صورتجلسه پنجاه و هشتمین کمیته دانشگاهی مرگ مادر باردار

مورد اول :

متوفی 48 ساله G1 باردار 8 هفته (ivf) ساعت 15/20 مورخ 22/7/1400 با وسیله شخصی به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند (تست pcr+).نامبرده از 6 روز قبل علایم کووید داشته که به دلیل تنگی نفس مراجعه کرده است.

BMI=22/75 O2SAT=9% WITH O2=97% T=38 BP=120/80 RR=18 P.R=101

سابقه واکسیناسیون ندارد.

در سطح 3 تریاژتوسط متخصص طب اورژانس ویزیت و طبق هماهنگی با دکتر سرویس عفونی در بخش کووید بستری میشود.دگزا 8 میلی روزانه –رمدسیور 200پنتازول 40-هپارین 5000 BD –استامینوفن 500 BD –آپوتل PRN –سرم HS و 1/3 2/3 در مجموع دو لیتر روزانه-ویتامین C –ZINC –شربت دیفن هیدرامین

مشاوره زنان:قطع داروهای مصرفی بیمار (پردنیزولون 5 mg –آمپول پروژسترون 50 روزانه-کلگزان 40-)و ادامه شیاف پروژسترون BD –فولیک اسید-قرص Q10 –درخواست مشاوره پریناتولوژی و سونوگرافی بارداری.

24/7/1400 سونوگرافی بارداری 8w+3d FHR=193 جفت آنولار

ویزیت ریه:متیل پردنیزولون 250 روزانه-دگزا hold –تجویز اکتمرا دو دوز توصیه شد.(به فاصله 12 ساعت)

WBC=7/3 D-DIMER=0/83 INL6=10/5 ESR=71 HB=12 PLT=256 TROPONIN=4 CRP=52 Mg=2/3 Ast=36 Alt=23 LDH=791 FERRITIN=434 NA=135 K=3/54 PT=14/9 PTT=35/7 INR=1/1 CREAT=0/6 HbA1C=5/9 BILI TOTAL=1 DIRECT=0/3

مشاوره پریناتولوژی:اجرای دستورات سرویس ریه –ساشه Mg روزانه

سرویس داخلی-غدد:اجرای پروتکل انسولین

مشاوره قلب EF=55% اکوی قلب نرمال

CXR=کدورتهایill defined نان هموژن به صورت پراکنده و عمدتا پریفرال هر دو ریه دیده شد یافته غیر طبیعی در پارانشیم ریه ها رویت نشد.زوایای جنینی آزاد –نواحی هیلر نرمال-سایز قلب نرمال

26/7/1400 به دلیل افت o2sat به آی سی یو منتقل میشود با ماسک O2sat =90% R.Bag

سرفه های شدید –اکتمرا اولین دوز را در بخش دریافت می کند .

گزارش ct اسکن ریه ها:مولتی فوکال مولتی لوبار G.G.O وکانسالیدیشن درهر دو ریه (درگیری 80 درصدی ریه ها)بدون پریکاردیال و پلورال افیوژن –مدیاستن نرمال

دستور متیل پردنیزولون 325(125 tds )-هپارین 7500 bd –قرص مونته لوکاست

1/8/1400 گهگاه دچار دیسترس شدید تنفسی میشود. RR=30 مروپنم 1gr tds به دنبال شروع مختصر VB سونوگرافی شد.سونوگرافی بارداری 9W+1D FHR=98 و توصیه شد در صورت O2SAT کمتر از 80 تحت NIV قرار گیرد .

WBC=12/4 AST=27 ALT=37 D-DIMER=1/6 CRP=3/2 HB=13/2 PLT=327 LDH=1095

بعلت بی خوابی شبانه کلونازپام 1 میلی تجویز شد.

2/8/1400 ساعت 10/8 صبح بعلت افت O2SAT به 72% و تاکی پنه RR=55 با تجویز precedex به NIV متصل میشود.

متیل پردنیزولون 250 روزانه (از 30/7 روزانه 125 دریافت میکرد)

ساعت 20/13 به دلیل افت O2SAT به 52% با فنتانیل و میدازولام اینتوبه شد و تحت دریپ فنتانیل و cisatra قرار میگیرد.

CT مجدد ریه :در مقایسه با CT قبل وسعت درگیری ریه ها به وضوح افزایش یافته وخصوصا در نواحی ZONE فوقانی

مشاوره قلب:بعلت تاکی کاردی و افت فشار انجام شد(BP=80 )

اکوی Bed side :EF=50 سایر موارد نرمال جهت R/O PTE توصیه به انجام CT آنژیوپولمونریا انجام اسکن پرفیوژن ریه ها و جهت تشخیص قطعی دریپ هپارین 1000 واحد در ساعت و توصیه به ادامه دریپ N.E همچنین اشاره شد با توجه به اینکه 150 میلی آمیودارون به تجویز سرویس بیهوشی دریافت کرده بود.

در حال حاضر آریتمی جدی که نیاز به دریپ آمیودارون باشد مشاهده نمیشود.

طبق دستور دکتر دریپ هپارین دریافت نکند و شروع کوتریموکسازول

WBC=28/3 CRp=2/3 HB=14/5 PLT=470 LDH=1144 CPK=97 CKMB=63 FERRITIN=152

3/8/1400 linezolid 600 BD و Baricitinib 4 میلی روزانه لازیکس 20 bd

همچنین طبق نظر سرویس قلب با توجه به troponin 1077 و ProBNB=5073

توصیه به کلگزان 60 BD –قرص اتروستاتین 40 و آسپرین 80 روزانه شد.

طبق نظر دکتر هپارین DC و اجرای دستورات سرویس قلب .

4/8/1400 ادامه متیل پردنیزولون روزانه 125-شربت اریترومایسین 15 سی سی QID

7/8/1400 کوتریموکسازول HOLD –متیل پردنیزولون 50 روزانه-کشت U/C و B/C در دونوبت منفی

8/8/1400 بعلت تاکی کاردی و احتمال آمبولی ریه مشاور پزشک مقیم قلب انجام میشود.

اکوی BED SIDE EF=50% =

RV=TOPNLSIZE علایمی به نفع وژتاسیون یا CLOT رویت نشد.جهت تشخیص قطعی PTE PCTA توصیه شد.

PR=15 T=39/5

 در صورت کاهش BP علاوه بر دریپ N.E high dose دریپ دوپامین شروع شود.

سونوگرافی جنین missed abortion

WBC=17/9 PT=16/3 INR=1/22 HB=12/9 PTT=26/8 AST=22 ALT=95 ESR=7 TROPONIN=77/4 CREAT=0/6 D-DIMER=3/39 FERRITIN=176 PROCALCITONIN=0/07

9/8/1400 در ساعت 1 AM به دنبال برادی کاری آسیستول میشود CPR به مدت 5 دقیقه انجام شد.

2 عدد اپی نفرین و یک ویال بی کربنات دریافت کرد که برگشت.

ساعت 30/1 مجدد آسیستول شد. 45 دقیقه تا 15/2 CPR ادامه داشت 8 اپی نفرین و یکویال بی کربنات دریافت کرد که متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار اعلام شد.

در گواهی فوت نارسایی شدید تنفسی ناشی از کرونا ثبت شده است.

پرسشگری :

* متوفی 47 ساله G1بارداری حاصل IVF؛ تحصیلات دانشگاهی ( اپتومتریست) ؛ بیمه تامین اجتماعی –وضعیت اقتصادی مناسب – طی بارداری هیچگونه مراجعه ای به مراکز بهداشتی و درمانی نداشته و با توجه به سن بارداری 8 هفته 2تا 3 نوبت به مطب خصوصی متخصص زنان مراجعه کرده است .طبق نظر کارشناسان بهداشت خانواده؛ خانواده بیمار( مادر و همسر متوفی) هیچگونه همکاری در پرسشگری نداشته و نسبت به پرسنل پرخاشگری داشتند و جوابگوی سوالات نبودند

نظرات اعضا :

* بیمار همکاری لازم در بستری و شروع درمان نداشت و golden time درمان از دست رفته بود.
* اکتمرا دیر تجویز شده هرچند علت مرگ به نظر sepsis بوده که تجویز اکتمرا باعث تسریع آن شده است.
* بهتر است اجبار در تزریق واکسیناسیون قبل از انجام IVF ( مثل مشاوره قلب و اکو) صورت گیرد .

مورد دوم :

پرونده متوفی در بیمارستان اول

متوفی 28 ساله G2P1 با سابقه یک بار C/S در سن بارداری 37W+5d ساعت 13:00 مورخ 11/8/1400 جهت کنترل قند خون در بیمارستان اول بستری می شود..نامبرده سابقه GDM در طی بارداری اخیر داشته ، که با رژیم غذایی کنترل می شده و طی چند روز اخیر متفومین روزی یک عدد مصرف کرده است.و در نهایت جهت کنترل قند خون بستری می شود. BS=140 BMI=29.9

علائم حیاتی: T=37 BP=120/80 PR=84 RR=17

مشاوره داخلی و پریناتولوژی (انجام می شود .

سونوگرافی BPS : 8/8 حاملگی 37W+ 5d ، AFI=15 cm

طی 3 روز بستری با انسولین Levemir 6 عدد و Novorapid 2 عدد قندها کنترل بوده است.

ساعت 22:55 مورخ 14/8/00 به علت شروع کنترکشن ها و TV= 2cm / 30% ، به طور اورژانسی تحت C/S ( SP.A ) قرار گرفته و نوزاد پسر با آپگار10/9 ، وزن 3000 گرم ، متولد می شود.

دستورات پس از عمل : NPO 8 ساعته ، کفلین 3 دوز 2gr ، انوکساپارین 40 .

علائم حیاتی روز 16/8/1400 : T=37 PR=87 RR=18 BP=110/70

با دستور سفالکسین –استامینوفن –آهن – مولتی ویتامین مرخص می شود و توصیه به مراجعه یک هفته بعد جهت کشیدن بخیه ها.

پرونده متوفی در بیمارستان دوم

متوفی 27 ساله G2P2 تاریخ 25/8/00 ساعت 22:00 با آمبولانس خصوصی به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند .و در سرویس دکتر متخصص طب اورژانس در سطح تریاژ 2 با علائم حیاتی: PR=118 RR=16 T=36.1 O2Sat= 80% BMI=29 تحت نظر قرار می گیرد.

درمعاینه رال دو طرفه ریه ها و بیمار Ill و Toxic بنظر می رسد.

طبق شرح حال نامبرده تاریخ 14/8/1400 در بیمارستان اول سزارین اورژانسی شده و نوزاد در بیمارستان دیگری بستری است و 3 روز بعد از سزارین ؛ بیمار دچار تنگی نفس و سرفه های شدید می شود .به گفته همراهان مراجعات متعدد پزشکی داشتند و تست PCR منفی داشته است..طبق اظهارات پزشک طب اورژانس هیچگونه هماهنگی جهت پذیرش بیمار در این مرکز با ایشان صورت نگرفته است.

Chest CT بیمار علائم کووید را با درگیری بالای 80% نشان می دهد ( مستنداتی از وضعیت بیمار طی 10 روز اخیر در دست نمی باشد) و طبق اظهار بیمار در تاریخ 25/8/00 به بیمارستان دیگری مراجعه نموده که بیمارستان مذکور از پذیرش بیمار خودداری کرده است.

سابقه ای از HTN و دیابت بارداری می دهد. BS=140

داروهای دریافتی در اورژانس سفتریاکسون – سرم N/S 500 –پنتازول 40 – هپارین 5000 –ویتامین C و D –دگزا 8mg-لازیکس 20mg – اکسیژن با 10-15 lit/min RB

طبق هماهنگی با دکتر فوق تخصص مراقبت های ویژه در سرویس ایشان در آی سی یو بستری می شود.

ساعت 23:50 در آی سی یو بستری شده و دستورات پزشک در ساعت 00:15 بامداد:

دریپ هپارین 1000 واحد در ساعت –دریپ لازیکس – رمدسیویر 200- پالس متیل پردنیزولون 500 – آتروواستاتین 20- Neb پالمیکورت – A.S.A 80 – زینک –مروپنم- وانکومایسین- مشاوره قلب- زنان- عفونی- قرص BD 5 mg Concor

ساعت 2:00 بامداد به علت آژیته بودن توسط دکتر متخصص بیهوشی ویزیت می شود. بیمار ماسک را برداشته و آژیته بوده و O2Sat=86% است. که با 2.5 میلی گرم میدازولام و ماسک RB ؛ O2Sat=95% و حال عمومی بیمار بهبود می یابد.

ساعت 4:00 بامداد به دنبال افت o2sat و برادی کاردی و همچنین افت فشارخون و دیسترس شدید تنفسی اینتوبه شده و 2 عدد آدرنالین و 3 ویال بی کربنات گرفته و تحت دریپ NE و دوپامین قرار میگیرد.

ساعت 4:20 دقیقه بامداد مجددا CPR با بی کربنات و آدرنالین انجام شد که موفق بود .تا قبل از ساعت 5:00 صبح ؛ نوبت سوم CPR با بی کربنات و آدرنالین و آمیودارون 150 انجام شد که بیمار بر می گردد.

ساعت 5:00 طبق گزارش دکتر متخصص بیهوشی برای بارچهارم ایست قلبی داشته و با تزریق 30 عدد اپی نفرین – آتروپین10 عدد – بی کربنات 4 عدد و 3 نوبت شوک 200 ژول ؛ CPR تا ساعت 6:15 ادامه داشته و متاسفانه موفق نبود و فوت بیمار اعلام شد

آزمایشات :

WBC=19.3 Hb=14.2 PLT= 104 D-Dimer=3100 PT=28.7 PTT=47 INR=3.9 TROPONIN=157 CRP=17 CREAT=1.32 AST=664 ALT=882 ALPK=225 CPK=152 CKMB=24

ساعت 5:00 بامداد: PH=6.9 PO2=39 HCO3=7.6

نظرات اعضا :

* با درنظر گرفتن احتمال قوی علت آمبولی در مرگ مادر باردار و با توجه به 3 score بودن نیاز به ادامه انوکساپارین بعد از ترخیص از بیمارستان اول ضروری بوده است .
* طی 10 روز بعد از سزارین ؛ می بایست زودتر CT اسکن انجام می شدو زودتر تحت درمان قرار می گرفت.
* بهتر است در همه موارد بستری در لیبر Rapid testانجام شود.
* با توجه به نبودن پرسشگری و اطلاعات دقیق از مراقبتهای پری ناتال توصیه شد که در کمیته کشوری این case مطرح شود.

مورد سوم :

متوفی 41 ساله باردار 25 هفته G5P2AB2سابقه 2 بار C/Sتاریخ 21/8ساعت 15:05با آمبولانس خصوصی به اورژانس بیمارستان دوم منتقل و در سرویس متخصص طب اورژانس در سطح 2 تریاژ تحت نظر قرار می گیرد .

نامبرده اعزامی از بیمارستان اول می باشد که 45 دقیقه بامداد 20/8 در همان مرکز بدنبال 5-6 روز علائم میالژی –سرفه سردرد که از 2-3 روز قبل تنگی نفس هم اضافه شده بود بستری می شود .

سابقه GDMدر بارداری قبلی داشته سابقه رینوپلاستی

RR=20 T=38 PR=120

BP=110/70 O2SAT=70 و با اکسیژن 91%

مشاوره داخلی :رمدیسیور 200-بستری درicu CHEST CT-انوکساپارین 40-دگزا 4میلیگرم BD-ویتامین C-سفتریاکسون –آزیتر و مایسین –آپوتل

CHEST CTنمای OGG مولتی فوکال در قسمتهای پریفرال هر دو ریه و پلورال افیوژن دو طرفه درگیری 80%ریه ها

ویزیت سرویس زنان =25W+5D سونوی 13 هفتگی دیسترس تنفسی دارد درخواست سونوگرافی بستری در ICU و در ICU هپارین 5000 TDSشروع شد انوکساپارین D/C

ویزیت سرویس عفونی :شروع پالس متیل پردنیزولون 250 –وانکومایسین –دگزا 8میلی گرم BD-مروپنم

STAT ACTEMRA600 STAT150 TAMIFLUو رمدیسیور 200

ساعت 4:40 صبح به ICU منتقل می شود.

با توجه به BS های بالا پروتکل انسولین برای بیمار شروع شد.

سونوگرافی :سن بارداری 25W+5DوAFI=11

مشاوره قلب و اکو EF=60%سایر موارد نرمال گزارش شد .

تاریخ 20/8 دکتر متخصص زنان با توجه HIGH RISK بودن مادر باردار با بیمارستانهای سطح 3 تماس تلفنی داشتند که هر دو بیمارستان تخت خالی ICUنداشتند.

CRP=+ CREAT=0.8

AST=154ودر چک مجدد 93 ALT=195ودر چک مجدد 238

CPK=651 TROPONIN-NEGATIVE

LIPASE=30 AMYLASE=60

PH=7.40 W=4.9

HB=11.3 PLT=130

PT=13 PTT=31

D-DIMER=NEGATIVE UA=NL

LDH=1252 UC=-

FIBRINGE=303

تاریخ 21/8 بیمار دچار کاهش O2SATE,و تشدید دیسترس تنفسی می شود .

O2SAT=51%

به NIVمتصل شد که تحمل نمی کند .

مجددا ساعت 12 ظهر دکتر از طریق ستاد با هماهنگی استاد معین پذیرش برای بیمارستان دوم را دریافت می کند نتیجه ادرار 24 ساعته

V=2000 PROTEIN=500

CRATE=7.4

با تست PCR +در اورژانس بیمارستان دوم با علائم :

BP=115/82 PR=108

RR=28 T=37

VBG=PH=7.34 HCO3=19.4

WBC=4.8 HB=12

PLT=201 CRAET=0.5

O2SAR=52%,و با اکسیژن 86%

مشاوره عفونی :ادامه رمدیسیور 100-دوز دوم اکتمرا –ادامه پالس متیل پردنیزولون –شروع آنتی کواگالان با نظر سرویس زنان

مشاوره زنان پریناتولوژی ادامه پالس MP-انوکسا 40BD—ویتامین DوCزینک –مولتی ویتامین

FH=25 هفته

BS10 صبح 320و ساعت 12 ظهر 270 که تحت پروتکل انسولین قرار میگیرد.

ساعت 16به icuمنتقل می شود که در icuتوصیه به هپارین 5000bdشد که انوکساپارین d/cمی شود .

23-مشاوره قلب و اکو :ECG=NL

EF=55% MILD M/R

NL(RV SIZE SYSTOLIC FUNCATION) NL(LV DIASTOLIC FUNCTION)

MILD TR (TGR=30 MMHG) NOPE NO SIGNIFICATION PH(PASP=35 MMHG

آزمایشات :

PH=7.40 HCO3=23.4

CO2=38.6 PT=13

PTT=40 AST=77

ALT=67 ALB=2.4

WBC=7.4 HB=12

PLT=226 LDH=1428

ORDERسرویس زنان :دگزامتازون 6 میلی گرم BO

24/8: O2SAT=79% T=38

BP=132/87و تشدید دیسترس تنفسی هپارین 7500TDS

مشاوره عفونی :تازوسین –وانکومایسین BC\*2

WBC=10.6 HB=14.2

PLT=235 AST=51

ALT=55 U/A PROTEIN=WEAKLLY POSETIVE

جلسه ای برای تصمیم گیری ختم بارداری با حضور اساتید عفونی –زنان –فوق نوزادان تشکیل که توصیه می شود در صورت نداشتن اندیکاسیون مامایی فعلا UNDER OBSERVEختم بارداری توصیه نمی شود. فردا صبح مجدد تصمیم گیری می شود

ساعت 17:15 تاکی پنه و دیسترس شدید تنفسی پیدا کرده و از درد زیر شکم شاکی است معاینه واژینال VB+1

1FINGER60%BREEACH/FLOAT

BP=165/110 RR=41

در حین کنتراکشنها O2SAT=72%کاهش می یابد سونو انجام جفت POST علائم اکرتا ندارد .

سولفات شروع و لابتالول دریافت کرده و جهت C/Sاورژانس به ORمنتقل می شود .

در OR O2SATبه 60%کاهش یافته ساعت 18:15تحت C/S GA انجام حاصل نوزاد پسر با آپگار 1/6/7مایع آمنیون خونی جفت دکلمان 30%-بعد از خروج جفت و جنین O2SATافزایش به 78-79%-درطی عمل فشارهای بیمار به 200/100 رسیده که با لابتالول کنترل میشود.

پایان عمل 19:15 وطی مدت عمل 1500 سی سی مایع دریافت می کند و درن جکسون گذاشته شد URINE BAGبعد از اتمام عمل کاملا پر بود .

نوزاد اینتوبه شده و تحویل NICUمی شود (متاسفانه 26/8 فوت میکند )و بیمار اینتوبه تحت دریپ فنتانیل و پوفول به ICUتحویل داده شد .

در ICUدو نوبت فشار به 200/100 رسید که لابتالول دریافت میکند ساعت 22 یک نوبت تشنج کرده که با دریافت 2 گرم سولفات statبهبود می یابد.

به علت O2SATکاهش به 40%و تاکی کاردی با شک قوی به PTEمشاوره و اکوی اورژانس قلب انجام شد.

EF=55% MILD MR

MOD TO SEVERE TR(TRG40mmHG) MOD RV ENLARGEMENT MILD SYSTOLIC DYSFUNCTION

SIGNIFICATION PH (PASP=55mmHg)

با شک قوی به PTEتوصیه به انتی کواگولان با دوز درمانی و مشاوره جراحی جهت آمبولکتومی می شود.که با نظر سرویس زنان قرار به شروع آن 6 ساعت بعد از عمل شد که با دریپ 1100 واحد در ساعت شروع می شود.سرویس جراحی قلب ابتدا توصیه به ct انژیو می کنند که گزارش آن پنوموتوراکس خفیف ،انفیلتراسیون کامل هر دو ریه white lung ،شواهدی از filling defect در شریانهای اصلی یا لوبار ریه ها مشاهده نشد.

c.x.r و مشاوره جراحی انجام شد که chest tube راست تعبیه شد.

15/1 بامداد 25/8 تا 25/1 بعلت برادیکاردی و افت BP CPR شده و 2 نوبت اپی نفرین دریافت کرد که خوشبختانه CPR موفق بود دریپ N/E و دوبوتامین شروع میشود.

ویزیت عفونی :Linezolide –وانکومایسین-colistin-کاسپوفونژین شروع میشود.

درخواست mini bal gram stain 85%،o2 sat I/O=3300/2900 T=37/8

سرویس قلب توصیه ادامه آنتی کواگولان با دوز پروفیلاکسی 5000TDS می کنند .

26/8 فشار یک نوبت به 210/120 رسید با لابتالول کنترل میشود.

سولفات تا 48 ساعت دریافت می کند رمدسیور D/C میشود.دریپ N/E ودوبوتامین D/C میشوند.

مشاوره نورولوژی:چشم ها بسته است به تحریک صوتی و دردناک پاسخ نمیدهند .مردمکها midsize و reactive می باشند.

DOLLS eyes –

Corneal reflex –

Bp=192/113 pr=110 o2sat=95%

توصیه به BD levebel qr میشود.

Troponin=16 pt=12 ptt=25 wbc=12.5 hb=10.4 plt=205 ldh=1962 inr=1 ph=7.36 pco2=48 hco3=25.1

8/27 طبق نظر دکتر فلوی ای سی یو:

با توجه به well score بالای بیمار 24/8 پاسخ مناسب به هپارین با دوز درمانی توصیه شد مجدد دریپ هپارین با 900 واحد در ساعت شروع شود.

T=36.9 pr=120 bp=136/90 o2sat=90%

لورازتان جهت کنترل دریافت میکند.

28 بعلت کاهش پلاکت به 65 با شک به HIT از طرف سرویس هماتولوژیدرخواست anti PF4 Abمیشود p.b.s نرمال گزارش شد.

همچنین توصیه شد هپارین hold و apixaban 10 میلی دوبار در روز شروع شود.

O2sat=84% bp=110/55 ptt=80 wbc=17.3 hb=11.2

Miniball test gram stain =NL flora

u/c=negative b/c\* 3 =negative

sputum culture=negative

b.k=negative

8/30 لینزولید d/c شد. دریپ فنتانیل و پوفول d/c شد.دریپ میدازولام شروع شد.

Ptt=25 inr=1.2 plt=62000

1/9 بعلت hb=7.9 2 واحد p.c دریاغت میشود. Plt=65

کاسپوفونژین d.c شد. ادامه تازوسین-وانکومایسین –colistin-شروع کوتریموکسازول

Crp<6 lft=nl pct<0/19 plt=68 wbc=13 ldh=1388 inl6=2500 ferritin=728 d-dmer=4.3 cpk=2.9 ckmB=141

9/2 ساعت 30/10 تاکی کادی سپس دچار افت bp شد که با شک به پنوموتوراکس با یک آنژیوکت نارنجی توسط دکتر وارد فضای میدکلاویکل شدند که خروج هوا داشت درخواست c.x.r شد که ساعت 40/10 برادیکاردی اسیستول شد cpr آغاز 5 عدد اپی نفرین و 4 عدد آتروپین دریافت کرد و بعد از 15 دقیقه احیا موفق بود دریپ N/E شروع شد .

مجدد ساعت 15/11 برادیکارد سپس آسیستول شد.CPR شروع 8 تا اپی نفرین و 3 تا اپتونین دریافت کرد که متاسفانه بعد از 45 دقیقه احیا موفق نبود و 12 ظهر فوت اعلام شد.

پرسشگری

40 ساله G5 P3 Ab2 فاصله 2 بارداری اخیر 8 سال ؛ سابقه 3 بار سزارین ؛ BMI=30

سن ازدواج 28 سال ، تحصیلات دانشگاهی – خانه دار – شغل همسر : کارمند –وضعیت اقتصادی متوسط – بیمه تامین اجتماعی – بارداری خواسته

2 نوبت مراقبت بارداری در پایگاه بهداشتی داشته است.

مراجعه اول :24/5/00 در سن 13W+6dبوده که ویزیت پزشک مرکز هم انجام شده و نامبرده در بارداری قبل دیابت بارداری داشته که با رژیم غذایی کنترل می شد.

FBS=98 داشت که ارجاع به متخصص زنان می شود.

توصیه به واکسیناسیون کووید شد که به دلیل تمایل مادر به انجام آن در هفته های بالاتر بارداری انجام نشد.

15/8 در سن 25W+3d بیمار بدون علامت ولی به علت ابتلای همسر به کرونا جهت تست PCR به پایگاه مراجعه داشته و جواب تست + 16/8 با پیامک به ایشان ارسال می شود که به دلیل عدم علائم به پزشک مراجعه نمی کند.

17/8 مراقبت غیر حضوری تغذیه توسط کارشناس تعذیه برای مادر انجام شده است .

تاریخ 19/8 ساعت 23:45 به بیمارستان اول مراجعه و بستری می شود.

نظرات اعضا :

* **تاخیر در مراجعه موجب تسریع پیشرفت بیماری شده است. در سیر درمان مشکلی بنظر نمی رسد.**