**مورد 1**

 **خانم 36ساله، BMI=23 ،G2P1AL1 ، سابقه یکبار سزارین 6 سال قبل ،سابقه هیپوتیروئیدی وتحت درمان با لووتیروکسین ،سابقه کبد چرب گرید 2وحاملگی خواسته بوده است.**

**مراقبت پیش از بارداری داشته ومراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان به صورت مرتب انجام شده است .در سونوگرافی هفته 13 جفت سرراهی توتال ومیوم اینترا مورال به قطر 4 سانتیمتر وهفته 28 بارداری جفت آکرتا وپرکرتا(نفوذبه میومتر سگمان تحتانی میومتر ودیواره خلفی) در پالسد کالر داپلر گزارش شده بود.مادر درهفته 28 بارداری به علت لکه بینی در بیمارستان بستری شده و5روز بعد مرخص می شود. 3 روز بعدمجدداًبا شکایت Spotting به بیمارستان مراجعه ودر بخش H.R تحت نظر گرفته می شود.**

**برای مادربه علت سرفه های خلط دار مشاوره عفونی انجام داده وقرص سفیکسیم،برم هگزین وNAC تجویز می شود.مادر بصورت موقت مرخص شده ودر سرویس متخصص دیگر بستری می شود.به علت گزارش هموگلوبین Hb=9.9 برای مادر قرص فروس سولفات TDS گذاشته می شود.درطی بستری دربیمارستان دچار تب ولرزناگهانی،تاکیکاردی(BT=38.2 HR=134 BP=130/80 RR=18 FHR=195) شده ومشاوره عفونی درخواست می شود.طبق توصیه مشاور برای مادر با شک به آنفلوانزا نمونه اخذ شده واوسلتامیویر ،آزیترومایسین واستامینوفن 500 شروع شده و Sepsis Workup می شود.کشت خون وادرار منفی بود.در آزمایشات WBC=10200 CRP=3+ ESR=41 گزارش شده بود. برای مادر درخواست مشاوره جهت انتقال به ICU می شود ولی متخصص ICU احتمال آنفلوانزا را رد می کند. در بررسی قلب توسط متخصص قلب احتمال ترومبوآمبولی رد می شود.حال عمومی مادر 2 روز بعد بهتر می شود ولی داروها تا 5 روزادامه داده می شود.در پایان هفته 34 بارداری مادر با رزرو2 واحد خون ایزوگروپ در لیست عمل گذاشته می شود.مادر ساعت 9:45 به اتاق عمل منتقل شده وعمل ساعت 10با بی هوشی عمومی شروع می شود. شکم با برش LML باز شده وبرروی رحم برش کلاسیک داده می شود. بعداز خروج نوزاد دختر پره ترم با آپگار 8/10 بند ناف کلامپ شده ومحل برش رحم بسته می شود .بعداز لیگاتور عروق خونریزی دهنده وپرفوران به مثانه وعروق یوترین ،یوترواوارین وهیپوگاستردوطرف و تزریق پروستاگلاندین F2a ،سوچور رحم باز شده وجفت درآورده می شود.بعداز تعبیه 5 عدد میزوپروستول داخل رکتوم یک عدد سوند فولی 26 داخل رحم ،یک عدد پن روز ویک عدد هموواگ و8عدد گاز داخل واژن شکم بسته می شود.در ساعت 10:35(35 دقیقه بعداز شروع عمل) به علت افت شدید فشارخون وتاکیکاردی شدید (BP=80/30 HR=140)یک واحد پکد سل وصل می شود.واحد دوم ساعت 11 شروع می شود.در ساعت 12:15 به علت غیر قبل ارزیابی بودن علایم حیاتی انفوزیون لئوفد شروع و3 واحد پکد سل و4 واحد FFP در خواست شده بود . در ساعت 13از ICU Man درخواست کمک می شود.یادداشت ICU Man: در ساعت 13 با من تماس گرفته شد.بلافاصله به اتاق عمل رفتم .موقع حضور اینجانب 3 واحد پکدسل تزریق شده بودولی مادر Pale بود و ساچوراسیون غیر قابل ارزیابی بود. علایم حیاتی : BP=85/ HR=150 بود. واحد چهارم پکد سل(ساعت 14:50) ،4 واحد FFP (13:45)و 3 ویال سالین نرمال هیپرتونیک تزریق تزریق شد.به علت اسیدوز متابولیک شدید در ABG ( PH=6.9 ) 5 واحد بیکربنات ودکستروز 50% و40 میلی گرم لازیکس جهت برقراری ادرار تجویز شد(در ساعات اولیه ادرار نداشت ودر پایان عمل 200 سی سی بود).مادر ساعت 15:15 بصورت انتوبه با آمبو وبا همراهی متخصص ICU وپرستار به ICU منتقل می شود.مادر به ونتیلاتوربا مد SIMV ومانتیوروصل شده وتزریق واحد پنجم پکد سل که در اتا ق عمل شروع شده بود ادامه داده می شود.و2 واحد FFP 6 واحد پلاکت و3 گرم فیبرینوژن درخواست می شود.علایم حیاتی در بدوپذیرش درICU : O2Sat=88% BP=90/44 PR=126بود.مادر در ساعت 16:10 در حین ویزیت رزیدنت ارشد زنان دچار حرکات تشنجی تونیک کلونیک شده و15 ثانیه طول می کشد با تزریق دیازپام وگلوکونات کلسیم تشنج کنترل می شود.علایم حیاتی قبل از تشنج :BP=100/60 با دریافت لئوفد HR=126 O2Sat=98% U/O=200cc Bag=200cc رحمی 200cc = هموواگ وV/Bدر حد آلودگی دستکش بود.تستهای انعقادی مختل (INR=2.5) ودر ABG اسیدوزمتابولیکی وتنفسی داشت.محل پانسمان خشک بود.**

**برای مادر توسط گروه زنان سولفات منیزیوم وتوسط سرویس ICU انفوزیون میدازولام 2 میلی گرم وفنتانیل 100میکرو شروع شده ودرخواست مشاوره نرولوژی می شود. ساعت 16:50 2 واحد FFP درخواستی تزریق می شود. در ساعت 17:15 مادر مجدداً دچار حمله تونیک کلونیک شده و10 ثانیه طول می کشد برای مادرتوسط رزیدنت بی هوشی دیازپام تزریق می گردد.با دستور مشاور نرولوژی برای مادر لوبل شروع و اسکن مغز درخواست می شود. ولی به علت وضعیت ناپایدار بیمار انجام نمی گیرد. در ارزیابی مادر توسط مشاور نرولوژی رفلکس اکولوسفال مختل وکف پایی دوبل آبوله قید شده است. در ساعت 20:40 یک واحد پکد سل درخواست وتزریق می شود.درساعت 21:20 3 بار نمونه تستهای انعقادی لیز گزارش می شود.**

**ساعت 20:30 : مادر همچنان تاکیکارد است وشکم کمی دیستانته می باشد.HR=137 .مادر توسط اتند زنان،اتند بی هوشی واتند ICU ویزیت می شود.برای مادر درخواست سونوگرافی پرتابل می شود . در سونوگرافی مایع متوسط در فضای شکم ناحیه ساب هپاتیک چپ واطراف طحال گزارش می شود.تصمیم گرفته می شود مادر به اتاق عمل منتقل شود ولی جراح منصرف شده ودرمان حمایتی در نظر گرفته می شود.در ساعت 00:30دقیقه بامداد به علت BT=39 برای مادر سیپروفلوکساسین ،وانکومایسین ومروپنم شروع و کشت خون ،کشت ادرار وآنالیز ادرار درخواست می شود .علایم حیاتی HR=140 BP=99/60 وترشحات سوند داخل رحم 250سی سی وخونی ،همو واگ 550 سی سی و U/O=30cc/h 5 واحد پلاکت در ساعت 1 بامدادآماده شده وتزریق می شود. برای مادر 3 واحد FFP و3 واحد پلاکت در ساعت 4 صبح تزریق می شود. در ساعت 5 صبح با خط بحرانی آزمایشگاه Hb=5 وHct=15.2 را اعلام می کنند.با دستور رزیدنت ارشد زنان 2 واحد پکد سل درخواست وتزریق می شود.نمونه خون به بیمارستان دیگر فرستاده می شودوHb=4.8 گزارش می شود.در ساعت 6 بامداد مادر همچنان تاکیکارد است.فشارخون با وجود دریافت لئوفد وفرآورده BP=102/45 است .شکم دیستانته می باشد.وBT=37.4 است. 2 بار سونوگرافی پرتابل انجام می شود ودر هربار مایع متوسط آزاد در شکم رویت می شود.مادر ساعت 7:40با آمبو ودرحال دریافت پکد سل جهت لاپاراتومی تجسسی به اتاق عمل منتقل می شود.عمل بلافاصله شروع شده وانسزیون شکم باز می شود.داخل شکم لخته وخونریزی در حد متوسط؟ وجود داشت.عروق خونریزی دهنده وجود نداشت.در محلهای برش پریتوئن وپشت مثانه هماتوم وجود داشت. هماتوم تخلیه وهیسترکتومی ساب توتال انجام می گیرد. در حین عمل برای مادر CVP Line تعبیه می شود.در اتاق عمل برای مادر 2.5 لیتر نرمال سالین تزریق می شود.عمل ساعت 10:45 تمام شده ومادر انتوبه به بخش ICU منتقل می شود.**

**آزمایشات (قبل از عمل دوم) : Hb=5 Hct=15.2 PLT=61,000 AST=327 ALT=127 LDH=1478 ALP=362 Cr=2.4 Na=150 PT=15.9 PTT=26 INR=1.4 Ca=7.2 P=4.9 Fib=269 BIL T=0.9**

**علایم حیاتی بعد از انتقال : HR=127 BP=140/63 .دیورزبرقرار است ولی ادرار هماچوریک می باشد.مادر لتارژیک است.تستهای انعقادی مختل است.**

**مادر ساعت 12:30 روی T-Tube گذاشته شده وبعداز تزریق 200 میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون ساعت 14:30 اکستوبه می شود.**

**با گزارش Hb=6.7 درساعت 14:30 از طریق خط بحران ،2واحد پکد سل درخواست وتزریق می شود.**

**عصر مادر لتارژیک وبی قرار است .تستهای انعقادی همچنان مختل است .در ساعت 3 بامداد با خط بحران Cr=3.4 Urea=67گزارش می شود. ساعت 5.43 به علت بی قراری هالوپریدول تزریق می شود.**

***سومین روز بعداز عمل*: مادر اکستوبه است.GCS=10 می باشد.مادر ادماتو وبی قرار است.علایم حیاتی : HR=100—110 BP=127/67 RR=26/28 O2Sat=93-94%با اکسیژن .**

**محل عمل خشک ودیورز برقراراست. در ساعت 13 با خط بحران PLT=17,000 PT=21 INR=2.4 گزارش میشود. 10واحدپلاکت در خواست و7 واحد تزریق می گردد.در ساعت 16 چهار واحد FFP تزریق می شود. ساعت 20:45توسط نرولوژیست ویزیت می شود.**

**مادر ساعت 21:45 به علت تنفسهای شکمی انتوبه می شودودرساکشن لوله تراشه ترشحات کف آلود صورتی فراوان وجود داشت.به علت CVP=21 برای مادر 3 دوز لازیکس (40+40+40) و3mg مورفین تزریق می شود.ترشحات همو واگ در عرض 4 ساعت 350 میلی گرم بود. مادر ساعت 22جهت CT Scan مغز با میکرو ونت وهمراهی رزیدنت بی هوشی به بخش اسکن می رود.**

**در اسکن مغز ضایعه هیپودنس(شبیه ایسکمی باحاشیه مشخص) در ناحیه پاریتواکسیپیتال چپ وجود داشت.به علت عدم کاهش CVP انفوزیون لازیکس بادوز 5mg/hشروع شده و2 واحد پکد سل تزریق می شود.**

***روز چهارم بعداز عمل:مادرانتوبه است.تب Low grade دارد.GCS=11* ودیورز برقرار وادرار هماچوریک می باشد.زخمفشاری درجه 2 باقطر 10\*10 روی باتکس دارد.درCXR ادم ریوی وپلورال افیوژن ریه چپ گزارش شده است.**

**مادر ساعت 11:50 با توصیه اتند نرولوژی با همراهی رزیدنت زنان وتکنسین بی هوشی به سرویس نرولوژی منتقل می شود وبه علت نبود تخت خالی در ICU اعصاب ،در بخش ICU ریه بستری می شود.علایم حیاتی قبل از انتقال : BP=116/68 PR=95 BT=37.5 بود.برای مادر در بیمارستان الف در مجموع 12واحد پکد سل ،20 واحد FFP 15 واحد پلاکت و6 گرم فیبرینوژن تزریق شده بود.**

**آزمایشات بیمارستان الف : Hb=11.8—11.7--10.2—5—6.7—10.3 WBC=38,300—11,400—12.800**

**PLT=156,000—100,00--61,000—17,000—29,000—70,000 AST=180—327—191—1426**

 **ALT=115--127 –539--827 LDH=1478--2834 ALP=362 Cr=0.8—1.4--2.4—4.8 Na=150 Ca=7.2 P=7.8—4.9 Fib=194—269--403 BIL T=0.9—1.3**

 **کشت خون وادرار منفی بود.**

**مادرساعت 12:15 در بخش ICU ریه پذیرش می شود.برای مادردستورات :هپارین 5000U/TDS/S.C-درخواست آزمایشات CBC,LFT,PT,PTT,INR,CTNI,BIL,Na,K,Ca,P –مشاوره اورژانس زنان ،مشاوره اورژانس خون ،مشاوره اورژانس نفرولوژی،EEG دیجیتال اورژانس ،مشاوره نروسرجری واسکن اسپیرال مغز وویزیت روزانه اساتید ریه توسط سرویس نرولوژی گذاشته می شود.عصر باتوصیه یکی از اساتید لوبل به لوکوزاماید تعویض می شود.یک ساعت بعداز ورود بیمار تب 39 درجه ثبت می شود و به علت رویت توکسیک گرانولاسیون دراسمیر لام خون برای مادر شوک سپتیک مطرح می کنند .با توجه به شیوع آنفلوانزا برای مادر اوسلتامیور با دوز درمانی شروع می شود.نظرمشاور نفروژی: باتوجه به برونده ادراری بالا(800 سی سی در عرض 6 ساعت ) و PH=7.3 نیازی به دیالیز ندارد .مشاور نروسرجری معتقد بود نیازی به مداخله جراحی ندارد وبرای مادر MRI مغز بدون کنتراست درخواست شود.**

**مشاورهماتولوژی برای مادر DIC مطرح کرده وادامه درمانهای آنتی بیوتیک با تعدیل دوز،عدم تزریق هپارین ،تزریق FFP هر 8 ساعت ، چک الکترولیتها وتهیه لام خون محیطی روزانه را توصیه می کند.**

**مشاور عفونی اخذ نمونه گلوبرای آنفلوانزا وشروع اوسلتامیویر،شروع سیپروفلوکساسین ،مروپنم ووانکومایسن را توصیه می کند.**

**چند ساعت بعداز انتقال به بخش ICU ریه مجدداً CT Scan مغز انجام می شود وضایعه قبلی را تائید می کند.شب بعداز ویزیت رزیدنت داخلی وگزارش وضعیت مادر به اتند ریه با صلاحدید ایشان مادر از مسئولیت سرویس نرولوژی به سرویس ریه منتقل می شودوبرای بیمار مترونیدازول ،سداسیون کامل ،کنترل CVP وهیدراتاسیون کافی Order می شود.**

***روز دوم بستری در ICU ریه*: مادر همچنان تب دار است (BT=40).با احتمال تب دارویی وانکومایسین قطع ولینزولید به دستورات دارویی اضافه می شود.به علت گزارش پلورال افیوژن وکلاپس ریه زیرین از سرویس توراکس درخواست مشاوره جهت تعبیه C.T می شود ولی گروه توراکس درخواست را رد کرده وآن را وظیفه گروه جراحی می داند.گروه جراحی نیز به دلیل اختلال انعقادی از تعبیه CT خودداری می کند.برای مادر درخواست آزمایشات روماتولوژی می شود.**

***روز سوم بستری در ICU ریه:* مادر همچنان تب داراست .بااحتمال TTP برای مادر پلاسمافرزیس وکورتون تجویز می شود ولی سرویس هماتولوژی باتوجه به سیربالینی ونتایج آزمایشات TTP رابعید دانسته ودرمان حمایتی را توصیه می کنند..کاتتر ورید مرکزی نیز تعویض می شود.**

***روز چهارم بستری در ICU ریه:* مادر تب 40 درجه دارد. با توصیه سرویس عفونی برای مادر کلستین شروع می شود.به علت افت ساچوراسیون تاحد O2Sat=83% وگزارش CTScan ریه، Setting ونتیلاتوربه ARDS تغییر داده می شود.برای مادر 6 واحد پلاکت تزریق شده ومجدداً درخواست مشاوره برای تعبیه C.T می شود. بعدازتعبیه C.T درسمت راست 600 سی سی مایع خارج می شود.**

***روز پنجم بستری در ICU ریه:*تب بیماربه 41.5 رسیده است.برای مادر سونوگرافی شکم ولگن جهت بررسی Collectionدرخواست می شود.در سونوگرافی مایع آزاد فراوان داخل شکم ولگن بدون Collection گزارش می شود.به علت آنوری بیمار از شب گذشته واسیدوز (PH=7.14 PCO2=50.9 HCO3=16.9 )در خواست مشاوره اورژانسی نفرولوژی برای دیالیز می شود. مشاور نفرولوژی انجام دیالیز به روش SLEDراتوصیه می کند ولی به علت پایین بودن فشارخون بخش دیالیز از پذیرش بیمار خوداری می کند.مادر صبح روز بعد دچار برادیکاردی وV.T شده وارست می کند.متاسفانه اقدامات احیا موفقیت آمیز نبوده ومادر ساعت 8:45 فوت می کند**

**آزمایشات بیمارستان ب :**

**WBC=5,600—4,100—7,000—9,400—12,500—13,000—7,100-5000**

**Hb=9.3—9.7—8.9—8.1—7.9—7.1—6.5 PLT=39,000—48,000—31,000—30,000**

**Urea=83—85—116—151—189 Cr=5.3—6.17—8.69—9.86—12.4**

**SGOT=1760—1384—700—166—73—81 SGPT=840—814—498—191—66—27**

**LDH=4242—1844 BIL T=0.8—1—1.5 TSH=3.2 CPK=1623 Fib=320**

**CTNI=Neg HBs Ag=Neg Uric Acid=16.5 INR=1.7—1.4 Ca=8.5 P=7.5--8**

**تستهای روماتولوژیک ،کشت خون وکشت ادرار منفی بودند.**

**نکات ویژه:**

1. **مقدار خونریزی در عمل سزارین خوب برآورد نشده ومایعات به موقع جایگزین نشده است(مادر در شوک کلاس IV بوده است) .مشکلات بعدی به علت نارسایی ارگانهای حیاتی بدنبال شوک هموراژیک جبران نشده ،پیش آمده است.**
2. **در این بیماربه علت نفوذ جفت به مثانه (جفت پرکرتا ) وریسک بالای خونریزی با وجود داشتن 2 فرزند سالم ،حفظ رحم به صلاح بیمار نبود.**
3. **ضایعه مغزی گزارش شده به احتمال خیلی زیاد یک آستروسیتوم بوده که بصورت اتفاقی کشف شده وارتباطی با وضعیت بیمار نداشت.**

**مورد 2**

 **خانم 34ساله ،G4P1AL1Ab2 ، سابقه یکبار سزارین 9 سال قبل و2بار سقط (10 و12 هفتگی )کیس شناخته شده آسم از بچگی وآخرین حمله آسم در حاملگی فعلی (حدود 3ماهگی) بوده است .مراقبت دوران بارداری تحت نظر متخصص زنان وداخلی بوده وبصورت مرتب کنترل می شده است. مادر در هفته 38 بارداری ساعت 14:20 با شکایت تنگی نفس وسرفه های خلط دار (سفید رنگ)به بیمارستان الف مراجعه می کند . مادر از چند روز قبل علایم سرماخوردگی وسرفه داشته وذکر می کرد پیش متخصص ریه رفته وآنفلوانزا رد شده است.مادر توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شده وبرای مادربا تشخیص حمله آسم ، لاین وریدی ،اکسیژن نازال -آمپول هیدروکورتیزون –اسپری سالبوتامول وآتروونت ودرخواست آزمایشات: الکترولیتها،تستهای انعقادی CBC,LFT,Cr,Urea, Order می شود.علایم حیاتی مادر: BP=100/65 PR=107 RR=26 BT=37.4 O2Sat=94% بدون اکسیژن و O2Sat=98% بااکسیژن بود.**

**آزمایشات: WBC=3000 Neut=83% PLT=142,000 CPK-MB=32.7**

 **متخصص زنان بعداز ویزیت مادر با استاد معین هماهنگ شده وساعت 16:20 با آمبولانس به بیمارستان ریفرال اعزام می شود.مادر ساعت 17 با سطح تریاژ 2 وارد اورژانس می شود. بعداز ویزیت توسط اتند زنان بصورت موقت به بخش زایمان منتقل ومشاوره جهت انتقال به بخش ICU درخواست می شود.درشرح حال رزیدنت زنان اریتم وانانتم ته حلق ،سمع ویزینگ ورال در نیم سینه چپ وکاهش صدا در نیم سینه راست وجود داشت.مادر شروع علایم بدنبال استفاده از مواد شوینده را ذکر می کرد.متخصص ICU توصیه می کند با توجه به مطرح شدن احتمال آنفلوانزا و نبود اتاق ایزوله در بخش ICU واحتمال عفونی شدن بقیه مادران فعلاً در بخش تحت نظر باشد ودرصورت حمله آسم وبدتر شدن علایم مجدداً مشاوره شود.برای مادر ABG اورژانس ،اکسیژن تراپی با ماسک ،استفاده از اسپری ها بصورت مرتب ،پالس اکس متری ومانیتورینگ مداوم ،اخذ EKG انجام گیرد. در ABG : PH=7.38 PCO2=30 HCO3=17.7 بود.علایم حیاتی موقع ویزیت مشاور: O2Sat=98% HR=85 BP=120/80**

**در بخش برای مادردستورات اسپری سروتاید،آترونت ،سالبوتامول ،اخذ NST ومشاوره داخلی ودرخواست آزمایشات : الکترولیتها،تستهای انعقادی CBC,LFT,Cr,Urea, گذاشته می شود.در ساعت 7:00 بامداد روز بعد به علت افت ضربان قلب جنین FHR=80-90 به رزیدنت زنان اطلاع می دهند. برای مادر NST اخذ می شود.به علت افت قلب جنین وشروع انقباضات رحمی مادر ساعت 7:45 جهت سزارین به اتاق عمل می شود. قبل از انتقال به اتاق عمل با دستور متخصص داخلی 200 میلی گرم هیدروکورتیزون وآمپول جنتا مایسین ،کلیندامایسین تزریق می گردد.از زمان بستری تا عمل فشارخون در محدوه طبیعی بود.تبدار نبود ویکبار BT=37.2 ثبت شده بود.ولی اغلب تاکیکارد بود.**

**آزمایشات : WBC=3900 Neut=87% Hb=12.7 PLT=130,000 Cr=0.9 AST=70 ALT=37 LDH=694 CRP=3+ ESR=25**

**عمل ساعت 8:20 با بی حسی نخاعی شروع شده وحاصل نوزاد ترم با آپگار 9/10 بود.بعداز اتمام عمل مادر 9:15 به ریکاوری وساعت 10:15 به HDU تحویل داده می شود. مادر در اتاق عمل وریکاوری تاکیکاردی درحدHR=105-111 داشت.درساعت 11:30 اسپری سروتاید وآتروونت ویک عدد آمپول هیدروتیزون تزریق می شود.**

***روز دوم بعداز عمل*: مادر هوشیاراست.تنگی نفس گهگاهی را ذکر می کند. سرفه های خشک پشت سرهم دارد ،در ریه ها ویزینگ ورال سمع می شود.همچنان تاکیکارد است.در ساعت 12:45 دچار حمله آسم شده وبرای مادر مشاوره داخلی و قلب وعفونی در خواست می شود. مشاورتوصیه می کند با توجه به احساس عطش هوا و O2Sat=86-88% بدون اکسیژن ،آمپول هیدروکورتیزون 200میلی گرم STAT ،ABG اورژانس تستهای انعقادی درخواست شود(PH=7.42 PCO2=26 HCO3=18.1 ). مشاور قلب شروع هپارین پروفیلاکتیک را توصیه می کند. مشاور عفونی ذکر می کند باتوجه به شرح حال برای مادر آنفلوانزا کمتر مطرح بوده وتوصیه می کند از مادر CXR تهیه شود.مادر ساعت 15 با احتمال PTEبه ICU منتقل شده وبا نظر متخصص داخلی انفوزیون هپارین فول دوز شروع می شود.درموقع انتقال PR=122 RR=36 BT=37 O2Sat=82% بدون اکسیژن وO 2Sat=89% با اکسیژن بود.**

**در گرافی سینه پرتابل(ساعت 14 کدورت در قواعد ریه ها با محوشدگی حدود قلب وهمی دیافراگم ها و بلانت شدن زوایای جنبی ،کلاپس قواعد ریه ها وپلورال افیوژن گزارش می شود.**

**در ساعت 19:30 به علت تاکی پنه شدید RR=50، افت ساچوراسیون در حد 82% وخواب آلودگی شدید وسرفه های قطاری تصمیم به انتوباسیون مادر گرفته می شود.مادر با میدازولام ،فنتانیل وپروپوفول سدیت شده وانتوبه وبه ونتیلاتور با تنظیمات ARDS وصل می شود.بعداز انتوباسیون ساچوراسیون به 95% افزایش می یابد.به هنگام انتوباسیون ترشحات کف آلود فراوان از لوله تراشه خارج می شود.**

**ABG قبل از انتوباسیون PH=7.22 PCO2=51 HCO3=20.19**

**بعداز تهیه CXR وگزارش کانسالیدیشن دوطرفه مجدداً مشاوره عفونی درخواست می شود. اتند عفونی توصیه می کند برای مادرنمونه آنفلوانزا اخذ شده واکوکاردیوگرافی برای بررسی مسائل قلبی عروقی انجام گیرد .-چارت دقیق کنترل تب داشته باشد وکپسول اسلتامیویر بادوز درمانی شروع شود.دراکوی بدساید که بعداز انتوباسیون انجام می شود EF=55% وشواهد PTE وهیپر تانسیون پولمونری وجود نداشت پلورال افیوژن درسمت راست دیده می شد.در ساعت 19:30 برای مادر دستورات انفوزیون میدازولام -انفوزیون فنتانیل-آمپول سیس آتراکوریوم 6mg stat –انفوزیون پرسدکس –آمپول مروپنم ،وانکومایسین ،سیپروفلوکساسین ،کپسول اسلتامیویر –کشت خون وادرار وCXR کنترل گذاشته می شود. رفته رفته شرایط بیمار بحرانی شده ومشاوره ریه جهت انتقال به ICU ریه درخواست می شود. فلوی ریه ساعت 22:30مادر را ویزیت کرده وOK انتقال به ICU ریه را می دهد ولی به علت Un stable بودن علایم حیاتی ICUman اجازه انتقال نمی دهد.علایم حیاتی مادر:BP=116/70 HR=120 BT=37.2 O2Sat=90 با PEEP=25 وFio2=100%**

**صبح روز بعد مادر تبدار شده BT=38.2 و با هماهنگی متخصص ICU واتند ریه علیرغم بد حالی وبا همراهی ICU Man ،رزیدنت زنان وپرستار بخش ICU بصورت اینتوبه ،فول سدیت ودرحال دریافت لئوفدبا احتمال آنفلوانزا ساعت 11:45 به بیمارستان جنرال وبخش ICU ریه منتقل می شود.علایم حیاتی قبل از انتقال :HR=125 BP=73/45 O2Sat=73--78%بود.**

**آزمایشات بیمارستان الف : Hb=11.9 PLT=130,000—149,000 AST=70—125—140—154**

**ALT=37—49—66 LDH=694—1014—1237 D.Dimer=2292**

**مادر بعداز ورود به بخش ICU ریه بلافاصله توسط اتند ریه ویزیت می شود. ساچوراسیون موقع پذیرش O2Sat=60% ثبت شده است.**

**مادر بعداز ورود به ونتیلاتور وصل شده ودستورات تکرار می شود.برای مادرکشت خون وادرار درخواست می شود. به علت نبود رگ محیطی مناسب برای تزریق داروها CV Line فمورال تعبیه می شود وبه علت ترشحات کافی گراند NGT شستشو داده شده و2 واحد پکدسل ایزوگروپ رزرو می شود.به علت پایین بودن فشارخون برای مادر درخواست اکوی قلبی می شود.دراکو شواهدی به نفع نارسایی قلبی وجود نداشت (EF=55-60%).**

***روز دوم بستری در ICU ریه:* مادر تبدار است BT=38.5 تستهای انعقادی مختل است . INR=1.4 PTT=120 PT=15 PLT=183,000 ولی خونریزی فعال ندارد.با ساکشن مرتب ترشحات لوله تراشه وافزایش PEEP ساچوراسیون تا 84% افزایش می یابد.کشت نمونه گلواز نظر آنفلوانزا ی تیپ A مثبت گزارش می شود ومادر ایزوله می شود.**

**در ABG :PH=7.2 PCO2=33.9 HCO3=26.7 Hb=9.9 WBC=3,300**

***روز سوم بستری در ICU ریه*: مادر همچنان تبدار است وساچوراسیون اکسیژن نوسان دار است.در اندامهای تحتانی ادم 1+ وجود دارد.در ABG اسیدوز دارد. PH=7.26 PCO2=63 HCO3=28**

**Cr=1.2 Urea=34 WBC=8,000**

***روز چهارم بستری در ICU ریه:*همچنان تب دار است به علت سمع کراکل فاین در ریه ها وکاهش برونده ادراری آمپول لازیکس 20mg/TDSگذاشته می شود.کشت خون وادرار منفی گزارش می شود.داروهای مروپنم ووانکومایسین قطع وسفپیم ولینزولید شروع می شود.**

***روز پنجم بستری در ICU ریه20/9/98 :* مادر تبداروتاکیکارد است .ساچوراسیون متغیر وگاهی تا 58% پایین می اید.برای مادر احتمال DICمطرح است ولی سرویس هماتولوژی DIC رارد می کند.به علت گزارش پلورال افیوژن درسونوگرافی ریه(250-500 cc درطرف راست و1500-2000 سی سی در چپ ) مشاوره توراکس جهت تعبیه C.T درخواست می شود.شواهد پنوموتوراکس وجود ندارد.بعداز کارگذاری C.T دوطرفه 500 سی سی مایع خونی واگزواتیو خارج می شود.به علت اسیدوز تنفسی شدید PH=7.12 PCO2=124 ونتیلاتور تعویض می شود.با تعویض ونتیلاتور وافزایش PEEP ساچوراسیون تا 92%افزایش می یابد.دوره 5 روزه اوسلتامیویر تمام شود. طی مشاوره زنان سوچورها برداشته می شود.**

***روز ششم بستری در ICU ریه:*مادرهمچنان تبداراست .بعداز 24 ساعت قطع اوسلتامیویر یک دوره 5 روزه مجدد شروع می شود.انفوزیون هپارین مجدد شروع شده وبا جواب PTT تنظیم می شود.با شک به Interstitial Alveolar Syn. یک دوره پالس متیل پردنیزولون داده می شود ولی جواب نمی دهد .**

**مادر در روز های بعد دچار عدم کارکرد شکمی ودیستاسیون شدید می شود ودر طی مشاورات ایلیوس تشخیص داده شده ورکتال تیوب تعبیه می شود. در Tap مایع سروزی خارج می شود.5 روز بعداز تعبیه C.T آمفیزم زیر جلدی شدید در قفسه سینه ،دستها وادم شدید صورت وگردن ایجاد می شود ودر مشاوره توراکس مشکل پانسمان محل C.T مطرح می شود.به علت ادامه تب تمام لاینهای بیمار تعویض وکشت خون ونمونه کاتتر ها ارسال می شود.در برخی نقاط بدن موتیلینگ مشاهده می شود. سونوگرافی شکم جهت بررسی احتمال گاز در دیواره رحم درخواست می شودکه منفی بود به علت گزارش مایع هتروژن در رحم به مقدار 40سی سی با شک به بقایا وبا تاکید سرویس عفونی توسط فلوی زنان رحم با رکتال تیوب زیر گاید سونوگرافی تخلیه می شود.(ترشحات بد بو نبودند) . برای مادر مجدداً وانکومایسین ،ایمی پنم ،لووفلوکساسین وکاسپوفونژین شروع می شود. چند روز بعد به علت تب های بالا BT=39 کلستین شروع می شود. به علت حرکات تشنجی فوکال (لبها) برای مادر لوبل شروع می شود. بدلیل افزایش Cr درخواست مشاوره نفرولوژی می شود ولی سرویس نفرولوژی انجام دیالیز را لازم نمی داند. 23 روز بعداز ختم بارداری، به علت افزایش فشار خون وپروتئینوری با نظر سرویس زنان سولفات منیزیوم شروع می شود.به علت افت شدید ساچوراسیون تاحد 40% برای مادر CT Scan اورژانسی قفسه سینه ،شکم ولگن اورژانسی درخواست می شودوپنومو مدیاستن ،پنومو پریتوئن وپنومونی نکروزان گزارش می شود.بااین گزارش(طبق هماهنگی با اتند ریه ) یک برانول خاکستری در شکم به فاصله 2 سانتیمتر از ناف تعبیه می شودومقدار زیادی هوا خارج می شود.همزمان با ریپورت اسکن مادر دچار برادیکاردی HR=30 شده وماساژقلبی شروع می شود.مشاوره جراحی در خواست می شود وقبل از حضور جراح مجدداً ارست کرده وبعداز 40 دقیقه CPR فوت می کند.آزمایشات:**

**WBC=3300—5000—4000—3900—7000—9100—11,200—18,700—20,300—14,000—9,000--**

**PLT=161,000—189,000—118,000—124,000—159,000—89,000**

**Urea=17—34—37—48—62—77—116—221 P=5.2—3.9—2—2—5.4—6.6**

**Cr=1.1—1.26—1.2—1.1—0.9—1.3—2.03—3.2—3.9—4.9**

**SGOT=188—199—59—39 SGPT=59—63—32—14 LDH=1349—1659—1228-**

**ESR=120 CRP=35 BIL T=0.2—0.2—0.3—0.6**

**کشت ترشحات لوله تراشه مثبت از نظر آسنتوباکتر وتستهای روماتولوژیک وHIV منفی بودند.**

**علت مرگ نامبرده آنفلوانزای تیپ A وپنومونی نکروزان می باشد.**

**نکات ویژه :**

1. **در سی تی اسکن ریه وشکم مادر پنومونی نکروزان ،پنومو مدیاستن وپنومو پریتوئن داشت.**
2. **ممکن است بیمار مبتلابه آنفلوانزا باشد ولی تب نداشته باشد.**
3. **اجتناب از کورتون در اپیدمی آنفلوانزا مورد تاکید می باشد.**
4. **شروع دوره دوم اوسلتامیویر اندیکاسیون نداشت.**
5. **بیمارانیکه بصورت طولانی در ICU بستری می شوند ایزولاسیون آسنتوباکتراز لوله تراشه خیلی شایع وگاهاً اجتناب ناپذیرمی باشد وشروع کلستین نیز به همین منظور بوده است.**

**مورد3**

 **خانم 33ساله، BMI=32.7 ،G2P1AL1 ، سابقه نازایی اولیه ویکبار سزارین2 سال پیش ، کیس شناخته شده DM از بچگی وPoorly Control ،سابقه هیپوتیروئیدی وتحت درمان با لووتیروکسین حاملگی خواسته بود.**

**مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته ودر دوران بارداری تحت مراقبت مرکز بهداشت ومتخصص زنان وداخلی بوده است . مادردرطول حاملگی یکبار به علت درد اپی گاستر وتهوع واستفراغ ویکبارهم به علت پروتئینوری وفشار بالا با احتمال پره اکلامپسی به بیمارستان ارجاع شده بود ولی بستری نشده بود . .مادرهفته 37بارداری به علت گزارش پلی هیدرآمینوس در مرکزریفرال بستری و درلیست عمل روز بعد قرار می گیرد ولی به علت گزارش TSHبالا عمل کنسل شده ومشاوره داخلی درخواست می شود.طبق دستور متخصص داخلی روزانه یک ونیم عدد لووتیروکسین شروع ومادر به بخش بارداری پرخطر منتقل وتحت نظر گرفته می شود. 3روز بعد به علت شروع کنتراکشن رحمی مادر ساعت 6:30 بامداد بصورت اورژانسی به اتاق عمل منتقل وبا بی حسی اسپینال تحت عمل سزارین قرار می گیرد .حاصل زایمان نوزاد دختر با وزن 5050گرم وآپگار10/9 بود.مادر ساعت 8:15 به ریکاوری منتقل وساعت 9:30به بخش منتقل می شود. در طی عمل مشکل خاصی نداشت.یک ساعت قبل از انتقال به اتاق عمل علایم حیاتی مادرPR=104 BT=38 زیر زبانی BP=120/80 ثبت شده وقبل از عمل جنتا مایسین وکلیندامایسین تزریق شده بود. مادر روز بعد با دستورات آنتی بیوتیک وکنترل TSH 20 بعد مرخص می شود. بعداز عمل مشکل خاصی ثبت نشده است.علایم حیاتی قبل از ترخیص :BP=95/60 PR=86 RR=16 BT=36.8 وآزمایشات Hb=10.6 Cr=1 بود.**

**مادر بعداز ترخیص در منزل علایم سرماخوردگی داشته وبا اصرار ماما ی مرکز به مرکز بهداشت مراجعه ومراقبت می شود.طبق اظهارماما مادر علایم توکسیک وتنگی نفس نداشت. روزبعد(5روز بعداز ترخیص )مادر ساعت 12به کلینیک مراجعه وتوسط پزشک ویزیت وبا تشخیص پنومونی سرم ،سفتریاکسون وآزیترومایسین تجویز می شود. طبق اظهارپزشک مادر سرفه پروداکتیو داشت ودرمعاینه ریه رال سمع می شد. مادر بعداز مراجعه به منزل دچار تنگی نفس شده و حوالی ساعت 14:30 مجدداً به کلینیک مراجعه می کند.طبق اظهار پزشک مادر ILL بود ودیسترس داشت .با شک به آنفلوانزا توصیه می کند به یکی از بیمارستانهای دانشگاهی مراجعه کند.مادربا پزشک زنان مراقب تماس می گیرد وایشان مادر را به بیمارستان الف راهنمایی می کند. مادر ساعت 16:30 با شکایت تنگی نفس وتب ولرز به اورژانس بیمارستان مراجعه وبا سطح تریاژ2 پذیرش می شود..علایم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ : BP=120/70 PR=92 RR=18 O2Sat=80% می باشد.مادر ساعت 17 توسط متخصص طب اورژانس ویزیت ودستورات تعبیه لاین وریدی-درخواست آزمایشات CBC,BUN,Cr,K,Na,U/A,BS –CXR –آمپول سفتریاکسون - آمپول آپوتل –ویزیت سرویس عفونی بعداز آماده شدن جوابهاگذاشته می شود. به علت رویت کانسالیدیشن آلوئولار ریه چپ در تمام لوبها وکانون مشکوک به کاویته در لوب فوقانی ریه چپ به قطر 30 میلی متر وراند کانسالیدیشن در لوب فوقانی ریه راست به قطر50mm (پنومونی دوطرفه) درخواست اسکن اسپیرال ریه می شود.درمعاینه ریه کاهش صدا در ریه چپ وجودداشت.**

**دراسکن اسپیرال ریه کانسالیدیشن در لوب بازال هردوریه بویژه در سمت چپ وPatchy Consolidation در بقیه پارانشیم وجود داشت.در برگ مشاوره عفونی علایم حیاتی مادر توسط اینترن BP=140/70 PR=102 RR=38 BT=37.8 O2Sat=43% بدون اکسیژن وO2Sat=73%بااکسیژن WBC=7300 Neut=84% Hb=9.9 BS=72 ثبت شده است. *رزیدنت عفونی* بعداز رویت جواب اسکن ریه ساعت 21:40 دستورات: بستری ایزوله عفونی ونمونه برداری از گلو- کپسول اوسلتامیویر- آمپول مروپنم،سیپروفلوکساسین ووانکومایسین- اسپری سالبوتامول ،آترونت ،سروتاید را توصیه می کند.درایزوله عفونی تخت خالی وجود نداشت.**

**ساعت 22مادر با دستور متخصص طب اورژانس با شک به آنفلوانزا با دستورات سرم نرمال سالین- -اکسیژن 8L/min از طریق ماسک –گلوکومتری –تعبیه سوند فولی وکنترل I/O -VBG -کپسول اوسلتامیویر- آمپول مروپنم،سیپروفلوکساسین ووانکومایسین - آمپول دیمترون وپنتاپرازول –گذاشتن وسایل انتوباسیون بالاسربیمار به اتاق CPRمنتقل می شود..علایم حیاتی ثبت شده در بدوورود به CPR : HR=125 BP=120/60 BT=38 O2Sat=70% بااکسیژن PH=7.42 PCO2=40 HCO3=26.6 U/O=400cc می باشد.در ساعت 22:20 به علت افت ساچوراسیون اسپری سالبوتامول ،آترونت ،سروتاید – آمپول هیدروکورتیزون 200mg واکسیژن با ماسک رزرودار 10L/minوشربت دکسترومتورفان به دستورات دارویی اضافه می شود.در ساعت 00:35 بامداد به علت دیسترس تنفسی مادر به روش RSI انتوبه شده وبه ونتیلاتور وصل می شود. در حین انتوباسیون مادر دچار ارست قلبی شده وبعداز 2 دقیقه احیا می شود.بعداز احیا برای مادرمانیتورینگ قلبی ریوی-انفوزیون لئوفد 5µ/min –آمپول مورفین 5mg/IV وآمپول هیدروکورتیزون 100mg/TDS گذاشته می شود.قبل از انتوباسیون O2Sat=56% وبعداز انتوباسیون O2Sat=70% بود.VBG ساعت 2:36 PH=7.28 PCO2=41.7 HCO3=19.7 BE=-6.5 بود**

**درساعت 4 بامداد ساچوراسیون به O2Sat=55% کاهش می یابد لوله تراشه چک می شودریه راست خوب ونتیله می شود وریه چپ کاهش صدا دارد. تنظیمات ونتیلاتور چک می شود مشکلی نداشت . بیمار سدیت شده وCXR پرتابل گرفته می شود واز سرویس جراحی جهت تعبیه C.Tمشاوره خواسته می شود .رزیدنت جراحی با مشاهده اسکن ریه توصیه می کند مادر PE ندارد ومشاوره داخلی وعفونی انجام شود.مادر ساعت 4:45 با همراهی متخصص طب اورژانس به بخش ICU جنرال 2 منتقل می شود.مادر ساعت 7:40 توسط ICU Man ویزیت می شود. علایم حیاتی : BP=149/80 HR=145 O2Sat=66-70%می باشدو در سمع ریه ها کراکل منتشر در هردو ریه سمع می شود. در ساکشن ترشحات لوله تراشه ترشحات کف آلود فراوان دارد .Setting ونتیلاتور به ARDS تغییر داده شده ولازیکس120mg در 3 دوز منقسم و10mgمورفین تزریق ومشاوره عفونی درخواست می شود.بقیه دستورات :سدیشن با میدازولام وفنتانیل -تعبیه CVP Line –هپارین با دوز 5000U/TDS/SC- انفوزیون لووفد. در ساعت 11 با وجود انفوزیون لووفد با دوز 20 µg/min و PEEP=25 وf =30 علایم حیاتی HR=110 BP=105/59 Sat=72% و PH=7.2 بود .میدازولام قطع وفنتانیل با دوز 200 میلی گرم وانفوزیون سیس آتراکوریوم داده می شود.بعداز یک ساعت انفوزیون سیس آترا کوریوم قطع وآمپول متیل پردنیزولون 100 میلی گرم روزانه گذاشته می شودولی با دستور متخصص داخلی کنسل ومیدازولام با دوز 0.5-1mg/hشروع می شود. دیورز برقرار است وهمچنان اسیدوز داردPH=7.2 PCO2=58 HCO3=22.4 .**

 ***روز دوم بستری درICU):* با تهیه پرسدکس توسط همراهان بیماروادامه درمانهای حمایتی ریه ها تا حدودی Clear می شود.برای مادر مشاوره ریه درخواست می شودومشاوراقدامات انجام گرفته را کافی می داند.ساچوراسیون اکسیژن به94% افزایش یافته وعلایم حیاتی تاحدودی Stable شده است.BP=115/70 HR=95 وآزمایشات :WBC=22,700 Neut=85% Cr=2.2 Urea=89**

***روز سوم بستری*):مادر فول سدیت می شود . قلب تاکیکارد وفشار پایین است BP=91/54 HR=110تنظیمات ونتیلاتور به APRV تغییر داده شده است. آنزیمهای کبدی افزایش یافته) SGOT=1290 SGPT=314 ALP=966) وبرای مادر سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی درخواست می شود.جواب نمونه کشت گلو برای آنفلوانزا منفی گزارش شده است. اوسلتامیویر قطع شده ومشاوره روماتولوژی وTSH درخواست می شود.پیرو مشاوره زنان سوچورمحل سزارین برداشته شده *روز چهارم بستری (10/9/98*): ریه ها پاک وعلایم حیاتی Stable است.در ABG الکالوزتنفسی دارد.توسط فلو ی زنان ویزیت می شود.ایشان توصیه می کند مادر از نظر هپاتیت ویرال بررسی شود .**

 ***روز پنجم بستری:* به علت تب دارشدن( BT=38.8). درخواست کشت ترشحات لوله تراشه وCRP ، کشت خون،کشت ادرار، کاسپوفونژین ،شروع مجدد اوسلتامیور با دوز اولیه 150 میلی گرم وادامه با 75 میلی گرم BID ،Order می شود. ظهربه علت ابهام درتشخیص وبرای Manage بهتر مادر، شورای پزشکی تشکیل وبا توصیه اساتید کاتتر فولی ،CVP وNGT تعویض شده نمونه کشت درخواست می شود وبا احتمال ترومبوآمبولی ریوی واحتمال کم ترومبوز عروق لگنی برای مادر هپارین با دوز درمانی وسونوگرافی بدساید شکم ولگن جهت بررسی احتمال Collection در خواست می شود.فوکال پوینت آنفلوانزاتوصیه میکندمبنای تجویزاوسلتامیویر را شروع مجدد قرار داده وتا 5 روز ادامه داده شود . کشت خون ،کشت ادرار منفی وازترشحات لوله تراشه آسنتوباکتر ایزوله شده بود.درسونوگرافی در داخل رحم کانون اکوفری واکوژن (لخته یا ترشح چرکی) وآسیت جزئی در ابدومینوپلویک گزارش می شود.**

***روز یازدهم بستری)*: شب مادر تب دار شده است( BT axilL=39.4 ).برای مادر کتورولاک تزریق می شود(به علت مختل بودن آنزیمهای کبدی آپوتل تجویز نمی شود).با وجود ساچوراسیون بالای 90% کارکرد ارگانهای حیاتی دچار مشکل شده ومادر آنوریک شده است.برای مادر مشاوره گوارش جهت بررسی علت افزایش آنزیمهای کبدی درخواست می شود.مشاور احتمال سپسیس ،هپاتیت ایسکمیک ،هپاتیت ویرال ودارویی را مطرح می کند وچک مارکرهای مربوطه را توصیه می کند. مارکر های هپاتیت ویرال ،هپاتیت دارویی وسرلو پلاسمین منفی بودند.**

***روز سیزدهم بستری*: مادر تب 39.5 درجه دارد.به علت افت هموگلوبین Hb=6.3 یک واحد پکدسل تزریق می شود.درحال دریافت مروپنم ،سیپروفلوکساسین ،وانکومایسین(12روز) وکاسپوفونژین(8روز) است .زخم ناحیه ساکروم دارد.مشاوره عفونی درخواست شده وبا توصیه ایشان کاسپوفونژین ووانکومایسین قطع شده وتیکوپلانین شروع می شود.در CXRکاهش لوسنسی ریه چپ گزارش شده است.با آماده شدن جواب تستهای روماتولوژی مشاوره مجدد درخواست می شود. آزمایشات روماتولوژی منفی بودند.متخصص روماتولوژی معتقداست اختلال تستهای کبدی پترن هپاتوسلولاردارد و توصیه می کندبا توجه به افت هموگلوبین ،پروتئینوری وافزایش کراتینین وLDH :اسمیر خون محیطی تهیه شودومشاوره هماتولوژی ونفرولوژی درخواست گردد وتست کومبس نیزچک شود.**

***روز هجدهم بستری*:مادر تب داراست به علت دیستانسیون شکم وتورم لوکال در بالای محل انسزیون C/Sمشاوره زنان درخواست می شود.رزیدنت زنان معتقد است مادرمشکل زنان ندارد.**

**در CT Scan کنترل ریه پلورال افیوژن دوطرفه مختصر وARDS در زمینه برونکوپنومونی یا ادم ریه(پترن Air Bronchogram) گزارش می شود. درسونوگرافی پرتابل آسیت فراوان در ناحیه شکم ولگن وجود دارد کیسه صفرا حاوی مقدار زیادی Sludge می باشد.کلیه ها شواهد ARF دارند.رحم فاقد بقایاست.برای مادر انفوزیون لازیکس با دوز10mg/h ادامه داده می شود.**

***روز بیستم بستری*: مادر تب بالادارد BT=39 .دیورز کمتر شده است.قرص آلوپرینول شروع می شود. کشت نمونه ترشحات لوله تراشه آسنتوباکتر حساس به کلستین گزارش شده است.تپ درمانی مایع آسیت انجام می گیرد(1000 سی سی).روز بعد ترشحات NGT کافی گراند شده وشستشو داده می شودوانفوزیون هپارین متوقف می شود.برای مادر فلوکونازول وColstin شروع می شود.**

***روز بیست وسوم بستری*: GCS=6تب بیمار کنترل شده ومحل انسزیون سزارین عفونی وگانگرنه شده است. مادر آنوریک شده است . مشاوره زنان و نفرولوژی درخواست می شود. مشاور نفرولوژی توصیه می کند کاتتر فمورال تعبیه شده و2 ساعت دیالیز شودوآلبومین 20% شروع شود.عصر مادر دیالیز شده وحین دیالیز یک واحد پکدسل تزریق می شود.مشاور زنان معتقداست در حال حاضر کشت خون مثبت شده وسپسیس مطرح است . توصیه می کند زخم هر 8 ساعت توسط پرستار شستشو داده شده وویزیت روزانه زنان انجام گیردوبا توجه به باز شدن محل انسزیون درحد زیرجلد بعداز 5-4 روز در خصوص ترمیم تصمیم گیری شود.**

***روز بیست وپنجم بستری*: بدنبال دیالیز مادر دچار رکتوراژی ماسیو می شود در کنترل PLT=26,000 INR=1.3 PTT=120 بود.برای مادر 10 میلی گرم ویتامین K و2گرم فیبرینوژن تزریق و10 واحد پلاکت ،مشاوره گوارش وجراحی اورژنس درخواست می شود.متخصص گوارش در کولونوسکوپی به علت عدم آمادگی قبلی واحتمال پرفوراسیون قادر به شناسایی دقیق محل خونریز نمی شود و توصیه می کند مادر از نظر همو دینامیک ومیزان هموگلوبین تحت نظر باشد.مشاور جراحی یادداشت کرده بود در حال حاضر خونریزی فعال ندارد 2 واحد پکدسل تزریق شود وعلایم حیاتی هر ساعت کنترل شود.اواخر شب مجدداً رکتوراژی وسیع می کند .برای مادر 14 واحد پلاکت درخواست وتزریق می شودو اکتروتاید شروع می شود.**

***روز بیست وششم بستری :* GCS=3 است . خونریزی قطع شده است . مادر تب دار است BT=38.8 و اسیدوزشدید متابولیک دارد.برای مادر دیالیزاورژانسی درخواست می شود. مادر بعداز دیالیز دچارخونریزی شدید رکتال می شود. 4 واحد FFP و10 واحد پلاکت و4 واحد پکدسل درخواست می شود. مادر ساعت 19:30 دچار برادیکاردی شده وساعت 20فوت می کند.**

**آزمایشات:WBC=7,300—22,700—17,400—21,800—9,100—6,900—5,100**

**--69—42-21 AST=39—609—2450—4346 ALT=48—190---1060---1676 --97 –80—56--24**

**BILL T=0/4---9.3 ALP=401---524—891 LDH=1168---1741---897---6855—1041--830**

 **Cr=0.9---2.2---2.6—1.8—1.5-2.3 CK=462 UrIC Acid=10—9.6—6—8.3 PrO Calcitonin=87.50**

**Urea=21—89—78—89--129—135—203--332 TSH=1 ESR=21 CRP=209**

**علت مرگ نامبرده براساس گزارش اتوپسی وسیر بالینی یک عفونت حاد تنفسی ونارسایی ارگانهای حیاتی دراین زمینه می باشد.**

**نکات ویژه:**

1. **دربرخی موارد کشت آنفلوانزا منفی است ولی دقیقاً تابلوی آنفلوانزا در بیمار مشاهده می شود .**
2. **مادر قبل از انتوباسیون هیپوکسی کشیده است(مادر در ساعات اولیه پذیرش خوب Manage نشده است).**
3. **قطع اوسلتامیویربدنبال گزارش کشت منفی آنفلوانزا کارغیرعلمی می باشد.**

**مورد4**

 **خانم 30ساله، BMI=28 ،G1P0 ، بدون سابقه بیماری خاص وحاملگی ناخواسته .مراقبت پیش از بارداری داشته ومراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان ومرکز بهداشت به صورت مرتب انجام شده است .آزمایشات اوایل بارداری Hb=14 Cr=1.19 BUN=13.5.مادر هفته 25 بارداری جهت مراقبت به پزشک معالج مراجعه می کند .فشارخون سیستولی در حد 130-140 بود.برای مادر آزمایش خون وانالیز ادرار در خواست می شود.پروتئینوری 1+ داشت. بقیه آزمایشات نرمال بود.مادر یک هفته بعد به علت تورم پای راست به بیمارستان مراجعه کرده وبا سطح تریاژ 3 به رزیدنت معرفی می شود.در هنگام پذیرش (ساعت 13:08)مادر هوشیار واریانته بود.علایم زایمانی وآبریزش نداشت. ادم ژنرالیزه را از حدود یکماه قبل ذکر می کرد.اختلاف سایز اندامها نداشت.علایم حیاتی :BP=140/90 PR=92 RR=17 FHR=138 FH=20-22 W مادر ساعت 13:45 توسط رزیدنت ویزیت شده وبا دستورات : کنترل علایم حیاتی -تعبیه لاین وریدی ،درخواست آزمایشات CBC,BUN.Cr.LFT,BG,U/A -تهیه NST در اورژانس تحت نظر گرفته می شود.در ساعت 14:45 با خط بحران پروتینوری 3+ اطلاع داده می شود. به علت خالی نبودن تخت در بخش زایمان ،در بخش تحت نظر اورژانس برای مادر سوند فولی تعبیه وسولفات منیزیوم شروع می شود.با خالی شدن تخت، مادر ساعت 16:40 به بخش زایمان منتقل وتحت نظر گرفته می شود.**

**جواب آزمایشات :Hb=12.7 PLT=200,000 Cr=1 SGOT=18 SGPT=11 LDH=443 U/A (Pro=3+ WBC=10-12 Granular Cast=1-2)**

**در بخش برای مادر سفالکسین خوراکی ،آمپول بتا متازون هر 12 ساعت در2دوز ،سولفات منیزیوم 2g/h ودیمترون ودر خواست سونوگرافی وضعیت جنین وپروتئین ادرار 24 ساعت گذاشته می شود.در سونوگرافی علایم مقاومت عروقی واختلال گردش خون فیتو پلاسنتال وجود نداشت . سولفات منیزیوم تا 30 ساعت ادامه داده شده وقطع می شود.**

***روز دوم بستری:* مادر علایم زایمانی ندارد.فشارخون در محدوده BP=100-140/70-90 ثبت شده است. عصر به علت درد اپی گاستر رانیتیدین وشربت MOM در دستورات دارویی گذاشته می شود.پروتئین ادراری 3+ وپروتئین ادرار 24 ساعت mg 6300گزارش شده است.به علت نرمال بودن تستهای کبدی برای مادر مشاوره نفرولوژی وتستهای روماتولوژی درخواست می شود.**

***روز سوم بستری*: به علت Stable بودن علایم حیاتی ونبود علایم زایمانی مادر با صلاحدید اتند ساعت 17 به بخش بارداری پرخطر منتقل می شود .پروتئین ادرار 24 ساعته دوم 2100 mg وپروتئین ادرار راندوم 3+ گزارش شده است .مشاوره نفرولوژی به درخواست اتندکنسل می شود. تستهای کبدی نرمال است.BP=140/80 نصف شب در ساعت 3:55 بامداد به علت درد اپی گاسترمادر به رزیدنت اطلاع می دهند .فشارخون BP=160/100 بود. برای مادر 20 میلی گرم آمپول لابتا لول و40 میلی گرم پنتو پرازول تزریق می شود. به علت عدم کاهش فشارخون دوز های بعدی لابتالول تجویز (40+80+80+80) ومادر ساعت 4:30 به LDR منتقل می شود.فشارخونهای ثبت شده BP=160/85 و BP=190/130 بود. در ساعت 5 برای مادرسولفات منیزیوم شروع وآنزیمهای کبدی درخواست می شود ومادر ساعت 7 جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.دراتاق عمل BP=174/109 PR=80 FHR=138 بود.**

**عمل ساعت 7:40 با بی حسی اسپینال وبرش LML شروع شده وحاصل زایمان نوزاد دختر پره ترم با آپگار 8،6،2 بود که به NICU منتقل شده وبعداً فوت می کند. بعداز اتمام عمل مادر ساعت 8:35 به ریکاوری و ساعت 10:35 به بخش ICU منتقل می شود. درریکاوری برای مادر به علت درد اپی گاستر آمپول رانیتیدین تزریق شده بود.فشارخون در ریکاوری متغیر بوده ودر محدوده BP =140-180/90-110 ثبت شده است و مادر سرم TNG گرفته است. ریت قلب در محدوده نرمال بود.**

 **دستورات بخش ICU : مانیتورینگ قلبی ،ریوی –رزرو 2 واحد پکدسل –کنترل برونده ادراری وعلایم Severity –ادامه سولفات -قرص آملودیپین 5mg/BID – آمپول لازیکس 10mg/BID تا 2دوز–چک آنزیمهای کبدی و BUN,Cr,CBC 4 ساعت بعداز عمل –مشاوره قلب در صورت عدم کنترل فشارخون .**

**متخصص ICU در ساعت 11:30مادر را ویزیت کرده یادداشت کرده بود مادر هوشیار بوده ویافته خاصی ندارد. BP=149/98 ,HR=77 . سرم رینگر وآملودیپین را قطع کرده وبه جای آن نرمال سالین 100cc/h وکاپتوپریل 50mg/BID شروع می کند. سایر دستورات چک CTNI در 2 نوبت, ,ABG ECG می باشد.ABG: PH=7.38 PCO2=24.9 HCO3=14.4 BE=-9.7**

**در ساعت 12 مشاوره قلب در خواست می شود(غیر اورژانسی) ومتخصص قلب ساعت 15 مادر را ویزیت می کند.طبق یادداشت ایشان نوار قلبی نرمال است BP=149/92 HR=70 است. توصیه های مشاور قلب : قرص متورال نصف قرص هر 12 ساعت ،قرص کاپتوپریل 50mg/TDS وفردا جهت اکو به درمانگاه منتقل شود.**

**ویزیت ساعت 16:40 پزشک ICU: مادر درحال حاضر خواب آلودولی هوشیار واریانته است.به سوالات به درستی جواب می دهد سردرددارد،تاری دید ندارد .BP=155/102برای مادر سطح Mg درخواست می شود. Mg=4.3بود.**

**در ساعت 18 به علت افت هوشیاری وآژیتاسیون گهگاهی مشاوره نرولوژی اورژانس درخواست می شود(طبق یادداشت پرستاری مادر از ساعت 17 خواب آلوب ولتارژیک شده بود .رزیدنت نرولوژی ساعت 19 مادر را ویزیت کرده یادداشت کرده بود: مادر لتارژیک است. حرکات تشنجی ندارد. از دستورات پیروی می کند. مردمکها Reactive است. اختلال حسی ندارد .قدرت اندامهای فوقانی 5/4 وتحتانی 5/2 می باشد.تکلم بصورت Scanning است.ایشان برای مادردرخواست اسکن و MRI,MRVمغزی اورژانس وکنترل فشارخون وR/O مسائل عفونی را توصیه می کند.**

**ویزیت ساعت 20 پزشک ICU : مادر تب دار نیست ولی Confused است. BP=146/86 HR=86 O2Sat=96% در ساعت 20:30 وقت MRI و CT مغزی دارد.استفراغ گهگاهی دارد.**

**مادر ساعت 20:15 جهت انجام اسکن مغزی برروی برانکارد منتقل می شود.به علت افت هوشیاری فشارخون اندازه گیری می شود.BP=191/120 بود.بلافاصله به پزشک ICU اطلاع می دهند وایشان دستور می دهد آمپول هیدرالازین در 2 نوبت تزریق شود.به رزیدنت زنان نیز اطلاع می دهند .رزیدنت زنان با رزیدنت نرولوژی صحبت می کند وایشان می گوید مادر را یک ساعت قبل دیده وبعداز کنترل فشار مادر جهت اسکن به بیمارستان ب منتقل شود. رزیدنت زنان با متخصص قلب برای کنترل فشارخون مشاوره تلفنی کرده وایشان ذکر می کند برای مادر سرم TNG با سوال از CUT Point کنترل فشار از سرویس نرولوژی شروع شودوسرویس نرولوژی پاسخ می دهدبرای مادر احتمال ICH مطرح است وبدون TNG فشار کنترل شده ومادر اینتوبه جهت اسکن منتقل شود. ساعت 20:30 افت هوشیاری بیشتر شده و GCS=10 می شود. رزیدنت بی هوشی با اتند ICU تماس تلفنی می گیرد وایشان ذکر می کند مادر اینتوبه نشود. در ساعت 21کد88 توسط سوپروایزر اعلام می شود.مادر ساعت21:15 به دلیل و GCS=7 ومردمک های آنیزوکوریک با دستور اتند ICUتوسط رزیدنت بی هوشی انتوبه می شود.رزیدنت ارشد زنان ، فلو و2 نفر از اساتید زنان در ساعت 21 بربالین مادر حاضر بودند.مادر ساعت 21:45 با آمبو وعلایم حیاتی BP=152/99 HR=110 O2Sat=98% وهمراهی رزیدنت بی هوشی وزنان منتقل می شود.**

**جواب آزمایشات ساعت 11 : WBC=16,600 Hb=11.8 PLT=106,000 BS=107 Urea=39 Cr=1 SGOT=598 SGPT=519 LDH=1890 Mg=2.45 CTNI=Neg BIL=1.1 BILD=0.2 PT=12.2 PTT=28.7 INR=1(نمونه لیز بود)**

**مادر در بیمارستان ب بلافاصله اسکن مغز شده وبه علت مشاهده ناحیه هیپردنس در پونز ونواحی هایپودنس بویژه در اکسیپیتال دوطرف ، در ساعت 23:30 به علت نبود تخت خالی در ICU اعصاب ، با تشخیص PRESS ودستورات :کنترل فشارخون در حدود SBP=160-چک اوره وکراتینین جهت شروع مانیتول -چک تستهای انعقادی –الویشن سروتنه –CXR ومشاوره نروسرجری اورژانس وزنان و CT A اورژانس عروق مغزی در بخش ICU5 با مسئولیت سرویس نرولوژی بستری می شود.در موقع پذیرش مادر Deep Coma بود.مردمک راست 4mm وچپ2mm ونان راکتیو به نور بودند کف پایی دوبل فلکسور واکولوسفال منفی بود علایم حیاتی : PR=78 BP=180/120 .تنفس spont=5 بود. مشاوره نروسرجری (ساعت 12:05):مردمکها میوتیک ونان راکتیو وGCS =4-5 می باشد.طبق نظر رزیدنت ارشد: در بطن 4 خونریزی دارد .ادم ژنرالیزه مغزی با تغییرات ایسکمی به صورت هیپودنس در کورتکس خلفی وجود دارد که نیاز به اقدام اورژانس جراحی ندارد.برای مادر CVT در درجه اول وسندروم PRESS در درجه دوم مطرح است.توصیه می شودبرای مادر درخواست MRI.MRV,MRA اورژانس برای بررسی CVT واحتمال آنوریسم عروق بازیلر وCTکنترل بعداز 6 ساعت انجام گیرد.**

**جواب آزمایشات : WBC=14,100 Hb=12.2 PLT=45,000 BS=102 SGOT=775 LDH=4920 SGPT=402 PT=14.7 PTT=37 INR=1.29 Cr=1.05 BUN=47 Alb=2.9**

**در ساعت 1:50 برای مادر مشاوره اورژانس داخلی درخواست می شود.مشاور داخلی در خواست تهیه لام خون محیطی وارسال به شهید قاضی جهت بررسی شیستوسیت وتزریق 3 واحد FFP ومشاوره خون را توصیه می کند.**

***روز دوم بستری بیمارستان ب :*مادردر فاز Light Coma می باشد . برای مادر آنوریسم مغزی وCVT رد می شود.مادر به بخش ICU اعصاب منتقل شده است. سرویس هماتولوژی TTP را رد کرده وبرای مادر همان سندروم هلپ مطرح کرده وپیشنهاد می کنند برای مادر تستهای انعقادی ،فیبرینوژن وFDP, وپلاکت درخواست شود وبراساس نتیجه آنها FFP وپلاکت تزریق شود. در صورت عدم بهبودی انجام پلاسمافرز بلامانع است. برای مادر مشاوره نفرولوژی جهت کنترل فشارخون درخواست می شود.مشاور نفرولوژی TTP سوار شده بر هلپ را مطرح کرده ولزوم اخذ OK از سرویس هماتولوژی برای تجویز پلاکت را یادآور می شوند وتوصیه می کند مشاوره گوارش برای R/O AFLP درخواست شود. مشاور گوارش AFLP را محتمل دانسته وهپاتیت حادرا درتشخیص افتراقی مطرح می کند وپیشنهاد تستهای روماتولوژی ،مشاوره خون وسونوگرافی توتال شکم ولگن وسونوگرافی کالر داپلر برای بررسی ترومبوز ورید پورت وطحال را می کند.**

**عصر برای مادر درخواست مشاوره جراحی برای تعبیه کاتتر جهت پلاسمافرز می شود ولی به علت اختلال تستهای انعقادی انجام نمی گیرد**

**Ptt>120 , PT>37 INR>7.5 PLT=28,000 بود.برای مادر 5 واحد پلاکت در خواست وتزریق می شود. به علت تب دار شدن دستور پلاسما فرزیس Hold می شود. در ساعت 21 به علت تب دار شدن BT= 39 مادر مشاوره عفونی در خواست می شود.مشاور کشت خون در 2 نوبت ،CXR وU/ A,U/C آمپول آمپی سیلین وسفتریاکسون را توصیه می کند.**

***روز سوم بستری*: مادر تب بسیار بالادارد وتاکیکارد می باشد .BP=150/85 HR=140 BT=41 به علت تاکیکاردی مشاوره قلب درخواست شده است.مشاور قلب ترومبوآمبولی ماسیو وتامپوناد را رد می کند وتاکیکاردی راثانویه به تب بالا مطرح می کند وادامه کاپتوپریل ومتورال را توصیه می کند.با دستور متخصص زنان انفوزیون سولفات منیزیوم قطع می شود.**

**برای مادر مشاورعفونی مجدد درخواست می شود.مشاور تب بالارادر زمینه احتمال مسائل سنترال ویا DIC مطرح می کندوتوصیه می کند آمپول وانکومایسین ،آمپی سیلین ومروپنم شروع شود ودر صورت عدم کنترا اندیکاسیون، LP شود.سونوگرافی توتال شکم ،لگن وکالر داپلر عروق لگنی انجام گیرد .هیدراتاسیون مناسب صورت گیرد.**

**عصر حوالی ساعت 17به علت افت فشارخون انفوزیون مانیتول وقرص کاپتوپریل ومتورال متوقف شده لئوفد شروع می شود.علیرغم اقدامات فوق افت فشارخون ادامه داشته ودر ساعت 20:30 دچار ارست قلبی تنفسی شده اقدامات احیا شروع می شود که متاسفانه موثر نبوده ومادر ساعت 21 فوت می کند.**

**جواب آزمایشات : تستهای روماتولوژی منفی**

**Cr=1.3 Urea=42 BIL T=2.5 BIL D=1 ESR 1h=101 Hb=10.6 Fibrinogen=755**

**علت مرگ : خونریزی وسیع پونز و Brain Stem در اثر کریز هیپرتانسیون می باشد.**

**توضیحات اعضای کمیته:**

1. **در اتوپسی IVH نداشت.**
2. **مدت زمان استفاده از TNG کم بوده ومی بایست تا Stable شدن فشارخون ادامه داده می شد.**
3. **کریز هیپرتانسیون در زمینه پره اکلامپسی شدید وسندروم هلپ می باشد.**
4. **به نظر گروه زنان در ابتدا پره اکلامپسی خفیف بوده وبه علت سن پایین بارداری ختم بارداری در 3 روز اول انجام نگرفته است.**

**مورد5**

 **خانم 25ساله ، BMI=27.3 ،G1P0 ، سابقه فامیلی پلی سیتمی وحاملگی خواسته بوده است.مراقبت پیش از بارداری داشته ومراقبت دوران بارداری در مطب متخصص زنان به صورت مرتب انجام شده است .همچنین به علت پلی سیتمی تحت نظر متخصص داخلی بود. قبل از بارداری نیزچند بار به فوق تخصص هماتولوژی مراجعه کرده بود. ولی داروی خاصی مصرف نمی کرد.**

**آزمایشات اوایل بارداری :Hb=19.2**  **Hct=54.5 PLT=181,000 RBC=6.22\*106 WBC=9.400**

**مادر درهفته 33 بارداری به علت تورم صورت ودور چشمها وخارش ژنرالیزه بدن به بیمارستان ارجاع شده وبا تشخیص احتمالی پره اکلامپسی بستری می شود. در موقع بستری مادر هوشیار واریانته بود و خارش بدن وافزایش فشارخون سیستولی درحد 130-140 از یک هفته قبل را می داد. آثار خارش وزخمهای ناشی از آن در اندامها وبدن وجود داشت. علایم حیاتی نرمال بودند.BP=125/80 . برای مادر سولفات منیزیوم شروع و2 دوز بتا متازون تزریق می شود.**

**آزمایشات: Hb=15.7 Hct=45.4 PLT=96,000--91,000 Lym=1870 WBC= 11,000 BIL T=1.8 –1.6 BIL D=0.4—0.6 LFT=Normal LDH=522 Pro=2+ادراری**

***روز بعد* مادر به علت بیلی روبین بالا وپلاکت پایین با تشخیص احتمالی پره اکلامپسی به بیمارستان سطح 3 اعزام می شود.موقع پذیرش مادر تب دار نبود. اسکلرا ایکتریک نبود. سرفه خشک را ذکر می کرد ولی تنگی نفس نداشت.علایم زایمانی نداشت. علایم حیاتی : BT=36.9 BP=120/80 PR=92 RR=18 O2Sat=93% بود.مادر با دستورات :کنترل فشارخون وعلایم حیاتی وعلایم Severity –چک تستهای کبدی ،کلیوی وانعقادی –چک CBC,CRP,U/A,- چک پروتئین ادرار 24 ساعته –قطع سولفات منیزیوم- مشاوره داخلی –سونوگرافی کبد ومجاری صفراوی در بخش زایمان بستری می شود.**

**مشاور داخلی بصورت تلفنی دستور: مصرف مایعات فراوان -قرص پردنیزون 12.5 میلی گرم STAT وروزانه بعداز شام وچک روزانه پلاکت برای تصمیم گیری در مورد ادامه یا قطع پردنیزون را می دهد. در سونوگرافی سایز واکوژنیسته کبد نرمال بود ودر مجاری صفراوی وکیسه صفرا مشکلی نداشت. CBD=3mm بود.**

**جواب آزمایشات: WBC=12,400 Lym=867(7%) Hb=15.9 Hct=44.8 PLT=100,000 Cr=0.7 Urea=18 SGOT=26 SGPT=15 LDH=691 BILT=1.3 BIL D=0.2 CRP=3+ ESR=26 Pro=2+ Protein24h=702Cr 24h=378**

**به علت لنفوپنی و CRP=3+ درخواست اسکن ریه می شودکه منفی بود.**

***روز دوم بستری*: مادر تبدار نیست .تنگی نفس ندارد.در چک مجدد پروتئینوری 2+ دارد.به علت گزارش PLT=110,000 در آزمایش دوم با دستور تلفنی متخصص داخلی پردنیزون قطع وبه علت عفونت ادراری سفیکسیم شروع می شود. حوالی ظهر به علت افت ساچوراسیون اکسیژنO2Sat=90% با دستور رزیدنت اکسیژن تراپی با ماسک شروع می شود. وضعیت مادر بصورت تلفنی به مشاور عفونی اعلام می شود وایشان ذکر می کند اقدام خاصی لازم نیست.ساچوراسیون های ثبت شده برای مادر با اکسیژن 96%، وبدون اکسیژن 93% می باشد.فشارخون در محدوده BP=115-125/70 بود.**

***روز سوم بستری*:مادر تب دار نیست.با ماسک اکسیژن می گیرد.فشارخون در محدوده BP=135-138/82-88 می باشد.عصر مادر با دستور اتند به بخش ویژه کورونا منتقل می شود.در سونوگرافی کالر داپلر گردش خون فیتو پلاسنتال مشکلی ندارد.تستهای کبدی نرمال وپروتئینوری 3+ می باشد.مشاور داخلی تلفنی برای مادر اسپری سالبوتامول ،اسپری سروفلو وکپسول آزیترومایسین تجویز می کند.**

***روز چهارم بستری:*مادر هوشیار واریانته است.ساچوراسیون اکسیژن با وجود دریافت اکسیژن از طریق ماسک گاهی تا 91% کاهش نشان می دهد .در VBG : PH=7.39 PCO2=25.8 PO2=64 HCO3=15.3 BE=-7.8**

 **فشارخون در محدوده : BP=130-142/80-100 ثبت شده است وPLT=96,000 Lym=2116 می باشد.**

***روز پنجم بستری* : در ساعات اولیه (ساعت 1:45 بامداد)مادر تنگی نفس خفیف دارد (با دریافت اکسیژن با ماسک گاهی ساچوراسیون تا 91-92% افت می کند).سمع ریه ها Clear است .علایم حیاتی : RR=20 BT=37.2% BP=135-140/85-88 با مشاورعفونی تماس می گیرندو ایشان می گوید اقدام خاصی لازم نیست.فقط اکسیژن تراپی شود وتوصیه می کند کپسول آزیترومایسین ادامه یابد ومشاوره داخلی جهت R/O ترومبوآمبولی انجام گیرد. مشاور داخلی تهیه ECG، اسپری سالبوتامول وسروفلو ومشاوره حضوری در صورت ادامه تنگی نفس را توصیه می کند.در ساعت 8 صبح تب 38 درجه برای مادر ثبت می شود.مشاوره پریناتولوژی جهت ختم بارداری درخواست می شود.مشاور نظر می دهد فعلاً ختم بارداری برای مادر اندیکاسیون نداردو تحت نظر بماند. مشاور عفونی در تماس مجدد سفیکسیم را قطع وادامه آزیترومایسین واسپری ها و CBC روزانه را توصیه می کند.**

**آزمایشات : SGOT=60 SGPT=45 LDH=1117 PLT=50,000 Pro=3+**

 **PT=12.1 PTT=42 INR=1**

**به علت افت پلاکت متخصص داخلی قرص پردنیزون 25 میلی گرم صبح ها با چک روزانه پلاکت وقرص مونته لوکاست را تجویز می کند.**

***روز ششم بستری :* مادر تبدار نیست ولی تاکیکارد است. علایم حیاتی : RR=20 BP=145/89 PR=112 O2Sat=92-93% با ماسک اکسیژن .در ساعت 12 ظهر به علت تب Low grade وتنگی نفس با مشاور عفونی تلفنی صحبت می شودوایشان توصیه می کند برای مادر CRP مجدد چک شود ونمونه برای تست کورونا ارسال شود.همچنین لام خون محیطی از نظر بررسی شیستوسیت وهمولیز تهیه گردد. CRP=1+ بود.برای مادر رزرو 10واحد پلاکت ،5 واحد FFP و2 واحد پکد سل ایزوگروپ کراس مچ درخواست می گردد. در ساعت13:25 پلاکت PLT=34,000 گزارش می شود. با نظر اتند زنان مادر با احتمال سندروم هلپ کاندید سزارین بعداز تزریق 5 واحد پلاکت می شود. BP=150/90 بود وO 2Sat=84% بدون اکسیژن و91% با اکسیژن بود.مادر بعداز دریافت 5 واحد پلاکت کراس مچ ساعت 15:25 به اتاق عمل منتقل می شود.در اتاق عمل مادر قبل از شروع بی هوشی دچار افت شدید ساچوراسیون وO 2Sat=60% بدون اکسیژن وO 2Sat=72% با اکسیژن ، سیانوز انتها ها وتاکیکاردی شدید PR=150 می شود. با پیشنهاد متخصص بی هوشی عمل کنسل شده ومشاوره قلب درخواست می شود. متخصص قلب در اتاق عمل حاضر شده وبرای مادر اکوی بد ساید انجام می دهد. LV EF=55-60% D shaped LV&RVE گزارش می شودوایشان اظهار می کند برای مادر آمبولی Submissive مطرح است ونیاز به شروع هپارین فول دوز می باشدوعمل جراحی در صورت Emergency بودن انجام گیرد.از اساتید پریناتولوژی درخواست مشاوره می شود.ایشان اظهارمی کنداحتمال TTP در ردیف اول تشخیص مطرح است و.سندروم هلپ در ردیف بعدی قرار دارد. با نظر 3 تن از اساتید عمل کنسل شده ومادر به ICU منتقل وانتوبه می شود.با هماهنگی اساتید زنان واساتید ریه مادر ساعت 19:30جهت CT آنژیوی ریه ومراقبت به بیمارستان جنرال منتقل می شود. علایم حیاتی قبل از انتقال : BP=142/85 PR=100 O2Sat=86%**

**مادر ساعت 22:40 توسط بخش ICU ریه تحویل گرفته می شود. طبق یادداشت درموقع تحویل نقاط اکیموتیک متعدددر اندامها ی فوقانی وتحتانی وجود داشت.**

**موقع پذیرش در ICU ریه:O2Sat=74% بود. در قاعده ریه ها کاهش صدا وجود داشت .اسکلرا ایکتریک نبود.**

**برای مادر آزمایشات کشت خون ،ادرار،آنالیز ادرار،تستهای کبدی ،انعقای وپلاکت،انجام CXR –سونوگرافی کالر داپلر اندامهای تحتانی برای بررسی DVT –اکوکاردیوگرافی از نظر PAP –آمپول مروپنم ووانکومایسین-قرص متیل دوپا 250mg/TDS –چک قند خون هر 6 ساعت –مشاوره اورژانس زنان برای تعیین زمان ختم بارداری و تستهای روماتولوژی درخواست می شود. در سونوگرافی کالر داپلریافته ای به نفع DVT نداشت. در اکو سایز وبرونده قلب چپ نرمال بودودیلاتاسیون RV وجود داشته ،TAPSE=15.8mm TR=2+وقابلیت اندازه گیری فشار پولمونری با دستگاه بدساید وجود نداشت.BS=105 بود.**

**مشاور زنان یادداشت کرده بود: حفظ جان مادر مقدم بر جنین بوده وبعداز مشخص شدن جواب CT آنژیوی عروق ریه در مورد ختم بارداری تصمیم گیری خواهد شدوبرای مادر شروع سولفات منیزیوم را توصیه کرده بودند.3 ساعت بعداز ورود مادر به ICU ریه، انفوزیون هپارین بادوز 800U/h شروع شده بود.**

**آزمایشات : PLT=52,000 PT=14.3 PTT=36 INR=1.06 SGOT=48 SGPT=35**

 **LDH=1438**

***روز دوم بستری درICU ریه*: مادر هماچوری دارد که با شستشوی سوند Clear می شود. لام خون محیطی مادرتوسط گروه هماتولوژی رویت می شود.طبق گزارش ترومبوسیتوپنی وجود داشت وشیستوسیت نداشت.**

**مادر اسیدوز دارد در ABG: PH=7.25 PCO2=35 HCO3=15 می باشد.**

**بصورت موقت سداتیوها holdشده وونتیلاتور روی Spont گذاشته می شودولی مادر تحمل نکرده تنظمیات دوباره روی SIMV برگردانده می شود.عصر مادرایزوله شده ونمونه کورونا ارسال می گرددو هیدروکسی کلروکین 400mg/BID برای 24 ساعت گذاشته می شود.یکساعت بعدبه علت افت شدید فشارخون وساچوراسیون میدازولام hold شده ولئوفد بادوز 5µg شروع و500 سی سی نرمال سالین تزریق می شود.BP=87/44 O2Sat=60% بود.با افزایش PEEP=10 وتنظیم Setting دستگاه ساچوراسیون تا O2Sat=88%-97% افزایش می یابد.متیل دوپا وهپارین hold شده وبا تجویز 500 سی سی نرمال سالین دوم وانفوزیون 800cc/h مادر جهت CT آنژیوی ریه برده می شود.**

**گزارش CT آنژیو: به علت دیسترس تنفسی بیمار CT A همراه با آرتیفکت حرکتی بوده ودر حد قابل ارزیابی نقص پرشدگی در تنه پولمونر وشاخه راست وچپ رویت نمی شود.پلورال افیوژن جزئی با کلاپس ریه مجاور وجود دارد.در کات پارانشیمال علائمی به نفع کووید 19 وجود ندارد.**

**برای مادر مشاور اورژانس زنان برای ختم حاملگی خواسته می شود.سرویس زنان اصلاح پلاکت و OK بی هوشی از سرویس ریه و مشاوره پزشکی قانونی برای عمل پرخطر را قبل از عمل خواستار می شوند.آخرین پلاکت PLT=44,000 می باشد. برای مادر 10 واحد پلاکت ایزوگروپ در خواست می شود ولی موجود نبود.**

***روز سوم بستری ICU ریه*: به علت نبود پلاکت ایزوگروپ(B+) با مجوز سرویس ریه 10 واحد پلاکت O+ رزرو می شود.**

**مادر ساعت 13:45 با رزرو 2واحد پکدسل ،2واحد FFP و10واحد پلاکت جهت سزارین به اتاق عمل منتقل می شود.علایم حیاتی دربدو ورود به اتاق عمل BP=127/81 با لئوفد PR=83 و تنفس خودبخودی و بیدار همراه با دیسترس تنفسی O2Sat=80% بود.حجم ادرار اندک وهماچوریک بود.عمل ساعت 14 با بی هوشی عمومی شروع شده وحاصل نوزاد پسر پره ترم با آپگار 4 و5 بود که به NICU منتقل می شود.بعداز کلامپ بند ناف 10 واحد پلاکت درخواستی تزریق می شود.در حین عمل برای مادر CVP Line تعبیه می شود.فشارخون در طی عمل در محدوده BP=90-120/40-50 با وجود دریافت لئوفد بود.بعداز اتمام عمل مادر اینتوبه ساعت 15:30 تحویل ICU ریه داده می شود. طبق یادداشت نرس ICU مادر با فشارخون غیر قابل اندازه گیری PR=135 و O2Sat=67% وسیانوزه تحویل گرفته شد. با توجه به ادامه افت ساچوراسیون علیرغم PEEP=10 وFIO2 بالا CXR برای بررسی پنوموتوراکس در خواست می شود. یا فته ای به نفع پنوموتوراکس نداشت.**

**علایم حیاتی ساعت 18:30 : BP=140/86 PR=105 BT=37 U/O=400cc/6h**

**در ساعت 19 به علت آژیتاسیون وFight سداسیون کامل می شود.**

**ABG ساعت 22:30 PH=7.25 PCO2=41.6 HCO3=18**

**ساعت 23:30 PH=7.30 PCO2=34 PO2=40.9 HCO3=16.6**

**مادر ساعت 2:05 نصف شب در حین ویزیت فلوی ریه دچار برادیکاردی شده وارست می کند. بعداز 5 دقیقه CPR برمی گردد.برای بیمار دوپامین شروع شده ولوله تراشه تعویض می شود . بااحتمال PTE برای مادر هپارین فول دوز شروع ومشاوره اورژانس قلب در خواست می شود.در اکو کلات در بالای LV احتمالاً ناشی از CPR مشاهده می شود.**

**مادر باردوم ساعت 7:10 بامداد ارست کرده وعلیرغم 45 دقیقه تلاش فوت می کند.**

**آزمایشات : تستهای روماتولوژی وpcr کورونا منفی بود.اسکن ریه از نظر کورونا منفی بود.**

 **Hb=15.5--14.8—12.2 PLT=44,000—66,000—116,000 WBC=14,610 Lymp=1084**

**Cr=0.8 Urea=29 Uric Acid=6.6 BIL T=2.2 BIL D=0.9 SGOT=41—42—182 SGPT=26—28—19 LDH=1189—872--3051 PT=12.5 PTT=31 INR=1**

**علت مرگ :با احتمال قوی Acute PTE می باشد.**

**توضیحات اعضای کمیته:**

1. **دادن پردنیزولون برای مادر اشتباه بوده است .**
2. **مادر به علت پلی سیتمی احتمالاً پولمونری هیپر تنشن مزمن داشته ولی در طول حاملگی مورد توجه قرار نگرفته است.**
3. **به علت شرایط زمانی خاص ( بحران کورونا ) ونسبت دادن علایم به کورونا وعدم بررسی دقیق مادر، موجب Missed شدن مشکل اصلی شده است**
4. **مادر علایمی به نفع کووید 19 نداشت.**

**مورد6**

 **خانم 25ساله، BMI=26.5 ،G1P0 ، سابقه تانسیلکتومی 3 سال قبل وکیست تخمدانی سابقه عمل جراحی آنوریسم مغزی در مادر وحاملگی خواسته بوده است.مراقبت پیش از بارداری نداشته ومراقبت دوران بارداری در خانه بهداشت ومطب متخصص زنان به صورت نامرتب انجام شده است . آزمایشات اوایل بارداری نرمال بود. مادر در اواخر بارداری دچار ادم شدید وژنرالیزه شده ودر آزمایش ادرار پروتئین اوری داشت.پروتئین ادرار 24 ساعته 2هفته قبل از بستری Pro=2395 g ویک هفته بعد Pro=3800g بود. تستهای کبدی نرمال بودند. برای مادر متیل دوپا تجویز شده بود.**

 **مادر یکبار هم به متخصص داخلی مراجعه کرده بود. آزمایشات درخواستی به علت پروتئین اوری:**

**ESR=60 CRP=1+ ANA=Neg Anti ds DNA=Neg بود .برای مادر لووتیروکسین روزانه نصف قرص شروع شده بود(در آزمایشات اوایل بارداری TSH=2.9 بود).مادر درهفته 35-36 بارداری باشکایت درد اپی گاستر وتاری دید ساعت 22:20 به بیمارستان مراجعه وبا سطح تریاژ3 به بلوک زایمانی معرفی می شود.**

**علایم حیاتی ثبت شده در برگ تریاژ : BP=140/90 ساعت اول PR=90 RR=19 FHR=148و BP=160/100 ساعت دوم در معاینه واژینال TV:1F/Ripeبود. به پزشک مراقب اطلاع می دهندوایشان ذکر می کند برای مادر آزمایشات پره اکلامپسی وآلبومین ادراری درخواست شود. در ساعت 24 به علت گزارش آلبومینوری 2+ مادر با دستور تلفنی پزشک به اتاق زایمان منتقل شده وتحت نظر گرفته می شود.با دستورات : تعبیه لاین وریدی –پیگیری تستهای انعقادی وپره اکلامپسی –NPO واخذ رضایت عمل –کنترل علایم حیاتی –شروع انفوزیون سولفات منیزیوم –آمپول هیدرالازین 5mg ودرصورت نیاز تکرار دوز (هیدرالازین 2دوز در ساعات 00:15 و00:45تزریق شده بود).آزمایشات ساعت 1:25 بامداد آماده شده وپزشک بعداز اطلاع از جواب آزمایش بربالین مادر حاضر ودستور انتقال مادر به اتاق عمل را می دهد(با تشخیص پره اکلامپسی شدید).تستهای انعقادی نرمال بود.AST=38 PLT=406,000 Hb=13.8 WBC=15,200 ALT=20 LDH=616 Cr=1.1 BUN=20 درU/A : WBC=10-12 Granular Cast=25-30**

**مادر ساعت 1:45 به اتاق عمل منتقل شده وعمل ساعت 2:00 با بی حسی اسپینال شروع می شود. حاصل زایمان نوزاد پسر پره ترم وIUGR ومکونیومی با آپگار 9/10 وبند ناف 3 دور دور گردن بود. عمل ساعت 2:45 تمام شده ومادر با علایم حیاتی BP=142/80 PR=75 وارد ریکاوری شده وساعت 3:15 با علایم BP=135/70 PR=80 به بخش منتقل می شود.براساس برگ بی هوشی در طی عمل فشارخون در محدوده/60 120/BP=بود ومشکل خاصی وجود نداشت.**

**دستورات بعداز عمل : کنترل علایم حیاتی ،آمپول سنتوسینون 10واحد تا 3دوز –آمپول هپارین 5000 واحد هر 8 ساعت ،8ساعت بعداز عمل –آمپول لازیکس یک عدد STAT- قرص متیل دوپا 250mg/BID در صورت BP>140/90 –ادامه سولفات منیزوم تا 24 ساعت بعداز ختم بارداری.**

***ویزیت ساعت 9 صبح متخصص زنان* : مادر هوشیار واریانته است.درد اپی گاستر وتاری دید بهتر شده است . مادر یکبار با کمک همراهان راه رفته است. با توجه به افزایش آنزیمهای کبدی مادر مانیتورینگ قلبی عروقی می شود ولی نیازی به ICU Care ندارد.**

**BP=140/90 PR=86 O2Sat=97%**

**آزمایشات ساعت 6 بامداد: SGOT=189 SGPT=86 ALP=452 LDH=1253 PLT=311,000 Cr=1.2**

**برای مادر دستورات : مونیتورینگ قلبی ریوی-چک تستهای پره اکلامپسی وCBCفردا صبح ومشاوره قلب گذاشته می شود.**

**مشاور قلب ساعت 14 مادر را ویزیت می کند .در موقع ویزیت BP=170/110 بود.برای مادر دستورات قرص متیل دوپا250mg/BID-آمپول لازیکس20mg/TDS -قرص آملودیپین 2.5میلی گرم روزانه وR/O پره اکلامپسی را Order می کند.**

***ویزیت ساعت 15 متخصص زنان* :مادر هوشیار است. BP=160/110 PR=84 می باشد.دستورات : آمپول هیدرالازین 5mg/Stat –قرص آملودیپین 5mg/Stat واجرای دستورات مشاور قلب را تجویز می کند.**

***ویزیت ساعت 20 متخصص زنان* : مادر هوشیار واریانته است .شیردهی داشته وچندین نوبت راه رفته است.علایم Severity ندارد. BP=150/100 PR=90 می باشد.**

***ویزیت ساعت 23:30 متخصص زنان* : مادر هوشیار واریانته است.علایم Severity ندارد. BP=140/90 می باشد.**

**آزمایشات: SGOT=189--107 SGPT=86--55 PLT=311,000—185,000 Cr=1.2--1.3 Hb=12.5**

**علایم حیاتی ساعت 4 بامداد: BP=150/100 PR=82 RR=18**

**ساعت 7:30 بعداز بازگشت مادراز سرویس بهداشتی ،همراه به ایستگاه پرستاری مراجعه کرده واظهار می کند که بیمارش به سوالات پاسخ نمی دهد.کادر بر بالا سر مادر رفته ومتوجه اختلال هوشیاری مادر می شوندBP=160/100 . بود. با پزشک معالج تماس می گیرند وایشان بربالاسر مادر حاضر می شود.با متخصص قلب تماس گرفته می شودوایشان ذکر می کند ساعتی طول می کشد تا در بیمارستان حاضر شود. در ساعت 7:40 مادر دچار حرکات فوکال عصبی در چشم واندام فوقانی چپ می شود(بصورت پلک زدن واسپاسم بازو).دفع غیر ارادی ادرار نیز داشت.برای مادر 5mg/STAT هیدرا لازین وریدی تزریق وسرم TNG با دوز 10µg/minشروع می شود.موقع حضور متخصص زنان مادر با تحریک درد با حرکت اندامهای طرف چپ پاسخ می داد.برای مادر مشاوره نورولوژی در خواست می شود ولی مشاور در دسترس نبود.با پیگیری متخصص زنان نورو لوژیست ساعت 9 مادر را ویزیت می کند. ایشان برای مادر لوبل شروع کرده وCT درخواست می کند.یادداشت متخصص نورولوژی : مادر در فاز Obtundation to Stupor قرار دارد.با تحریکات دردناک کمی دست چپ را حرکت می دهد وچشم چپ را باز می کند ولی اندامهای طرف راست را حرکت نمی دهد.رفلکس کف پای راست اکستانسور است.اکولوسفال + ومردمکها ایزوکوریک با قطر 3-2 میلی متر می باشد با واکنش به نور.دیسترس تنفسی وحرکات غیر ارادی ندارد.برای مادر ICH/CVT وسندروم هلپ مطرح است.BP=160/100 می باشد.متخصص قلب ومتخصص داخلی مادر را در ساعت 9:15 ویزیت می کنند. مشاور قلب دستور TNG را کتبی می کند.مادر ساعت 10 جهت اسکن مغز به مرکز تصویر برداری خارج از بیمارستان برده می شود. در اسکن خونریزی ICH وسیع در فرونتو پاریتال وبازال گانگلیای چپ وIVH ،شیفت میدلاین وادم اطراف وشواهد هیدروسفالی وجود داشت. نرولوژیست برای مادر شروع مانیتول وNaCl –کنترل فشارخون در محدوده BP=140-150/90 ،کنترل سدیم هر 4 ساعت ، قرص کاپتوپریل 25 میلی گرم زیر زبانی، انتوباسیون درصورت صلاحدید ، متوقف کردن هپارین وسرم TNG به دلیل خونریزی مغزی وICP بالا، مشاوره اورژانس نوروسرجری جهت تعبیه EVD را توصیه می کند. به علت نبود آنکال نروسرجری در شهرستان با اتند نرولوژی صحبت کرده ومادر با هماهنگی با مرکز رصد واخذ پذیرش بعداز انتوباسیون ساعت 11با همراهی یک ماما ویک نفر تکنسین بی هوشی به بیمارستان آموزشی اعزام می شود .طبق کاردتکس در ساعت 10یک دوز هیدرالازین وساعت 10:45 25 میلی گرم کاپتوپریل زیر زبانی داده شده بود. علایم حیاتی قبل از اعزام : BP=169/100 PR=86 O2Sat=96% بود.**

**مادر ساعت 12:41 وارد اورژانس شده وبا سطح تریاژ 1 وارد اورژانس می شود.مادر بلافاصله توسط طب اورژانس ویزیت شده وبه ونتیلاتور ومانیتورقلبی ریوی وصل می شود.علایم حیاتی در بدوورود BP=135/85 PR=135-140 O2Sat=95%**

**BS=117 بود .علایمی به نفع کووید- 19 نداشت.برای مادر مشاوره نروسرجری ،اخذ ECG ورزرو 2 واحد پکدسل ایزوگروپ وانجام تستهای کبدی،کلیوی ،انعقادی والکترولیتها درخواست می شود. مادر ساعت 14 توسط سرویس نروسرجری ویزیت ودستور اخذ رضایت وآمادگی جهت انتقال به اتاق عمل توسط رزیدنت سال 2 نوشته می شود.(اعزام مادر وشرایط بیمار قبل ازاعزام توسط مرکز رصد وسوپروایزر امام رضا به سرویس نروسرجری اعلام شده بود).مادر ساعت 14:20 برای اسکن مغز فرستاده می شود.بعداز رویت جواب اسکن عدم رضایت به عمل اخذ شده وضمیمه پرونده می شود.به علت ریسک بالای عمل،عمل کنسل شده ومادر ساعت 15:30 با دستورات مدیکال (پیراستام، فنی توئین،سفتریاکسون ،پنتوپرازول ،لازیکس ،مانیتول وتنظیم فشارخون با TNG )با همراهی انترن به بخش جراحی مغز منتقل می شود. موقع پذیرش در بخش : GCS=3 مردمکها میوتیک وبدون واکنش به نور بود. رفلکس اکولوسفال منفی ورفلکس قرنیه منفی وکف پایی دوبل آبوله بود .**

**جواب اسکن اسپیرال مغز: ICH در BG چپ همراه با گسترش به ماده سفید مجاور از لوبهای فرونتال وتمپورال این سمت به اقطار 71\*62 میلی متر وبطنهای طرفی ،بطن سوم وچهارم دیده می شود.شیفت میدلاین به سمت راست به اندازه 10میلی متر وجود داشت.افاسمان درسولکوس های مغزی وسیسترنهای بازال مشهود است.گشادی در بطن طرفی راست دیده می شود.بطوریکه قطرآن در ناحیه آتریوم حدود 22 میلیمتر می باشد.کدورت در برخی از سلولهای اتموئید، هردوسینوس ماگزیلری واسفنوئید مشهود است.**

**علایم حیاتی زمان ورود به بخش : BP=221/111 PR=85 بود. با انفوزیون سرم TNG فشارخون تا حد BP=150/100-110 پایین آورده می شود.مادر صبح روز بعد با دستور اتند آنکال به بخش ICU مغز منتقل شده وبه علت نوسان فشارخون برای مادر CVP Line تعبیه می شود.**

**روز چهارم بستری مادر تب دارشده وطی مشاوره عفونی کشت خون ،اسکن ریه ،اکو کاردیوگرافی جهت بررسی احتمال وژتاسیون در خواست ،سفتریاکسون قطع و کلیندامایسن وسفیپیم شروع می شود. در اسکن ریه مایع پلور وجود داشت.BT=38 بود.**

**مادربه تحریکات درد ناک پاسخ می داد.BP=199/128 PR=82 دیورز برقرارو Cr=0.7 بود.**

**نصف شب برای مادر اسکن کنترل مغز در خواست شده وبعداز رویت جواب مجدد دستور انتقال اورژانسی به اتاق عمل وتخلیه هماتوم را می دهندولی عمل نمی شودودرنهایت درمان مدیکال ادامه داده می شود. روز نهم بستری برای مادر EEG جهت تایید مرگ مغزی انجام می دهند. در نوار مغزی آثار فعالیت وجود نداشت.3روزبعد به علت Hb=7.3 یک واحد پکدسل تزریق شده بود. مادر روزبعد به علت ارست قلبی فوت می کند.**

**آزمایشات:**

**WBC=18,100 Segment=82.3% Hb=9.8 PLT=147,000 PT=13.4 PTT=27 INR=1 B/C=Neg SGOT=21 SGPT=18 LDH=912**

**ABG: PH=7.46 PCO2=29.3 PO2=139 HCO3=21 BE=-2.7**

**توضیحات:**

1. **مراقبت دوران بارداری مادر استاندارد نبوده است چراکه مادر حداقل 2 هفته قبل از بستری پروتئینوری واضح داشته است ومی بایست در آن موقع به درمانگاه پرخطر ارجاع می شد ویا حداقل در شهرستان بستری وختم بارداری داده می شد.**
2. **با توجه به سابقه پروتئینوری واضح وسابقه جراحی آنوریسم در مادربیمار ، مادرمی بایست بعداز ختم بارداری به ICU منتقل شده وفشارخون ووضعیت عمومی بدقت کنترل می شد.**
3. **باتوجه به مقدار خونریزی (حدود 150 سی سی ) ،شیفت میدلاین حدود 10 سانتیمتر وهیدروسفالی اندیکاسیون عمل جراحی وتخلیه هماتوم بلافاصله بعداز خونریزی داشت .**
4. **مادر با GCS=3 , وارد بیمارستان آموزشی شده بود وعملاً از جراحی سودی نمی برد.**
5. **بعداز زایمان محدودیتی برای انتخاب داروهای آنتی هیپر تانسیو وجود ندارد و استفاده از متیل دوپا وهیدرالازین جایگاهی ندارد مخصوصاً زمانیکه حوادث عروقی مغز مطرح شود.**
6. **تجویز داروهای آنتی هیپرتانسیو فشارخون را پایین می آورد ولی پروسه پره اکلامپسی را متوقف نمی کند.**

**مور7**

 **خانم 36 ساله، BMI=29.3، G2P1،سابقه يكبار زايمان واژينال 10 سال قبل كيس شناخته شده هپاتيت B.مادر مراقبت قبل از بارداري**

**داشته ودر دوران بارداري تخت مراقبت مركز بهداشت ومتخصص زنان در بخش خصوصي بوده وبصورت مرتب مراقبت شده است.مادر به علت حاملگي 41 هفته از روي سونوگرافي اوايل حاملگي جهت ختم بارداری به بيمارستان معرفي مي شود. مادربعداز اخذ NST به ترياژمراجعه وبستري مي شود. موقع مراجعه ساعت 21:10 علايم حياتي نرمال بود وانقباضات خفيف رحمي داشت.**

**TV:1F/NOEFF/I/C/-3بودوخونريزي نداشت .تب دار نبود. براي مادر آزمايشات گروه خوني و,CBC Cr,Ureaدر خواست مي شود.Hb=12.5وپلاكت؛اوره وكراتين نرمال بود.مادر به LDRمنتقل شده وتحت فتال مانيتورينگ قرار مي گيرد.به علت ازبين رفتن انقباضات ساعت 2بامدادبا دستور تلفني پزشك مقيم25 ميكرو قرص ميزوپروستول واژينال گذاشته مي شود.در دستورات تلفني ساعت 9صبح پزشك استيمولاسيون با سنتو وجودداشت ولي به علت شروع انقباضات اينداكشن شروع نمي شود. در ساعت 10:55 كيسه اب خودبخود پاره مي شود وپزشك تلفني دستور شروع آمپي سيلين را مي دهد.ساعت 11:05 متخصص زنان مادر رادر LDR ويزيت مي كند.در ساعت 12:50 ضربان قلب جنين دچار افت در حد 100 مي شود وبراي مادر اكسيژن سرم وپوزيشن داده مي شود. موقتا اصلاح شده ودوباره افت پيدا مي كند در آن زمان رحم هيپر تون بود و4 انقباض 50-60 ثانيه اي در عرض 10دقيقه داشت3 TV:4/40% /RC/C/-.در طول ليبرفشارخون وHR درمحدوده نرمال ثبت شده است. در ساعت 13:05 ضربان تا 60 افت مي كند ماماي مراقب به ماما مسئول اطلاع داده وايشان ضمن اطلاع به اتاق عمل مادر را بدون سونداژبا برانكارد به اتاق عمل مي برند. (متخصص زنان دراتاق عمل برسرعمل الكتيو بود).مادر بي قراروآژيته ورنگ پريده بود .طبق اظهار متخصص زنان “مادر بلافاصله برروي تخت عمل منتقل شد وقبل از حضور متخصص بي هوشي دچار افت هوشياري شد بطوريكه اینتوباسیون بعداز برش شكم انجام گرفت”. عمل ساعت 13:20 باتشخيص احتمالي دكولمان با برش ميدلاين شكم شروع مي شود.طبق يادداشت متخصص زنان نوزاد با آپگار 5 شل وبدون تنفس باوزن 3800 گرم بدنياآمد بند ناف 2 دور دور گردن پيچيده بود. بعداز احيا ،نوزاد با آپگار 7 دقيقه 5 اعزام مي شود.جفت سياه رنگ بود ولي پشت آن هماتوم نداشت وبصورت كامل جدا شد.رحم حالت لزج، سيانوتيك وخميري داشت.ميزان خونريزي خدود 700 سي سي وتيره رنگ بود.عمل ساعت 14:15 تمام شده و بعداز اتمام عمل سوندفولی تعبيه و50 سي سي ادرار روشن خارج مي شود. مادر موقع ورود بي قرار وآژيته وتاكيكارد بود. در طول عمل 3-2 بار افت فشارخون پيدا كرد ه واز وازوپروسوراستفاده می شوند (بصورت STAT). طبق اظهارات عوامل اتاق عمل مادر با سطح هوشياري پايين وعلايم حياتي BP= 99/43 HR=136وارد اتاق عمل شده وبعداز انتوباسيون فشارخون به BP=76/42 افت می کند .با دستور متخصص بي هوشي افدرين و3ليترسرم نرمال سالين تزريق می شود. در ساعت 13:40 با دستور متخصص زنان 60 واحد سنتو ويك عدد مترژين عضلاني تزريق مي شود. در باتل ساكشن حدود 2.5 ليتر خون بوده كه متخصص زنان اظهار مي كرد از عمل بيمار قبلي موجود بوده است.به علت ادامه افت فشار رگ دوم نيز براي مادر تعبيه می شود .مادر بعداز اتمام عمل در اتاق عمل دچار خونريزي واژينال شده وبا فشاردادن رحم حدود 300 سي سي بصورت لخته وخون تيره خارج مي شود.طبق اظهار عوامل اتاق عمل از زير بيمار خون چكه مي كرد . با ماساژ رحمي وتزريق 20واحد سنتوخونريزي متوقف مي شود.مادر اكستوبه شده وبا حالت نيمه هوشيار وBP= 101/60 HR=116 O2Sat=96% در ساعت 14:30 وارد ريكاوري مي شود.مادر بعداز اكستوبه شدن حركت اندامهارا داشت وبا تحريك چشمهايش را باز مي كرد ولي پاسخ كلامي نداشت ورنگ پريده بود.(حتي حين تعبيه سوند مثانه واكنشي نداشت) .بلافاصله بعداز اتمام عمل متخصص بي هوشي اتاق عمل را ترك مي كند ومتخصص زنان جهت گذاشتن دستورات ونوشتن شرح عمل وتعويض لباس به رختكن مي رود . طبق اظهار مراقب مادر در ريكاوري رحم حالت خميري داشت وبا ماساژ موقتاً جمع شده ودوباره شل مي شد. حدود 10 دقيقه بعداز ورود به ريكاوري 14:40 مادر دچار افت شديد فشارخون وافت هوشياري مي شود(BP=47/21 HR=61 O2Sat=93% با ماسك اكسيژن. با متخصص بي هوشي تماس مي گيرند.متحصص زنان نيز بربالين مادر آمده ودستور تزريق آمپول مترژين، سنتووترانس آمين را مي دهد.به علت ادامه خونريزي3عدد قرص ميزوپروستول ركتال تعبيه شده ويك عدد پروستا گلاندينF2a با ميكروست تزريق مي شود.در ساعت 15:10 درخواست پكد سل شده وساعت 15:25 خون براي تزريق آماده مي شود.طبق اظهار متخصص بي هوشي موقع ورود ايشان به ريكاوري ساعت 14:50 فشارخون سيستول مادر درحدود 40بود.براي مادر حدود 4 ليتر سرم تزريق مي شود.برونده ادراري از ابتداي ورود به اتاق عمل حدود 100 سي سي بود.براي مادر 60 ميلي گرم لازيكس (20+20+20) تزريق مي شود ولي برونده نداشت. طبق يادداشت متخصص بي هوشي بعداز دريافت يك واحد پكد سل فشارخون تا BP=139/102بالا آمد ولي HR=42 بود.به علت شروع مجدد خونريزي متخصص زنان ضمن درخواست كمك از همكار زنان اقدام به تعبيه بالن بكري مي كندبه علت اصرار متخصص بي هوشي به اعزام مادر،متخصص زنان با استاد معين صحبت مي كند. درحين مذاكره براي اعزام به علت خونريزي واژينال از بغل بالن بكري تصميم به هيستركتومي گرفته مي شود. طبق يادداشت متخصص زنان دوم موقع رسيدن ايشان(ساعت 16:10) اندامهاي مادر سرد بود وبازوها حالت موتيلينگ داشت. ملافه هاي زير بيمار عوض شد.باپتو ووارمر سعي در گرم كردن مادر شد.در نمونه خون قبل از تزريق خون Hb=8 گزارش شده بود ولي نمونه بعداز تزريق بشدت ليز بود. مادر در ساعت16:30جهت لاپاراتومي وهيستريكتومي به اتاق عمل منتقل مي شود.تزريق كيسه دوم كه با كراس مچ صحرايي درخواست شده بود در اتاق عمل قبل ازشروع لاپاراتومي شروع مي شود. عمل ساعت 16:55 شروع شده ومادر 17:05 ارست مي كند همزمان با احيا عمل ادامه داده مي شود. بعداز مدتي ضربان قلب برمي گردد ولي در اواخر عمل دوباره ارست مي كند. بعداز اتمام عمل در ساعت 18 ختم احيا اعلام شده ومادر فوت مي كند.طبق اظهار متخصصين زنان در حين هيستركتومي جريان خون برقرار نبود. رحم شل ورنگ پريده بود.متاسفانه تستهاي انعقادي وكبدي بدو بستري وبعداز اتما م سزارين درخواست نشده بود.آزمایشات بدو بستری: WBC=7700 Hb=12.5 PLT=271,000**

**توضیحات اعضای کمیته:**

1. **مادربا شرایط Unstable وارد اتاق عمل شده است.**
2. **پزشک زنان می بایست از اول عمل سزارین، ازهمکار زنان در خواست کمک می کرد.**
3. **مادرکلاً از طرف متخصص بی هوشی ومتخصص زنان Mismanage شده است.**
4. **در اتوپسی جسد Pale بود ولی شواهد خونریزی وهماتوم وجود نداشت.**
5. **سیاه بودن جفت ناشی از نکروز می باشد .**
6. **در اتوپسی شواهد آمبولی مایع آمینوتیک گزارش نشده است.**

**مورد8**

**خانم 30 ساله، ساکن روستا ، G2P1 ، بارداری اول 10 سال قبل بوده ومادر به علت مشکل روانی وعدم تمایل به بارداری از IUD جهت کنتراسپشن استفاده می کرده است. به علت اتمام وقت، I.U.D توسط ماما برداشته شده ویک بسته کاندوم و2عدد قرص لوونورژسترول به همراه آموزش توسط بهورز تحویل مادر شده است.**

**مادر بصورت ناخواسته باردارشده و پایان هفته 12 اولین مراقبت توسط بهورز در خانه بهداشت انجام و آزمایش های معمول بارداری درخواست شده و به علت مصرف داروهای ضد افسردگی ارجاع به پزشک داده می شود.**

**مادراز 2سال قبل زیرنظر یکی از اساتید داروهای ضد افسردگی ( سرترالین 100mg/TDS – نورترپتیلین50 میلی گرم – ریسپریدون 1 میلی گرم) مصرف می کرد.**

**بهورز مراقبت دوم (هفته 20-16 بارداری) را انجام داده وبه علت اختلالا ت روانی وافکار خودکشی ارجاع فوری به پزشک مرکز می دهد.پزشک نیز ارجاع فوری به متخصص زنان و روانپزشک می دهد. روانپزشک به جهت بارداری برای بیمار داروهای جدید تجویز می کندوبیمار پس از رژیم درمانی جدید دچار تشدید علایم می شود. مادررا به روانشناس ارجاع می دهندولی مشاوره روانشناسی تاثیری در وضعیت بیمار نداشته ومادر همچنان افکار خودکشی داشت .مادر مجددبه روانپزشک ارجاع می شودو ایشان دستور بستری فوری می نویسد ولی بیمار حاضر به بستری نشده و به پزشک معالج خود مراجعه می کند . ایشان بصورت سرپایی داروهای خوراکی (سرترالین 100mg/TDS -رسپریدون 1mg/TDS –نورتریپتیلین 25mg/BID -کلومیپرامین- قرص آرتان)**

**برای بیمار تجویز وتوصیه های لازم برای عدم تنها ماندن و دادن داروهای بیمار سر موقع به خانواده بیمار می کند .مادربه همراه همسر وفرزند به منزل مادر شوهر رفته وباایشان زندگی می کنئد.مادر در هفته 18بارداری در غیاب اعضای خانواده با خوردن آفت کش اقدام به خودکشی کرده و بعد از انتقال توسط اورژانس وانجام اقدامات احیا در مرکز جامع سلامت فوت می کند .**