BMI=26

مشاوره داخلی : پروتکل انسولین ، مشاوره قلب و مشاوره پریناتولوژی انجام می شود.

پروفیللاکسی DVTهپارین دریافت می کند. T=36.4 RR=20 PR=90 BP= 130/80

NST روزانه دارد.

سونوگرافیBPS 13/4/1400 AFI=7 سن بارداری 32+5d BP=6/8بدونNST

14/4/1400 کالر داپلر انجام که مشکلی نداشت BP=6/8 بدون NST AFI=7.5

CBC:W=11.9 Hb=13.9 PLT=237 ESR=48 LDH=470 Bili(0.4-0.1) ALT=18 AST=21 CRP=3 U/A/Protein+1 BG=O+ Ab Screening=Negative

ادرار 24 ساعته Volume=2500 Protein=108 Creat=1200

16/4/1400 کالر داپلر سونوانجام شدکه مختل بود وIUGR مطرح شدFHR تاکی کاردی جنین (180) که ساعت 21 تحت SPAتوسط دکتر سزارین شدو نوزاد آپگار 8/7 متولد شد.

تاریخ 18/4/1400 ترخیص شد . Postop: CBC=wbc:11.3 Hb=13 Plt=182

طی مدت بستری درجه حرارت بین 36.4 تا 36.9 متغیر بود.

P.Rبین 98 تا88

RRبین 20-16

فشار بین 98/142 تا90/130

در تاریخ 24/4/1400 ساعت 23 با وسیله شخصی و با پای خود با شکایت سرفه و تنگی نفس به اورژانس بیمارستان دوم مراجعه و در سطح 2 تریاژ در سرویس متخصص طب اورژانس قرار میگیرد .

علایم حیاتی: t=37 bp=160/80 RR=22 PR=111 O2SAT=91%

مشاور زنان G4P4 با سابقه 4 بار سزارین یک هفته قبل (17/4)در بیمارستان اول به علت پره اکلامپسی در 34 هفتگی سزارین شده و سولفات دریافت کرده بود.در معاینه لوشیای بدبو ندارد.محل انسزیون بدون مشکل است.شکم نرم است و بدون تندرنس .تب ندارد.ولی هوشیار است.سابقه کم کاری تیروتید و مصرف لووتیروکسین روزانه همچنین سابقه افسردگی و مصرف داروهای سرترالین-رسپیریدون و الپرازولام داشته که طی 4 ماه اخیر داروها را قطع کرده است.دستورات:قرص والزارتان 80-نیاز به اقدام اورژانس زنان ندارد.ولی به دلیل پر خطر بودن طبق پروتکل کشوری در صورت امکان به مرکز سطح 3 منتقل شود.برگه اعزام به دلیل نداشتن فوق تخصص ریه و خراب بودن دستگاه CT اسکن نوشته شد.با بیمارستانهای دیگر (به دلیل داشتن بیمه نیروهای مسلح)و بیمارستانهای سطح3 (به دلیل سانتر کرونا)با هماهنگی ستاد هدایت جهت انتقال هماهنگ شد که بعلت خالی نبودن تختهای ICU پذیرش داده نشد.

پس از مشاوره و بیهوشی در بخش ICU در سرویس عفونی بستری شد .با ماسک رزرودار O2 SAT 97% رژیم معمولی –دیورز برقرار-دستورات:انوکساپرین 40-پنتوپرازول 40-متیل پردنیزولون 500-رمدسیویر 200 لووتیروکسین-مروپنم

25/4 مشاوره قلب EF=50-55% و سایر موارد اکوی قلب نرمال گزارش شد.

متورال 25 BD و امیلودیپین 5 روزانه شروع میشود.

مشاوره روانپزشکی رسپریدون ½ روزانه

آزمایشات :WBC=7/8 ESR=68 CRP=54 HB=12/3 LDH=776 CPK=296 PLT=237 CPKMB=28 D-DIMER=NEGATIVE AST=27 ALT=46 CREAT=0/9 CA=8/2 NA=140 INR=1 K=4/2 PT=12 PTT=34 BIL= 0/6 -0/2 ABG(PH=7/44 PCO2=24/8 HCO3=17/8)

دو دوز اکتمرا 400 در تاریخ 25 و 26 دریافت میکند.

تاریخ 28/4 بعلت افت O2SAT به 70%با ماسک رزرو دار تحت NIV قرار میگیرد.به دلیل موجود نبودن کلگزان ،.هپارین 5000 TDS S.C ORDER می شود.

21/4 مجددا جهت اعزام با بیمارستانهای دیگر اقدام میشود ولی به دلیل نداشتن تخت خالی منتفی میشود.

30/4 از بیمارستانی پذیرش گرفته شد ولی خواهر و همسر بیمار اجازه اعزام ندادند.

داروی وانکو مایسین به داروها اضافه شد.متیل پردنیزولون5 و دگزامتازون 8 میلی گرم TDS شروع میشود.

Ca-Dو آمپول ویتامین D3 و ویتامین C یک گرم روزانه ORDER میشود O2 با NIV 90%

درخواست مشاوره فوق ریه میشود که تلفنی گفته شد تشریف می آوردند.

3/5 رمدسیویر قطع شد و پیگیری جهت مشاوره ریه انجام میشود در نهایت اطلاعات بیمار از طریق واتساپ به ایشان ارسال میشود. ادامه دستورات دارویی و NIV با فشار کم توصیه میشود.

Nebpulimicrt و قرص pirfenidone 200 شروع شد.

4/5 رسپیریدون قطع و سرترالین 50 ½ و الپرازولام شروع شد.

9/5 :دگزامتازون D/C –متیل پردنیزولون 500 BD –Actemro400 مجددا order شد که به دلیل در دسترس نبودن تزریق نشد.

ساعت30/3 صبح 11/5 بعلت افت سطح هوشیاری و ABG(PH=7/24 PCO2=78/6 HCO3=32/8) اینتوبه میشود و تحت دریپ فنتانیل و میدازولام قرار گرفت.

بعلت افت BP دریپ NE شروع میشود.

12/5 ساعت 37/9 به دلیل برادی کاردی به مدت 8 دقیقه CPR شد 2 میلی آدرنالین دریافت کرد که برمیگردد مجددا ساعت 10 برادیکارد شد به مدت نیم ساعت CPR با 10 میل آدرنالین 170 سی سی بی کربنات ادامه داشت که متاسفانه ناموفق بود و فوت بیمار ساعت 10:30 اعلام میشود.

WBC=18 HB=14 pcr covid +

نظرات اعضا :

* در مورد خانم 40 ساله G7P4 Ab3 كه از همه نظر high risk بوده است كه از جمله سن ايشان ، سابقه فشار خون ، ديابت ، هيپو تيروئيدي ومولتي پار بوده اند در بيمارستان بستري وطي مطالعات باليني تصميم بسيار صحيحي براي ختم حاملگي گرفته شده و پرو فيلاكسي پره اكلامپسي هم انجام و ترخيص شده است . 6روزپس از ترخيص با علائم بيماري كوويد19 به بيمارستان مراجعه و بستري شده است . احتمالا در زمان بستري ويا رفت و آمد دچار كوويد شده كه بهتر است بررسي شود آيا دربخش بستري ايشان بيمار كوويدي بوده يا نه وآيا پرو تكل هاي بهداشتي در آن مركز انجام شده است ؟ كه بيمارستان مربوطه بايد دقت بيشتري انجام دهند.
* متاسفانه بعلت عدم وجود تخت خالي در ICU انتقال به مركز مجهز انجام نشده و يك بيمارستان هم كه پذيرش داده ( احتمالا خصوصي) خانواده نپذيرفته اند در ICU نيز مراقبتهاي رو تين بيماري كوويد انجام گرفته و فوق تخصص ريه باید براي معاينه مراجعه ميكرد و دستورات تلفني مناسب نبوده است.
* با توجه به شواهد شدت بیماری کووید آن هم در شرایط بارداری استفاده از دوز intermediate داروهای آنتی کواگولانت ارجحیت دارد ولی در این بیمار دوز برای پروفیلاکسی DVT/PTE انتخاب شده است.
* با توجه به افت O2Sat در تاریخ 28/4/1400 ( افت ناگهانی) و نیز شرایط کووید و بارداری ، احتمال آمبولی ریه برای بیمار مطرح است که برای بررسی، اگر CT- Angiography در دسترس نیست ، درخواست ECG و اکوکاردیوگرافی در این فاز ممکن است کمک کننده باشد ؛ ولی گزارشی از آن ارائه نشده است.
* يك هفته قبل سزارين ولي بدون داشتن شواهدي از تست PCR و و تاريخچه اي از علايم باليني كه يك هفته بعد با علايم سرفه وتنگي نفس مراجعه ميكند.سابقه هيپوتيروييدي و افسردگي تحت درمان ناقص و داروي ضد فشارخون بالا- به علت خرابي دستگاه سي تي اسكن از وضعيت درگيري ريه ها اطلاعي در دست نيست و كما كان درگيري در  رابطه با انتقال بيمار در سطح بالاتر ميباشد.از 28/5 به علت افت بيشتر سچوريشن از NIV كمك گرفته ميشود.ويزيت متخصص ريه به صورت تلفني كه اين خود سوال برانگيز است؟ يك سري از داروها را صرف اينكه در بيمارستان موجود نبوده است از دستورات دارويي حذف شده است كه دليل موجه نمي باشد همانگونه كه براي سي تي اسكن در ابتدا ميتوانند از مراكز ديگر كمك بگيرند مراكزي كه در سطح ترياژ بالاتر هستند و نهايتا بيمار به علت افت سطح هشياري در تاريخ 11/5 يعني حدود 17 روز بعد از مراجعه به بيمارستان اينتوبه ميشد كه با توجه به گازهاي خون شرياني ونتيلاسيون خوبي نداشته است (PCO2=78) ,بدنبال آن شروع نور اپينفرين و مختل شدن سيستم قلبي و عروقي و بدنبال آن احياي بي نتيجه مادر
* از دست دادن زمان براي انتقال بيمار و عدم تصميم گيري به موقع براي كمكهاي تنفسي و خصوصا لوله گذاري و عدم استفاده از امكانات بيمارستاني سطوح بالاتر توسط بيمارستانهاي سطح پايينتر و تصميم گيري دشوار در ختم بارداري در اين بيماران را شامل ميشود كه نيازمند بررسي مجدد پروتكل هاي موجود در اين زمينه می باشد .
* طبق شرح حال احتمال می‌رود ، احتمالا بیمار در بستری یا زایمان ،مبتلا شده است ، البته شرح حال دقیق از شروع علائم در دست نیست ، شاید حین زایمان در دوره کمون بوده است ،قبل از اینکه ،ct انجام شود یا پذیرش گرفته شود ،امکان شروع دارو نبوده است.

مورد دوم :

متوفی 26 ساله G1 بر اساس سونوگرافی 20 هفتگی ، 34 هفته مورخ 9/5 در ساعت 30/5 صبح توسط اورژانس تهران به اورژانس بیمارستان منتقل شد. .نامبرده از یک هفته قبل دچار علایم سرفه و تنگی نفس بوده که از 2-3 روز قبل تشدید شده و در سرویس دکتر متخصص طب اورژانس تحت نظر قرا می گیرد علایم حیاتی :

T=37 RR=22 BMI=28 BP=120/70 بدون ماسک O2 SATE =88%

مشاوره زنان:درخواست NST روزانه 2 بار

بعد از STABLE شدن سونوگرافی بارداری

بعلت سوزش سر دل U/A-ممانعتی برای انجام سی تی با شیلد با توجه به شک به کرونا ندارد.

مشاوره داخلی::بیمار ILL است میالژی ندارد دیسترس تنفسی دارد درخواست سی تی ومشاوره عفونی

گزارش CT سکن:کدورتهای گراند کلاس پراکنده و کانسالدیشن با ارجحیت نواحی پریفرال بطور پراکنده در هر دو ریه مشاهده شد به نفع کووید پنومونی

کمیته مادران پرخطر با حضور متخصص عفونی –قلب-داخلی-بیهوشی-زنان با حضور سوپروایزر برگزار شد.

مشاوره بیهوشی:بستری در ICU

مشاوره عفونی:رمدسیویر 200 میلی گرم و دگزا 8 میلی گرم TDS

آزمایشات: U/A PROTEIN NEGATIVE WBC=13 HB=10/2 PLT=209 ESR=67 PT=12 INR=1 PTT=44

مشاوره قلب: EF=55% و نکته خاصی در اکو و ECG مشاهده نشد.

ساعت 12 ظهر با ماسک رزرو دار 6-8 لیتر در دقیقه و O2SAT=93% به بخش ICU منتقل و در سرویس عفونی بستری میشود.

دستورات دارویی:هپارین:5000 S.C BD -ویتامین –ZINC-Cرمدسیویر-دگزامتازون8 میلی TDS –ASA 80-آترواستاتین 40 روزانه-پنتوپرازول 40 BD- -شربت اکسپکتورانت –اسپری sereflu –قرص مونته لوکاست-قرص ادالت کلد-سولفات منیزیوم Neb –Librium 10 روزانه-قرص سیتریزین روزانه

با نظر سرویس داخلی با توجه به BS های بیما ر پروتکل انسولین اجرا میشود. رژیم معمولی دارد.

آزمایشات:

AST=86 ALT=98 LDH=663 D-DIMER=1355 CREAT=0/7 TROPONIN=1/5 NA=140 K=3/8 ALBUMIN=2/9 BIL=0/4 0/2

10/5 ویزیت داخلی:O2SAT=87% با ماسک-دیسترس تنفسی دارد-آپوتل1 گرم STAT IV –O2 10-13 لیتر در دقیقه دریافت کند.T=36/8 BP=110/80 PR=94

ویزیت زنان:O2 SAT بین 80-85% - سونوگرافی BPS درخواست شد.

سونوگرافی BPS نوبت اول بدون NST 8/4 - AFi=11/5 که درخواست تکرار BPS شد که مجدد 10/6 با NST که REACTIVE میباشد. که با همکاران پریناتولوژیست تلفنی مشورت شد توصیه شد در صورت NST NON REACTIV یا O2 SAT کمتر از 85% ختم بارداری انجام شود.

11/5 بیمار احساس کاهش حرکت جنین دارد ویزیت دکتر متخصص زنان : NST reactive توصیه به انجام BPS

ویزیت داخلی:جهت کنترل BS توصیه شد NPH 4 واحد صبح و 4 واحد شب دریافت کند.

ویزیت مجدد زنان بعد از BPSبا نمره 8/2 (AF=2)و AFI=5/5 که نسبت به روز گذشته کاهش دارد.

تشکیل کمیته مادران پر خطر با حضور متخصص داخلی-عفونی-زنان-قلب-بیهوشی-پزشکی قانونی و بعد از اطلاع مدیر بخش زنان بعلت کاهش حرکت جنین و کاهش AFI تصمیم به ختم بارداری شد.

همچنین توصیه شد بعد از جراحی دگزامتازون DC و متیل پردنیزولون 500 روزانه و دو دوز اکتمرا به فاصله24 ساعت دریافت کند.

ساعت 13:20 توسط دکتر متخصص بیهوشی اسپاینال و سزارین توسط دکتر انجام شد.حاصل نوزاد پسر با آپگار 10/9 پره ترم که تحویل متخصص اطفال شد. که 10 دقیقه بعد نوزاد برادیکارد شد و با ماساژ و احیا برگشت و به NICU منتقل شد.

طبق گزارش تکنسین بیهوشی اطاق عمل O2SAT بیمار در بدو ورود بدون ماسک 65% وبعد از اتصال به O2 75% و بعد از خروج نوزاد 85% افزایش پیدا کرد .

ORDER بعد از عمل کفلین-شیاف دیکلوفناک-اپوتل PRN –

ساعت 22 ویزیت دکتر

HBPOST OP=9/9 W=16000 PH=212 O2SAT=84%

12/5 ساعت 8:30 صبح به علت افت O2SAT 67% و تاکی کاردی PR=134 و دیسترس تنفسی شدید توسط دکتر NIV تعبیه شد نیم ساعت بعد ساعت 9 بعلت برادیکاردی شدید و افت هوشیاری و افت BP بلافاصله اینتوبه و ماساژ قلبی شروع شد وطی یکساعت عملیات احیا 6 عدد آتروپین -10 عدد اپی نفرین-بی کربنات و کلسیم تزریق شد. وبا توجه به افت BP دریپ N.E شروع شد.

مشاوره قلب انجام شد توصیه به ادامه داروهای اینوتروپ شد.

ویزیت عفونی: ایمی پنم و سیپروفلوکسازین شروع میشود اکتمرا دریافت کرده.رمدیسیویر ادامه دارد.و متیل پردنیزولون 500 روزانه میگیرد.

WBC=17 HB=9/2 PLT=182

ساعت 50 دقیقه بامداد 13/5 مجددا برایکاردی میشود CPR شروع . 4 عدد آتروپین 6 عدد اپی نفرین دریافت میکند + بی کربنات به مدت 45 دقیقه تا ساعت 35/1 CPR ادامه می یابد که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار اعلام میشود .

PH=6/79 PCO2=57/8 PCO3=8/8

نظرات اعضا :

* پس از مراجعه به بيمارستان روند درمان كوويد شروع شده است ولي درمورد ختم بارداري كمي تاخير شده است و روز قبل عمل سزارين نيز كرايترياي ختم بارداري را داشته است در مورد انجام BPS مكرر و پاسخ هاي آنها كه در آخر BPS= گزارش شده و حركات جنين نيز كم شده است كه منجر به تصميم به ختم بارداري شده است و آپكار نوزاد را 10/9 گزارش كرده اند كه قطعا اين آپكار با اطلاعات قبلي همخواني ندارد .
* بيماربا درگيري شديد ريه و ساچوريشن پايين مراجعه كرده اند و تمام اقدامات تشخيصي و درماني طبق پروتكل هاي علمي انجام شده است و متاسفانه بيماران به دليل شدت بيماري Expire شده اند.
* آیا در مشاوره قلب که در تاریخ 12/5/1400 انجام شده است ،شواهدی در خصوص ME یا میو کاردیت دیده شده است ؟
* با توجه به احتمال بالای بروز آمبولی ریه به عنوان علتی برای افت O2Sat بعد از زایمان ، ظاهرا هیچ بررسی در این خصوص انجام نشده است.اگر حتی با توجه به افت فشارخون ، شرایط انتقال به دپارتمان رادیولوژی وجود نداشته باشد ، انجام ECG و اکوی Bed side ضرورت دارد
* در این بیمار نیز با توجه به شواهد شدت بیماری کووید در بارداری ، استفاده از دوز intermediateداروهای آنتی کواگولانت ارجحیت دارد ولی دوز معمول برای پروفیلاکسی DVT/PTE انتخاب شده است.
* علايم كوويد مثبت از يك هفته قبل- اشباع اكسيژني 88% -گزارش مثبت سي تي اسكن ريه-ويزيت زنان روز 10/5 اشباع اكسيژن 80-85%
* روز 11/5 تصميم به ختم بارداري و ورود به اتاق عمل طبق گفته تكنسين ساچوريشن 65% و قبل از آن بيمار اينتوبه هم نشده است و حتي NIVهم به درستي مورد استفاده قرار نگرفته است. بعد از سزارين روش تنفسي بيمار نا مشخص ميباشد چون تازه بعد از افت اشباع اكسيژني  NIV و بعد از براديكارد شدن تازه اينتوبه شده است.همانند ديگر كيسهاي مادر پر خطر تاخير در اينتوباسيون و استفاده به موقع از وسايل كمك تنفسي عامل تسريع كننده براي مورتاليتي ميباشد هر چند ماهيت بيماري آبشاري است.
* بر اساس شرح حال ، دیر مراجعه کرده است و پیشرفت علائم غیر قابل اجتناب بوده ،ولی در این مورد هم احتمال آمبولی ریه مطرح هست بهتر بود پالس زودتر شروع می شد .

مورد سوم :

متوفی 31 ساله G3P1Ab1 باردار 28w+1d با سابقه یک بار C/S تاریخ 9/5 ساعت 22 با شکایت تنگی + تست PCR+ به تاریخ 4روزقبل(6/5/1400) با وسیله شخصی و با پای خود با سطح تریاژ2در سرویس دکتر متخصص طب اورژانس تحت نظر قرار میگیرد علایم حیاتی : T:37.1 BP:110/70 PR:86 RR:36 وo2sat:80% با اکسیژن:93%

مشاوره زنان :نامبرده طی حاملگی قبلیHTN بارداری داشته و در طی حاملگی اخیرGDM که با رژیم غذایی کنترل می باشد . توصیه شد دگزا 6mg BD ، انجام chest C.T ، اجرای پروتکل انسولین ، انوکساپارین 40 روزانه CT انجام شد . درگیری شدید 80% هر دو ریه به نفع پنومونی کووید 19

مشاوره داخلی – عفونی : رمدسیویر 200mg ، دگزا 6Mg روزانه ..سرم نرمال سالین 5/1 لیتر روزانه –انوکساپرین 60 –چک BS 4 بار در روز –فاموتیدین 20 BD- ویتامین C- امپول ب کمپلکس روزانه-SELENIUM- O2 با ماسک رزرو دار 10 لیتر در دقیقه و رژیم دیابتی-

ساعت 2:30 بامداد 10/5 به بخش ICU منتقل و در سرویس عفونی بستری میشود.

ساعت 19 دستور تجویز اکتمرا 400 و شروع پالس پردنیزولون 250 روزانه و DC کردن دگزامتازون.

11/5 o2sat: 86-87 با اکسیژن به طور متناوب به NIV متصل می شود .

مشاوره ریه : توصیه به مشاوره قلب و شروع مروپنم1gr Tds

به علت اظهار بیمار مبنی بر آبریزش سونوگرافی BPS درخواست شد . 6/8 بدون NST FB:0

سرویس زنان : آمپی سیلین 2gr QID IV و آزیترو 1gr stat ،o2sat:81% و توصیه به انجام BPS مجدد 12 ساعت بعد Bed side

یک دوز اکتمرا تهیه و تزریق شد.

ویزیت قلب :EF=55% اکو نرمال گزارش شد.

CREAT=0/7 WBC=12 HB=10/9 PLT=331

12/5 ویزیت عفونی مروپنم DC –آمپی سیلین 500-تازوسین 4/5 گرم STSTE و سپس TDS –آزیترومایسین 500 روزانه

RR=40 O2SAT=83% PR=120

توصیه به تزریق دوز دوم اکتمرا شد که همانروز دریافت می کند.

13/5 - 7 صبح O2SAT به 65% افت میکند بعد از اتصال به NIV تا 70 %افزایش می یابد.

بدنبال آن جنین دچار برادیکاردی شده که دستور ختم بارداری داده میشود.

ساعت 8:30 تحت اسپاینال حاصل سزارین نوزاد سفالیک آپگار 7/2 –درن تعبیه میشود .

طبق گزارش سرویس بیهوشی با تنفس خودبخودی PR=130 BP=152/70 SPO2 =75% با ماسک به پرستار ICU تحویل داده میشود.

ساعت 9:35 بعد از انتقال به ICU بعلت O2SAT=36% سریعا اینتوبه میشود و تحت دریپ فنتانیل و اتراکوریوم قرا میگیرد.

ساعت 11 800 میلی میزوپروستول رکتال و 50 واحد اکسی توسین داخل سرم دریافت می کند.

NPO 8 ساعته سپس گاواژ مایعات ساده شروع شود بعد از 12 ساعت در صورت نداشتن ترشحات درن ،هپارین 7500 TDS IV و ادامه پالس متیل پردنیزولون.

ساعت 13 ویزیت عفونی :آزیترومایسین DC و levofroxacil 750 میلی گرم و دستور تجویز اکتمرا 400 دوز سوم

ساعت 21 O2SAT حدود 82%بعلت K=6/6 مشاوره نفرولوژ ی انجام شد ابتدا درمانهای دارویی دریافت میکند(دکستروز 5 درصد + انسولین)و ( کی اکسالات +لاکتولوز)

بعلت WIDE COMPLEX در ECG مشاوره قلب درخواست میشود.BP=90/50 PR=120

توصیه به دریافت گلوکونات کلسیم 10 %

و در صورت جواب نگرفتن توصیه به انجام دیالیز اورژانس طبق نظر سرویس نفرولوژی میشود.

بعد از 2 نوبت چک K که هر دو نوبتK=6/9 گزارش میشود طبق نظر سرویس نفرولوژی شالدون تعبیه و آماده جهت دیالیز اورژانسی میشود.ساعت2 صبح دریپ N.E شروع می شود.

بیمار آماده جهت انجام دیالیز میشد که ساعت 2:30 ایست قلبی میکند و طی یکساعت CPR و دریافت 15 عدد اپی نفرین و یک ویال بی کربنات متاسفانه بیمار برنگشت و فوت بیمار ساعت 3:30 اعلام شد.

TROPONIN=6313 AST=148 ALT=148 AST=93 LDH=1190 PLT=225 HB=12 WBC=16/9 CPK=323

B.C=NEGATIVE در دو نوبت

نظرات اعضا :

* ايشان حاملگي پر خطر بعلت سابقه فشارخون و GDM داشته و خيلي دير مراجعه نموده است و روز بستري80% ريه در CT گرفتار كوويد بوده است بيمار به موقع به ICUمنتقل شده . بيمار اظهار آبريزش داشته كه درخواست BPS شده درحاليكه با آمنيوشور ميتوانستند چك كنند و ختم بارداري كه شايد براي جنين و مادر بهتر بود با تاخير 2 روزه انجام نشود . بيمار ساعت 30/8 تحت سزارين قرار مي گيرد ودر ساعت 35/9 بلافاصله پس از انتقال به ICU بعلت O2 SAT =36% اينتوبه مي شود و شايد بهتر بود دراتاق عمل اينتوبه مي شد. تجويز ميزو پروستول و اوكسي توسين نشانه خونريزي احتمالا شديد بوده كه در گزارش نيامده و Hb نيز مشخص نيست . شايد آنمي شديد حال بيمار را بدتر و مرگ او را سريعتر كرده است .
* بيماربا درگيري شديد ريه و ساچوريشن پايين مراجعه كرده اند و تمام اقدامات تشخيصي و درماني طبق پروتكل هاي علمي انجام شده است و متاسفانه بيمار به دليل شدت بيماري Expire شده اند.
* درگزارش بیمار مشخص نیست آیا بدنبال تجویز گلوکونات کلسیم ، Wide cmpex بدون qrs بیمار در ECG ( شواهر هیپر کالمی ) برطرف شده است و یا خیر . در صورت برطرف نشدن آیا نیاز به دیالیز اورژانس و تعبیه شالدون نباید تسریع می شده ؟
* هرچند به نظر می رسد سیر پیشرونده ، درگیری ریوی وسیع بدنبال کووید و عدم انتوباسیون بیمار تا رسیدن SO2 36 % نیز مزید علت جهت EXPIRE شدن بیمار بوده است.
* بر طبق اطلاعات ارائه شده به نظر می رسد برای درمان هیپر کالمی( K=6.9 ) در انتظار برای انجام دیالیز و آماده شدن setting آن، تنها به تجویز یک دوز گلوکونات کلسیم بسنده شده است و بیمار پیش از اصلاح پتاسیم با ایست قلبی و CPR ناموفق فوت شده است. بدیهی است در این حالت استفاده اورژانسی از درمان اولیه هایپرکالمی با داروهای شیفت دهنده پتاسیم ضرورت مطلق دارد و هرگونه سهل انگاری در این رابطه می تواند خطرناک باشد.به علاوه تجویز مکرر گلوکونات کلسیم حین CPR نقش مهمی در احتمال موفقیت احیاء دارد که ظاهرا تجویز نشده است با این اوصاف به نظر می رسد که فوت بیمار در این تاریخ قابل پیشگیری بوده است .
* با توجه به اطلاعات ارائه شده به نظر میرسد این بیمار دوره ای طولانی از هایپوکسی ( با O2SAT حداکثر 81% ) را تا ختم زایمان و انتوباسیون گذرانده و مشمول خطای رایج تاخیر انتوباسیون بیماران کووید شده باشد که با مبانی ABC در مدیریت بیماران در تضاد است و بر احتمال عوارض و مورتالیته می افزاید.
* با تست مثبت و علايم از 4 روز قبل و درگيري ريه 80%- استفاده از وسايل كمك تنفسي و اشباع اكسيژن تا تاريخ 11 اطلاعي ثبت نشده است و آيا از 11 تا 13 كه اشباع اكسيژن به 65% رسيده چه كار خاصي انجام مي شده است و اينكه با اين اشباع اكسيژني آيا بايد از NIV استفاده كرد كه با پروتكل همخواني ندارد. كه بدنبال آن براديكاردي جنين و ختم بارداري با آپگار 2 براي نوزاد -بعد از آن هم با وجود سچوريشن 75% فقط ماسك ساده و نهايتا افت سچوريشن 36% و اينتوبيشن و از هموديناميك بيمار هم اطلاعي در دست نيست چه بسا بيمار دچار مشكلات ايسكمي كليوي بدنبال فشار پايين و هيپوكسي و يك AKI شده باشد. وبا تابلو هيپر كالميا و مشكلات قلبي بدنبال آن فوت ميشود.
* طبق شرح حال و تاریخ شروع علائم و تست مثبت ،دیر مراجعه کرده ولی درمان بموقع شروع شده، ولی ،علل دیگری،(کاهش پتاسیم ،و.....انتو باسیون،دیر هنگام ،طبق نظر اعضاء ،ِ......احتمالا مطرح است )

مورد چهارم :

متوفی 30 سالهG3P1Ab1 22 هفته باردار سابقه یک بار سزارین مورخ 6/5/1400 ساعت19:30 با آمبولانس خصوصی به بیمارستان مراجعه و در سطح 3 تریاژ قرار می گیرد نامبرده از یک هفته قبل علائم داشته و از دیشب تنگی نفس شروع شده 31/4/1400 تست CPRکووید انجام داده و در تاریخ 2/5/1400نتیجه مثبت اعلام شده است.

علائم حیاتی : T=36.6 O2Sat=91% Bp= 120/80 RR=19 PR= 103

توسط دکتر متخصص زنان ویزیت می شود و طبق نظر ایشان ویزیت متخصص طب اورژانس و انجامCT Scan توصیه می شود. توسط دکتر متخصص طب اورژانس ساعت 2:30بامداد پرونده بستری در اورژانس تشکیل می شود.

CTاسکن ریه انجام شده و درگیری 60%ریه ها با پنومونی کووید گزارش می شود .

ویزیت متخصص عفونی Remdesivir 200 - پالس متیل پردنیزولون 250- رژیم معمولی –انوکساپارین 40- پنتازول 40- ویتامینC – Neb Mgso4 به علت سابقه کم کاری تیروئید ، لووتیروکسین روزانه

مشاوره زنان: درخواست سونوگرافی که انجام شد . جنین زنده 22 هفته سفالیک جفت قدامی

مشاوره بیهوشی :ICU ادمیت

ساعت 13:40درICU داخلی بستری می شود. درICU-O2 با ماسک رزرو دار – Zinc plus -شربت برم هگزین و دیفن هیدرامین دریافت می کند.

WBC=5.1 CRP=7 U/A/Protein=Negative ESR=28 PT=12 PTT=27 Albumin=3 Feritine=745 D-Dimer=831 Bs=222 Bili =(1.4-0.8) Na=139 Creat=0.7 Hb=12.3 Plt=164 LDH=814 Ast=30 Alt=45

باتوجه به BSهای بیمار سرویس غدد: پروتکل انسولین و لومیر 8 واحد هرشب ساعت 21 شروع می شود . به علت O2Sat کمتر از 85% به طور متناوب به NIVمتصل می شود.

از طرف سرویس عفونیActemea 400+ قرص کلشی سین BD 1mg توصیه شد که با هماهنگی سرویس زنان اجرا می شود .

O2Sat بدون ماسک =60% با ماسک رزرو دار : 89%

ویزیت ریه : هپارینTds 5000 Scو Neb pulmicort و O2 باماسک رزرو دار 12lit/m همچنین سفتریاکسون شروع شد.

ویزیت پریناتولوژی انجام و توصیه ها اجراشد.

بدنبال بی قراری و پرخاشگری تاریخ 14/5/1400ویزیت روانپزشکی انجام می شود. هالوپریدول5mg 2/1BD و یک عدد شبها ، همچنین توصیه شد آمپول ( بی پریدین + هالوپریدول ) PRN - OLANZAPINE 2/1 BD- گابانتین 100 BD

ساعت 11:30 تاریخ 16/5/1400 بدنبال افت O2Sat با کم تر از 50 اینتوبه شد و تحت دریپ فنتانیل و میدازولام قرار گرفت.

ویزیت ریه : هپارین 5000 qid IV– متیل پردنیزولون 500- اکتمرا دودوز به فاصله 12 ساعت دریافت کند .

ویزیت عفونی : مروپنم – وانکومایسین –Cancidas 70 ( سفتریاکسون D/C )

سرویس زنان با بیمارستان دیگر مشاوره تلفنی انجام دادند. که طبق نظر استاد معین آن مرکز دراین سن بارداری ختم اندیکاسیون جنینی ندارد ، مگر بدلیل اندیکاسیون مادری که باید با هماهنگی سرویس های دیگر انجام شود .

مشاوره عفونی در ارتباط با این نظر انجام شد که طبق نظر ایشان ، سن بارداری به حدی نیست که مانع CPR شود و ختم اندیکاسیون مادری ندارد. حتی بعداز IUFD نباید سزارین انجام شودو دفع جنین می بایست در بالین صورت گیرد.

ساعت 20:45 دریپ نور اپی نفرین و دریپprecedex اضافه شد . سونوگرافی انجام شد، جنین زنده 23 هفته

CRP=70 LDH=1415 Tropinin=187 ESR=75 Fritin=1650 D-Dimer=3249 WBC=12.45 Precalcitonin=0.04 AST=115 ALT=237 Hb=13.9 Bili(1-0.5)

تاریخ 17/5/1400 ساعت7:45 صبح بدنبال برادیکاردی آسیستول شد .CPR آغاز آتروپین 0.5 STAT و به مدت 45 دقیقه احیا ادامه داشت. 6 عدد آدرنالین 1mg – 2 ویال بی کربنات ، یک عدد ویال دوپامین دریافت کند که متاسفانه عملیات CPRموفق نبود و ساعت8:30 فوت بیمار اعلام شد.

نظرات اعضا :

* اين بيمار نيز يك هفته پس از تست كوويد مثبت وعلائم باليني بسيار دير به بيمارستان مراجعه نموده است و درسطح 3 ترياژو بستري شده است . از نظر مامايي مشكلي نداشته است و اقدامات لازم انجام شده وانديكاسيون ختم بارداري نيز نداشته است مشاورات لازم انجام و درمان كوويد انجام شده است متاسفانه به علت شدت بيماري فوت نموده است
* بيمار با درگيري شديد ريه و ساچوريشن پايين مراجعه كرده اند و تمام اقدامات تشخيصي و درماني طبق پروتكل هاي علمي انجام شده است و متاسفانه بيماران به دليل شدت بيماري Expire شده است.
* با توجه به شواهد رادیولوژیک و آزمایشگاهی ، شدت بالای بیماری کووید در این بیمار مسجل است .در این راستا قاعدتا علت بی قراری و پرخاش بیمار در تاریخ 14/5/1400 هایپوکسی ناشی از بیماری بوده است که مشکلات Psychiatry منتسب شده و تحت درمان علامتی قرار گرفته است . بنابراین به نظر می رسد که این بیمار نیز مشمول خطای رایج تاخیر در انتوباسیون بیماران کووید شده و تبعات آن به وی تحمیل شده باشد.
* علايم كوويد از يك هفته قبل و تست مثبت 5/2 -در سطح ترياژ 3- درگيري ريه 60%-به علت افت سچوريشن كمتر از 85%  NIV متناوب -از تاريخ 6/5 تا 16/5 يعني حدود 10 روز دقيقا برنامه تنفسي بيمار مشخص نيست -آيا بيمار فقط اكسيژن 12 ليتر در دقيقه ميگرفته است كه اين خود ميتواند باعث توكسيسيتي با اكسيژن بشود بيمار دچار علايم  بي قراري و پرخاشگري شده است كه ميتواند همان ناشي از هيپوكسي نسجي و هم مسموميت با اكسيژن باشد و در آخر بيمار با سچوريشن 50% اينتوبه شده است و زمان زيادي را از دست داده است.
* این بیمار نیز دیر مراجعه کرده ولی پس از بستری اقدامات لازم انجام شده است .