به نام خدا

بررسی تاریخچه ۴۲ مادر فوت شده در سال ۱۳۹۰
(بر اساس فرمهای نظام مراقبت مرگ مادری)
همراه با برخی نکات مهم مربوط به پیشگیری از عوامل قابل اجتناب

اداره سلامت مادران

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

با تشکر از همکاری اعضای محترم کمیته کشوری سلامت مادران

فهرست

عنوان — شماره صفحه

مقدمه ۳

تاریخچه های مرگ مادر به علت:

- خونریزی (۲۰ مورد)..... ٤
- پراکلامپسی، اکلامپسی، سندرم HELLP (۸ مورد)..... ٤٤
- آمبولی ریه،آمبولی مایع آمنیوتیک(٦ مورد)..... ٦۲
- سایر علل شامل پارگی روده، سپسیس، عوارض TTP ، سندرم ورنیکه، افسردگی پس از زایمان(۸ مورد)..... ۷٤

دستور عملها و بخشنامه های اشاره شده در نقد و بررسیها:

- راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم ۹۳
- تهوع و استفراغ در بارداری ۹٥
- پارگی زودرس کیسه آب ۹۸
- خونریزی بلافاصله پس از زایمان ۱۰۲
- اداره IUFD پس از نیمه اول بارداری(تایید توسط سونوگرافی) ۱۰٤
- راهنمای ٥ – کنترل علائم حیاتی ۱۰٦
- راهنمای ۲۱ – تخمین خونریزی پس از زایمان ۱۰۷
- خونریزی واژینال – نیمه دوم بارداری ۱۰۹
- پلی هیدرآمنیوس ۱۱۲
- پراکلامپسی – راهنمای پراکلامپسی شدید – اکلامپسی – سندرم HELLP ۱۱٤
- فشار خون مزمن ۱۲۰
- بخشنامه شماره ۳۰۲/۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰ با موضوع چسبندگی جفت در زنان باردار ۱۲۳
- بخشنامه شماره ٦٦۲۲/ ٤۰۰ د مورخ ۱۳۹۱/٥/۱٦ با موضوع ویزیت کلیه زنان باردار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستانها ۱۲٤
- مطالب استخراج شده از UP-TO-DATE (2012) در مورد سندرم Ogilvie ۱۲٥

مقدمه:

ارتقای سلامت مادران یکی از مهمترین تعهدات کشورها به شمار می رود و بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت، جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای موفق در دستیابی به پنجمین هدف توسعه هزاره اعلام شده است. اگر چه انتشار این خبر موفقیت قابل توجهی محسوب می گردد اما حفظ و بهبود این شاخص از این پس بسیار دشوار خواهد بود و نیاز به تلاش بیش از پیش و اجرای مداخلاتی فراتر از برنامه های موجود دارد.

از سوی دیگر با توجه به هدف گذاری کمی شورای سیاستگزاری مبنی بر کاهش میزان مرگ مادران به ۱۵ در صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه پنجم توسعه مسئولیت وزارت بهداشت برای برنامه ریزی در جهت بهبود این شاخص سنگین تر شده است. همچنین با توجه به گسترش امکانات، دسترسی به خدمات در دورترین مناطق، افزایش پوشش روشهای پیشگیری از بارداری، و افزایش درصد زایمانهای ایمن، فعالیتهای جاری در سطوح خارج بیمارستانی برای کاهش مرگ مادران کافی نبوده و بهبود این شاخص نیازمند ارتقای وضعیت خدمات بیمارستانی می باشد. مطالعه تاریخچه مادران فوت شده نشان می دهد که بسیاری از این مرگها با ارتقای عملکرد و مهارت پزشکان و متخصصین قابل پیشگیری هستند.

یکی از روشهای موثر در این زمینه، بررسی اشتباهات گذشته به منظور مرور درس های آموخته شده، پیشگیری از تکرار قصور و خطاها و در نهایت اصلاح فرایندها می باشد.

مجموعه حاضر حاوی شرح حال تعدادی از مادران فوت شده (از زمان بارداری تا پس از زایمان) در سال ۱۳۹۰ می باشد. این تاریخچه ها عینا از فرمهای نظام مراقبت مرگ مادر اقتباس شده و اطلاعات محرمانه و یا غیر ضروری آن حذف گردیده است.

در پایان هر تاریخچه، نکاتی در خصوص عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ به شرح زیر ذکر شده است:

- عوامل خطر مرتبط با بارداری و زایمان
- قصور در مراقبتهای بهداشتی یا درمانی
- عدم حساسیت و بی توجهی کادر بهداشتی یا درمانی
- تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده، تاخیر در ارجاع بیمار به سطوح بالاتر، تاخیر در درمان
- درمان اشتباه یا ناکافی در بیمارستان
- یادآوری نحوه صحیح اداره عارضه مورد نظر در پروتوکلها، منابع علمی یا بخشنامه ها

مسلما با مطالعه دقیقتر و کسب نظرات متخصصین سایر رشته های مرتبط (هماتولوژی، نفرولوژی، عفونی، داخلی و...) مسایل بیشتری از این تاریخچه ها قابل استخراج و آموزش خواهد بود که این امر بر عهده اساتید و صاحب نظران هر دانشگاه می باشد. امید است مطالعه و بهره برداری از این درس آموخته ها گامی در جهت ارتقای دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمت و در نهایت اعتلای سلامت مادران کشور باشد.

لازم به ذکر است که با توجه به گروه هدف این مجموعه، مسایل و مشکلات اجرایی مرتبط با مرگ از قبیل کمبود تجهیزات یا فراورده های خونی و... در این مباحث ذکر نشده است.

تاریخچه های خونریزی

خونریزی – اولین تاریخچه

متوفی خانم ۲۲ ساله G1 و BMI=22.5

به علت ۱۰ روز تاخیر در قاعدگی به بهورز مراجعه نموده است جهت انجام آزمایش و سونوگرافی ارجاع شده است.

همان روز مادر به متخصص زنان مراجعه نموده است، ایشان اسپرموگرام و سونوگرافی بررسی رحم و ضمائم و کیست تخمدان را درخواست می دهند.

چهار روز بعد از اولین مراجعه توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی سونوگرافی رحم و ضمائم، بررسی تخمدانها از نظر کیست تخمدان درخواست می گردد.

در سونوگرافی(شکمی) که ۳ روز بعد از درخواست انجام می شود اکوی رحم یکنواخت و نرمال گزارش شده و یافته ای به نفع حاملگی رویت نشده است. تخمدانها دارای دیامتر طبیعی حاوی تعدادی فولیکول در حد ۶-۵ mm فاقد کیست و فاقد فولیکول غالب و نرمال می باشند.

یازده روز بعد از اولین مراجعه به متخصص زنان مراجعه نموده و طبق نظر ایشان رحم آمادگی بارداری ندارد(طبق اظهار متوفی قبل از فوت)

پرونده ای جهت مادر در مطب متخصص زنان وجود ندارد و طبق گفته متخصص زنان، مادر تاخیر در قاعدگی را به وی گزارش نکرده است. آموزشهای لازم درزمینه مصرف لتروزول(شروع از روز چهارم سیکل قاعدگی و طریقه مصرف و...) داده شده است.

بیست و سه روز بعد از اولین مراجعه به خانه بهداشت مراجعه و اظهار می دارد که طبق تجویز متخصص زنان لتروزول استفاده می نماید و ایشان دستور انجام سونوگرافی در این تاریخ را داده اند. سپس ساعت:۸:۰۰ صبح برای انجام سونوگرافی حرکت می کنند، از بدو حرکت دچار حالت تهوع همراه استفراغ می شود.

ساعت ۹:۰۰صبح به بیمارستان.....می رسند که در آن زمان علاوه بر تهوع و استفراغ از درد ناحیه شکم و کمر نیز شاکی بود.

در اورژانس توسط پزشک عمومی ویزیت شده است. با ضعف وبیحالی، درد اپی گاستر، درد شدید شکمی

درخواستAbdomen X-Ray جهت R/O شکم حاد و تجویز قرص هیوسین

BP= 80/55 , PR=90 ,RR=18

چند دقیقه بعد بیمار توسط متخصص داخلی ویزیت شد، دستور سرم تراپی و آمپول پلازیل و انجام CBC را دادند.

ساعت ۱۲:۵۰ رادیوگرافی شکم انجام می شود که موردی نداشته است..

ساعت ۱۵:۳۰ به درخواست پرستار و با توجه به وضعیت بیمار(علائم حیاتی، عدم بهبودی، پاسخ HB,HCT) ، با پزشک اورژانس صحبت و بیمار با یادداشت زیر بستری می شود:

بیمار از صبح بطور ناگهانی دچار درد ژنرالیزه شکمی شده و درد به پشت انتشار دارد. به علت تشدید درد قادر به خوابیدن به پشت نمی باشد.۵-۴ نوبت vomiting داشته است. ملنا ، هماچوری ، تب و خونریزی واژینال ندارد.

تحت نظر متخصص زنان از ۲۰ روز قبل، بدلیل نازایی لتروزول استفاده می نمایند.

BP=80/55 PR=130 RR=15 T= 37

ملتحمه کاملا Pale است. شکم تندرنس ژنرالیزه دارد، نبض ها لمس نمیشود. با تشخیص Acute Abdomen دستور بستری داده شد.

دستور پزشک اورژانس:

-کنترل علائم حیاتی، مانیتورینگ قلبی،ECG، سونوگرافی شکم و لگن- سرم تراپی، آمپول پنتاپرازول 40mg/IV

- ترانسفوزیون ۲ واحد PC (ایزوگروپ و ایزوارهاش با کراس مچ)

- مشورت داخلی و ارسال آزمایشات CBC Diff,BUN,Cr,Bs

ساعت ۱۶:۳۰ توسط متخصص داخلی ویزیت می شود.دستور ایشان:

- علاوه بردستورات فوق،آمپول پلازیل، سفتریاکسون و مترونیدازول، شربت AlMgs

-گرافی ایستاده و خوابیده شکم+Chest XR

- اندازه گیری آنزیم های کبدی،pt,ptt وHbsAg,HCVAb درخواست می گردد.

پاسخ آزمایشات:

WBC=30.8×10^3 RBC=2.84×10^6 Hb=8.9 HCT=25 MCV=90.5
MCH=31.3 MCHC=34.6 PIT=391×10^3 LYM=8.1% MXT=3.4% NEUT= 86.5%

رادیوگرافی شکم انجام و سونوگرافی و Chest XR به فردا موکول می گردد. مانیتورینگ قلبی و O_2 thrapy برقرار است ساعت ۲۰:۰۰ ترانسفوزیون ۱ واحد پکسل آغاز گردید.

ساعت ۲۱:۰۰ وضعیت بیمار،V/Sو شکایت بیمار از درد شکم به اطلاع متخصص داخلی رسید، دستور تزریق آمپول متادونmg/IV۵ و برقراری سونداژ فیکس داده شد.

BP=75/50و T=36.9و ?=RR, PR=69. ساعت ۲۱:۴۰ دچار برادیکاری و کاهش سطح هوشیاری می گردد.

BP=75/50 ,PR= 55 , RR=19

سریعا به پزشک اورژانس اطلاع داده می شود، سونوگرافی شکم ولگن(اورژانس) و مشورت متخصص زنان وجراحی عمومی درخواست می گردد.

طبق دستور تلفنی متخصص زنان تست گراویندوکس درخواست داده می شود. جراح عمومی انجام مشاوره زنان و سپس تماس با ایشان را مطرح می نمایند.

ساعت ۲۱:۵۰ بیمار دچار ایست قلبی تنفسی می شود، عملیات احیا شامل انتوباسیون، ماساژ قلبی و تزریق داروها انجام می شود

ساعت ۲۲:۰۰ متخصص داخلی حضور می یابند، دستور انتقال به ICU دادند. قلب برگشت نمود ولی تنفس هم چنان با آمبو برقرار می باشد. در بخش ICU بیمار Deep Comaو میدریاز دوبل میباشد. واکنش حرکتی و کلامی ندارد.

ساعت ۲۲:۴۵ متخصص زنان حضورمی یابند. شرح متخصص زنان:

بیمار اینتوبه ، میدریازدوبل ، بدون سمع قلب می باشد. تست گراویندکس مثبت است. احتمالEP پاره شده با توجه به شرح حال مطرح است. در صورت برگشت هوشیاری، نبض و BP جهت اقدامات لازم اطلاع داده شود.

ساعت ۱:۰۰ BP=44/17 PR=80 ساعت ۴:۰۰ فشارsense نمیشود PR:68

در ساعت ۶:۲۰ دچار آسیستول شد، اقدامات CPR آغاز گردید. عملیات CPR تا ساعت ۶:۵۵ ادامه ولی متاسفانه موثر نبود.

نقد و بررسی اولین تاریخچه خونریزی

- ساعت ورود بیمار به اورژانس ۹ صبح بوده که در آن زمان تاریخچه بطور دقیق بررسی نشده است.
- در ساعت ۳۰ : ۱۵ که مصرف قرص لتروزول بیان شده و با توجه به اینکه احتمال شکم حاد برای وی مطرح شده ، اطلاع به متخصص جراحی و بررسیهای تکمیلی برای وی(تا ساعت ۴۰ :۲۱) انجام نشده است.
- تشخیص شکم حاد با طبیعی بودن گرافی شکم رد نمی شود.
- با توجه به وضعیت اورژانسی بیمار موکول نمودن سونوگرافی و Chest XR به فردا اشتباه بوده است.

به مبحث حاملگی خارج از رحم ومبحث تهوع و استفراغ بارداری در مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی – دومین تاریخچه

متوفی خانم ۳٤ ساله ،G6L2A2D1 ، 37 هفته= GA ، Repeat 3، آخرین سزارین ۲/۵ سال قبل.
بیمار از حدود ۳ هفته قبل از درد و لکه بینی شکایت داشته که بیشتر نشده است. در سونو ۱۸ هفته، موقعیت جفت قدامی و در سونو ۳٤ هفته ، جفت Low lying و آنتریور گزارش شده بود. بنا به گفته همراهان قبل از مراجعه به این بیمارستان به چند بیمارستان دیگر مراجعه کرده ولی پذیرش نشده است.
بیمار از ۷:۳۰ صبح در این بیمارستان (سطح ۳) حضور داشته ساعت ۹ بعد از باز شدن درمانگاه پری ناتال ویزیت می شود. جهت چک کنترکشن (در اورژانس زایمان) و سونوگرافی فرستاده می شود. ۹:۲۵ دقیقه NST انجام می شود که نرمال بوده و ۲ کنترکشن moderat، ۳۵ ثانیه ای داشته داشته است. بیمار توسط رزیدنت سونو شده جفت خلفی و Low lying و چسبندگی غیر طبیعی جفت گزارش می شود. ساعت ۱۱ در اورژانس پذیرش می شود وضعیت بیمار توسط رزیدنت به دکتر (G) اطلاع داده شده دستور هیدراتاسیون، چک کنترکشن و بتامتازون تراپی، مشاوره با پریناتالوژیست جهت ختم بارداری و رزرو ٤ واحد خون داده می شود. بیمار مجددا توسط دکتر(R) حدود ساعت ۱۲:۱۵ سونو شده در سونو ۳٦ هفته، جفت توتال پرویا و اکرتا با فاصله بسیار اندک بین جفت و مثانه گزارش می شود (برگه سونوی موجود در پرونده دستکاری شده است.) و توصیه به مشاوره انکولوژی، اورولوژی و جراحی زنان می شود. به دکتر(G) مجددا اطلاع داده شده و ایشان نیامده و اظهار میدارند بعلت اینکه رزیدنت گفته یک *کنترکشن مختصر دارد، خیالتان راحت باشد وcaseاورژانس نیست*
ساعت ۱۳ متخصص مقیم که فلوی انکولوژی هستند دکتر (V) شیفت را تحویل می گیرند. کنترکشن ثبت شده توسط دستگاه طبق گفته دکتر(V) adequate force بوده است. مشاوره تلفنی با دکتر (T) فلوی پریناتال انجام شد که ایشان گفتند اگر کنترکشن دارد ختم داده شود. مجددا با دکتر (G) که آنکال عصر نیز بوده توسط دکتر(V) تماس گرفته می شود اظهار میدارند در مطب هستند و بیمار case انکولولوژی است با دکتر (Y) یا (M) تماس گرفته شود. دکتر (Y) جواب موبایل را ندادند پس از پیدا کردن ایشان در مطب، گفتند ساعت ۱۸ می آیند.
دکتر (M) در بیمارستان دیگری مشغول عمل بودند. با دکتر (S) متخصص اورولوژی تماس گرفته شد که گفتند در مطب هستند ۱۵ دقیقه قبل از عمل رزیدنتشان را می فرستند(موقع عمل طی تماس های مکرر از اتاق عمل موبایلشان خاموش بود). با دکتر (F) جراح تماس گرفته شد گفتند در بیمارستان هستند و ساعت ۱٦:۱۵ که خون آماده می شود می آیند که نیامدند. ساعت۱٦:۱۵ دکتر (M) تماس گرفتند گفتند عمل را شروع کنید ۱۵ دقیقه دیگر می رسم. به رئیس بیمارستان دکتر (K) تا این زمان اطلاع داده نشده بود.
دکتر (B) آنکال بیهوشی ساعت۱٦ با وجود اطلاع از وضعیت بیمار بیمارستان را ترک کردند و بیمار را به رزیدنت سال ۳ سپردند و دستور بیهوشی اسپاینال را دادند.
خانم دکتر(V) به گفته خودشان منتظر آماده شدن خون و جراح دوم بودند. ۱٦:۱۵ دقیقه خون آماده شد. ۱٦:٤۵ بیمار با احتمال هیسترکتومی با رزرو ۲ واحد پک سل به اتاق عمل منتقل شد(BP=120/87 و P=88) بیمار توسط رزیدنت بیهوشی اسپاینال شد. طبق گفته دکتر (V) از محل اتصال بالای مثانه رحم نازک شده بود که با اشاره انگشت خودبخود باز شد. جفت روی محل انسزیون بود. نوزاد پسر با آپگار ۹/۱۰ متولد شد. جفت در ناحیه Lower

از خلف به قدام چسبیده بود و از آنجا به مثانه متاستاز داشت. که بعد از خروج جنین اقدام به TAH شد. طبق نظر ایشان خونریزی خیلی بیشتر از معمول نبود(Stimate 2500cc). دکتر (M) در حین عمل می رسند(۱۷:۳۰). طبق گفته رزیدنت بیهوشی بعد از خروج جفت مادر ناگهان دچار خونریزی شدید شده که بدنبال آن افت ناگهانی و شدید فشار خون و تاکیکاردی پیدا می کند(PR=120, Bp=56/32) تزریق دو واحد خون در این زمان بصورت push و تزریق کریستالوئید و افدرین انجام می شود که پس از این فشار خون به ۱۳۰/۹۸ و نبض به ۱٤٥ می رسد ولی خونریزی همچنان ادامه دارد به حدی که خون به قسمت فوقانی بدن بیمار و کف زمین رسیده بود(Stimate 4000cc). ۱۷:۲۰ دقیقه ٤ واحد خون ۳ واحدFFP و ۳ واحد پلاکت در خواست می شود. بیمار مجددا هوشیار شده و فشار خون افزایش می یابد. چند دقیقه بعد مجددا بیمار دچار هیپوتنشن، لتارژی و Confution و V-Tach شده اینتوبه می شود. بعد از ماساژ و آمبو شکم دیستانسیون پیدا می کند که متوجه می شوند لوله با کاف باز شده در دهان بیمار است. مجددا اینتوبه می شود(به گفته ایشان O2 Sat زیر ۸۰ نشده است).

در این زمان دو آنکال بیهوشی نیز می رسند به CPRکمک می کنند بیمار برمیگردد. فرآورده های خونی پس از ۱ ساعت و ۱۰ دقیقه به اتاق عمل میرسد و تزریق می شود. ساعت۲۰ به ICU منتقل می شود ساعت ۲۰:۰٥ مجددا ارست می کند در این زمان دکتر(G) نیز پس از تماس دکتر(K) با ایشان میرسندCPR انجام می شود ساعت ۲۱:۱٥ متاسفانه بیمار فوت می کند.

نقد و بررسی دومین تاریخچه خونریزی

- با توجه به وضعیت پرخطر بیمار، باید در شیفت صبح توسط اتند که در بیمارستان نیز حضور داشتند ویزیت و تصمیم گیری برای سزارین وی انجام می شد.
- با توجه به اینکه در سونوگرافی تشخیص چسبندگی جفت داده شده و بنابراین خونریزی وسیع و سایر عوارض قابل پیش بینی بوده ، باید قبل از انتقال به اتاق عمل از حضور و همراهی سایر متخصصین اطمینان حاصل می شده و علاوه بر این سایر اقدامات از قبیل رزرو خون و فرآورده ها به اندازه کافی ، رضایت هیسترکتومی از همسر و ... انجام می گرفت.
- یافتن سایر موارد قصور برعهده خوانندگان تاریخچه می باشد!!!

به بخشنامه شماره ۳۰۲/۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰ در خصوص عارضه چسبندگی جفت در زنان باردار مراجعه شود.

خونریزی – سومین تاریخچه

متوفی خانم ۳۱ ساله G1. سن بارداری هنگام فوت ۱۹ هفته و ٤ روز
سابقه بیماری قبلی نداشته و یک سال بعد از ازدواج باردار شده است. اولین نوبت مراقبت در ماه چهارم بارداری انجام شده. جواب آزمایشات روتین نرمال بوده و در سونوگرافی حاملگی دو قلویی ، 14w/1d و احتمال کوتاهی سرویکس گزارش می شود که علائم هشدار سقط ، پارگی کیسه آب به مادر داده شده و جهت انجام سرکلاژ به متخصص زنان ارجاع ولی سرکلاژ نمی شود. نوبت دوم مراجعه در سن حاملگی 18w (۱۷ روز قبل از فوت) بوده که بیمار از درد شدید دو طرفه کلیه ها شاکی بوده و در سونوگرافی همراه خود ، سنگ کلیوی دو طرفه گزارش شده بوده که بیمار توسط پزشک عمومی مرکز ویزیت و به اورولوژیست ارجاع می شود و مادرتوسط اورولوژیست ویزیت و سفالکسین تجویز می گردد.
بعد از تاریخ فوق ، مادر به درمانگاه مراجعه نداشته و پیگیری شده که جواب نداده است.
در سن بارداری حدود ۱۹ هفته مادر در منزل دچار آبریزش و خونریزی می شود که بلافاصله به بیمارستان مراجعه می کند و طبق پرونده بیمارستانی ، ساعت ۳۰:۲۳ به دلیل پارگی زودرس کیسه آب که از یک ساعت قبل شروع شده بوده، در زایشگاه بستری می شود.
در معاینه توسط مامای کشیک : BP = 130/60 PR = 84 T = 36/8
معاینه واژینال : سرویکس : Finger 1 ، بدون انقباضات رحمی ، اما گزارشی از آبریزش یا خونریزی حین معاینه ثبت نشده است. طبق نظر پزشک آنکال بیمار تحت نظر قرار می گیرد. .

CBC : WBC = 9900 Hg = 11/4 Plat = 227000 _ U/A : WBC = 6-8 RBC = 2-3 EP –cell = 1-2
در طی بستری در چارت علائم حیاتی ، مادر تب یا تاکیکاردی نداشته است.
ساعت 11AM روز بعد (۱۲ ساعت بعد از بستری) جهت بیمار سونوگرافی انجام می شود که دو جنین زنده دی آمنیون دی کوریون با ضربان قلب نرمال با سن حاملگی 19W - 18 و میزان مایع آمینوتیک جهت هر دو جنین نرمال گزارش شده است.
مادر در ساعت ۲۵: ۱۱ توسط پزشک معالج ویزیت و توسط ایشان معاینه واژینال انجام می شود که بدلیل نداشتن آبریزش در معاینه و جواب طبیعی سونوگرافی ، مادر با دستور دارویی سفالکسین و ایزوکسوپرین ترخیص می شود.
طبق گفته خانواده متوفی ، ۲ روز اول بعد از ترخیص مادردر منزل مشکل خاصی نداشته ولی روز سوم دچار درد شکم ، درد بدن می شود که توسط ماما در منزل ویزیت می شود که در معاینه BP = 90 T = 38 وعلاوه بر تب و لرز از درد شدید شکم هم شاکی بوده است. توسط ماما سونوگرافی درخواست میشود که بیمار به رادیولوژی مراجعه و ساعت 7PM سونوگرافی انجام شده که یک جنین مرده بدون مایع آمینوتیک و جنین دوم 18w زنده با مایع آمینوتیک نرمال گزارش می شود و مادر با جواب سونوگرافی ابتدا به مطب جراح عمومی مراجعه که توسط ایشان ، بطور اورژانسی به متخصص زنان ارجاع داده می شود و ساعت ۲۱ ابتدا به اورژانس بیمارستان مراجعه و به دلیل باردار بودن به زایشگاه ارجاع می شود.

طبق شرح حال مامای کشیک ، بیمار شکایتی از خونریزی یا آبریزش نداشته با BP = 110/60 که با توجه به سونوگرافی وضعیت بیمار به اطلاع پزشک آنکال رسانده می شود ایشان دستور می دهند بیمار در اورژانس بستری و آزمایشات CBC / PT / PTT / Plat درخواست شود تا ایشان در اورژانس بیمار را ویزیت کنند
بیمار در اورژانس بستری و توسط پزشک عمومی به علت تب ، مشاوره عفونی درخواست و با نظر متخصص عفونی ، سفتریاکسون ، آمپی سیلین و مترونیدازول شروع شده و مشاوره زنان جهت ختم بارداری درخواست می شود . در ساعت 9/45 توسط متخصص زنان ویزیت که در معاینه ایشان :
BP = 110/70 PR = 110 T = 37/5 RR = 18
در معاینه واژینال : ترشحات بدبو ،/1Finger/60% بیمار با تشخیص کوریوآمنیونیت با دستور ادامه آنتی بیوتیک (طبق مشاوره عفونی) در زایشگاه بستری ، سوند فولی فیکس ، مایع درمانی شروع و جهت ختم حاملگی میزوپروستول Order میشود اما قبل از ایناداکشن ، انقباضات خودبخودی شروع و ساعت 12MN قل اول جنین خارج و ساعت 1AM قل دوم توسط متخصص زنان خارج و ١٥ دقیقه بعد جفت و پرده ها ظاهراً کامل خارج می شود و سپس سرم رینگر + ٣٠ واحد سنتوسینون انفوزیون می گردد.
ساعت 2AM بدلیل BP = 90/50 به خانم دکتر اطلاع داده می شود که با نظر وی ، جهت بیمار IV Line دوم گرفته و یک لیتر سرم رینگر بصورت Free انفوزیون می شود اما در طی این مدت مادر از درد شدید شکم شاکی بوده که علاوه بر شیاف ، پتدین عضلانی هم تزریق می شود . طبق گفته همراهان ، درد بیمار بعد از دریافت مسکن هم بهتر نمی شود و خونریزی واژینال شدید داشته است. ساعت 4:30A بدلیلPale بودن بیمار به پزشک اطلاع داده شده که CBC اورژانس درخواست می شود. Hb = 8 WBC = 17000
و بدلیل بی توجهی پرسنل آزمایشگاه به درخواست آزمایش ، پلاکت اندازه گیری نشده است.
جواب آزمایش و ادامه درد بیمار مجدداً به اطلاع پزشک آنکال رسانده می شود که توصیه می کند بیمار توسط متخصص عفونی ویزیت شود. اما به دلیل خونریزی روشن از واژن ساعت ٣٠ : ٧ با پزشک معالج تماس گرفته می شود و ساعت ٥٠: ٧ بیمار توسط پزشک ویزیت و جهت کنترل واژن و سرویکس بیمار به تخت زایمان منتقل می گردد در بررسی واژن و سرویکس پارگی نداشته و جهت بیمار ٤ عدد قرص میزوپروستول رکتال و یک عدد مترژن عضلانی تزریق می شود. ساعت ٣٠: ٨ جواب پلاکت ٢٠/٠٠٠ گزارش و نمونه در آزمایشگاه بیرون تکرار می شود که جواب بعدی ٣٣٠٠٠ بوده است. سپس تستهای کبدی ـ کلیوی و سونوگرافی درخواست ، در سونوگرافی که ساعت 8:30 A انجام می شود یک کانون هیپواکوهتروژن ٦ × ٤ × ٢ cm با احتمال بقایای حاملگی گزارش می شود.
جهت بیمار ٢ واحد خون ، ٢ واحد پلاسما وده واحد پلاکت درخواست می گردد. که دو واحد خون و یک واحد پلاکت در زایشگاه وصل می شود.
ساعت 10:30A بیمار دچار تنگی نفس می شود که جهت وی O2 گذاشته و مانیتورینگ می شود و چند دقیقه بعد ترشحات خونی از دهان خارج می شود و با توجه به دیسترس تنفسی بیمار ساعت 10:50 به ICU منتقل شده وضعیت تنفس خودبخودی ولی دیسترس تنفسی شدید داشته با علائم : BP = 110/70 PR = 120 RR = 40

بلافاصله بیمار در ICU توسط متخصص بیهوشی ویزیت شده که در معاینه ایشان ، بیمار هوشیار ولی بی قرار با تنگی نفس شدید در حالت نیمه نشسته ، سمع ریه ها پاک ، بیمار آنوریک با اسیدوز متابولیک شدید توام با آلکالوز تنفسی شدید در ABG گزارش شده است.
در ICU اکوکاردیوگرافی انجام و مسائل قلبی رد و بیشتر علائم بیمار در زمینه عفونت مطرح می گردد.
بیمار مجدداً توسط متخصص عفونی ویزیت و مترونیدازول و سفتریاکسون قطع و وانکومایسین ، ایمی پنم به آمپی سیلین اضافه و بررسی اسمیر خون محیطی و پروکلسی تونین درخواست می شود.
مادر در طی بستری در ICU کاملاً آنوریک بوده و علیرغم تزریق لازیکس دفع ادراری نداشته است.
در ICU ۲ واحد پلاکت ، ٤ واحد پلاسما ، ۲ واحد خون نیز درخواست و انفوزیون می شود.
جهت بیمار یک لیتر سرم N/S با ۲ ویال بیکربنات بصورت Free انفوزیون می شود. علیرغم دریافت پکسل جواب Hb بعدی ٥ گزارش می شود.
در ساعت ۲۰: ۱۲با نظر متخصص بیهوشی با توجه به دیسترس تنفسی شدید و احتمال خستگی بیمار اینتوبه شده و تحت ونتیلاتور قرار می گیرد. و بعد از آن یک نوبت ایست قلبی تنفسی داشته که با CPR بر می گردد. با نظر پزشک معالج به علت ATN از نفرولوژیست در بیمارستان مرکز استان پذیرش گرفته می شود و ساعت ١٤اعزام می گردد ولی بیمار داخل آمبولانس نزدیک بیمارستان ، مجدداً ایست قلبی تنفسی داشته که بر نمی گردد. Pro Calcu = 150

نقد و بررسی سومین تاریخچه خونریزی

- با توجه به تاریخچه و نتیجه سونوگرافی نوبت دوم که یک جنین مرده بدون مایع آمنیوتیک گزارش شده، به نظر می رسد گزارش سونوگرافی نوبت اول(۳ روز قبل از ترخیص) مبنی بر نرمال بودن مایع آمنیوتیک هر دو جنین نیاز به بررسی دارد.
- برای تشخیص قطعی پارگی کیسه آب علاوه بر سونوگرافی، معاینه با اسپکولوم و تست نیترازین ضروری می باشد.
- تجویز ایزوکسوپرین برای توقف دردهای رحمی یا سایر مسایل مامایی جایگاهی ندارد و در مورد این بیمار نیز بدون دلیل علمی بوده است.
- در نوبت دوم مراجعه با توجه به وضعیت پرخطر(دوقلویی، نتیجه سونوگرافی یک جنین مرده، سابقه آبریزش در نوبت قبلی مراجعه و سنگ کلیوی دو طرفه) مادر باید ابتدا توسط متخصص زنان ویزیت و سپس مشاوره انجام می شد.
- با توجه به زایمان دوقلویی و سریع، خونریزی و افت هموگلوبین متخصص زنان با تاخیر بر بالین بیمار حاضر شده است(زمان اطلاع ساعت ۲ و زمان ویزیت ساعت ٥۰ : ۷ بوده).

به مبحث پارگی زودرس کیسه آب و مبحث اداره خونریزی پس از زایمان در مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

خونریزی – چهارمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۸ ساله G4P2Ab1 ، بارداری خواسته با فاصله ۸ سال از بارداری آخر ، سابقه ۲ بار سزارین بدلیل آنمی شدید در حاملگی توسط هماتولوژیست هم ویزیت شده که روزانه ٤ قرص آهن مصرف می کرده است. در طی حاملگی مشکل خاصی نداشته ولی طبق گفته همراهان در ۲ ماه آخر بارداری در ۲ نوبت بطور ناگهانی دچار تاری دید شدید در حد نابینایی شده که توسط متخصص ویزیت و موردی نداشته است.

در سن حاملگی ۳۷ هفته ساعت ۱۱ PM بعلت آبریزش به بیمارستان..... مراجعه می کند. در معاینه : هوشیار ،

BP = 120/80 dill=1Finger /20% / cep / Rup

CBC : WBC = 9800 Hb = 9/8 Plat = 171000

با نظر متخصص زنان معالج ، ۱۲ میلی گرم بتامتازون وریدی تزریق و بعد از رزرو خون ساعت ۳۰ : ۱۱ با تشخیص Repeat III + ROM به اطاق عمل منتقل و تحت GA ، سزارین شده و نوزاد ترم با وزن ۳۸۰۰ گرم متولد می شود و بعلت سابقه جراحی قبلی ، چسبندگی شدید داشته که حین عمل آزاد می شود.

ساعت ۱ صبح بیمار با هوشیاری کامل و BP = 110/70، رحم منقبض و V/B در حد نرمال از اطاق عمل تحویل گرفته می شود و ۲ عدد شیاف دیکلوفناک برای وی گذاشته می شود.

در چارت علائم حیاتی ساعت ۱ و ۳ صبح ۲ نوبت کنترل علائم حیاتی شده که مشکلی نداشته ولی از کنترل خونریزی واژینال در چارت فوق هیچ گزارشی ثبت نشده است.

در ساعت ۵:۳۰ بدلیل درد شدید و بی قراری ، ترامادول عضلانی تزریق می شود

علائم حیاتی : BP = 95/60 PR = 78 ، حجم ادرار کافی ولی هماچوریک گزارش شده است.

بیمار در ساعت ۳۰ : ٦ دچار تاکی پنه ، بی قراری شدید می شود و طبق گفته همراهان دچار نفخ شدید شکم شده و بعد از تزریق ترامادول هم بی قراری وی بیشتر می شود.

بیمار بلافاصله توسط پزشک اورژانس ویزیت که در معاینه بشدت بی قرار BP = 70/50 PR = 70 بوده که جهت وی اکسیژن گذاشته و سرم رینگر بصورت Free شروع وIV Line دوم نیز گرفته و مایع درمانی ادامه می یابد و توسط پزشک اورژانس ساعت ۷ صبح وضعیت بیمار به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود که با احتمال خونریزی ، توصیه به تزریق خون و رینگر می شود که واحد اول خون در بخش وصل می شود ولی بعلت بی قراری و تاکی پنه شدید ، کد احیاء اعلام و اعضای تیم کد به بخش زنان آمده و توسط تکنیسین بیهوشی یکعدد آمپول افدرین رقیق شده وریدی تزریق می شود. بیمار ۱۵ دقیقه بعد توسط پزشک معالج ویزیت شده که تشخیص اولیه ایشان آمبولی بوده ولی جهت اطمینان از خونریزی داخلی ، به اطاق عمل منتقل می شود طبق نظر متخصص بیهوشی ، بیمار از ابتدا قلب و تنفس نداشته ، بلافاصله اینتوبه شده و توسط پزشک زنان با حضور جراح عمومی ، لاپاراتومی می شود که جز ۱۰۰cc خون داخل شکم، خونریزی اکتیو گزارش نشده است، بعد از گذاشتن درن داخل پریتوئن جدار بسته و CPR ادامه می یابد که موثر واقع نمی شود

در شرح معاینه جسد: ریه ها نمای آنتراکوزه، حدود ۵۰۰سی سی خونابه درون حفره شکم و در ناحیه خلف صفاقی بیش از یک لیتر خون لخته شده در مجاورت شریان آئورت و هماتوم اطراف ناف کلیه ها گزارش شده است.

نقد و بررسی چهارمین تاریخچه خونریزی

- در صورتی که انقباضات رحمی شروع نشده سزارین می توانست تا صبح روز بعد به تاخیر بیفتد.

- با توجه به موارد زیر
- سابقه آنمی در بارداری
- تولد جنین درشت
- مشاهده چسبندگی وسیع در شکم(خونریزی از محلهایی که چسبندگی آزاد شده)

احتمال خونریزی قابل پیش بینی بوده بایستی توسط متخصص محترم توصیه های لازم در مورد Close Observation به مراقبین داده می شد.

خونریزی – پنجمین تاریخچه

متوفی خانم ۲۲ ساله G1P0– تحت پوشش خانه بهداشت. حاملگی خواسته و با توجه به RH منفی و قد زیر ۱۵۰ در معرض خطر بوده است. مراقبت توسط بهورز: ۲ بار ، توسط ماما: ۱ بار ، توسط پزشک: ۱ بار
نتایج آزمایشات روتین بارداری: بعلت پیوری تحت درمان قرار گرفته است مشکل خاص دیگری نداشته است. بعلت فقر مالی سونوی درخواست شده را انجام نداده است.
در سن حاملگی ۲۵ هفته با درد شکمی و تهوع و استفراغ به بیمارستان مراجعه نموده در معاینه شکم حساس و لکوسیتوز ۱۷۰۰۰ دارد BP=110/70مشاوره جراحی و زنان و سونوگرافی اورژانسی انجام شده IUFD و مایع آزاد زیاد گزارش گردیده است رزرو ٦ واحد PC و رزرو ۱۰ واحد FFP انجام شد لاپاراتومی توسط جراح عمومی انجام شده جفت پرکرتا با تهاجم به سروز رحم می باشد. شکم بسته شده و در ساعت ۳۰: ٦ صبح بعلت گروه خون O منفی و نیاز به مرکز مجهزتر در بیمارستان..... پذیرفته شده. توسط متخصص زنان هیسترکتومی ساب توتال و خروج جنین مرده انجام شده. به ICU منتقل, تحت نظر بوده بدلیل عدم تحمل PO طبق دستور جراح هنوز NPO بوده بیمار از روز اول بستری PTT مختل داشته ولی هپارین نگرفته است. بیمار ٤ روز پس از اعزام هنگام OUT OF BED دچار ارست شده بلافاصله متخصص بیهوشی و زنان اقدامات کامل احیا را انجام داده که متاسفانه موفقیت آمیز نبوده و بیمار EXPIRE گردید.

نقد و بررسی پنجمین تاریخچه خونریزی

- عوامل خطر: قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر و RH منفی
- با تشخیص IUFD لازم است سطح فیبرینوژن پلاسما چک شود که پایین بودن آن علامت هشدار برای بروز کوآگولوپاتی است.
- در صورت پایین بودن فیبرینوژن باید خون تازه و Fresh Frozen Plasma به مقدار کافی تهیه و در صورت نیازTransfusion انجام شود.
- عمل جراحی باید توسط متخصص زنان و با همکاری متخصص جراحی انجام می شد.
- پس از مشاهده جفت و تشخیص پرکرتا باید اقدام به هیسترکتومی می شد(به جای اعزام بیمار با شرایط Unstable)
- جستجوی کامل شکم و رد علل خونریزی مربوط به احشاء داخلی(پارگی کبد، طحال و...) بایستی توسط جراح انجام می شد.

به مبحث IUFD پس از نیمه اول بارداری راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی- ششمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۹ ساله G4P3Ab0 - سه زایمان قبلی به روش سزارین بوده- تاریخ تولد آخرین فرزند ۹ سال پیش، بارداری خواسته. در دوران بارداری ۳ مراقبت توسط ماما داشته است. نتایج آزمایشات روتین توسط پزشک در اولین مراقبت بررسی شده و طبیعی گزارش شده است.

در ۲۰ هفته حاملگی مجدداً توسط پزشک مرکز ویزیت شده نتیجه U/A بررسی و UTI داشته که تحت درمان قرار گرفته است. نتایج سونوگرافی ثبت شده و مشکلی نداشته است ولی سن حاملگی بر اساس سونوگرافی با LMP تطابق نداشته است.

صدای قلب جنین در هفته ۲۲ مطابق با سونوگرافی توسط ماما شنیده نشد و برگه ارجاعی مبنی بر عدم سمع صدای قلب جنین و عدم تطابق سن حاملگی (LMP و سونوگرافی) مشاهده نشد.

در زمان ترم ساعت ۸ صبح با دستور بستری از مطب متخصص زنان جهت انجام سزارین به بخش زایمان بیمارستان مراجعه می کند. در بخش زایمان کنترل علائم حیاتی به شرح ذیل بوده است :

BP= 120/70 T= 37 PR= 80 RR=20 FHR= 130

درخواست آزمایشات روتین داده شده و جهت انجام عمل سزارین آماده می شود در ساعت ٤٥: ۹ صبح به اتاق عمل تحویل داده می شود. ساعت ۳۰: ۱۰ صبح سزارین آغاز می شود.

توسط متخصص زنان ابتدا برش فان داده شده که چسبندگی وسیع در محل برش سزارین وجود داشته – چسبندگی وسیع مثانه ، خونریزی و جفت آکرتا مشهود بوده است. رحم از شکم قابل خارج شدن نبوده است که سپس توسط متخصص زنان برش طولی داده شده و نوزاد با آپگار ۱۰: ۹ خارج شده است و سزارین بدلیل پارگی مثانه و خونریزی شدید ناشی از جفت اکرتا و چسبندگی محل سزارین های قبلی تا ساعت ٤٥: ۱۲ به طول می انجامد. حین انجام سزارین و برقراری هموستاز و کنترل خونریزی و ترمیم مثانه ٤ واحد خون و ۹ لیتر سرم به بیمار تزریق می شود. در این ضمن متخصص زنان از جراح عمومی که در اتاق عمل بوده مشاوره و کمک می طلبد توسط جراح عمومی مثانه ترمیم می شود. در ساعت ١٤ با BP= 90/60 به CCU فرستاده شد که مانیتورینگ شد ، خونریزی از محل درن داشته که به متخصص اطلاع داده شد. مشاوره داخلی از نظر اختلال همودینامیک درخواست گردید. (۷ واحد پک سل و ۲ واحد FFP انفوزیون شد)

ساعت ۱۰: ١٦ خونریزی زیاد واژن و محل درن به متخصص زنان اطلاع داده شد که دستور شیاف پروستاگلاندین ۲ عدد را دادند.

ساعت ۲۰: ١٦ به دنبال افت فشارخون و تاکیکاردی مددجو یکباره ایست قلبی تنفسی نموده که بلافاصله کد۹۹ اعلام و با حضور متخصص بیهوشی و تیم احیا اقدامات شروع می شود. ساعت ۱۸ از محل درن خونریزی دارد – تنفس خودبخود ندارد – میدریاز دوبل شده و نهایتاً ساعت ۳۰: ۱۹ دچار ارست قلبی شده و بعد از ۳۰ دقیقه انجام عملیات احیاء موفقیت آمیز نبوده و مادر فوت نمود.

نقد و بررسی ششمین تاریخچه خونریزی

- با وجود پر خطر بودن بارداری، برای دریافت مراقبت ویژه ارجاع نشده است.
- عوامل خطر: سن بالای ۳۵ سال و سابقه ۳ بار سزارین.
- با توجه به عوامل فوق، عارضه چسبندگی های جفت قابل پیش بینی بوده و باید تمهیدات لازم از قبیل حضور متخصص زنان دوم و جراح و رزرو خون با کراس مچ قبل از عمل انجام می شد
- با توجه به عوامل خطر و داشتن فرصت کافی برای انتقال بیمار، عمل سزارین بهتر بود در مرکز درمانی سطح بالاتر انجام می شد.
- با توجه به تشخیص پلاسنتا اکرتا و خونریزی شدید از محل جفت باید اقدام به هیسترکتومی می شد.
- پس از انتقال به CCU ، خونریزی شدید واژینال به علت خونریزی از محل جفت بوده نه به علت آتونی و استفاده از پروستاگلاندینها جایگاهی نداشته است.
- کنترل خونریزی فعال می بایست با توجه به Underlying Cause که همان پلاسنتا اکرتا بوده است انجام می پذیرفت.
- درانجام اقدامات مناسب درمانی تاخیر زیادی صورت گرفته است.

به مبحث خونریزی پس از زایمان در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی – هفتمین تاریخچه

متوفی خانم ٤٠ ساله G4P3 – تاریخ آخرین زایمان ٥ سال پیش. حاملگی خواسته
از هفته ١٠ بارداری تحت مراقبت قرار گرفته است – بعلت سن بالا و BMI غیرطبیعی تحت مراقبت ویژه بوده است. سوابق بارداری و زایمان قبلی مشکلی نداشته است
مراقبت توسط ماما: ٦ بار– توسط پزشک : ١ بار. نتایج آزمایشات روتین بارداری و سونوگرافی نرمال بوده.
متوفی درساعت٤٥: ٢١ شب بعلت درد زایمان به بیمارستان مراجعه ودر ساعت ٣٠ دقیقه بامداد زایمان واژینال نموده. بعلت اینرسی در ساعت ٢ صبح جهت لا پاراتومی به OR منتقل شد در بیمارستان شیاف میزوپروستول موجود نبوده. درخواست خون شده چون در بیمارستان..... بانک خون ندارند از بیمارستان دیگر شهرستان درخواست می شود این خون ساعت ٣ بامداد آورده شده در نمونه CBC که به آزمایشگاه فرستاده شده هموگلوبین بیمار ٢/٩ گزارش شده بیمار افت شدید فشار داشته، بدلیل عدم کنترل خونریزی هیسترکتومی انجام شده و از جراح زنان بیمارستان..... درخواست کمک شده ولی خونریزی همچنان ادامه دارد. درن گذاشته شد جدار شکم ترمیم شده ولی از تمام جدار خونریزی وجود دارد ٦ واحدPC و ٦ واحد FFP تزریق شد همچنان از جدار و از محل تزریق خونریزی وجود دارد. کلیه اقدامات لازم تحت نظر متخصص زنان که بر بالین بیمار حضور داشته و متخصص بیهوشی انجام شده بیمار به طرف DIC رفته در ساعت ٣٠: ٦ صبح بیمار ارست نموده اقدامات احیا انجام شد ولی موفقیت آمیز نبود و در ساعت ٧:٠٠ فوت گردید.

نقد و بررسی هفتمین تاریخچه خونریزی

- عوامل خطر: سن ٤٠ سال و تعداد بارداری ٤ بار، غیر طبیعی بودن BMI
- با توجه به خونریزی شدید واژینال اقدامات مناسب و Life Saving با تاخیر انجام شده است
  (جایگزینی مایعات تا افت هموگلوبین به میزان ٢/٩ و درمانهای جراحی تا شروع علائم DIC به تاخیر افتاده)
- داروی میزوپروستول(یکی از داروهای ضروری در کنترل خونریزی)در بیمارستان وجود نداشته است.

به مبحث خونریزی پس از زایمان در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

خونریزی – هشتمین تاریخچه

متوفی خانم ۲۹ ساله G3P2Ab0L1D2 زایمانهای قبلی طبیعی با سابقه نوزاد هیدروپس FD شده در زایمان قبلی حاملگی ناخواسته. مراقبتهای بارداری در مطب شخصی متخصص زنان انجام شده سابقه بیماری قبلی یا فعلی در بارداری نداشته طبق سونوگرافی جنین سفالیک ، سن حاملگی ۳۰ هفته و ۳ روز ، مایع آسیت فراوان در شکم جنین و هیدروسل دراسکروتوم به نفع هیدروپس می باشد هیدروسفالی و مایع در توراکس دیده نمی شود.

در سن بارداری حدود ۳٤ هفته ساعت ۱۵: ۹ با شروع انقباضات رحمی در زایشگاه طبق دستور متخصص زنان با وضعیت دیلاتاسیون ۲ سانت و افاسمان ٤۰٪ و استیشن ۳- ، FHR : ۱۳٤ ، کیسه آب سالم بستری شد طبق دستور NST انجام و تحت نظر قرار گرفت. در ساعت ۱۵ خونریزی بیش از حد شوی زایمانی داشت طبق دستور آمنیو تومی شد AF مختصر آغشته به خون بود تحت Sedation (کتامین ، میدازولام) زایمان NVD با واکوئوم در ساعت ۳۰: ۱٦ توسط متخصص زنان انجام شد نوزاد پسر ۳٤ هفته با وزن ۲۹۵۰ گرم – هیدروپس فتالیس با آپگار ۲/۰ متولد شد به علت اختلاف سایز سر و شکم دیستوشی شانه و شکم داشت که با فوندال ومانور خارج گردید. جفت بسیار بزرگ بود. پس از خروج جفت خونریزی بیش از حد نرمال داشت سرم رینگر و ۳۰ واحد سنتوسینون، ماساژ رحمی، مثانه با سوند نلاتون تخلیه و ۲ عدد قرص میزوپروستول (واژینال و زیرزبانی) تجویز شد پارگی درجه II پرینه ترمیم شد واژن و سرویکس بعلت ترومای احتمالی چک شد ظاهراً سالم و بدون پارگی بود سطح قدامی پارگی داشت که با کرومیک ۲ صفر ترمیم شد رحم کمی شل بود که مجدداً ۳۰ واحد سنتوسینون + مترژن تجویز شد رحم کاملاً جمع و خونریزی درحد نرمال می باشد مجدداً توسط خانم دکتر TV شد هماتوم جدار نیز داشت با ۳ عدد گاز تامپون شد BP = ۹۵/٦۰ پس از خروج ۳ عدد گاز در ساعت ۱۹ تحویل شبکار شد در ساعت ۳۰: ۲۰ پذیرش بیمار با تاخیر بعلت حضور مریض بدحال در بخش زنان انجام شد مادر pale با ۱۰۰ سی سی سرم سنتو و PR = ۸٦ BP = ۹۰/٦۰ خونریزی نرمال رحم جمع با برانکارد تحویل گرفته شد.

درساعت ۳۰: ۲۲ دچار افت فشار خون شد به پزشک اورژانس اطلاع داده شد توسط ایشان ویزیت شد طبق دستور ۱۰۰۰ سی سی سرم رینگر Free انفوزیون و CBC اورژانس درخواست شد در ساعت ۲۳ دچار آپنه شد که وضعیت به اطلاع پزشک معالج رسید. آمپول پرومتازین تزریق شد BP = ۷۵/۵۰ Hb = ۵/٤ HCT = ۱۷/۳ گروه خون: A منفی ، دو واحد خون با کراس مچ اورژانس درخواست شد.

در ساعت ۲۳:۱۵ دچار کاهش هوشیاری میدریازدوبل شد. IV Line دوم برقرار شد. دومین سرم رینگر ۱۰۰۰ سی سی Free انفوزیون شد تنفس سطحی ، نبض نخی شکل در ساعت ۲۰ :۲۳ به ICU منتقل شد. سونوگرافی شکم انجام شد با تشخیص خونریزی ناشی از پارگی رحم در ساعت ۱۵: ۱ با ۳ : GCS و تنفس gasping مخاط شدیداً pale، عدم لمس نبضهای محیطی ، مردمکها میدریاز دوبل بدون پاسخ به نور به OR منتقل شد توسط جراح عمومی و متخصص زنان تحت شرایط استریل و بیهوشی عمومی لاپاراتومی انجام شد شکم و لگن بررسی شد احشاء داخلی (کبد و طحال) سالم ، پارگی در لترال رحم و لیگامان لارژ به همراه هماتوم لیگامان لارژ چپ داشت. حدود۲/۵ لیتر خون داخل شکم ساکشن شد سپس محل پارگی لیگامان لارژ و جدار لترال رحم ترمیم شد ۲ عدد درن داخل لگن و کلدوساک قدامی گذاشته شد در انتهای عمل تنفس بیمار برگشت و نبضهای محیطی قابل لمس بود ولی آنوریک بود با فشار ۱۱۰ در ساعت ۲۰: ۳ با ۳ : GCS و اینتوبه از OR به ICU منتقل شد سریعاً به دستگاه وصل شد مجموعاً ٤ واحد PC + ٦ واحد FFP و ۳ لیتر سرم رینگر و ۵۰ سی سی بیکربنات + آمپول کلسیم ۲۰ سی سی انسولین رگولار (BS = ۳۷۰) تجویز شد BP افزایش یافت در ساعت ۷ مجدداً BP کاهش یافت

۹۵/٤۰ : BP طبق دستور بیهوشی در صورت ۹۰ > SBP سرم دوپامین تجویز شد درخواست مجدد خون داده شد که موجود نبود و پیگیری وتهیه شد درن ها کنترل شد خونریزی ندارد. NGT فیکس است سوند فولی فیکس و بیمار آنوریک است شکم تندرنس با ۳ = GCS وصل به دستگاه، بیمار تحویل صبحکار شد در ساعت ۱۵: ۸ دچار برادیکاردی شدید و افت BP شد اقدامات CPR ٤۵ دقیقه انجام شد ولی موفقیت آمیز نبود بدلیل DIC و خونریزی داخلی ساعت ۹AM فوت شد.

نقد و بررسی هشتمین تاریخچه خونریزی

- با توجه به مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران درخواست انجام کومبس غیر مستقیم برای مادر RH منفی در اولین مراجعه به منظور تائید تشخیص ناسازگاری خونی ضروری بوده است.
- نامبرده در بارداری قبلی مبتلا به هیدروپس بوده و دراین بارداری نیز طبق نتیجه سونوگرافی احتمال هیدروپس برای وی مطرح بوده. بنابراین هنگام تصمیم گیری در مورد روش زایمان احتمال بزرگ بودن جنین و دیستوشی هنگام زایمان و خونریزی پس از زایمان باید در نظر گرفته می شد.
- با توجه به افت فشار خون به دنبال زایمان سخت و فشار از روی رحم، باید پارگی رحم در نظر گرفته می شد و پزشک معالج شخصا اقدام به Exploration داخل کاویته و کنترل علائم حیاتی و همچنین حساس سازی پرسنل جهت تشخیص زود هنگام علائم پارگی رحم و خونریزی داخلی مینمود.
- در مورد متوفی، بدون توجه به عوامل زمینه ساز خونریزی و در نظر گرفتن احتمال پارگی، ۲ عدد شیاف میزوپروستول واژینال و زیر زبانی استفاده شده.
- نحوه کنترل خونریزی پس از زایمان بسیار نامناسب بوده بطوری که به جای تشخیص علت و محل اصلی خونریزی(پارگی رحم)، با گذاشتن تامپون سعی در کنترل آن شده است.
- با وجود پر خطر بودن وضعیت بیمار، در فاصله تعویض شیفت کنترل علائم حیاتی و خونریزی به درستی انجام نشده و در نهایت تصمیم گیری برای لاپاراتومی با تاخیر زیاد بوده است(زایمان در ساعت ۳۰: ۱٦ بعد از ظهر و انتقال به اتاق عمل در ساعت ۱۵: ۱ صبح).
- تجویز کتامین(بخصوص همراه با میدازولام) در زایمان طبیعی رایج نیست.

به مبحث خونریزی پس از زایمان(نحوه استفاده از پروستاگلاندینها) در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

خونریزی – نهمین تاریخچه

متوفی خانم ٣٤ ساله –G6P5L4Ab0D1 و زایمانهای قبلی طبیعی بوده است. بارداری ناخواسته – تحت پوشش بهداشت بوده و مجموعاً ٢ بار مراقبت داشته ، اولین مراقبت در هفته ٢٧–٢٦ بارداری شروع شده در آزمایش: Hb = 10/9 HCT = 31/9 PLT = 236 BG , RH : A+ Bun = 11/9. یکبار توسط پزشک عمومی مرکز بهداشت ویزیت می شود سابقه بیماری خاصی نداشته و داروی خاصی نیز مصر ف نمی کرده است.

در سن بارداری حدود ٣٦ هفته ساعت ٣ صبح به علت شروع دردهای زایمانی به زایشگاه مراجعه و با وضعیت دیلاتاسیون ٧ سانت ، افاسمان ٧٠٪ ، st = -2 ، کیسه آب سالم با:

سن حاملگی 36 w+1d , FHR = 136 , PR = 82 , T = 37 , BP = 100/70 بستری می شود در ساعت ١٠: ٣ IVLine برقرار و نمونه خون به آزمایشگاه جهت ٢/CBC/BG , RH واحد رزرو خون بدون کراس مچ ارسال می شود ساعت ١٥: ٣ آمنیوتومی که مکونیال رقیق و FHR = 140 گزارش می شود درساعت ٣٠: ٣ در معاینه ST = -1 وFULL بود ساعت ٥٠: ٣ بعلت عدم نزول سرجنین و افت FHR در حد ١٠٠–٩٠ و ST = +1 وضعیت به اطلاع متخصص زنان رسید طبق دستور جهت CS آماده می شود در ساعت ٤ توسط خانم دکتر در زایشگاه ویزیت می شود FHR = 100 ST = +2

در ساعت ١٠: ٤ زایمان NVD توسط خانم دکتر انجام شده نوزاد دختر با آپگار ٦/٨ متولد می شود که اقدامات احیاء انجام می شود.

در ساعت ٣٠: ٤ جفت و پرده ها کامل خارج می شود بدلیل خونریزی بیشتر از حد طبیعی، ماساژ رحمی داده شد و پرینه و سرویکس توسط خانم دکتر بررسی که سرویکس اکیموز ولی خونریزی واضح نداشت طبق دستور سرم رینگر ١ لیتر + ٦٠ واحد اکسی توسین+ مترژن تجویز می شود ٢ واحد خون با کراس ماچ ، سوند فولی فیکس PT , PTT درخواست که بدلیل کلابه بودن رگها نمونه گرفته نشد ٢ عددآمپول پروستاگلاندین E١ درخواست و به علت ادامه خونریزی جهت هیسترکتومی احتمالی در ساعت ٢٠: ٥ هوشیار با UO = 50 , BP = 85/50 , PR = 100 تحویل اتاق عمل شد. طبق گزارش متخصص بیهوشی در ساعت ٣٠: ٥ با فشار خون نزدیک به BP = 80/P , PR = 140 ولی بی حال و Pale تحویل گرفته شد باتوجه به خونریزی درخواست خون داده شد اقدامات احیاء همودینامیک انجام ١٠٠ میلی گرم فنتانیل و ٢٠ میلیگرم کتامین همراه با N2O/O2 دریافت کرد. حدود ساعت ٤٥: ٥ بیمار کوراژ و اولین آمپول پروستاگلاندین IV PGE1 تزریق شد. پنجاه واحد سنتوسینون ، ١ عدد مترژن و گلوکز هیپرتونیک تزریق شد فشار خون بیمار دائم در نوسان بین ٨٠–٦٠ بود ساعت ١٠: ٦ دومین پروستاگلاندین IV تزریق شد بعد از پایان کوراژ بیمار هوشیار بود با وجود اقدامات حمایتی کاهش فشار خون بیمار بیشتر شد که تصمیم به هیسترکتومی گرفته شد از دومین متخصص زنان درخواست کمک و همکاری شد در ساعت ٣٠: ٦ لاپاراتومی با بیهوشی عمومی شد BP = 60/P , PR = 140 حین عمل در اغلب موارد فشار خون بیمار detect نمی شد در تمام مدت با bag ونتیله و طبق گزارش متخصص زنان رحم آتون بود هیسترکتومی ولیگاتور لیگامانهای روند ، یوترواواری – عروق و کاردینالها انجام شد کاف واژن ترمیم و فیکس شد. در پایان عمل ساعت ٨ صبح UO=100cc هماچوریک و فشار خون قابل بررسی نبود140 = PR مجموعاً ٤ واحد PC با کراس مچ و ٤ واحد FFP و ٣ لیتر مایع ، بیکربنات سدیم ، افدرین ،دوپامین ، اپی نفرین ، دگزامتازون ، هیدروکورتیزون دریافت کرد ١٥ عدد گاز و یک عدد لنگاز آغشته به خون در انتهای عمل بود که با احتساب شان های آغشته به خون قبل از عمل بیمار حدود ٣ لیتر خونریزی داشت و از محل رگ گیری ها و

آنژیوکت خونریزی داشت در ساعت ۵۰: ۹ در حالیکه اینتوبه بود بدون تنفس با آمبوبگ به CCU منتقل شد که هنگام انتقال روی تخت دچار ارست قلبی شد که بلافاصله CPR انجام شد با وجود تمام اقدامات احیا expire شد.

نقد و بررسی نهمین تاریخچه خونریزی

- با توجه به اینکه این بارداری ششمین بارداری مادر بوده و متوفی ٤ فرزند نیز داشته است، اقدام به هیسترکتومی با تاخیر فراوان انجام شده(پس از اطمینان از عدم کارایی سایر درمانها از قبیل سنتوسینون و مترژن).
- در مورد متوفی، آمپول پروستاگلاندین E1 آن هم از طریق وریدی تزریق شده است که هیچگونه جایگاهی در کنترل خونریزی پس از زایمان ندارد.

به مبحث خونریزی پس از زایمان(نحوه استفاده از پروستاگلاندینها) در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی – دهمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۶ ساله G4P2Ab1L3 دارای سابقه دو زایمان طبیعی و یک حاملگی دو قلو، ناخواسته باردار شده. مراقبتهای زمان بارداری از هفته ۱۶ بارداری بعد از انجام آزمایشهای روتین شروع شده. در آزمایشهای هفته ۲۳ بارداری FBS بالا داشته (۱۴۵) که به متخصص زنان ارجاع شده است. پس خوراند در پرونده موجود نمی باشد ولی بنا به اظهارات پرسنل مرکز رژیم دیابتی برای ایشان تجویز شده است. ۶ بار مراقبت ویژه شده، بار دوم در ۲۸ هفتگی مجددا به دلیل قند خون بالا (FBS=۱۴۶)ارجاع و برای ایشان انسولین شروع شده است.آخرین مراقبت درهفته ۳۶+۵ بارداری انجام شده. بنا به اظهارات همسر متوفی ۸-۶بار توسط متخصصین زنان مختلف در مطب خصوصی و کلینیک ویزیت گردیده. روز جمعه در سن حاملگی ۳۹+۳ با شرح حال و دستور متخصص زنان.... مبنی بر large babyو دیابت بارداری و کاهش AF (ایندکس۷/۵سانتیمترمایع آمنیوتیک) و داشتن contraction، جهت هماهنگی با پزشک زنان آنکال و انجام سزارین به زایشگاه بیمارستان مراجعه نموده است و همچنین در نامه قید شده که در صورت عدم پذیرش توسط آنکال جمعه در لیست بیماران بخش زنان اسکجول شود. وضعیت بیمار به آنکال زنان اطلاع داده شده، دستور بستری واسکجول درلیست اعمال جراحی روز بعد داده شده. ساعت ۲۳:۳۰ ادمیت شده. روز بعد بیماراز طرف دکتر..... به پزشک آنکال بعدی سپرده شده. ساعت ۹ توسط پزشکان آنکال ویزیت و دستور تزریق انسولین بر اساس میزان قند خون و شروع ایناکش داده شده و ایناکش با ۵ واحد اکسی توسین در ۵۰۰ سی سی سرم شروع شده.ساعت ۱۳:۴۵ به دلیل نداشتن contraction موثر و عدم پیشرفت، ایناکش قطع و رضایت C/S وTL گرفته شده. مجددا" از ساعت ۱۴:۴۵ به دستور پزشک آنکال ایناکش شروع شده است. در ساعت ۱۹:۳۰ دیلاتاسیون کامل و station=-2 بوده، درمعاینه ساعت ۲۰:۴۰ پیشرفتی دیده نشده به پزشک آنکال گزارش داده شده.ساعت ۲۰:۴۵ station+۱، و مادر به اتاق زایمان منتقل گردیده است. زایمان وEpi در ساعت ۲۱ انجام، نوزاد پسر با آپگار۷ و وزن ۴۱۰۰ بادیستوشی شانه متولد گردیده و توسط پزشک اتفاقات ویزیت و به بخش نوزادان فرستاده شد. هنگام زایمان خونریزی بیش از حد و روشن داشته به متخصص زنان گزارش شد. دستور چکI&O، رزرو ۴ واحد خون و چک CBC هر ۶ ساعت داده شده. سرم سنتو وصل، خونریزی کنترل ومادر به p.p منتقل شده است. ساعت ۲۳:۴۰ همراه بیمار خونریزی بیش از حد طبیعی ایشان را گزارش داده بوده. کیسه یخ گذاشته و مترژین تزریق شده. وضعیت بیمار به آنکال زنان گزارش شده و دستور چک هموگلوبین اورژانسی و دردو نوبت به فواصل ۲ ساعت داده شده. ساعت ۲۰ دقیقه بامداد صبح روز بعد هنوز خونریزی ادامه داشته فشار خونP ۷۰/ ،output سه ساعته ۵۰۰ سی سی بوده. ساعت۳۰ دقیقه صبح پزشک جویای میزان هموگلوبین و وضعیت مادر شده. وضعیت وی مبنی بر اینکه فشار خون 60/pو امکان گرفتن خون و برقراری IV مجدد وجود ندارد و بیمار عرق سرد دارد به اطلاع ایشان رسانده شده دستور سونوگرافی اورژانسی و تزریق سرم رینگرلاکتات داده شده.۱۵دقیقه بعد خونریزی شدید مادر، دفع لخته ،pale بودن ایشان و آتونی رحم به آنکال گزارش شده است. دستور تزریق آمپول مترژین، ۲ واحد خون و پیگیری سونو اورژانسی داده شده. رگ دوم توسط پرسنل نوزادان در ساعت ۱:۰۰ گرفته و نمونه CBC فرستاده شده. پزشک اتفاقات بر بالین مادر حاضر شده، دستور heart monitoring داده شده که دستگاه مربوطه در زایشگاه وجود نداشته. اولین واحد خون ساعت ۱:۲۰ وصل شده. ساعت ۱:۳۰ پزشکان آنکال زنان و رادیولوژی در بخش رایولوژی منتظر مادر جهت انجام سونو بوده اند که گزارش داده اند بیمار ارست کرده است توسط آنکال زنان ویزیت و دستور آماده کردن جهت انتقال به اتاق عمل داده شده سونو در بخش انجام شده که مایع آزاد و خونریزی فعال نداشته، CPR با حضور کد ۹۹ شروع بیمار

اینتوبه، ٤ دوز اپی نفرین،٤ دوز آتروپین، بیکربنات سدیم و ماساژ قلبی و٤ بار شوک داده شده. متخصص بیهوشی تلاش در جهت گرفتن رگ ژیگولار نموده ولی موفق نشده. علت فوت شوک هیپوولمیک می باشد.

نقد و بررسی دهمین تاریخچه خونریزی

- عوامل خطر بارداری: بارداری چهارم و ناخواسته (از لحاظ تنظیم خانواده)، سابقه بارداری دوقلو، ابتلا به دیابت بارداری و جنین درشت.
- عوامل خطرحین زایمان: اینداکشن طولانی مدت بدون ارزیابی لگن و بدون توجه به عوامل خطر فوق منجر به زایمان با دیستوشی شانه، وزن نوزاد ٤١٠٠ گرم.
- بی دقتی و عدم حساسیت نسبت به کنترل خونریزی و علائم حیاتی مادر(به نحوی که اولین گزارش خونریزی حدود دو ساعت و نیم پس از زایمان و آنهم توسط همراه بیمار اطلاع داده شده است).
- عدم ویزیت بیمار توسط متخصص زنان و صدور دستورات تلفنی.
- اداره بسیار نامناسب خونریزی پس از زایمان بدون توجه به عوامل خطر که احتمال اینرسی رحم را افزایش می دهند.

به مبحث خونریزی پس از زایمان در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

خونریزی ؟- یازدهمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۵ ساله G5P4Ab1 ، تحت پوشش بخش خصوصی بوده.

به علت Missed Ab جهت تخلیه محتویات حاملگی وانجام TL در بیمارستان ..... بستری شده است ، بر طبق سونوگرافی سن بارداری ۵ هفته و ٦ روز بوده که ساک حاملگی فاقد فتال پل ویولک ساک و قلب بوده است. سونوگرافی دوروز قبل از بستری انجام شده است. متوفی از ٦ روز قبل خونریزی خفیف داشته است. درساعت ۹:۱۹ صبح بستری شده است. که ویزیت قبل از بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام شده است. ودرآن قید شده که بیمار دیابت دارد ومتفورمین مصرف می کرده است وقند خون اورژانس قبل ازعمل درخواست شده که ۳۲۰ بوده است. آزمایشات بیمار مربوط به یک هفته قبل : FBS=193 , BhCG>50 , HbA1c=10.1, Poorcontrol>9.1%

بیماردرساعت 4pm تحت هیستروتومی و تخلیه محصولات حاملگی همراه TL با آنستزی اسپاینال شده است. علایم حیاتی بیمار در طی عمل ثبت نشده است و پس ازعمل به ریکاوری منتقل شده، در ریکاوری بیمار دچار ایست قلبی تنفسی شده که متخصص بیهوشی و تیم احیاء بر سر بیمار حاضر می شوند. پس از احیاء بیمار به بخش ICU منتقل شده است. متاسفانه در مستندات پرونده هیچگونه مدرکی مبنی بر ساعت ورود بیمار به ریکاوری، وضعیت وی درموقع ورود به ریکاوری و مدت زمان ماندن بیماردر ریکاوری وجود ندارد. طبق گفته پزشک و تکنسین اطاق عمل بیماردر موقع ورود هوشیار بوده ولی با دست پاسخ می داده و حدود ٤۰ دقیقه پس از تحویل به ریکاوری اطلاع داده اند که بیماردچار آپنه شده است. طبق گفته کمک بهیار مسئول ریکاوری وقتی بیمار به ریکاوری منتقل شده سرحال بوده و۱۰ دقیقه بعد دچار ارست شده است. بنابر گزارش کتبی متخصص بیهوشی بیماردرریکاوری دچار آپنه شده است که بلافاصله لوله گذاری شده و اقدامات احیاء انجام شده که پس از ماساژ قلبی و کاردیوشوک بیمار برگشته و بعد از حدود ۱/۵ ساعت با98% O2Saturation به ICU منتقل شده است. که البته بیمار هوشیارنبوده و به تحریکات پاسخ نمی داده است. درICU طبق گزارش پرستار GCS بیمار ۳ بوده است ، جهت بیمار BS فرستاده شده که ۵۵۰ بوده و۱۰ واحد انسولین داخل سرم ریخته شده است. ساعت ۳ صبح مجددا BS چک شده که حدود ٤۸۰ بوده ۱۰ واحد دیگر انسولین داخل سرم ریخته شده ، در ساعت ۵ صبح دچارافت فشارخون شده که به دستوردکتر..... سرم دوبوتامین شروع شده آمپول دیگوکسین تجویز شده است ، بیمار میدریاز دوبل بوده و مردمک ها واکنشی نسبت به نور نداشته , BP=127/86 , PR=91 . T=37/1,

درICU به علت قند خون بالای ٤۰۰ برای بیمار ۱۰ واحد انسولین ریگولار تجویز شده وآمپول هپارین ۵۰۰۰ واحد Stat تجویز شده ضمنا سفازولین ، سفتریاکسون ، ورانتیدین نیز تجویز شده است.در ساعت ٦:۱۵ صبح روز بعد مجددا دچارایست قلبی تنفسی شده وعلیرغم انجام عملیات احیاء ودادن بیش از ۱۰ بار شوک بیمار فوت شده است.

نقد و بررسی یازدهمین تاریخچه خونریزی

- غفلت و بی توجهی از وضعیت بیمار و کنترل نشدن علائم حیاتی در طی بیهوشی و ریکاوری نامبرده را در وضعیت غیر قابل بازگشت قرار داده است.

در مورد فواصل کنترل علائم حیاتی پس از زایمان به راهنمای شماره ۵ و در مورد کنترل خونریزی پس از زایمان به راهنمای شماره ۲۱ راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی – دوازدهمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۷ ساله G4P2L2Ab1 . ازهفته ۷ بارداری تحت پوشش مراقبت ها قرارگرفته، ٦ بارمراقبت توسط مامای مرکز و٤ بار توسط پزشک داشته. به دلیل سابقه پره اکلامپسی، دو قلویی و سقط مراقبت ویژه بوده است، دوبار سونوگرافی شده و آزمایشات روتین دوران بارداری را انجام داده است.

متوفی در زمان ترم به علت C/S Repeat دربخش زایمان بیمارستان..... بستری می گردد. پس از هماهنگی با متخصص زنان به مرخصی موقت می رود و درساعت ٦ بعداز ظهر همان روز به بیمارستان برمی گردد. ساعت 22:30 Pm تحت بی حسی اسپاینال سزارین می شود و به علت پلاسنتا آکرتا هیسترکتومی سوپرا سرویکال نیز قرار می گیرد. در حین جراحی مشکل خاصی نداشته، خونریزی غیر طبیعی نداشته، درن گذاشته می شود و شکم بیمار بسته می شود.

با توجه به حجم کم خونریزی نیاز به ترانسفوزیون نیز پیدا نمی کند. بیمار درساعت12:30 MN به ریکاوری اتاق عمل منتقل می شود، درریکاوری بیمار کاملا هوشیار بوده و صحبت می کرده و مشکل خاصی نداشته است. بیمار در بخش جراحی زنان پذیرش می شود، دستورات دارویی اجرا می شود (آمپول کفلین ، جنتامیسین ، دیکلوفناک وسرم). درساعت ٥ صبح بنا به گزارش پرستار بعلت وجود درد ، یک متادون دریافت می کند. ساعت ۷:۳۰ صبح روز بعد بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری، افت ضربان قلب وسپس ارست قلبی تنفسی می شود که کد اعلام می شود. پزشک اورژانس احیاء را انجام می دهد، در ساعت 7: 40 Am به دکتر اطلاع داده می شود و سریعا بالای سر بیمار حاضر می شود. بعلت اینکه لوله تراشه درمحل مناسب نبوده (داخل معده) توسط سوپروایزر جابجا شده و تصحیح و بیمار به اتاق عمل منتقل می گردد ، در زمان انتقال بیمار میدریاز دوبل بوده است. شکم باز می شود و داخل شکم یک لیتر خون لخته و غیر لخته وجود داشت. شکم بسته می شود، Out IPutادراری نداشته، جهت بیمار مشاوره داخلی دراتاق عمل داده می شود. در اتاق عمل توسط متخصص داخلی ویزیت شده (BP=80/60), ومردمک ها بدون واکنش به نور بوده است. که بنا به توصیه متخصص داخلی جهت انتقال بیمار به ICU با دریافت دوپامین اقدام می شود. که با توجه به عدم وجود امکانات ICU همان بیمارستان از ICU..... پذیرش گرفته می شود. بیمار درساعت ۱۱ صبح به بیمارستان..... اعزام می شود که در اورژانس آن بیمارستان بیمار مجددا ارست قلبی تنفسی می کند که متاسفانه عملیات احیاء جواب نداده و فوت می کند.

نکته : برگه ثبت علایم حیاتی بیمار دربخش مخدوش است و بنظر میرسد بیمار از شب تا صبح افت فشارخون داشته است. در برگه ثبت شده که بیمار از ساعت ورود به بخش تا ساعت ۸ صبح میزان ۱۵۰۰ سی سی ادرار داشته و فقط 250cc محتوای درن بوده است.

نقد و بررسی دوازدهمین تاریخچه خونریزی

- با توجه به اینکه وضعیت بیمار اورژانسی نبوده است انجام سزارین در ساعت ۳۰: ۲۲ شب نباید انجام می شد
- با توجه به اینکه طبق شرح عمل، بیمار دچار چسبندگی جفت بوده و هیسترکتومی شده باید به کادر پرستاری پس از عمل، به منظور کنترل بهتر و دقیقتر بیمار تذکر داده می شد
- در صورت شلوغ بودن بخش یا نبود پرسنل ماهر، بیمار ابتدا به بخش ICU و سپس به بخش منتقل می شد.
- علائم حیاتی(فشار خون و نبض) و حجم ادرار و ترشحات درن از ساعت ۳۰ : ۱۲ شب تا ۳۰ : ۷ صبح اندازه گیری نشده است.
- از آنجا که علائم حیاتی ثبت نشده و تشخیص درستی برای بیمار داده نشده است درد بیمار با تزریق متادون درمان شده است که به دنبال آن افت فشار خون و وخامت حال بیمار بدتر شده است.
- پس از ارست ، عملیات احیا اشتباه انجام شده(نامناسب بودن محل لوله تراشه)
- بخش ICU بیمارستان..... امکانات کافی نداشته و در نهایت بیمار به بیمارستان..... اعزام شده است.

در مورد فواصل کنترل علائم حیاتی پس از زایمان به راهنمای شماره ۵ و در مورد کنترل خونریزی پس از زایمان به راهنمای شماره ۲۱ راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی– سیزدهمین تاریخچه

متوفی خانم ۳٤ ساله G5P4Ab0 ، BMI =25.7 سابقه بیماری و مصرف دارو نداشته. در زایمانهای قبلی مشکلی نداشته.

در ساعت ۳:۱۵ با شکایت درد زایمانی به زایشگاه..... مراجعه کرد. طبق سونوگرافی قبلی که ۱۹ هفته و ترنسورس بوده سن بارداری ۳۹ هفته داشت Dill=5-6 Effac=60% station= -3 BP=120/70 PR= 86 RR=20 ، کیسه آب bulge داشت بطوری که ماما پرزانتاسیون را تشخیص نداد و درخواست AB. X ray گردید که در ساعت ٤:۱۵ تشخیص پرزانتاسیون ترنسورس را داده شد و به پزشک معالج اطلاع داده می شود (پزشک تا حدود ساعت ۲ – ۲.۵ جهت زایمان بریچ در بیمارستان حضور داشته است). که ایشان دستور آماده کردن بیمار برای سزارین صبح را دادند و در حدود ساعت ۵ بیماررا نیز ویزیت نمود که طبق نظر ایشان Dill=4 داشته و دستور می دهند ساعت ۷ به اتاق عمل فرستاده شود طبق معاینه پرسنل مامایی بیمار کنترشن با فورس متوسط داشت در ساعت ٦ کیسه آب پاره شد clear بود در ساعت ٦:۱۵ به اطلاع پزشک رسید و در ساعت ۷ که به اتاق عمل منتقل شد FHR مونیتورینگ می شد خونریزی نداشت با علایم حیاتی stable به اتاق عمل منتقل شد فولی فیکس بود Out put داشت رحم با برش عرضی باز شد جنین ترنسورس (پشت جنین رو به بالا) خارج شد(ساعت ۷:۳۰ نوزاد دختر ترم با وزن ۳۵۰۰ گرم و آپگار ۱۰-۹ متولد شد) بایتهای عمل چک شد خونریزی نداشت و شکم بسته شد بیمار در ساعت ۸:۰۵ وارد ریکاوری شد در طی عمل ۲۰۰ سی سی ادرار داشت و ۲ لیتر سرم گرفت در ساعت ۹:۳۰ با BP=110/70 PR= 88 RR=20 تحویل بخش رومینگ این داده شد

طبق گزارش ماما رحم ماساژ داده شد خونریزی نداشت و جمع بود فقط از درد شکم شاکی بود که مسکن گرفت.

علایم حیاتی ثبت شده در بخش به شرح زیر است:

ساعت ۱۰ – BP=110/60 PR= 82 ساعت ۹:٤۵ BP=110/50 PR= 84

ساعت ۱۰:۳۰ – BP=100/60 PR= 78 ساعت۱۰:۱۵BP=110/60 PR= 80

(در بخش برون ده ادراری کنترل نشده و فقط ۲۰۰سی سی که از اتاق عمل در بگ بوده ثبت شده است)ماساژ رحمی داده شده و خونریزی در حد نرمال بود. در ساعت ۱۱:۱۵ همزمان با ویزیت نوزاد، مادر از ضعف و بدحالی شکایت داشت که طبق گفته ماما بیمار حرکاتی شبیه تشنج داشت، بدن سرد- عرق کرده – انتهاها سیانوزه کد اعلام گردید متخصص زنان و بیهوشی و سایر کادر احیا حضور داشته اند ساعت ۱۲ پس از انجام سونوگرافی (که حدود ۱–الی ۱.۵ لیتر مایع آزاد در اطراف کبد و حفره لگن را گزارش کرد و نیز IVC کلاپس گزارش گردید (در گزارش ذکر شده نشانه کاهش حجم است) بیمار به اتاق عمل منتقل و لاپاراتومی شد(در بدو ورود BP=50/40 PR= 110) و ۱۲۰۰ سی سی خون و clot ازشکم خارج شد همزمان PT وPTT چک شد که مختل بود یک هماتوم ۳–٤ سانتی در سمت چپ سرویکس وجود داشت که تخلیه شد oozing داشت با حضور متخصص دوم شهرستان تصمیم به هیسترکتومی ساب توتال گرفته شد و شکم با لنگاز پگ گردید حین عمل ۱۰ واحد PC و ۱٤ واحد FFP می گیرد

ساعت ۱٤:۱۵ وارد ICU می گردد به ونتیلاتور وصل می شود در ساعت ۱۵:۱۵ بیمار بیقرار بوده و خواسته خود را اکستوبه کند که سدیت می شود در ساعت ۱۸ پرستار ۱۰۰ سی سی ادرار را برای بیمار ثبت کرده است در ساعت ۲۰ تحویل شبکار می گردد که طبق گزارش پرستار به تحریکات پاسخ نمی داد بدن سرد انتها ها سیانوزه بود. کد اعلام و بیمار احیا شد در ساعت ۲۱:۳۰ سونو گرافی مجدد انجام شد که حدود ۲ لیتر مایع آزاد در حفره شکم و لگن وجود داشت و IVC کلاپس بود. متخصص زنان با یکی از اساتید خود مشاوره می نماید که توصیه

به دادن پلاکت و فاکتور ۷ کردند و با توجه به oozing توصیه کردند شکم باز نشود برای گرفتن فاکتور ۷ با متخصص هماتولوژی مشاوره شد که گفتند از بیمارستان..... تهیه شود و این بیمارستان نیز تهیه آن را به صبح موکول نمود. پلاکت نیز در..... موجود نبود و ۱۰۰۰ سی سی خون موجود در شکم ساکشن شد و مجددا پانسمان فشاری شد بیمار برون ده ادراری نداشت در ساعت ۳ بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شد که تا ساعت ۳:٤٥ (روز بعد از عمل) احیا شد و موثر نبود و بیمار فوت گردید.

نقد و بررسی سیزدهمین تاریخچه خونریزی

- تشخیص پرزانتاسیون از اولین و اساسی ترین اقدامات در مدیریت زایمان است.
- با تشخیص پرزانتاسیون Transverse و وجود دردهای زایمانی تاخیر در انجام سزارین احتمال پارگی رحم را بشدت افزایش می دهد
- انسزیون پیشنهادی رحم در شرایط Transverse بخصوص (back down transverse lie) کلاسیکال است.
- در extension انسزیون رحم به لترال ها توجه نشده و ترمیم کافی صورت نگرفته است.
- بی توجهی به علائم حیاتی بیمار تا حدی که علائم هیپوولمی با تاخیر فراوان و درمراحل پیشرفته آن ، detect شده است.

خونریزی- چهاردهمین تاریخچه

متوفی خانم ٤١ ساله G9P6Ab2 سابقه ۳ بار سزارین که آخرین بار ٦ سال پیش بوده است. بارداری خواسته بوده.

در مجموع ٤ بار توسط بهورز و ماما مراقبت شده است. اولین نوبت آزمایشات

HCT:31.1 HB:10.2 FBS:91 2Hpp:104 U/A: normal U/C:Neg
BUN:11 Cr:0/6 HBsAg:Neg VDRL:Neg

بعلت درد شکم به پزشک مراجعه کرده و طبق سونوگرافی جنین مرده(۲۵ هفته) بوده روز بعد با در دست داشتن سونوگرافی IUFD به بیمارستان..... مراجعه کرد. آبریزش خونریزی، سردرد، تاری دید نداشت. سابقه عمل کله سیستکتومی را ذکر کرد.

FH=20wk FHR= NO BP=125/80 RR=14 PR=82 T=37

متوفی جهت هیستروتومی در روز بعد، بستری و در ساعت ۱۸ به زایشگاه منتقل شد.

PT=12 PTT=27 INR=1 Hb=11.8 PLT=263000 U/A: ALB=NEG SGOT= 24 SGPT=11 BILL-T=0.8 BILL-D=0.2 NA=156 K=4.7 BUN=11 CR=0.8

اتند آنکال توصیه کردند سونوگرافی فردا صبح انجام شود که در سونوگرافی روز بعد مرگ جنین تائید گردید و در ساعت ۱۱ صبح همان روز به اتاق عمل منتقل شد BP=120/70 PR=80

طبق شرح عمل : تحت بی حسی اسپاینال شکم با برش میدلاین باز شد جنین ماسره IUFD خارج شده لوله سمت راست به روش پومری بسته شد لوله سمت چپ به دلیل چسبندگی فراوان مشاهده نشده در طی عمل خونریزی از لثه داشت که طبق نظر سرویس بیهوشی بدلیل گرانولوم لثه بوده و PT و PTT و FFP درخواست شد.

بدلیل طولانی شدن عمل (۲/٥ ساعت) بیمار تحت بیهوشی جنرال قرار گرفت. ساعت ۱۰ : ١٤ به ریکاوری منتقل شد BP=130/90 RR=12 PR=100

طبق گزارش پرستار بیمار pale و تاکی کارد بود از درد شکم و خونریزی شاکی بود که محل عمل چک شد خونریزی نداشت ولی در ماساژ رحم مقداری لخته خارج شد که به رزیدنت زنان و بیهوشی اطلاع داده شد و طبق نظر اتندینگ زنان و بیهوشی و در ساعت ۳۰ : ۱٥ مجدداً به اتاق عمل منتقل شد.

طبق نت بیهوشی بیمار قبل از عمل UOP نداشت دیستانسیون شکم داشت BP=70/40 RR=154 سمع ریه نرمال بود تحت بیهوشی جنرال شکم باز شده ٥۰۰ سی سی خون از حفره شکم خارج شد در سمت چپ لگن هماتوم رتروپریتوئن که تا خم طحالی کولون، وجود داشت مشورت حین فیلد جراحی انجام شد و با حضور اتندینگ جراحی هماتوم باز و تخلیه شد و با ۸ عدد لنگاز پک شد محل انسزیون رحم خونریزی نداشت و TL لوله سمت راست چک شد UOP ۱٥۰ سی سی و Clear بود(در طی دو ساعت) در حین عملCBC چک شد HB=5.7 PLT=108 PT>35 PTT>120 داشت و ۱۰ واحد FFP و ٤ واحد P.C گرفت در ساعت ۲۰ : ۱۹ به ICU منتقل شد

طبق گزارش پرستاری هوشیار با تنفس خود بخود و تاکی کارد بود O2Sat=99% T=37.6 PR=155 BP=70/50 RR=24

ساعت ۳٥ : ۲۰ با توجه به افت BP (به همراه ٤ واحد P.C و ٥ واحد FFP) به اتاق عمل منتقل شد طبق نت رزیدنت زنان رحم جمع، خونریزی واژینال در حد قابل قبول ولی محل انسزیون ترشحات خونی داشت که لاپاراتومی شد ۱۰۰۰ سی سی خون در حفره شکم وجود داشت ساکشن شد لنگازهای قبلی خارج و شکم با ۱۳ عدد لنگاز و ۲ عدد شان کوچک پگ شد در طی عمل ۱/٥ لیتر سرم، ٤ واحد P.C و ٥ واحد FFP گرفت. PR=125 BP=130/80 UOP=700

در ساعت ۲٤ هوشیار به ICU برگشت PR=148 BP=140/90

روز بعد در ساعت ۳:٤٥ دقیقه بیمار تاکی پنه و تاکی کارد گردید.PR=170 BP=160/110 RR=43 ،ویزیت بیهوشی انجام شد ABG درخواست و در ساعت بیمار اینتوبه گردید.

در ساعت ۷:۳۰ مشاوره داخلی از نظر نیاز به پلاکت انجام شد که با توجه به وضعیت بیمار اظهار شد نیاز به تزریق پلاکت ندارد وانفوزیون پلاکت فقط با نظر سرویس داخلی انجام شود

PT=15 PTT=36 INR=1 Hb=7.5 PLT=60000

در ساعت ۱۰سرم دوپامین طبق نظر سرویس داخلی شروع شد و با هماهنگی سرویس داخلی و هماتولوژی، پلاکت و فاکتور ۷ و P.C درخواست گردید که تهیه و تزریق شد

O2Sat=94% T=38.5 PR=155 BP=60/30 RR=40

ساعت ۱٥:٤٥ به اتاق عمل منتقل شد در بدو ورود به اتاق عمل (طبق نت بیهوشی) ارست قلبی تنفسی کرد احیاء گردید بیمار سیانوزه بود و تنفس Gasping پیدا کرد رفلکس مردمک غیر راکتیو و دیلاته به علت داروهای دریافتی داشت.

طبق شرح عمل ۲۰۰۰ سی سی خون از حفره شکم خارج شد شریان های ایلیاک راست و چپ لیگاتور گردید و لنگازها خارج شد بیمار با حال عمومی خوب به ریکاوری منتقل شد حین عمل ۳ واحد PC و ۳ واحد FFP و ۳ لیتر سرم گرفت.در پایان عمل (نت بیهوشی) رفلکس مردمک ها به نور کمی میوتیک و راکتیو بود. اینتوبه به ICU منتقل شد در حین انتقال مجدداً دچار ارست قلبی تنفسی گردید که احیا شد.

نت بیهوشی در ICU : سمع ریه ها CLEAR مختصری کاهش صدا در توراکس داشت. مردمک ها سایز نرمال و راکتیو دارند – تاکیکارد است.

O2Sat=93% PR=138 BP=102/53

ABG درخواست شد که اسیدوز تنفسی مشهود بود با احتمال افیوژن و کلاپس فشاری ریه، سونوگرافی توراکس انجام شد که مقدار مایع و بالا زدگی دیافراگم گزارش شد.

روز بعد: Chest tube راست توسط رزیدنت جراحی فیکس شد و سپس بدلیل عدم کارایی Chest tube در سمت چپ فیکس شد. حدود ۳۰۰ سی سی ترشحات خونی خارج شد.

علائم حیاتی PR=160 BP=110/60 T=41 داشت که طبق مشورت داخلی تحت درمان با مروپنم و انکومایسین قرار گرفت.

مشورت نورولوژی درخواست و انجام گردید با توجه به عدم پاسخ به هر گونه تحریکی و فقدان رفلکس های ساقه مغزی جهت تأیید مرگ مغزیEEG انجام شد. یک هفته بعد از عمل دچار ارست قلبی تنفسی شد که احیا گردید ولی بیمار فوت شد

نقد و بررسی چهاردهمین تاریخچه خونریزی

- اقدام ضروری پس از تشخیص IUFD اندازه گیری فیبرینوژن و درخواست فراورده های انعقادی برای تزریق در صورت نیاز می باشد

به مبحث IUFD پس از نیمه دوم بارداری راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

خونریزی– پانزدهمین تاریخچه

متوفی خانم۳٤ساله G1 . درمجموع سه بار توسط ماما و۳ بار هم توسط بهورز مراقبت شده است که تاریخهای مراقبت همزمان بوده است.

اوایل بارداری مرتب لکه بینی و خونریزی داشته که به متخصص زنان مراجعه کرد و با درمان دارویی(آمپول پروژسترون) مشکلش حل شد. آزمایشات ابتدای بارداری

HCT: 35/9 Hb:11/5 FBS:81 U/A:normal U/c:Neg BG/RH:A+
BUN=7 Cr= 0/5 HBsAg:Neg VDRL:Neg

سونوگرافی (۸ هفته و۳روز): تصویر میومهای فراوان اینترامورال در جدار قدامی و خلفی رحم که سایز بزرگترین آنها ۳۲ میلیمتر می باشد.

سونوگرافی (۱۷هفته و٥روز): وضعیت جفت قدامی وضعیت مایع آمنیوتیک نرمال. تصویر چند فیبروم اینترامورال به ابعاد ۱۰تا ۳٥ میلیمتر به شکل پراکنده در جدار رحم دیده شد.

بعلت خونریزی در سن بارداری ۲۱ هفته به بیمارستان.... مراجعه کرد FHR سمع نشد.

BP=110/60 RR=88 T=37

کل بسته و خونریزی در حد ۱+ بود بیمار سابقه عمل رحم بعلت فیبروم داشت طبق مستندات پرونده ثبت شده در شرح حال ثبت شده رحم (در بارداری) دارای چند فیبروم بود. وضعیت به اطلاع پزشک متخصص زنان رسید که دستور انجام سونوگرافی را دادند و آزمایشات زیر رد شد:

BUN=12 Cr=0.9 PT=10 PTT=28 SGOT=24 SGPT=38 BILL-T=0.5 BILL-D=0.2 HB=10.2 PLT=143 BS=60

جهت انجام سونوگرافی به..... اعزام شد GA=24+4 که گزارش آن بدین شرح است :

یک ناحیه هماتوم به حجم ۲ سی سی در خلف جفت مشهود است بررسی کنترلی توصیه می شود. اکوی جفت کاملاً هتروژن شده و افزایش ضخامت جفت مشاهده می شود به شکلی که حداکثر ضخامت جفت ٥/۸ میلی متر است نمای فوق احتمال انفارکت و یا هموراژیک Sub acute را مطرح می کند. در ساعت ۱۳:۳۰ توسط متخصصین زنان ویزیت و با دستور چک CBC هر ٦ ساعت و رزرو ۲ واحد خون تزریق آمپول کفلین و پروژسترون در زایشگاه بستری شد.

در ساعت ۱۷:۳۰ کنترکشن داشت با اینتروال ٤ تا ٥ دقیقه که ٤٥ ثانیه به طول انجامید خونریزی واژینال ۲+ و تیره داشت که به اطلاع پزشک رسید و طبق دستور ایشان کنترل CBC و PTT وpt وFHR انجام شود.

در ساعت ۲۲:۰۰ مورخه BP=130/90داشت که به متخصص زنان اطلاع داده شد U/A رد شد. U/A: alb=+2 wbc=3-4 RBC=1-2

در ساعت ۷ روز بعد خونریزی بیمار در حد Spotting و BP=140/90داشت. نت متخصص به این شرح است HB=9.1 PLT=122000 PT=12 PTT=31 BP=130/80 FHR=140

آخرین FHR=130 ثبت شده در شیفت صبح ساعت ۱۳ بود. مامای شیفت عصر ساعت ٤۰ : ۱۳ مادر را تحویل گرفت FHR سمع نشد وضعیت به اطلاع متخصص رسید دستور انجام سونوگرافی اورژانس را دادند. با توجه به اینکه پزشک معالج در خارج از شهر بودند به پزشک زنان دوم اطلاع دادند که ایشان برای تائید IUFD دستور اعزام برای انجام سونوگرافی را دادند همزمان متخصص زنان جهت انجام سزارین اورژانس دیگری به اتاق عمل رفت در حین عمل به پزشک اطلاع دادند که سونوگرافی انجام نشده است (بدلیل عدم رضایت همراهان) پس از عمل بیمار توسط ایشان ویزیت شد خونریزی در حد کمتر از منس داشت و با توجه به سابقه میومکتومی و مطرح

بودن دکلمان جهت هیستروتومی در ساعت ۱۵ به اتاق عمل منتقل شد تحت بی حسی اسپینال سپس بیهوشی جنرال شکم باز شد چسبندگی شدید رحم به کف لگن وجود داشت مثانه تا حد میانی رحم بالا کشیده شده بود و چسبندگی داشت که در هنگام باز کردن جدار شکم مثانه دچار آسیب شد. نوزاد مرده با آپگار صفر متولد شد در خلف جفت بیش از ۵۰٪ دکلمان داشت به علت چسبندگی شدید ترمیم رحم در داخل لگن انجام شد حین عمل متخصص ارولوژی حاضر شده و مثانه را ترمیم کردند یک درن هموواگ تعبیه شد و پس از برقراری هموستاز شکم بسته شد بیمار به ریکاوری انتقال یافت در طی عمل ۵ لیتر سرم و دو واحد P.C گرفت ساعت ۱۷ : ۳۰ وارد ریکاوری شد نیمه هوشیار وBP=90/60 PR=120 داشت خونریزی فعال و ادرار کاملاً هماچوریک بود.

۵ عدد میزو پروستول رکتال توسط متخصص زنان گذاشته شد وماساژ رحمی داده شد که با توجه به خونریزی ازمحل انسزیون رحمی بیمار مجدداً به اتاق عمل منتقل شد و درخواست خون و FFP در ساعت۱۸:۱۰ توسط متخصص زنان شد و از متخصص زنان دیگر نیز در خواست کمک شد که در ساعت ۱۸:۲۰ در اتاق عمل حاضر شدند.

عمل دوم با حضور ۲ متخصص زنان و تحت GA انجام شد که طبق شرح عمل : که oozing منتشر و هماتوم در ناحیه زیر جلد وجود داشت درتمام فضای شکم و لگن oozing منتشر وجود داشت شریان های رحمی گرفته شد و تا حد امکان خونریزی کنترل شد پس از اطمینان از موقعیت درن هموواگ ترمیم انجام شد.

درحین عمل ٤ واحد خون ٤ واحد FFP دریافت کرد حدود ٦۰۰ خونریزی در حین عمل داشت و UOP =50 بود حین عمل دوم مشاوره اورژانس داخلی انجام شد(ساعت ۲۰:۱۵) که احتمال DIC و احتمال ATN مطرح و درخواست ۸ واحد FFP و۱۰ واحد پلاکت و انجام D- Dimmer و PT PTT شد.

ساعت ۲۰:۳۰ نیمه هوشیار به ریکاوری منتقل شد PR=100 BP=80/50 RR=24 در ریکاوری افت BP داشت BP=70/50 (ساعت ۲۱:۳۰) با نظر متخصص داخلی سرم دوپامین شروع شد و در ساعت۲۱:٤۰ به بیمارستان..... منتقل شد. در طی عمل ۳ متخصص زنان شهرستان حضور داشتند. ساعت ۲۲ در ICU بیمارستان..... وارد شد که فشار خون و نبض قابل تشخیص نبود سیانوزه و تنفس gasping داشت ویزیت بیهوشی و داخلی انجام شد و بیمار اینتوبه گردید ۸ واحد FFP و۱۰ واحد FFP و ۵ واحد پلاکت گرفت مردمک ها میدریاز و واکنش به نور داشت در ساعت ۲:۱۰ برادی کارد شد که احیا و ساعت ۳:۱۰ مرگ بیمار اعلام گردید

نقد و بررسی پانزدهیمن تاریخچه خونریزی

- طبق موارد ثبت شده به شرح زیر، انتقال به اتاق عمل با تاخیر انجام شده است.

- دریافت نتیجه سونوگرافی مبنی بر" احتمال انفارکت جفت و یا هموراژیک Sub acute " و ویزیت توسط متخصص در ساعت ۱۳ :۳۰
- اطلاع به متخصص در خصوص خونریزی واژینال ۲+ و تیره در ساعت ۱۷ :۳۰
- اطلاع به متخصص در خصوص BP=130/90 در ساعت ۲۲:۰۰
- ویزیت توسط متخصص در ساعت ۷ روز بعد (خونریزی در حد Spotting و BP= 140/90)
- اطلاع به متخصص در خصوص نشنیدن صدای قلب جنین در ساعت ۱۳ : ٤٠
- انتقال به اتاق عمل: ساعت ۱۵

به مباحث خونریزی نیمه دوم بارداری و خونریزی پس از زایمان در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

خونریزی- شانزدهمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۲ ساله G4P1Ab2 که ۱۳ سال قبل یک زایمان طبیعی داشته است و به طور خواسته باردار شده. در ۷-٦ هفته اول بارداری به دلیل عفونت ادراری به طور سرپایی تحت درمان با سفکسیم قرار گرفت و پس از درمان با انجام آزمایش ادرار مجدد، نتیجه طبیعی گزارش گردید.

در هفته ۸ بارداری با شکایت لکه بینی، سونوگرافی درخواست شد که در نتیجه سونوگرافی مشکلی گزارش نشد و جنین سالم بود و با استراحت مادر مشکل لکه بینی برطرف گردید. در سونوگرافیهای انجام شده در طی بارداری مشکلی گزارش نگردید.

در تاریخ EDC به دلیل افزایش وزن ۱.۵ کیلوگرم در یک هفته و مختصر ادم دست و صورت و با فشار خون ۱۱۰/٦۰ و با توجه به تاریخ احتمالی زایمان به پزشک متخصص زنان ارجاع شد و از نظر ایشان مشکلی نداشت و با تعیین تاریخ مراجعه بعدی به منزل برگشت.

چهار روز بعد با حال عمومی خوب ؛ بدون شروع درد زایمانی با تاریخ تعیین شده قبلی توسط پزشک به درمانگاه زنان مراجعه و پس از انجام NST (نتیجه نرمال) در زایشگاه ؛ سونوگرافی درخواست شد. در سونوگرافی انجام شده پلی هیدر آمنیوس گزارش شد، به دستور پزشک متخصص درساعت ۱۹:٤۰ در بیمارستان بستری گردید. طبق دستور پزشک از ساعت ۸ شب ایناداکشن Mild شروع ودر صورت عدم شروع درد زایمان تا ساعت ۱۲ شب، قطع گردد و مادر تا صبح تحت نظر بماند. روز بعد ساعت ۹ صبح با Needling کیسه آمنیوتیک توسط پزشک صبح (بدون ایناداکشن مجدد مطابق مستندات) دردهای زایمانی شروع و در ساعت ۱۲/۵۰ زایمان به طریقه واژینال توسط ماما انجام گردید و نوزاد دختر به ظاهر سالم با آپگار ۸ متولد گردید. بعد از خروج جفت به علت خونریزی، سرویکس بررسی گردید که تشخیص پارگی داده شد. ماما شروع به ترمیم سرویکس می کند. متخصص در ساعت ۱۳:۲۰ بدون اطلاع قبلی به زایشگاه مراجعه می نماید و با ملاحظه خونریزی بیمار ترمیم سرویکس را ادامه می دهد.

اما خونریزی مادر علی رغم ترمیم سرویکس و انجام ماساژ رحمی ادامه می یابد ، تشخیص اینرسی گذاشته شد که دو IV Line گرفته با دادن سنتو و مترژن و F2α و ۱ واحد P.C رحم منقبض و گاهی شل می شد ولی خونریزی همچنان ادامه داشت ؛ Plan هیسترکتومی توسط پزشک برای مادر گذاشته شد. در ساعت ۱٤طی تماس تلفنی پزشک کشیک از متخصص زنان دوم(عضو هیات علمی) تقاضای کمک میکند. اما خودشان جهت انجام سزارین مادر دیگری به اتاق عمل می روند.

با حضور پزشک دوم بر بالین مادر و در حین بررسی وضعیت مادر ، بیمار به حالت شوک رفت. با تماس با پزشک بیهوشی، گذاشتن Air Way، در ساعت ۱٤:۳۰جهت هیسترکتومی به اتاق عمل منتقل شد.

تزریق ۲CC فنتانیل ، و ٦۰M g کتامین و اینتوبه کردن مادر(شروع بیهوشی از ساعت ۳ بعد از ظهر)، تزریق ۵کیسه خون، ۵ کیسه FFPو ۵ کیسه پلاکت، انفوزیون بیکربنات Mg ۱۰۰، گرفتن ABG حین عمل و تزریق مجدد ٤ ویال بیکربنات، و سپس انجام ABG کنترل و تزریق ۳ ویال بیکربنات دیگر، یک کیسه هتاستارچ ،۵ لیتر سرم رینگر و ۲۰mg لازیکس و انجام توتال هیسترکتومی با حفظ تخمدانها ، به دلیل وجود Oozing در داخل شکم درن همو واگ گذاشته شد(پایان بیهوشی ساعت ۷ بعد از ظهر)

به دلیل خونریزی شدید و Massive Transfusion و با علائم : خشونت صدا در ریه ها ، کاهش خونریزی واژینال و Oozing از محل بخیه سزارین، هوشیار، اینتوبه و فشارخون ۱۱/۷ و تعداد نبض ۱۷۰ ، تعداد تنفس

۳٤درICU پذیرش گردید. انجام ABG، آمپول رانیتیدین به علت خونریزی گوارشی، انجامCXR و آزمایشات روتین در ICU ، انجام سونوگرافی اورژانس با گزارش وجود مایع ازاد در شکم و لگن، دیستانسیون شکم و Hb =4.5 و plt= 85000 به همراه Oozing از تمامی IV Line ها با تشکیل تیم پزشکی متشکل از زنان و جراح وتصمیم به انجام درمانهای کانسرواتیو برحسب شرایط بیمار گرفته شد (احتمال خونریزی داخلی را بعید دانستند).

حدود ۳ روز پس از زایمان بیمار هوشیار و علائم حیاتی Stableودیستانسیون شکم کمتر شده، Hb =6.9 و پلاکت ۲۳٤۰۰۰، ادامه دریافت فراورده های خونی و مایعات، سمع ریه پاک و پلاکت- ABG– PT-PTT نرمال بیمار بتدریج EX Tube شد.

یک روز بعد بیمار ناگهان دچار دیسترس تنفسی، تعریق، تاکیکاردی، رال دم و بازدم می گردد. درمان ادم حاد ریه و لوله گذاری مجدد برای مادر انجام شد. روز بعد دچار ناگهانی افت فشار خون و اختلال در عملکرد انعقادی خون گردید و عملیات احیاء (تزریق آتروپین، آدرنالین، ماساژ قلبی) انجام شد. روز بعد بیمار هوشیار و علائم حیاتی Stable بود اما دچار کاهش اشباع اکسیژن خون، افزایش بیلیروبین های خون گردید؛ برونکوسکوپی Rigid انجام شد. بتدریج دچار افت اکسیژن و فشار خون، برادیکارد، مردمک ها میدریاز، عدم پاسخ به نور، ترشحات فراوان در راههای هوایی وCPR شد. پیشنهاد تراکئوستومی مورد موافقت قرار نگرفت. دچار کاهش شدید فشار خون، آنوریک، هیپوترم بود تا اینکه ۱۹ روز پس از زایمان در ساعت ۱۰ شب فوت شد.

نقد و بررسی شانزدهمین تاریخچه خونریزی

- پس از تشخیص پلی هیدرآمنیوس با توجه به طبیعی بودن NST، انجام اینداکشن در ساعت ۸ شب ضرورتی نداشته است
- از پلی هیدرآمنیوس به عنوان یک عامل زمینه ساز خونریزی پس از زایمان غفلت شده و در نتیجه اقدامات پیشگیرانه و پیش بینانه انجام نشده است.
- تاخیر در تشخیص علت اصلی خونریزی(پارگی یا آتونی) بیمار را در شرایط بحرانی و تاخیر در اقدامات درمانی مناسب، سبب Deep shock و عوارض ناشی از آن (End organ damage , DIC) شده است.
- علت دیستانسیون شکم و تجمع خون در پریتونیوم با توجه به شرایط بیمار در زمینه DIC اتفاق افتاده است.
- در صورتیکه درن در محل مناسب قرار گرفته باشد می تواند به تخلیه خون از حفره پریتونیوم کمک کند و در غیر اینصورت برای پرهیز از لاپاراتومی مجدد(آن هم در شرایط DIC) می توان نسبت به انجام کولپوتومی و گذاشتن درن در محل اقدام کرد.

به مبحث پلی هیدرآمنیوس در مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی– هجدهمین تاریخچه

متوفی خانم ۳٤ ساله G3P2A0L2 . سابقه ۲ بار زایمان طبیعی

بارداری اخیر وی خواسته بوده و به درمانگاه دولتی مراجعه نموده و به دلیل سابقه دیابت در خانواده (پدر متوفی) تحت مراقبت ویژه قرار می گیرد. سابقه جراحی یا بیماری دیگری نداشته است. در آزمایشات نوبت اول: FBS:117 , GCT:80 , GTT:200 و سایر آزمایشات نرمال بوده است. لذا انجام OGTT درخواست می شود که مادر راضی به انجام آن نشده. جهت کنترل قند خون به متخصص داخلی مراجعه نموده و تحت رژیم غذایی بوده است. درسن بارداری ۳۷ هفته(GCT=201) گزارش شده که مجدداً توصیه به انجام OGTT شده که توجهی ننموده است. در زمان ترم به مطب خصوصی متخصص زنان مراجعه نموده و به دستور ایشان به دلیل سابقه دیابت بارداری و شروع دردهای زایمان و ماکروزومی جنین جهت سزارین اورژانسی به بیمارستان خصوصی ارجاع شده و ضمناً دستور چک BS نیز صادر می شود. در این بیمارستان تشکیل پرونده داده و ابتدا توسط پزشک اورژانس ویزیت می شود. در معاینه ایشان به هیچ مورد غیر طبیعی اشاره نشده و در شرح حال اخذ شده از مادر به وجود سابقه دیابت بارداری تحت درمان با رژیم غذایی و مصرف فلوکسیتین اشاره شده است. خونریزی و آبریزش نداشته و فشارخون 110/70 بوده است. سمع قلب و ریه نرمال بوده است. مادر با plan سزارین و دستورات: انجام آزمایشات CBC&diff ، BG&RH و BS و آمپول کفلین 2gr/IV/stat به بخش زایمان منتقل می گردد. مادر وارد بخش زایمان شده و توسط پرسنل مامایی کشیک معاینه می شود:

TV → 6-7cm / 80% / -1 / C / I, FHR/138, Contraction (+) :(Int =5', Dur =30'')
stable (BP=110/70,PR=84,OT=37,RR=17)

در اولین معاینه آمنیوتومی انجام شده و مایع آمنیوتیک clear بوده است. به دستور متخصص زنان ایشان جهت زایمان طبیعی بستری می شود. نتیجه آزمایشات:

WBC:9.3 , Hb:14.1 , Hct:43.1 , PLT:135×10^3 , MCV:89.2 , BS:72

سیر لیبر بدون مشکل یا مداخله خاصی انجام و مادر ساعت۳۰ دقیقه بامداد توسط متخصص زنان ویزیت می شود که وضعیت وی در آن زمان: 2+ / 90% / 9cm بوده است. زایمان طبیعی در ساعت 1AM توسط متخصص زنان انجام و نوزاد دختر زنده ترم با آپگار ۹/۱۰ و وزن ٤۲٥۰gr متولد می شود. جفت و ضمائم خارج، رحم کوراژ و محل اپی زیوتومی ترمیم می شود. در شرح زایمان به خروج مقادیر فراوان مایع آمنیوتیک پس از تولد نوزاد اشاره شده است. پس از زایمان، مادر دچار خونریزی رحمی شده که با تجویز 40 واحد سنتوسینون در یک لیتر سرم رینگر و ماساژ رحمی کنترل می شود. علائم حیاتی مادر: BP=100/60,PR=84 RR=17, بوده است. ساعت ۱:۱٥ AMمادر دچار بیقراری شدید، دیسترس تنفسی و خونریزی شدید رحمی می شود. لذا با ماساژ دودستی رحم و ادامه سرم سنتو و مترژن و شیاف میزوپروستول و استفاده از کیف یخ سعی در کنترل خونریزی شده است. همزمان IV line دوم نیز برقرار شده و دستور رزرو ۲ واحد خون و ۲ واحد FFP و چک PT,PTT,PLT و CBC&diff (اجرا نشده است) و آمپول ترانگزامیک اسید در سرم رینگر صادر می شود (ساعت 1:35AM). اما خونریزی همچنان ادامه یافته و رحم کاملاً شل بوده است. علائم حیاتی مادر: BP=95/55,PR=100,RR=21 بوده است. ساعت 2:05AM با توجه به ادامه خونریزی دستور تزریق ۲ واحد خون و ٤ واحد FFP صادر و به تیم احیای اتاق عمل و آنکال زنان، اطلاع داده می شود. مادر توسط تیم بیهوشی به مانیتور و پالس اکسی متر و NIBP وصل و با برقراری رگ سوم تزریق مایع و خون (۲ لیتر سرم + ۲ واحد PC و ۲ واحد FFP) ادامه می یابد. ماساژ رحمی همچنان ادامه یافته اما تأثیری بر کنترل خونریزی نداشته و مادر

ساعت ۲:۲۷AMدچار ایست قلبی تنفسی می شود. بلافاصله عملیات احیا توسط گروه بیهوشی با اینتوباسیون بیمار و برقراری تنفس با آمبوبگ، ماساژ قلبی، تزریق آدرنالین و آتروپین انجام می شود. پس از حدود ۲ دقیقه مادر دچار V.T شده که با D.C شوک و تزریق لیدوکایین و آمیوداروِن مادر احیا می شود. پس از احیا شدن مادر، به دلیل ادامه و تشدید خونریزی تصمیم به هیسترکتومی گرفته شده و علیرغم شرایط Unstable با ادامه تنفس با آمبوبگ ساعت 2:35 AM به اتاق عمل منتقل و به ونتیلاتور متصل میگردد. علائم حیاتی قبل از عمل: BP=110/70,PR=82,RR=17 ثبت شده است. سوند فولی فیکس و 250cc برون ده(هماچوریک) داشته است. هیسترکتومی اورژانسی بدون استفاده از داروی بیهوشی انجام و رحم به سرعت خارج میشود. ساعت 3:15AM عمل به اتمام رسیده و شکم بسته می شود. رحم پارگی نداشته و خونریزی غیرطبیعی در محل عمل وجود نداشته است. حین عمل مادر دو مرتبه دچار ایست قلبی تنفسی شده و عملیات احیا با شوک، تزریق آتروپین، آدرنالین، بیکربنات سدیم و لیدوکایین انجام می شود. ضمناً ٤ واحد PC و ٤ واحد FFP نیز تزریق می گردد. پس از پایان عمل نیز عملیات احیا تا ساعت 4 AM ادامه یافته و نهایتاً 5mg آدرنالین نیز به داخل بطن چپ تزریق می شود که متأسفانه موثر نبوده و در این ساعت ختم CPR اعلام می شود.

نقد و بررسی هجدهمین تاریخچه خونریزی

- عوامل خطر : سن بالای ۳۰ سال، مولتی پاریتی، سابقه فامیلی دیابت، ماکروزومی به همراه پلی هیدرآمنیوس، عدم تخمین وزن جنین
- درزمان بارداری باتوجه به GTT>200 مراقبت و درمان مناسب برای کنترل دیابت صورت نگرفته است.
- رژیم غذایی، درمان مناسبی برای کنترل دیابت بارداری نبوده ومریض باید با انسولین کنترل می شد.
- بدنبال مراقبتهای نامناسب بیمار دچار عوارض دیابت شامل(ماکروزومی و پلی هیدرآمنیوس) گردیده است
- با توجه به Over distention(ماکروزومی جنین به همراه پلی هیدرآمنیوس) اقدامات مناسب برای جلوگیری از خونریزی پس از زایمان شامل (رزرو خون و FFP) انجام نشده است.
- تاخیر در اصلاح هیپوولمی و blood Transfusion همچنین تاخیر در انجام هیسترکتومی وجود داشته است.
- آمبولی مایع آمنیوتیک بدنبال زایمان سریع یا پلی هیدرآمنیوس نیز می تواند باعث DIC بشود.

خونریزی– نوزدهمین تاریخچه

متوفی خانم ۲۸ ساله G2P1A0L1

سابقه هیچ گونه بیماری یا مصرف دارو نداشته است. در سن بارداری ۳۵ هفته مادر با شکایت V/B به بخش زایمان بیمارستان..... مراجعه نموده و به علت شک به دکولمان جفت جهت سزارین اورژانسی بستری می شود ولی به دلیل قطع خونریزی و پره ترم بودن جنین (35w) با تشخیص Postcoital bleeding به مدت دو روز به صورت تحت نظر در بخش زنان بستری شده و در سونوگرافیهای به عمل آمده، جفت آنتریور و گرید I گزارش می شود. کلیه آزمایشات نیز نرمال بوده اند. در سن حاملگی ۴۰ هفته و ۲ روز ساعت 6:30AM با شکایت شروع دردهای زایمانی و آبریزش به بخش زایمان بیمارستان..... مراجعه نموده و بستری می شود. در معاینه : T=37, PR=82, RR=20, BP=100/70 و علائم حیاتی مادر: FHR/145 و TV= 4-5cm/ 40%/ ceph./ -3/ R ثبت شده است. جواب آزمایشات اولیه: $WBC=10400, Hb=12.6, Hct=37, PLT=218\times10^3$ بوده است. از ساعت 6:40 AM تحت بیدردی(با انتونوکس) قرار گرفته و سیر لیبر بدون مداخله و یا مشکل خاصی طی می شود. مادر ساعت 7:30 AM با وضعیت: 2+ /100%/ Full به اتاق زایمان منتقل و ساعت 7:40 AM زایمان طبیعی انجام و نوزاد دختر زنده با آپگار 9/10 و وزن 3600gr متولد می شود. جفت و پرده ها به طور کامل خارج شده و پرینه سالم بوده است. اما مادر خونریزی واژینال خفیف و مداومی داشته، لذا ماساژ رحمی انجام و آمپول سنتوسینون و مترژن تزریق و ۲ عدد شیاف رکتال میزوپروستول هم تجویز می شود که بر میزان V/B تأثیری نداشته و به همین دلیل ساعت 8 AM جهت معاینه زیر بیهوشی به اتاق عمل منتقل می شود. علائم حیاتی مادر بدو ورود به اتاق عمل: BP=100/70 , RR=20 , PR=82 , T=37 بوده است. در اتاق عمل تحت بیهوشی عمومی کانال زایمان و سرویکس کنترل می شود که پارگی واضحی نداشته ولی به علت ادامه خونریزی از ناحیه سرویکس ابتدا اقدام به گرفتن شریان سرویکال یکطرفه شده که خونریزی همچنان ادامه داشته است. لذا جهت رد پارگی رحم، تصمیم به لاپاراتومی گرفته می شود. هنگام تعبیه سوند فولی، مادر کاملاً آنوریک بوده و تنها مختصری خون وارد Bag می شود. سریعاً خون و فرآورده های خونی درخواست و همزمان تحت بیهوشی عمومی لاپاراتومی انجام می شود که داخل شکم یافته مثبتی وجود نداشته، رحم کاملاً جمع بوده ولی ناحیه سگمان تحتانی Barrel shape بوده است. لذا با شک به باز بودن عروق ناحیه چسبندگی جفت و احتمالاً Low lying بودن آن، سگمان تحتانی با برش kerr باز می شود که بلافاصله پس از برش، مادر دچار Cardiac arrest می شود. لذا فوراً عمل قطع و عملیات احیا با انجام ماساژ قلبی و تزریق آتروپین و دوپامین انجام و بعد از حدود ۲-۱دقیقه مادر احیا شده و تحت مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری قرار می گیرد. پس از احیای مادر و تهیه خون و Stable شدن علائم حیاتی، مجدداً محل عمل چک می شود و با توجه به جمع بودن رحم و ادامه خونریزی به صورت متناوب، تصمیم به هیسترکتومی گرفته می شود که با توجه به نتیجه آزمایشات انعقادی که PT>2' , PTT>2'گزارش شده است متخصص بیهوشی اجازه عمل جراحی سنگین را نداده و لذا رحم و شکم بسته می شود. به دلیل نیاز شدید مادر به خون و فرآورده ها با هماهنگی معاونت درمان، خون از مرکز استان به شهرستان..... فرستاده می شود. در اکو مشکلی نداشته است. دریپ دوپامین 5µg/ml/min ، سرم نرمال سالین free ، تزریق P.C و اصلاح وضعیت انعقادی دستور داده می شود. همچنین ساعت 12MD مشاوره داخلی انجام شده و انفوزیون ۱۲واحد FFP و ٦ واحد P.C ، ادامه سرم دوپامین و سرم نرمال سالین ۲ لیتر هر ۱۲ ساعت و

تزریق آمپول پنتوپرازول 40mg/daily دستور داده می شود. در چک مجدد CBC (ساعت 12:30MD) نتایج زیر گزارش شده است:

WBC=32500, Hb=12.3, Hct=37, PLT=116×10^3, PT=30, PTT=80, INR=7.9, Cr=1 .ساعت '14/30 مادر کاملاً هوشیار و Extube شده و دیورز با دریافت لازیکس برقرار می گردد ولی شدیداً هماچوریک بوده است. متعاقب بهبود نسبی، مادر به ICU منتقل شده ولی به تدریج دچار دیستانسیون شکمی و بیقراری میشود. با توجه به اینکه مادر در فاز DIC بوده نهایتاً به همراه متخصص زنان به..... اعزام میشود.در مدت حضور مادر در..... جمعاً ٥٦ واحد خون و FFP و کرایو و حداقل ۱۵ لیتر سرم دریافت نموده است. مادر ساعت ۲۱ در بخش اورژانس بیمارستان.... پذیرش شده در حالی که Pale و کانفیوز بوده و علائم حیاتی وی : OT=37°c , RR=27 PR=138 , BP=103/84 بوده است. میزان Output=100cc/2h و هماچوریک بوده و درمعاینه سمع قلب و ریه ها نرمال و شکم دیستانسیون داشته و محل انسزیون اکیموتیک بوده است. میزان V/Bدرحد .mens گزارش شده است. در آزمایشات بدو بستری:

WBC=9800,RBC=2.64×10^6,Hb=7.3,Hct=22,PT=23,PTT=59,INR=3.7,PLT=36×10^3,Fibrinogen=250,D.Dimer=32,BUN=35,Cr=1.8

مادر در بخش ICU بستری شده که طبق نظر هماتولوژیست مرکز پیشنهاد می شود قبل از لاپاراتومی مجدد، اختلال انعقادی اصلاح و جهت دریافت فرآورده های خونی با توجه به Massive transfusion در..... به صورت ذیل عمل شود: FFP : 3unit/TDS و کرایو ٥ واحد BD و پلاکت ٥ واحد BD و جهت دریافت P.C براساس افت هموگلوبین و علائم حیاتی مادر در صورت Tilt مثبت تصمیم گیری شود. براساس سونوگرافی شواهدی از وجود مایع آزاد به میزان فراوان در حفره شکم و لگن مشهود بوده است. ABG اولیه مادر: PH=7.36 PO_2=42.3, PCO_2=24.7, O_2sat=77%گزارش شده است. در مشاوره عفونی درمان با آمپی سولباکتام و مترونیدازول آغاز می شود و آزمایشات CMV Ab , HCV Ab , HBS Ag درخواست می شود. ساعت 2:30AM مادر دچار تاکی پنه (RR=43) و دیسترس تنفسی شده و لذا اینتوبه و به ونتیلاتور با SIMV mode وصل می شود و CVP Line نیز برقرار می شود. با ادامه آنوری مادر طبق مشاوره نفرولوژی در دریپ لازیکس با دوز 10mg/hr شروع می شود که با این درمان میزان Output مادر حدود 270cc/24hr بوده است. به دلیل ادامه اختلالات انعقادی مادر,(PT=24.4→13.3 , Fib=306→325) PTT=90→33 از لاپاراتومی وی صرف نظر شده است. میزان

BUN =75 و Cr =3.3 و V/B در حد mens بوده است. تا اینکه طبق نظر هماتولوژیست مرکز با توجه به سطح فیبرینوژن و PT,PTT و برطرف شدن DIC (PT=14",PTT=34,Fib=302,PLT=35×10^3) انتقال به اتاق عمل بلامانع اعلام و با توجه به دیستانسیون شکم، ریباند تندرنس، شکم حاد و گاردینگ کاندید انتقال به اتاق عمل جهت لاپاراتومی می شود. علائم حیاتی مادر stable بوده و عمل جراحی با حضور اتندینگ زنان، جراحی و بیهوشی تحت بیهوشی عمومی انجام می شود. پس از باز کردن شکم، هماتوم وسیع زیرجلدی و ساب فاشیال، هماتوم وسیع سگمان تحتانی و محل برش Kerr، هماتوم رتروپریتوئن، هماتوم وسیع پشت مثانه و روی سگمان تحتانی داشته و نسوج رحمی نکروز و بدبو بوده است. لذا به سرعت هیسترکتومی و اوفورکتومی یکطرفه انجام و پس از اطمینان از هموستاز و شستشوی شکم با 2lit سرم گرم، دو عدد درن کاروگیت و یک عدد درن ساب فاشیال هموواک تعبیه و شکم بسته می شود و مادر پس از هیسترکتومی ساعت 15:30 به ICU بازگشته در

حالی که کاملاً هوشیار و Orient بوده و V/B نداشته است. علائم حیاتی مادر در بدو ورود: BP=153/91,PR=137,RR=20,T=37.9°c بوده است. با توجه به میزان BUN,Cr مادر (87,5.8) پس از عمل مجدداً مشاوره نفرولوژی ازنظر نیاز به دیالیز انجام شده که براساس نظریه نفرولوژیست مرکز، مادر Ischemic ATN بوده و آنوری از عوارض آن است و چون CVP=12mmHg و سمع ریه ها clear و میزان سدیم و پتاسیم نرمال و تحت درمان با دریپ لازیکس بوده انجام دیالیز فاقد اندیکاسیون عنوان و توصیه شده است برای خروج از فاز ATN یک هفته فرصت داده شود. در مشاوره عفونی مترونیدازول قطع و ایمی پنم و آمپی سولباکتام شروع می شود. پس از عمل، دیستانسیون شکم به تدریج کاهش یافته و خونریزی قطع می شود.لازیکس و آنتی بیوتیک ها ادامه می یابند تا اینکه به علت آنوریک بودن کامل مادر و CVP=16mmHg و BUN=129 و Cr=7.2 دستور انجام دیالیز روزانه صادر می شود. تا زمان فوت جمعاً ۹ بار دیالیز شده که دیورز کاملاً برقرار شده و میزان BUN/Cr تا 153/2.8 کاهش می یابد. تدریجاً با بروز علائم ادم ریوی و خروج ترشحات کف آلود از لوله تراشه، طبق مشاوره ریه تحت درمان های حمایتی قرار می گیرد. نهایتاً (روز ۲۵ پس از زایمان) مادر از صبح دچار تاکیکاردی و همزمان افت فشارخون و Cardiac arrest شده و عملیات احیاء موثر نبوده و ساعت 11:05 AM ختم CPR اعلام می شود.

نقد و بررسی نوزدهمین تاریخچه خونریزی

- بی توجهی به سابقه خونریزی شدید در هفته ۳۵ بارداری
- بی توجهی به پیشرفت سریع زایمان (در مدت یک ساعت از $Dill=4\text{-}5_{cm}$ به full رسیده است)
- دوز میزوپروستول ۵ شیاف ۲۰۰ میکروگرم بصورت رکتال می باشد.(دو عدد صحیح نیست)
- گرفتن شریان سرویکال جایگاهی ندارد.
- در لحظه اقدام به لاپاراتومی بیمار انوریک بوده یعنی خونریزی شدید منجر به ATN شده است.
- Massive Transfusion می تواند شروع کننده و تشدید کننده DIC باشد (بخصوص اگر Blood old باشد)
- اعزام بیمار در وضعیت unstable بوده.
- تاخیر در تخلیه خون موجود در شکم باعث infection وحتی نکروزیس در نسوج رحمی و سایر بافتها شده است.

به مبحث خونریزی پس از زایمان راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

خونریزی- بیستمین تاریخچه

متوفی خانم ۲۷ ساله G2p1. مراقبت های بهداشتی در دوران بارداری انجام شده و مشکلی نداشته در سن بارداری ۴۰-۴۱ هفته بستری می شود.

در بدو ورود TV= 2finger بدون افاسمان، احتمالا" سفالیک، کیسه سالم FHR=148 PR=82 Bp=120/70 Hb=11/8 HCT=35.3 plt=135000 BG=B+ مراقبت روتین انجام شده وآزمایشات ارسال شده

- ساعت ۱۷:۰۰روز بستری بعد ازتماس تلفنی با پزشک ایناکشن با ۱۰ واحد اکسی توسین شروع می شود در ساعت ۳۰ : ۱۹ کول خلفی و 1finger لگن مناسب و سایز جنین متوسط و بدون کنترکشن ثبت گردید. دور اول ایناکش بدون شروع کنتراکشن ساعت ۲۰: ۲۲ خاتمه می یابد.
- براساس تماس تلفنی با متخصص وضعیت بیمار به اطلاع ایشان رسیده دور دوم ایناکشن برای بیمار ساعت ۸:۰۰ صبح شروع شده است. در ساعت ٤٥ : ١٤همان روز 2Finger افاسمان در حال شروع، استیشن بالا، پرزانتاستون سفالیک کیسه سالم FHR=135 دور دوم ایناکشن ساعت ۳۵ : ۱۳طبق دستور تلفنی خاتمه می یابد. تاکنون ویزیت حضوری توسط متخصص انجام نشده است.
- ساعت۱۹:۰۰ دور سوم ایناکشن به دستور متخصص شروع می شود ، معاینه در ساعت۱۹:۰۰ همان روز 2finger ۳۰٪ ۳- سفالیک کیسه آب سالم FHR=130 و درساعت ۳۰ : ۱۹ دیلاتاسیون 3 سانتیمتر افاسمان۳۰٪ استیشن ۳- ، پرزانتاسیون سفالیک. آمنیوتومی شد مایع شفاف بود. در ساعت ۲۲:۰۰دیلاتاسیون ٤ سانتی متر، استیشن ۲- ، FHR=138 ، در برگه ایناکشن در ساعت ۲۰ : ۲۲ انقباضات خوب گزارش شده ولی بر اساس دستور پزشک ایناکشن قطع نشده درعرض یک ساعت سریعا" پیشرفت دیلاتاسیون داشته ساعت ۵۰ : ۲۲ متوفی ۹-۸ سانتی متر که به اتاق زایمان منتقل شده و زایمان توسط متخصص در ساعت ۲۳ انجام شده و براساس مستندات ، نوزاد پسر زنده با آپکار ۹-۸ متولد شده جفت و ضمایم کاملا" خارج شده رحم جمع گزارش شده سرویکس چک شده که نرمال بوده پارگی سرویکس نداشته سرم + ۳۰ واحد سنتو در جریان بوده، V/B نرمال، PR=68 BP=100/60، پارگی درجه یک داشته که ترمیم شده براساس گزارش ماما بعد از زایمان کنترل مداوم ثبت شده و خونریزی نرمال گزارش شده

ساعت ۲۵ : ۱ صبح خونریزی بیش از حد نرمال تلفنی به اطلاع متخصص رسیده دستورات اجراء شد. بیمار ۳۰cc ادرار داشته در گزارش ذکر شده ماساژ مداوم داده می شود و بیمار آب میوه می خورد و به نوزادش شیر می دهد T=36/8 PR=88 BP=100/50

در ساعت ۵۵ : ۱ صبح دوباره گزارش شده خونریزی بیش از حد نرمال است بیمار هوشیار می باشد و حال عمومی خوبی دارد. ساعت AM ۲ با اینکه ماساژ مداوم داده می شود ولی بازهم خونریزی بیش از حد نرمال است Hb=6/8 ، ادرار بیمار ساعت 2:00 صبح کمتر از ۵۰cc بوده، رحم بدون ماساژ به آتونی می رود ، دستورات قبلی جواب نمی دهد بیمار کماکان خونریزی دارد. هنگام خونگیری برای کراس مچ، بیمار تشنج می کند کد اعلام می شود تیم احیاء بلافاصله حاضر شده ومشغول CPR میشوند به متخصص اطلاع داده شد که دستور دادند کراس مچ لازم نیست ۳ واحد خون از ۳ رگ تزریق شود بر طبق گزارش، کلیه دستورات تلفنی اجراء شده بجز تزریق انسولین رگولار وKCL و دیازپام.

متخصص زنان و بیهوشی ساعت ۵۰: ۲ صبح بر بالین متوفی حاضرشدند که تیم احیاء در حال CPR بوده ماساژ مداوم رحم توسط متخصص داده می شده و بنا به گفته ایشان ، بدنبال CPR و NGT بیمار تیره و سیانوز و ادم ناحیه گردن و چانه داشته که احتمال پنوموتراکس مطرح شده و بعد از رضایت همراهان ۳۰: ۳ صبح به اتاق عمل فرستاده شده و با ۲ دستیار شروع به هیسترکتومی میکنند. در حین هسترکتومی بعد از CPR ناموفق بیمار فوت شد.

نقد و بررسی بیستمین تاریخچه خونریزی

- با توجه به پیشرفت سریع لیبر از ساعت ۲۲ تا ۵۰ : ۲۲ ، به نظر می رسد نحوه القای زایمان مناسب نبوده.
- با توجه به اینکه ختم بارداری فوریت نداشته است دور سوم ایندکشن در شیفت شب نباید ادامه پیدا می کرد.
- با وجود عوامل خطر مستعد کننده آتونی(۳ بار ایندکشن، بارداری Post date) تمام دستورات برای کنترل خونریزی تلفنی بوده و حضور بر بالین بیمار با تاخیر انجام شده(اطلاع به متخصص در ساعت ۲۵ : ۱ ، حضور بر بالین بیمار در ساعت۵۰ : ۲)
- مطابق نامه شماره ۴۰۰/۷۶۷۲ مورخ ۹۰/۳/۲۹ دستورات تلفنی حداکثر طی ۳۰ دقیقه باید کتبی شوند.

به مبحث خونریزی پس از زایمان راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

تاریخچه های

پره اکلامپسی

پره اکلامپسی – اولین تاریخچه

متوفی خانم ۳۰ ساله، G4 P3، زایمانهای قبلی طبیعی BMI=31 درآزمایش نوبت اول بارداری
BP= 100/80 Bun= 19 Cr= 0.8 HB = 10.7 Hct =31.7 plt=268000
بعلت سابقه دیابت در خانواده و نمایه توده بدنی غیر طبیعی GCT درخواست و بعلت BMI غیر طبیعی توصیه های غذایی داده می شود. روزانه دو عدد قرص آهن تجویز و پیگیری یک ماه بعد انجام می شود. در آزمایش یک ماه بعد plt= 273000 Hct =32.1 HB=11.2 GCT= 101 WBC=18-20

(در مراقبت روتین بهورز فشارخون به ترتیب 80/50 , 90/50, 120/60, 120/70 , 120/70 داشته است)
در سن بارداری ۳۶ هفته و ۶ روز با شکایت درد معده از صبح به بیمارستان مراجعه می کند: پرو تئینوری + ۲، تاری دید، سردرد داشته و در معاینه : کل مولتی پار، سفالیک، ساک + FHR=136 BP= 160/90
توسط متخصص زنان ویزیت و دستورات دارویی(سولفات منیزیم و هیدرالازین)داده شده و درخواست مشاوره اورژانس داخلی از نظر درد اپی گاستر می شود.
PT=12 PTT=27 INR =1 ، plt =156000 HB =10
در مشاوره داخلی انجام شده پره اکلامپسی شدید مطرح و ختم حاملگی توصیه شده است. توسط متخصص زنان دستور استیمولیشن داده می شود.
ساعت ۲۰:۰۵ پروتئینوری +۲،FHR =109 , BP= 150/100 افت ناگهانی قلب جنین به اطلاع متخصص زنان رسانیده شده طبق دستور اینداکشن قطع به مدت نیم ساعت مادر به پهلوی چپ خوابانده شد.
eff=30% station= -3 Sac = I Dill =2-3 cm
PT=17 PTT=27 INR=1.2
در ساعت ٤٥ : ۲۰ بعلت عدم اصلاح FHR مادر با بیهوشی اسپاینال تحت سزارین قرار می گیرد.
مادر تاری دید + درد اپی گاستر + هماچوری(مشاهده در کیسه ادرار) داشته BP= 190/80
PT=12 PTT=27 INR=1 PLT=156000
حاصل پسر زنده با آپگار ۹ در دقیقه اول و به وزن ۲۹۰۰ گرم بوده پس از عمل مادر به بخش زنان منتقل می شود. در زمان تحویل اورینته، BP=160/100، خونریزی واژینال نداشته است. در ساعت ٢٤ بدلیل BP=170/110 طبق دستور آمپول هیدرالازین تزریق می شود و دستور تکرار تزریق و در خواست مشاوره داخلی جهت کنترل فشارخون در صورت عدم کنترل می شود.
در مشاوره داخلی بیمار ایکتریک و آنمیک بوده و هوشیاری کامل داشته BP= 130/80، plt=75000 و Hb=6.7 و مادر آنوریک بوده با توجه به نبود FFP، پلاکت در این مرکز توصیه به اخذ سریع پذیرش در مرکز استان می شود. بدلیل خونریزی از لثه و محل عمل و نداشتن Out Put ادراری وضعیت بیمار به متخصص زنان اطلاع داده شد و توسط ایشان معاینه می شود.HCT=20 Hb=6.8 WBC=18900 BP= 80/60
plt=75000
PT=17 PTT=25 INR=1.7 Cr=1 BUN =22
بدلیل نبود Plt و FFP مادر به مرکز.....اعزام می شود. در زمان بیمار هوشیار و شدیداً pale و در حال دریافت P.C بوده است و خونریزی از لثه در محل عمل داشته است مادر در ICU بستری و توسط متخصص داخلی دستور ترانسفوزیونFFP و P.C ایزو گروپ، درخواست مشاوره زنان، سونوگرافی اورژانس رحم و ضمائم، دستورات دارویی، مشاوره بیهوشی می شود بیمار دارای GCS=15 و ایکتریک.

INR =1.5 HCT=24.1 Plt=51000 PT=15.3 HB=8.3 WBC=22400
SGOT=1423 SGPT=823 BS=115 PTT=35 Ddimer +
LDH=6000 direct Bili= 9.98 Total Bili =14.83
Na =142 K=4.8
U/A : pr=+3 Blood=+3

بیمار ۲ روز پس از زایمان دچار برادیکاردی شده بلافاصله اینتوبه شده و ماساژ قلبی آغاز و حمایت تنفسی با آمبو و اقدامات دارویی انجام می شود.

درخواست مشاوره اورژانس عفونی جهت پوشش مناسب آنتی بیوتیکی، مشاوره اورژانس فوق گوارش، سونوگرافی رحم و ضمائم مشاور اورژانس خون، ویزیت روزانه زنان می شود. مشاوره ها انجام می گردد. WBC=25800

INR=1.1 PTT =30 PT=14 Plt=50000 ، HCT =27 HB=9.2

GCS=3/15و بیمار Deep Coma بوده و دیالیز نیز برای وی انجام می شود اما بیمار فوت می کند.

نقد و بررسی اولین تاریخچه پره اکلامپسی

- با توجه به افزایش تدریجی فشار خونهای ثبت شده هنگام مراقبت بارداری، مراجعه به بیمارستان با تاخیر بوده.
- تشخیص پره اکلامپسی و پیشنهاد ختم بارداری توسط متخصص داخلی داده شده است!!!
- با توجه به سن بارداری حدود ۳۷ هفته و تشخیص پره اکلامپسی شدید اقدام به ختم بارداری اندیکاسیون فوری داشته است(علی رغم مولتی پاریتی و پس از حدود ٤ ساعت ایناکشن، هنگام انتقال به اتاق عمل همچنان بیشاپ اسکور پایین بوده است).
- با توجه به پره اکلامپسی شدید و افت پلاکت، بررسی از نظر سندرم هلپ و تجویز کورتون باید در نظر گرفته می شد.

به مبحث پره اکلامپسی راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

پره اکلامپسی؟– دومین تاریخچه

متوفی خانم ۱۵ ساله , PG

در هفته ۷ بارداری تحت پوشش مراقبت ها قرار گرفته است، ۳ بارتوسط ماما و یک بار توسط پزشک ویزیت شده، بدلیل نمایه توده بدنی بالا وافزایش وزن دوران بارداری به متخصص ارجاع داده شده است. بیماری زمینه ای و یا سابقه مصرف داروی خاصی نداشته است.

بیمار در سن بارداری ۳۱ هفته به علت تب و لرز به بیمارستان مراجعه نموده که ابتدا توسط ماما وسپس توسط پزشک عمومی دیده می شود که احتقان گلو وعلایم فارنژیت داشته، علایم ادراری نیز نداشته، فشارخون ۱۲۰/۸۰ بوده که پزشک اورژانس آزمایش U/A جهت وی درخواست می کند ونتیجه آن P=3+ بوده است. به پزشک متخصص زنان اطلاع داده می شود و ایشان درمان آنتی بیوتیکی جهت فارنژیت و جمع آوری ادرار ۲٤ ساعته را درخواست می کند. بیمار پنی سیلین را تزریق نمی کند، آنتی بیوتیک خوراکی تجویز و بیمار ترخیص می گردد.

روز بعد از ترخیص بعلت ادامه تب و لرز مجددا به بیمارستان مراجعه کرده و بستری می شود. علایم حیاتی در موقع مراجعه : T=39/5 – PR= 120 / RR=14 / BP= 85/60 کل بسته و صدای قلب جنین نرمال بوده است. بیمار با تشخیص احتمالی پیلونفریت بستری شده و تحت آنتی بیوتیک تراپی قرار می گیرد. ساعت ۱۰ شب بیمار دچار تشنج تونیک کلونیک می شود که درهمان زمان BP=160/100 بوده است , به متخصص زنان اطلاع داده می شود. اقدامات درمانی شامل : هیدرالازین و سولفات منیزیوم شروع می شود وبیمار به اتاق عمل جهت سزارین با تشخیص احتمالی اکلامپسی منتقل می شود. بیمار درساعت10: 50 سزارین می شود(که البته مجددا درحین انتقال به اتاق عمل نیز تشنج داشته است). حاصل سزارین دختر , پره ترم بریچ بوده است. درزمان شروع سزارین مادر سیانوز بوده واسپاسم شدید داشته است.(آنستزی جنرال داشته است) وبعد از سزارین اینتوبه بوده وبه ICU منتقل می شود.

در ساعت ۱۳ :۳۰ آزمایشات بیمار(HB=11/5 - PLT=61000 / SGOT=111 / SGPT=16 .PT=13/ PTT= 44 /PT=14 / PTT=38 / U/A= Prot 2+ / Bili = 1/3 Alp=N)

در ساعت ۱٦:۳۰ آزمایشات بیمار Hb=7/5 / PLT=44000 / Pt = 14 / Ptt = 37 Hb =10.1/ PLT= 45000 BUN=22 / Cr= 1/4

مشاوره داخلی وهماتولوژی داده می شود. با تشخیص احتمالی تب کنگو ویا TTP بیمار به بیمارستان..... اعزام می گردد. بیمار روز بعد از سزارین درICU بیمارستان..... بستری می شود که درموقع پذیرش GCS=5-6 داشته است. BP=130/80 / T=38/5 / PR= 16 / PR=110 بیمار درحال دریافت ایمی پینم – کلیندا وونکومایسین بوده است(علیرغم دریافت این داروها هنوز تب داشته است.) به علت آنمی , خون دریافت می کرده است. مشاوره نفرولوژی می شود ودیالیز انجام می شود. بیمار خون , FFP و پلاکت دریافت می کند. همچنان اینتوبه است , بعلت بیقراری وآژیته بودن میدازولام دریافت کرده , تب بالا داشته :

نهایتا بیمار ٤ روز بعد از سزارین دچار ایست قلبی تنفسی شده وبه عملیات CPR پاسخ نداده وفوت می شود. Hb=11/2 - PLT=150 - BUN= 10 – Cr= 3.8 - T= 40

نقد و بررسی دومین تاریخچه پراکلامپسی

- متولی درمان زنان باردار مبتلا به عوارض، متخصص زنان است و باید پس از بستری در سرویس زنان مشاوره های دیگر انجام شود
- در اولین مراجعه، با توجه به تب بالا، ابتلا به کوریو آمنیونیت و یا پیلونفریت باید برای وی در نظر گرفته می شد و برای بررسیهای بیشتر بستری می شد
- با توجه به عوامل خطر سن پایین و نمایه توده بدنی بالا و پروتیین ادرار pr= 3+ باید به پره اکلامپسی توجه می شد(با فشار خون نرمال نباید پره اکلامپسی رد شود و منتظر علائم وخیم مثل تشنج باشیم)

پره اکلامپسی(و فشار خون مزمن) – سومین تاریخچه

متوفی خانم ٤٤ ساله G6P3AB2 و سابقه هیپرتانسیون مزمن از ۱۰ سال قبل، پره اکلامپسی در بارداری قبلی، مصرف متیل دوپا، هیدرالازین

- در اولین مراقبت بارداری به علت فشار خون بالا به متخصص زنان ارجاع شده
- در هفته ۲۱ بارداری به مدت ۳ روز در بیمارستان بستری بوده که در آن زمان فشارخون بین 120/80 تا 180/100 بوده و متیل دوپا و هیدرالازین تجویز شده. میزان پروتئین ادرار ۲٤ ساعته ۱٦۲ میلی گرم و ادامه داروهای فشارخون و BP=120/80 (مشاوره برای ختم بارداری انجام شده ولی بیمار با رضایت شخصی مرخص گردیده است)

LDH= 600 PTP=13 ALT=10 AST=31 UREA = 5 PLT = 325000 HB=12.7 PTA=100 INR=1

- در حدود هفته ۲۵ مراجعه به متخصص قلب داشته با دستورات(متیل دوپا، هیدرالازین،آتنولول،TNG)
- در سن حاملگی ۲٦ هفته و ٥ روز در ساعت ٥:٤٠ پس از تشنج در منزل به زایشگاه مراجعه می کند. سردرد، سرگیجه و BP=200/120 داشته و بدون ثبت در پرونده ساعت ٦ به اورژانس فرستاده می شود.
- دستورات پزشک عمومی در اورژانس(قرص هیدرالازین، آمپول هیدرالازین وریدی، کنترل V/S، مشورت تلفنی با متخصص زنان) بوده. در ساعت ۷:٥۰ مشاوره انجام و طبق دستور در ساعت ۸ به زایشگاه منتقل می شود نتیجه آزمایشات: WBC=14600 U/A=PR3+ PLT=307000 بوده است
- در زایشگاه سردرد، سرگیجه داشته، خواب آلود بوده، به سوالات پاسخ میدهد، تاری دید، درد اپی گاستر، انقباض، خونریزی و آبریزش نداشته. کل بسته FHR=140 BP=190/100 ارتفاع رحم ۲۰ هفته و در ساعت ۸:۲٥ توسط متخصص زنان ویزیت که دستورات(سوند تراکشن، ایناکشن با ۲۰ واحد اکسی توسین، سولفات منیزیوم، هیدرالازین٥ گرم وریدی، کنترل BP، NPO، حفاظ تخت، وجود ست احیا بالای سر بیمار و آزمایشات زیر) داده می شود

SGOT=43 ALP=292 SGPT=15 BUN=10 CR=0/6 WBC=159000 PLT=285000 HB= 13.2 PTT=32 BILT=0/4 BILD=0/2

ساعت ۹:۳۰ سوند تراکشن و ساعت۹ ایناکشن با ٤ قطره شروع ودر ساعت ۱۲:۳۰ به ٦۰ قطره ثابت و انقباضات هر ۷ دقیقه ۲۰ ثانیه، در ساعت ۱۱:۳۰ وضعیت بیمار و پروتئین ۳+ به متخصص اطلاع داده می شود. در ساعت ۱٤:۰۰ دفع سوند تراکشن،۳-۲ /مختصر/۳-/در ساعت ۱٦:٤٥ هماچوری، بدون رفلکس پاتلا، کاهش هوشیاری، سردرد،DIL=2-3، پس از ٦ دوز هیدرالازین BP=170/110

بدستور متخصص زنان آماده سزارین و در ساعت ۱٦:٥۰ تحویل اتاق عمل می شود که PR=118 SO2=90% و BP=150/90 بوده و سزارین و تی ال برای وی انجام می شود. نوزاد دختر مرده ۲٦ هفته بوده.

بعد از عمل خواب آلود، ادماتوز، BP=170/100 SO2=96% بوده ودو دوز هیدرولازین گرفته، با هوشیاری نسبی و BP=150/90 به ICU منتقل و در ساعت ۱۸:٤٥در ICU بیمار خواب آلود، هوشیاری نسبی، مانیتورینگ و ریتم قلبی نرمال،spnt ، o2 تراپی با نازال. دستورات متخصص زنان: سوند فولی تا ۲٤ ساعت،

آمپول سولفات منیزیم هر ٤ساعت ٥ گرم، آمپول هیدرالازین، پتدین، کفلین، سرم رینگر ۱۰۰۰+ ۲۰ واحد اکسی توسین، شیاف دیکلوفناک، کنترل علائم حیاتی و خونریزی و NPO تا ٢٤ ساعت وآزمایشات زیر
SGOT=47 ALP=292 SGPT=10 BUN=10 CR=0/6 PLT=237000 HB= 13.2 PTT=13 PTA=100 PTC=13 INR=1

در ساعت ۱۹:۰۰ طبق ABG بدستور متخصص بیهوشی یک ویال بیکربنات و۲۰ دقیقه بعد کنترل ABGداشته
در شیفت صبح هوشیار، SPNT، ریتم قلبی سینوسی و فشارخون بین 148/88 تا 190/104
دستور متخصص زنان: در آوردن سوند فولی،ادامه سولفات تا ساعت ١٦ و سپس قطع، در صورت عدم کنترل فشار خون مشورت داخلی،رژیم مایعات، قرص استامینوفن و هیدرو کلرو تیازید، انتقال به بخش ساعت ١٦.
در مشورت تلفنی متخصص داخلی ساعت ١٢:٤٥ دستور(مشورت قلب) داده شده. در مشورت متخصص قلب در ساعت ١٣:٤٠ به علت سر درد و BP=179/112 دستور(با هماهنگی متخصص زنان قرص کاپتو پریل، قرص آتنولول، قرص هیدرو کلرو تیازید و اطلاع در صورت عدم کنترل فشار خون) داده شده.
دو روز بعد از سزارین طبق دستور متخصص زنان(در صورت فشار خون ۱۵ بیمار به بخش منتقل، ویزیت آنکال، در صورت صلاحدید دکتر قلب TNG)
دستورات تلفنی متخصص قلب(انتقال به بخش، کنترل فشار خون، اگر BP≥17 اطلاع، آمپول لازیکس، قرص کاپتو پریل، بدلیل سر درد شدید TNGداده نشود)
انتقال به بخش زنان. در ساعت ۱۹:۵۰ به علت BP=170/100 و سردرد شدید مشورت تلفنی با متخصص قلب، دستورات(قرص آمیلودیپین، کنترل فشار خون هر یک ساعت، کنترل سر درد، آمپول لازیکس۲۰ بدون در نظر گرفتن ساعت وبا توجه به فشار بالای ۱۸)
سه روز پس از سزارین BP=190/100 مشاوره قلب دستورات(قرص کاپتوپریل و پرازوسین و آزمایشات) WBC =33600 Na =133 K=3.9 Cr= 0.8 BUN=14 Hb=12.5 PLT=330000
مشاوره نورولوژی: بیمار سردرد در ناحیه پس سر، بدون تهوع، استفراغ ودوبینی دارد. دستورات(کنترل فشارخون، قرص ناپروکسن، فردا CT) داده شد.
مشورت قلب: قرص ناپروکسن به استامینوفن کدیین تغییر داده شده
مشورت قلب : کنترل از نظر هوشیاری، انتقال به بخش قلب، ادامه دستورات متخصص نورولوژی، کنترل فشارخون هر یک ساعت
به بخش قلب در بیمارستان دیگر اعزام می شود. در بدو پذیرش GCS=15 , BP=100/60 بوده است. بتدریج GCS=12، دچار عدم همکاری در باز کردن چشمها، عدم توانایی در نشستن می شود ، BS= 129، BP=100/60
دستورات متخصص قلب(انتقال به CCU، مشورت نورولوژی، قرص آمیلودیپین، پرازوسین، کاپتوپریل در صورت BP≥130و قطع آمپول لازیکس). در خواست CT اورژانسی و طبق تماس با جراح مغز واعصاب به دلیل خونریزی مغزی به..... اعزام و۳ روز بعد جراحی تخلیه خونریزی مغز انجام و حدود ۱۰ روز پس از سزارین فوت می کند.

نقد و بررسی سومین تاریخچه پره اکلامپسی

- به عوامل خطر سن بالای ۳۵ و تعداد بارداری ششم، سابقه فشار خون بی توجهی شده است
- مطابق نامه شماره ٤٠٠/٧٦٧٢ مورخ ۹۰/۳/۲۹ دستورات تلفنی حداکثر طی ۳۰ دقیقه باید کتبی شوند.
- با توجه به مراجعه بیمار به زایشگاه در ابتدا، باز گرداندن بیمار به اورژانس با وجود فشار خون بالا اشتباه بوده است.
- تاخیر در ختم بارداری در هفته ۲۱
- تاخیر در ختم بارداری در آخرین مراجعه. مراجعه ساعت ٤٠: ٥ صبح و سزارین در ساعت ٥٠ : ١٦ عصر

به مبحث فشار خون مزمن در بارداری در مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود(یکی از کنتراندیکاسیونهای بارداری نیاز به چند دارو برای کنترل فشار خون می باشد)

پره اکلامپسی- چهارمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۹ ساله، G1

در خانه بهداشت تحت مراقبت قرار گرفته که افزایش وزن و فشار خون در محدوده طبیعی گزارش شده است و یک نوبت به علت عفونت ادراری توسط پزشک عمومی سفالکسین تجویز میشود. به علت سن بالای مادر و گروه خونی منفی توصیه می شود که به متخصص مراجعه کند ولی مادر پیگیری نمی کند. در تماس تلفنی چند روز قبل از زایمان با بهورز، مادر می گوید ورم شدیدی کرده ولی فشار خون بالا نبوده است. ۳ نوبت هم در مطب خصوصی ماما، جهت مراقبت مراجعه داشته که علائم خطر بارداری را نداشته است.

در زمان ترم ساعت ۹ شب بعلت شروع دردهای زایمانی به مطب فوق مراجعه که در معاینه :

FHR = 140 PR = 85 BP = 120/80

و مادر به بیمارستان ارجاع می شود و ساعت ۱۱ در لیبر بیمارستان..... بستری می شود که در معاینه اولیه هوشیار بوده :

FHR = 157 RR = 16 T = 36/7 PR = 84 BP = 110/70

T.V. 7cm / 70% / cephalic / -2 / Rupture

مادر بستری، IV Line گرفته، آزمایش روتین درخواست و تحت فتال مانیتورینگ قرار می گیرد.

ساعت ۱:۳۰ صبح مادر دچار تشنج تونیک ـ کلونیک جنرالیزه می شود که بلافاصله توسط رزیدنت سال اول حاضر در لیبر ویزیت، air way گذاشته، 2gr سولفات منیزیم و 5mg هیدرالازین وریدی تزریق که تشنج کنترل ولی سیانوز با افت ضربان قلب و کاهش سطح هوشیاری ادامه داشته که با نظر اتند زنان جهت انتقال به اطاق عمل و انجام C/S اورژانسی به برانکارد منتقل می گردد که بلافاصله، دچار ایست قلبی تنفسی می شود که اقدامات احیاء توسط رزیدنت زنان شروع و کد احیاء اعلام می شود و توسط رزیدنت سال ٤ اینتوبه انجام شده و بقیه اقدامات احیاء در حضور رزیدنت بیهوشی ادامه یافته و علیرغم 6-5 دقیقه احیاء، ضربان قلب مادر برنگشته ولی ضربان قلب جنین برادیکارد که طبق سونو FHR=70 داشته و با تشخیص فوت مادر جهت نجات جنین با نظر اتند آنکال، سزارین اورژانس در لیبر انجام که نوزاد با آپگار ۲ متولد و به نوزادان منتقل که به احیاء جواب نداده فوت می کند.

در ادامه عملیات CPR، علائم حیاتی مادر برگشته، سیانوز برطرف می شود و عمل سزارین حدود ۱۵ دقیقه طول می کشد و درن داخل شکم و فاشیا گذاشته می شود و در انتهای عمل ابتدا دچارV-Tack می شود که با تزریق لیدوکائین ضربان قلب سینوسی می شود و سفتریاکسون، جنتامایسین، کلیندامایسین نیز شروع و بیمار در وضعیت اینتوبه همراه رزیدنت زنان به ICU..... منتقل و بمدت ٤٠ روز در ICU بستری و تراکئوستومی می شود و در طی این مدت GCS=3-4 داشته و وضعیت هوشیاری بهتر نشده و به بخش زنان بیمارستان..... منتقل می گردد و در بخش مامایی، اطاق ایزوله، بستری می شود در طی این مدت توسط سرویس زنان، جراحی(به علت زخم بستر) و عفونی ویزیت و خدمات درمانی لازم ارایه می شده است. وضعیت هوشیاری مادر تفاوتی نمی کند. ٦ ماه و ۱۵ روز بعد از زایمان فوت می کند

نقد و بررسی چهارمین تاریخچه پره اکلامپسی

- مادر و خانواده نسبت به انجام مراقبتها بی توجه بوده اند
- عملکرد رزیدنتها در اداره عوارض بسیار نامناسب بوده است.
- متخصص زنان بر بالین بیمار بدحال حاضر نشده است

به مبحث پراکلامپسی (راهنمای تزریق سولفات منیزیم) در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

پره اکلامپسی(و خونریزی)- پنجمین تاریخچه

متوفی خانم ٤١ ساله $G_3P_1Ab_1$ که آخرین زایمان ایشان ۲۰ سال پیش بوده و پس از آن نازایی ثانویه داشته است(حاملگی خواسته). سابقه بیماری سیروز کبدی و عمل اسپلنکتومی(سال ۷۹) داشته است. در همان مراقبت بار اول توسط پزشک مرکز به متخصص داخلی و زنان ارجاع داده می شود. در طی دوران بارداری مادر بارها به علت تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، ادم، افزایش وزن ناگهانی، فشار خون بالا، سیروز کبدی، BMI بالا، سابقه نازایی، خونریزی واژینال به متخصص زنان و داخلی و قلب ارجاع شده بود.(حدود ۷ بار)

اکوکاردیو گرافی بیمار نیز غیر طبیعی بوده است. متخصص زنان داروی متیل دوپا تجویز کرده و دستور چک فشارخون روزانه توسط بهورز می دهند که این کار توسط بهورز مرد انجام می گیرد.

در آزمایشات مادر آزمایشات کبدی غیر طبیعی، و PLT=91000 بوده است.

در پس خوراندهای متخصصین توصیه ای در مورد ختم حاملگی وجود نداشته است.

در سن بارداری(٣٦ هفته و ١ روز) ۳:۵۰ صبح با درد هیپوگاستر و هماچوری(از۳ روز قبل) به زایشگاه مراجعه می کند و ساعت ٥ صبح به اورژانس فرستاده می شود. توسط پزشک عمومی معاینه شده فشار خون بیمار ۱۱۰/۷۰ بوده و مادر سابقه عمل اسپلینکتومی و مصرف متیل دوپا و سابقه فشارخون بالا را ذکر می کند که با توجه به ادم ۳+ و پروتئینوری ٤+ تشخیص احتمالی پره اکلامپسی برای وی داده می شود.وضعیت بیماربه اطلاع متخصص زنان رسانده می شود.

در ساعت ۷صبح مجددا وضعیت بیمار تلفنی به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود که دستور تزریق هیوسین می دهند.

ویزیت حضوری متخصص زنان از بیمار ساعت ۸:۳۰ صبح انجام شده و فشار خون مادر در این ساعت ۱۳۰/۹۰ بوده است و در ساعت ۹:۱۵ فشارخون ۱٦۰/۱۱۰ می شود Dill:9cm بوده است که به اطلاع دکتر(در اتاق عمل) رسانده و دستور تزریق هیوسین(5mg) و انفوزیون سولفات منیزیم(4gr) داده می شود. جواب CBC اولیه مادر ساعت ۹:٤۰ آماده می شود که پلاکت ۱٦۹۰۰۰ و هموگلوبین ١٤ بوده است. در ساعت ۹:۳۰ صبح زایمان طبیعی با حضور متخصص انجام شده و در ساعت ۹:۵۵ به دلیل خونریزی و باقی ماندن پرده ها کوراژ انجام می شود.

در ساعت ۱۰:۳۰ صبح رحم کمی شل و خونریزی داشته که از کیسه یخ استفاده شده است و از ساعت ۱۰:٤۰ تا ۱۲:۱۵ به فاصله هر ۱۵ دقیقه خونریزی مادر با ماساژ رحم کنترل می شود.

ویزیت مجدد متخصص از بیمار به دلیل خونریزی ساعت ۱۱:٤۵ صبح بوده است که ۲ واحد Pack cell و ٤ واحد خون جهت تزریق درخواست نمودند و واژن و سرویکس چک می شود در این زمان چند لکه اکیموز در سطح پاها و لگن مشهود بوده است.

فشار خون متوفی از زمان زایمان تا ساعت ۱۲:۱۵ بین ۱۲۰/۸۰ تا ۱۰۰/٦۰ و نبض بین ۸۸ تا ۹۰ بوده است.

اولین بسته خون در ساعت یک بعد از ظهر آماده، تزریق آن شروع و بیمار در ساعت ۱:۲۰ بعد ازظهر به اتاق عمل جهت لاپاراتومی و هیسترکتومی منتقل می شود.

تشخیص های مطرح توسط متخصص زنان در این زمان(طبق اظهار کتبی): احتمال وجود پره اکلامپسی، مشکلات انعقادی، آتونی رحم بوده و اقدامات انجام شده جهت کنترل خونریزی: دو عدد قرص سیتوتک(رکتال)- سرم اکسی توسین – ماساژ دودستی – Pack با گاز - Ice Bag بوده است.

جواب CBC بیمار که ساعت ۱۰:۲۸ درخواست و انجام شده بوددر اتاق عمل به اطلاع پزشک معالج رسانده شد که نسبت به آزمایش بدو ورود مادر پلاکت از ۱۶۹۰۰۰ به ۵۱۰۰۰ و هموگلوبین از ۱٤ به ۱٦ رسیده بود.
در اتاق عمل قبل از شروع جراحی طبق خواسته متخصص زنان بیمار برای معاینه واژینال آماده می شود که دقایقی بعد ایست قلبی نموده، عملیات CPR پس از یک ساعت ناموفق و مادر ساعت ۱٤:۵۵ فوت می کند.

نقد و بررسی پنجمین تاریخچه پراکلامپسی

- عوامل خطر : سن بالای ۳۵ سال، سابقه سیروز کبدی، BMI بالا، مصرف متیل دوپا در بارداری.
- با وجود آزمایشات غیر طبیعی کبد و پلاکت ۹۱۰۰۰ بررسیهای تکمیلی برای بیمار انجام نشده(پراکلامپسی شدید و سندرم HELLP).
- ویزیت بیمار بدون توجه به علائم پره اکلامپسی شدید با تاخیر فراوان انجام شده است.
- دستور تزریق هیوسین در هر دو نوبت(آن هم به صورت تلفنی) بدون دلیل علمی بوده.
- پس از تشخیص علت خونریزی، اقدامات Life Saving برای مادر با تاخیر انجام شده(زایمان در ساعت ۹:۵۵، تزریق اولین واحد خون در ساعت ۱۳و انتقال به اتاق عمل برای لاپاراتومی در ساعت ۱۳:۲۰) و سایر اقدامات نیز در حد ماساژ رحم و کیسه یخ بوده.

به مبحث پراکلامپسی شدید و مبحث خونریزی پس از زایمان در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

پره اکلامپسی(سندرم HELLP) – ششمین تاریخچه

متوفی خانم ۲۶ ساله $G_2P_0Ab_1$ با سابقه نازایی بوده است.

به علت سابقه دیابت در خانواده، افزایش وزن ناگهانی، BMI در محدوده خیلی چاق داشته و یک بار به علت فشار خون ۱۳۰/۹۰ به متخصص زنان ارجاع شده است. آزمایشات دوران بارداری نرمال بوده.

در سن بارداری ۳۷ هفته به علت بریچ بودن جنین و پارگی کیسه آب به صورت اورژانسی سزارین می شود.

در آزمایشات اولیه در بیمارستان هموگلوبین مادر ۱۴.۶ و پلاکت ۱۳۱ هزار بوده است. فشارخون متوفی در برگ بیهوشی ۱۶۴/۱۰۰ بوده است. بعد از آن فشارخون متوفی نرمال بوده. روز بعد از سزارین بیمار پس از زایمان علی رغم نظر کادر پزشکی با رضایت شخصی ترخیص شده است.

مراقبت پس از زایمان در مرکز بهداشتی درمانی ٤ روز پس از سزارین انجام می شود که مشکل خاصی نداشته است. زردی در مادر دیده نشده و طبق پرونده فشار خون مادر ۱۲۰/۸۰بوده است

مادر ٦روز پس از سزارین با شکایت از سرگیجه و سردرد به مطب پزشک عمومی مراجعه می کند. طبق گفته همراه متوفی رنگ وی کمی زرد بوده است. طبق مصاحبه با پزشک مربوطه فشار خون مادر پایین بوده و دو سرم به همراه آمپول های تقویتی دریافت می کند. طبق نظر ایشان مادر فقط کمی سرگیجه داشت و از هیچ دردی شاکی نبود و کمی رنگ پریده بوده. مادر پس از دریافت سرم بهتر می شود و فردای آن روز نیز آمپول تقویتی تزریق می کند.

مادر ۸ روز پس از سزارین بعد از ناهار بیان می کند که حال بسیار بدی دارد و او را به بیمارستان می برند.

شکایات وی هنگام مراجعه به بیمارستان ضعف و سرگیجه، زردی، تهوع و درد قسمت بالای شکم بوده و جهت رد سندرم hellp و hepatitis بستری می شود. فشارخون ۱۶۰/۹۰ بوده است.

در آزمایشات هموگلوبین ۸.۲ و پلاکت ۳۲۰۰۰ بوده است. همچنین در آزمایشات BUN، بیلی روبین، PT، PTT غیر طبیعی بوده است. سایر آزمایشات انجام نشده است. در بدو ورود سرم برای ایشان تزریق شده و آمپول های ویتامین B6، رانیتیدین و پلازیل را دریافت کرده است. طبق دستور متخصص داخلی یک واحد PC و چهار واحد FFP درخواست می شود. در سونوگرافی لگن و شکم طبیعی بوده و فقط در کبد اکوی پارانشیمی به صورت منتشر افزایش نشان می دهد که مطرح کننده Minimal fatty change می باشد. تزریق خون ساعت ۹ شب و شروع FFP از ساعت ۱۰ شب بوده که ساعت ۱۲ شب تمام می شود ودر ساعت ۲ صبح فوت می کند. خانواده متوفی اظهار می کنند پس از اتمام تزریق خون مادر ناله ای کرده و پس از چند تنفس سخت فوت می کند

نقد و بررسی ششمین تاریخچه پراکلامپسی

- عوامل خطر: سابقه دیابت در خانواده، BMI در محدوده خیلی چاق، سابقه نازایی.
- پس از سزارین، با وجود فشار خون بالا، مادر با رضایت شخصی مرخص شده است.
- پس از ترخیص و هنگام مراجعه به پزشک عمومی با وجود شکایت از سردرد و سرگیجه، زردی وی مورد توجه قرار نگرفته و با درمانهای سرپایی مرخص شده است
- هنگام مراجعه به بیمارستان با وجود پایین بودن پلاکت و هموگلوبین و بالا بودن فشار خون درمانهای علامتی برای وی انجام شده است

به مبحث اکلامپسی و سندرم HELLP راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

پراکلامپسی – هفتمین تاریخچه

متوفی خانم ۲۰ ساله G1 یکماه بعد از ازدواج باردار شده سابقه بیماری و جراحی نداشته است در طول بارداری ٤ بار توسط بهورز،٥ بار ماما و دو بار پزشک ویزیت شده و تحت نظر متخصص زنان نیز قرارداشته. اولین مراقبت درهفته ۷ بارداری و آخرین مراقبت در هفته ۳۱ بارداری انجام شده است

آزمایشات دوران بارداری:

Hb=11.8 Hct=35.1 plt=234000 FBS=74 UA=NL
BUN=11 BGRh=o+

(28wk+6d) : Hb=8.9 Hct=29.2 plt=154000 FBS=125 GTT=NL
UA:UTI (درمان با سفکسیم)

سونوگرافیهای انجام شده در طول بارداری:

GA=18WK(-+)1d placenta= posterior AF=NL
FHR=157 GA=33-34Wk placenta= post AF=NL Pr=cephalic

در سن بارداری حدود ۳۰ هفته بدلیل سرگیجه توسط مامای مرکز درمانی روستایی به متخصص زنان ارجاع شده است که از پسخوراند آن اطلاعی در دست نیست. در سن حاملگی ٣٤ هفته بدلیل استفراغ(۳ بار) و سوزش سر دل حدود ٦ صبح به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده و تحت سرم تراپی به صورت سرپایی توسط پزشک عمومی قرار گرفته سپس به منزل مراجعه کرده. مجدداً ساعت ۱۰ صبح همانروز به خانه بهداشت مراجعه می نماید بهورز مادر را بدلیل سوزش سر دل، تهوع، ورم پشت پا و زردی به مرکز درمانی روستایی ارجاع می دهد پزشک مرکز برای بیمار سرم، آمپول ب کمپلکس و دگزامتازون تجویز نموده و به متخصص زنان ارجاع می دهد. مادر عصر همانروز به مطب متخصص زنان مراجعه می نماید توسط ایشان سونوگرافی درخواست شد در سونوی انجام شده سن بارداری ٣٦-٣٥ هفته، مایع آمنیوتیک نرمال،FHR=150 گزارش شد و در ساعت ۱۷:۲۵ در بخش زنان با نامه متخصص در بیمارستان شهرستان بستری شد درخواست ارسال آزمایشات روتین پره اکلامپسی،UA،CBC جمع آوری ادرار ٢٤ ساعته، چک FHR هر ۸ ساعت، آمپول رانیتیدین، پلازیل داده شد.

Hb=10.8 Hc t=33.5 MCV=93.3 WBC=10300 RBC=3.59 Plt=103000 Urea=6.9
Cr=1.5 SGOT=509 SGPT=329 ALP=1104
T.Bili=8.9 D.Bili=5.5 U/A=Protein:(-)

ساعت ۸ فردا صبح بیمار توسط متخصص زنان ویزیت شد بدلیل مختل بودن LFT و پایین بودن پلاکت درخواست چک مجددآزمایشات به صورت اورژانسی، و مشاوره اورژانس داخلی داده شد

آزمایشات مجدد:

Hb=10.9 Hct=31.5 MCV=89.7 PLT=60000 BUN=20 Cr=1.4
Uric Acid=8.5 SGOT=465 SGPT=340 ALP=1055 T.Bili=10 D.Bili=6.5
PT=30 , 31 PTT=73 , 68 INR=4.4 , 4.7

ساعت ۱۲:۱۵ مشاوره داخلی انجام شد درخواست PBS، ارسال آزمایشات فیبرینوژن،FDP،D-Dimer، چک I/O تزریق دو واحد FFP، تجویز دگزامتازون داده شد.

ساعت ۱۲:۲۵ به اتاق عمل با BP=120/75 PR=100 و اسکلرا ایکتریک پذیرش شد عمل سزارین انجام شد در طی عمل ۳ واحد FFP و ۲ واحد پلاکت تزریق شد Urine Out Put:300cc در حین عمل بوده است. بعد از عمل در ساعت ۱۵ هوشیار با BP=110/60 PR=82 به ICU منتقل شد در ICU تحت اقدامات درمانی لازم قرار گرفت در سیر بستری بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری می شود(در هنگام تحویل شیفت به شبکار بیمار خواب آلوده بوده است) به تحریکات دردناک پاسخ داده ولی ارتباط کلامی برقرار نمی کند و pale بوده به متخصص زنان اطلاع داده شد ساعت ۲۱ توسط ایشان ویزیت و درخواست مشاوره اورژانس داخلی و نورولوژی داده شد برای بیمار سولفات شروع شد طبق مشاوره نورولوژی Brain CT Scan انجام و ساعت ۲۳:۳۰ به بیمارستان..... با علائم زیر اعزام شد:

BP=125/72 PR=100 RR=23 T=37.2 O2sat=98% U/O=500CC

آزمایشات قبل از اعزام:

WBC=11300 , 14200 Hb=10 , 9.8 plt=82000 ,141000
BUN=13 , 10 Cr=1.6 , 1.7 PT=31, 22 PTT=68, 37
SGOT=401 SGPT=273 ALP=1044 T.Bili=10 D.Bili=6

ساعت ۱ صبح در بیمارستان.... پذیرش شد ساعت ۲۱ همانروز به ICU منتقل شد در این مرکز تحت مشاوره زنان، خون، گوارش، ریه، نورولوژی، نفرولوژی و جراحی قرار گرفت اقدامات درمانی لازم و پلاسمافرزیس انجام شد. در سیر بستری دچار آسیت(دوبارTap شد در دفعه دوم ۲۰۰ سی سی مایع خونی خارج شد) هماچوری، ملنا و تشنج در اندامها شد که اقدامات درمانی انجام شد. در سونوگرافی شکم و لگن آسیت شدید گزارش شد. بتدریج دچار افت GCS شد و o2Sat بیمار کاهش یافت ترشحات ریه کف آلود و آجری رنگ می شود. بیمار اینتوبه گردید. بدلیل افت فشار خون(50/P) دوپامین شروع شد ولی افت فشار خون ادامه یافت تا اینکه بیمار برادیکارد شد آتروپین تزریق شد ولی بیمار آسیستول شد اقدامات احیا انجام که موثر نبود و بیمار ۱۰ روز پس از سزارین فوت نمود.

سیرآزمایشات:

Hb=9.5 - 9.3 - 8.9 - 9 - 10.2 - 10.5 - 9 - 5.5 - 6.9

Plt=113000 - 100000 - 150000 - 125000 – 75000- 87000 - 45000 - 15000 - 117000

SGOT=384 - 322 - 141 - 64 - 47 - 42

SGPT=227 - 323 - 53 - 27 - 21 7

ALP=1075 - 806 - 607 - 492 - 331

LDH=1931 - 1729 - 1531 - 1613 - 1734

T.Bili=7.4 - 7.6 - 12.3 - 13.4 - 17.7 - 18.7

D.Bili=7.2 - 4.9 - 7.4 - 8 - 8.1

PT=19 - 20 - 26.3 - 18 - 23 - 18 - 17.5 - 16.6 - 17.9 - 18.7 - 17.2

PTT=32 -38 - 34 - 34 - 52 - 38 - 39 - 35 - 34 - 41 - 88

Urea: 30 - 34 - 61 - 94 – 107 – 146 – 129 - 116 - 162

Cr: 2 - 1.8 - 1.7 - 1 - 1.1 -1.2 - 0.8 - 2.5 - 2.1 - 1.2

UA(1) :RBC=2-3 WBC=3-4 Bact=+ Blood=trace Hb=+

UA(2) :RBC=10-12 WBC=3-5 Bact:+1 crystal.Am.urate=+1 Granular cast=2-3 Hb:+2

UA(3) :RBC=1-2 WBC=3-5 Bact=few Protein=Trace

Body fluid: Alb=0.9 protein=2.4 RBC=420000 WBC=500 PMN=80 MN=20

Glucose/Asit:170 LDH/Asit=578 (Biochemistery:BS=129 Alb=3.3 LDH=1729)

نقد و بررسی هفتمین تاریخچه پراکلامپسی

- با وجود علائم سوزش سر دل و استفراغ و... توسط پزشک عمومی بیمارستان شهرستان درمان سرپایی انجام و ترخیص شده است.
- طبق بخشنامه شماره ٦٦٢٢/ ٤٠٠ د مورخ ٩١/٥/١٦ کلیه زنان باردار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان باید توسط متخصص زنان یا ماما ویزیت و یا مشاوره شوند.
- پس از ارجاع به مرکز روستایی و مطابق دستور عمل مراقبتهای خارج بیمارستانی بیمار نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان داشته است.
- با وجود مختل بودن آزمایشات و در نظر داشتن اولین تشخیص(پره اکلامپسی)، شروع سولفات و ختم بارداری با تاخیر انجام شده است.

پراکلامپسی – تاریخچه هشتم

متوفی خانم ۲۸ ساله G1 در مراکز بهداشتی درمانی تحت مراقبت نبوده. در سن بارداری حدود ۳۵ هفته به درمانگاه خصوصی مراجعه نموده و مشکلی نداشته(BP=130/80) با توجه به گزارش سونوگرافی هفته ۳۲ (پرزانتاسیون بریچ) سونوی مجدد درخواست شد.

یک هفته بعد بدلیل سر درد و تاری دید به درمانگاه مراجعه و BP/160 داشته اما علیرغم توصیه پزشک آن مرکز مبنی بر مراجعه به بیمارستان متاسفانه مادر به منزل رفته و یک روز بعد ساعت ۱۳:٤۰ با شکا یت از سر درد، تاری دید و درد ناحیه اپی گاستر به اورژانس بیمارستان مراجعه و در بدو ورود تشنج می کند.

FHR=136 BP150/90 PR=96 RR=16 T=37
TV: 1Finger , -3, 30%, cephalic. intact ، GA=36W+5d

در اورژانس Air way گذاشته شد ترشحات حلق ساکشن شد، سولفات منیزیوم تزریق و سوند فولی فیکس شد.

Hb=12.3 Hct=38.1 Plt=81000 urea=39 cr=0.8 fib=250 PT=13 PTT=34
U/A:Pro(+4) Hb:(+2) RBC:6-8 WBC=12-14 Granular cast=3-4 bact=2+
T.Bili=1.4 D.Bili=0.6 AST=495 ALT=265 ALP=460

وضعیت بیمار توسط رزیدنت ارشد به اطلاع متخصص زنان رسانیده می شود دستور ایناکشن جهت ختم بارداری داده شد ایناکشن ساعت ١٤:٢٠ شروع می شود در ساعت ١٩:٠٠ مادر مجددا" تشنج می کند توسط متخصص زنان در لیبر ویزیت و ساعت ١٩:٢٥ به اتاق عمل منتقل و تحت بیهوشی جنرال سزارین می شود نوزاد دختر با آپگار ٦/٩ متولد شده و مادر ساعت ٢١:١٥ با GCS=3، اینتوبه، مردمکها دوطرفه میدریاز فیکس، خونریزی فعال از دهان، هماچوری BP=70/P و HR=136 درICU بیمارستان.... پذیرش و به ونتیلاتور وصل گردید. تزریق ١٠ واحد پلاکت،١٤ واحد کرایو، ٤ واحد پک سل و ٢ واحد FFP، تزریق سرم دوپامین بعلت BP=70/P، تجویز آنتی بیوتیک و سایر اقدامات درمانی مورد نیاز انجام شد بعلت فقدان DTR سولفات منیزیوم قطع شد. مشاوره نورولوژی انجام و فنی توئین شروع شد. مشاوره ENT انجام و بعلت خونریزی از دهان تامپون گذاشته شد. یک روز بعد ساعت 3:00 AM بیمار دچار ارست قلبی تنفسی شده اقدامات CPR بلافاصله شروع شد اما متاسفانه موثر نبوده و مادر فوت می نماید.

Hb=10/5 - 8/5 - 13 Hct=32/6 - 25/7 - 38/1
Plt=164000 - 115000 - 25000 BS=208 -123 PT=17/4 - 14 - 15/4
PTT =33 - 36 - 40
Urea=38 - 39 Cr=0/9 - 0/8 Na=140 -154 K=3/7 - 3/2
U/A: Pro=3+ Blood=3+ RBC=Many Fib=305 D-Dimer=0/8
SGOT=259 SGPT=98 Fib=305 D-Dimer=0/ 8 Bili:D=0/8 T=2/1
LDH=2263 Alp=295

نقد و بررسی هشتمین تاریخچه پراکلامپسی

- هنگام مراجعه به درمانگاه با وضعیت تاری دید و سردرد و فشار خون ۱۶۰ نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان داشته. دراین مورد مادر و خانواده نیز بی توجهی و سهل انگاری کرده اند که نیاز به مشاوره بیشتری داشته اند
- با توجه به یک بار تشنج و سایر علائم و آزمایشات و بارداری اول، اقدام برای ختم بارداری با تاخیر زیاد انجام شده است

تاریخچه های آمبولی

آمبولی(و پره اکلامپسی)– اولین تاریخچه

متوفی خانم ؟ ساله G1 و BMI= 19.53 ٦ بار توسط پزشک و ٦ بار توسط ماما مراقبت شده است. آخرین مراقبت در هفته ٣٤ بارداری می باشد. آزمایشات و سونوگرافیهای روتین دوران بارداری انجام گرفته، مشکل خاصی وجود نداشته است. در فاصله بین ٢ مراقبت روتین (٧٠ روز) ١٠ کیلو گرم وزن گیری داشته است، ادم، پروتیین اوری، فشار خون طبیعی بوده، با توجه به افزایش اشتهای مادر توصیه های تغذیه ای و قطع مصرف مولتی ویتامین داده می شود. در طول یک ماه ٢ بار مراقبت می شود، ٥ کیلوگرم افزایش وزن داشته، مجددا توصیه های تغذیه ای می شود.

در سن بارداری ٣٦ هفته بعد از ظهر بعلت درد شکم به مطب متخصص مراجعه می کند با دستورات دارویی در بخش زنان بستری می شود. ساعت ٣٠ : ٢٢ بعلت درد شدید در ناحیه جناق و بین دو کتف با متخصص تماس گرفته شده Bp=130/80

بعد از اجرای تمامی دستورات دارویی در بخش زنان بعلت عدم بهبودی درد ناحیه اپی گاستر بیمار به اتاق زایمان منتقل شود ساعت ٢ صبح فردای روز پذیرش بعلت درد در اتاق زایمان ادمیت شده ساعت ٤ صبح با متخصص زنان تماس گرفته می شود که علت تماس ثبت نشده است

چک U/A و آزمایشات زیر دستور داده شده است SGOT/SGPT/Alk-p/Bun/Cr

بر طبق گزارشات مامایی از ساعت 2:30 تا 9:30 صبح برای بیمار V/S ثبت نشده

ساعت 9:30 صبح FHR =135 Bp = 150/90

ساعت 9:45 صبح متوفی سونو گرافی می شود که جواب سونو گرافی ٣٦ هفته و BPP =10/10 می باشد.

ساعت ٤٥ : ١٠ صبح توسط متخصص ویزیت شده که Bp = ١٥٠/٩٠ و U/P =+3 با دستورات زیر و به علت درد اپی گاستر آماده عمل می شود

Iv stat 20 CC (Mgsa%20) +80CC(Dw5%) در عرض ٢٠ دقیقه

Amp cefazolin 2g Iv stat

حاصل زایمان دختر زنده با آپکار ٩/١٠ متولد شده

ساعت ١ صبح روز پس از سزارین بدنبال تنگی نفس و درد به پرستار کشیک اطلاع دادند. BP=150/70 پس از اطلاع به متخصص دستور ترزیق آمپول لازیکس را می دهند

ساعت ٤٠: ٩ بیمار از درد وسط سینه و پشت شاکی بوده که به اطلاع متخصص رسیده که دستور ترزیق ٥٠٠cc سرم دکستروز + رانتیدین را می دهند

لازم بذکر است که در کلیه آزمایشات U /A ارسالی protein 3+ بوده

بیمار ٢ روز پس از سزارین ساعت ١١ صبح مرخص می شود به گفته مادر متوفی همان روز ساعت ١٥/١٥ به دنبال سردرد ناگهانی دچار افت هوشیاری می شود و در عرض ١٥ دقیقه به بیمارستان منتقل می شود که بدون تنفس، سیا نوتیک، فاقد نبض و صداهای قلبی ادمیت می شود. مردمکها دوبل میدریازو بدون واکنش به نور بوده . عملیات CPR به مدت ٤٥ دقیقه ادامه داشته بعلت عدم جواب ختم CPR اعلام می شود و متاسفانه فوت می کند.

نقد و بررسی اولین تاریخچه آمبولی

- کنترل علائم حیاتی به مدت ۵ ساعت در بخش انجام نشده است.
- نحوه درمان پراکلامپسی نامناسب بوده است (عدم ادامه سولفات منیزیم تا ۲٤ ساعت پس از زایمان، تزریق آمپول لازیکس برای کاهش فشار خون و...).
- به علائم خطر پس از سزارین (تنگی نفس و درد) توجهی نشده.
- باوجود اولیگوری پس از سزارین، بیمار خیلی زود مرخص شده (زمان ترخیص در بیماران پره اکلامپسی به شرط طبیعی بودن وضعیت مادر حداقل ٤٨ ساعت پس از زایمان می باشد)
- عوامل خطر مرتبط با ترومبوآمبولی: پره اکلامپسی، سزارین

به فصل ٤٧ (Williams Obstetrics 2010 p:1014) مبحث عوامل مرتبط با افزایش خطر ترومبوآمبولی مراجعه شود

عوامل خطر (مامایی) شامل: زایمان به طریق سزارین، دیابت، خونریزی و کمخونی، استفراغ شدید حاملگی، بی حرکتی و استراحت طولانی مدت در بستر، حاملگی چند قلویی، مولتی پاریتی، پره اکلامپسی، عفونت نفاسی.

عوامل خطر(عمومی) شامل: سن ۳۵ سال یا بالاتر، سرطان، بیماری بافت همبند، بی حرکتی(مسافرت طولانی)، عفونت و بیماری التهابی، بیماری میلوپرولیفراتیو، سندرم نفروتیک، چاقی، مصرف کنتراسپتیو خوراکی، جراحی اورتوپدیک، پاراپلژی، سابقه ترومبوآمبولیسم، بیماری سلول داسی شکل، استعمال دخانیات، ترومبوفیلی.

آمبولی– دومین تاریخچه

متوفی خانم ۳۵ ساله G3P2 سابقه دو بار سزارین BMI =30.94
بطور خواسته باردار شده. تحت نظر متخصص زنان و پایگاه بهداشتی بود و هیچگونه مشکل خاصی نداشته است.
در زمان ترم با درد زایمانی مراجعه و بستری می گردد. حال عمومی مادر خوب و علائم حیاتی Stable می باشد .
VS:Bp=110/80 , PR =82 , RR=18 , T=36.8 Cont=4.25/mod
TV:D=5 , EFF=50% , ST=-3 , M=IN, Pres=cephalic , FHR=142
وضعیت طی تماس تلفنی به اطلاع متخصص زنان می رسد، جهت سزارین آماده می شود ساعت ۹:۳۰ مادر تحت بیهوشی اسپاینال قرار می گیرد. حین عمل مشکلی نداشته است. سزارین انجام می شود. جدار شکم با انسزیون فان اشتیل در محل اسکار قبلی باز شد، جدار رحم با انسزیون kerr باز شد نوزاد دختر ظاهراً سالم با وزن ۲۹۰۰ گرم در ساعت ۱۰:۲۵ مادر با حال عمومی خوب، بیداری کامل ، بدون سیانوز و خونریزی تحویل بخش جراحی گردید .
(BP=100/80 PR=80 RR=Normal)
طبق گزارش واحد جراحی ، در ساعت ۱۰:۳۰ مادر با هوشیاری نسبی و علائم حیاتی Stable تحویل گرفته شد.
(BP= 90/60 , PR=82 , RR=20)
در ساعت ۱۱ خونریزی واژینال نداشت و محل پانسمان خشک بود طبق دستور سرم تراپی ادامه می یابد .
AMP Pethidine50mg/IM
AMP cefazoline1gr/ IV
ساعت ۱۱:۳۰ مادر حالت تهوع استفراغ داشت علائم حیاتی کنترل شد (BP=100/6 PR= 76)
علیرغم تزریق مسکن ، از درد شدید شکمی شکایت داشت، دستور استفاده از شیاف دیکلوفناک اجرا شد، موثر بود و درد کاهش یافت.
به علت تعریق، گان تعویض شد. ساعت ۱۱:۵۰با توجه به درخواست مادر سرتخت بالا داده شد.
ساعت ۱۲:۱۰ متعاقب استفراغ خیلی کم زرد رنگ، دستها و لبها سیانوز شد ، نبض خیلی ضعیف و نخی شکل بود و فشار خون قابل اندازه گیری نبود. O2thrapy با ماسک برقرار و کد ۹۹ فرا خوانده شد. متخصص بیهوشی و اعضای کد ۹۹ بر بالین بیمار حضور یافتند ، CPR شامل اینتوباسیون و تنفس با بگ، اقدامات دارویی، ماساژ قلبی و DC-SHOCK انجام شد که متأسفانه عملیات CPR ناموفق بود. باتوجه به سیر بیماری و ارست ناگهانی، آمبولی ریوی massive اولین تشخیص است.

نقد و بررسی دومین تاریخچه آمبولی

- عوامل خطر: سابقه ۲ بار سزارین، BMI بالاتر از طبیعی(30.94)
- عوامل خطر مرتبط با ترومبوآمبولی: BMI بالاتر از ۳۰ ، سزارین
- در زمان تحویل بیمار از ریکاوری به بخش(۱۰:۳۰ صبح) فشار خون بیمار قابل قبول بوده ولی در ساعت ۱۱:۳۰ به علائم تهوع و استفراغ و تعریق شدید(که منجر به تعویض گان شده است) و به دنبال آن احساس تنگی نفس(که در مادر احساس نیاز به بالا بردن سر تخت کرده) بی توجهی شده است.
- در ساعت ۱۲:۱۰ بیمار در وضعیت شوک بوده و به علت از دست دادن Golden Time، در شرایط غیر قابل بازگشت قرار گرفته است.

برای نحوه کنترل و ثبت علائم حیاتی به راهنمای شماره ۵ راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

آمبولی مایع آمنیوتیک (و پره اکلامپسی، سقوط از تخت) – سومین تاریخچه

متوفی خانم ۳۸ ساله G5P3Ab1
بارداری ناخواسته و با فاصله ٤ سال از حاملگی اخیر. جز سابقه فشار خون بالا در ۲ حاملگی قبلی، سابقه بیماری دیگری نداشته است .
در دوران بارداری از هفته دوازدهم حاملگی جهت تشکیل پرونده بهداشتی به پایگاه بهداشتی مراجعه و آزمایشات روتین و سونوگرافی درخواست که طبیعی بوده است و چند نوبت دیگر هم مراجعه داشته و در تکرار آزمایشات در هفته ۲۵ حاملگی، با توجه به GCT = 198 با احتمال دیابت بارداری که تحت درمان با انسولین در ۲ نوبت قرار می گیرد و گاهی اوقات هم دچار افزایش فشار خون که در حد Severe نبوده ، می شده است .
در زمان ترم ساعت ۲صبح به علت شروع علائم زایمانی به بیمارستان ..... مراجعه می کند و در معاینه ساعت ٤٥ : ۲ صبح در زایشگاه توسط مامای کشیک :

BP = 140/80 FHR = OK FH = Term
T.V= 1 finger /10% /cep / Float

که جهت وی U/A و BS انجام که Pro/U = Trace و BS = 112 بوده و سپس ساعت ٥ صبح در زایشگاه بستری، آزمایشات روتین پره اکلامپسی درخواست و با دستور تلفنی متخصص زنان ، سولفات منیزیم بلافاصله شروع و انسولین ساعت ۷ صبح تزریق نشده و از ساعت ٦ صبح هم ایندکشن شروع می شود، تا ساعت ٤٥ :۷ کنترل علائم حیاتی در پرونده ثبت شده است. طبق اظهارات مامای کشیک (ماما مسئول بخش) سه بیمار در اتاق لیبر بستری و سه ماما کشیک بوده است که یک نفر در ادمیت در حال پذیرش یک بیمار بوده و بیمار تخت ۳ توسط ماما جهت زایمان به تخت لیبر منتقل و به علت مکونیوم بودن ، مامای سوم هم در حال آماده کردن وسایل احیاء نوزاد و رسیدگی به نوزاد بوده است که صدایی شنیده و به اتاق لیبر می رود، حدوداً ساعت ۱۰ : ۸ طبق گفته بیمار تخت مجاور بیمار ابراز می کند که سوختم و سپس دچار لرزش شده و از تخت پایین می افتد که با سر و صدای ایجاد شده ، پرسنل متوجه و بالای سر مریض رفته که بلافاصلهairway و اکسیژن گذاشته و کد احیاء زده می شود که در گزارش گروه CPR بیمار بدون نبض و تنفس روی زمین افتاده بوده که اقدامات احیاء انجام، بیمار توسط متخصص بیهوشی اینتوبه می شود و بعد از یک ساعت CPR اقدامات فوق موثر نبوده و بیمار فوت می کند . جواب آزمایشات :
Plat = 163000 Cr = 0/8 BUN=12 Hb =9 PT=14 PTT=45

طبق اظهارات همراه بیمار اطراف چشم وی کبود شده بود. جسد متوفی به پزشکی قانونی جهت اتوپسی فرستاده می شود ، که در گزارش اولیه : اطراف مغز خونریزی و شکستگی جمجمه نداشته، قلب علایم خونریزی نداشته، در ریه شواهدی از آمبولی نبوده ولی نقاط پتشی نشان دهنده Congestion Acute Lung گزارش شده است. نتیجه اتوپسی آمبولی مایع آمینوتیک می باشد.

نقد و بررسی سومین تاریخچه آمبولی

- بی توجهی به عوامل خطر در تاریخچه (سن بالای ۳۵ سال، سابقه فشار خون بالا در بارداری، GCT= 198)
- عوامل خطر مرتبط با آمبولی مایع آمنیوتیک: سن بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم، پره اکلامپسی، ایندکشن
- بی توجهی به اصول اولیه مراقبت از بیمار مبتلا به پره اکلامپسی که موجب سقوط بیمار از تخت شده است
- صدور دستور تلفنی ایندکشن و عدم ویزیت بیمار توسط متخصص
- ادامه ایندکشن علی رغم ناکافی بودن تعداد ماماها که منجر به مراقبت نامناسب بیمار شده است

به فصل ۷۷ (High risk Pregnancy 2011 p: 679) مبحث آمبولی مایع آمنیوتیک مراجعه شود:
عوامل خطر آمبولی مایع آمنیوتیک عبارتند از مولتی پاریتی، سن بالای مادر، تروما به مادر، لیبر طولانی، مایع آمنیوتیک آغشته به مکونیوم، استفاده از اکسی توسین، زایمان با ابزار، سزارین.

به فصل ۳۵ (Williams Obstetrics 2010 p:788) مبحث آمبولی مایع آمنیوتیک مراجعه شود:
عوامل خطر آمبولی مایع آمنیوتیک عبارتند از: سن بالای مادر، نژادهای اقلیت، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، زایمان با ابزار، سزارین. ویژگیهایی که بطور شایع در آمبولی مایع آمنیوتیک دیده می شوند آغشتگی به مکونیوم و لیبر سریع هستند

آمبولی– چهارمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۷ ساله، G1 ، بارداری حاصل IVF
سابقه ۱۱سال نازایی داشته و ۲ نوبت IVF در سالهای ۸۳ و ۸۶ انجام شده که موفقیت آمیز نبوده. نوبت سوم IVF در این حاملگی انجام می شود و سپس با دستورداروی (استرادیول، اسید فولیک ، آسپرین ، آمپول یا شیاف پروژسترون و تزریق یک دوز هپارین روزانه) به منزل بر می گردد و در تمام این مدت استراحت مطلق داشته است.
متوفی ۳ هفته بعد از انجام IVF بعلت لکه بینی با پزشک معالج تماس گرفته و توصیه به تزریق هفتگی پروژسترون کاپروات می شود که ۳ تزریق انجام شده است.
حدود ٤٤ روز پس از IVF به مطب متخصص زنان مراجعه ودر سونوگرافی جنین بدون ضربان قلب بوده است که توصیه می شود ۲ هفته بعد جهت تکرار سونوگرافی مراجعه کند.
۱۸ روز بعد سونوگرافی تکرار می شود که ساک حاملگی ۸ هفته بدون ضربان قلب جنین گزارش می شود پزشک دستور تکرار سونوگرافی یک هفته بعد را می دهند.(در طی این مدت بیمار استراحت مطلق و افزایش اشتها داشته بطوریکه وزن از ٧٤ به ۱۰۰ کیلوگرم می رسد و دچار ادم پای چپ هم می شود که با نظر متخصص زنان بدلیل استراحت بیش از حد بوده و توصیه می کند که استراحت را کمتر کند)
سه روز بعد متوفی در منزل دچارضعف، سرگیجه، سردی اندام ها و تهوع شده و BP =٦٠ (توسط پرستار بیمار گرفته می شود) بلافاصله به اورژانس ۱۱۵ زنگ زده می شود ساعت ۱۱/۱۳ بیمار توسط تکنیسین ۱۱۵ ویزیت می شود که در معاینه هوشیار ولی از ضعف و سرگیجه شاکی بوده
در فرم ۱۱۵ علائم حیاتی BP=60 GCS=15 RR=25 PR=70 ثبت شده است . برای بیمار IV Line گرفته و سرم شروع و به بیمارستان انتقال داده می شود.
ساعت ٤٠: ۱۱ توسط پزشک عمومی اورژانس ویزیت که از ضعف، بی حالی شاکی و درمعاینه سیانوتیک – افت فشارخون داشته است با علایم حیاتی: BP=60/P PR=126 RR=23 ، جهت وی سرم ادامه یافته و یک لیتر سرم N/S به صورت Free گذاشته می شود. آزمایشات روتین و ECG انجام، یکعدد رانیتیدین تزریق و مشاوره داخلی درخواست می شود .

WBC=16300 Hb=14/2 Plat=205000 BS=210 Cr=0/6 Urea=24 Na=140 K=4

بیمار ساعت ۱۵: ۱۲ توسط متخصص داخلی ویزیت می شود که ضعف شدید – تنگی نفس مختصر و افت فشار خون داشته که با نظر ایشان Head elevation و ادامه مایع درمانی و پیگیری آزمایشات توصیه می شود.
ساعت ۲۵: ۱۲ بیمار توسط متخصص زنان ویزیت که هنگام معاینه هوشیار ولی بی قراری شدید با تنگی نفس شدید و مختصر تاکیکاردی با نبض های محیطی ضعیف و غیر قابل detect، درد شکم و V/B نداشته است. با نظر ایشان با احتمال شوک هیپوولمیک و خونریزی داخلی جهت عمل مشاوره داخلی و بیهوشی درخواست می شود ولی ۵ دقیقه بعد بیمار دچار ایست قلبی تنفسی شده که CPR توسط پزشک اورژانس، متخصص داخلی، بیهوشی انجام می شود ولی موثر واقع نمی گردد. در معاینه اندام ها (بعد از فوت) تفاوت سایز دواندام تحتانی ۳-۲ سانتی متر بوده است .

نقد و بررسی چهارمین تاریخچه آمبولی

- عوامل خطر مرتبط با ترومبوآمبولی: سن بالای ۳۵ سال، استفاده از روشهای کمک باروری، استراحت مطلق، اضافه وزن
- با وجود نشنیدن صدای قلب جنین در سن حاملگی ۵ و ۸ هفته برای ختم بارداری تاخیر شده.
- به افزایش وزن ۱۶ کیلوگرم و ادم یکطرفه در پای چپ بی توجهی شده است
- پس از مراجعه به بیمارستان نیز به علائم خطر تنگی نفس و ... همراه با تاریخچه و معاینه (اختلاف سایز اندامهای تحتانی) بی توجهی شده و توسط پزشک اورژانس و متخصص داخلی درمانهای علامتی برای وی انجام شده است.

آمبولی- پنجمین تاریخچه

متوفی خانم ۳۲ ساله ، G2 P0 Ab1 سابقه ۸ سال نازایی و یک بار سقط داشته است

حاملگی خواسته، ۸ مراقبت توسط ماما و یک بار توسط پزشک. در ویزیت اولیه پزشک شکم درد و سردرد گزارش شده ولی اقدام خاصی انجام نشده است. نتایج آزمایشات روتین دوران بارداری و سونوگرافی نرمال بوده. بعلت post date بودن و سرگیجه به بیمارستان ارجاع و بستری شده. از ساعت ۲۱ شب ایندا‌کشن با ٤ قطره برای بیمار شروع شده قطرات ادامه داشته در ساعت ۱۵ : ۲٤ روی ٦۰ قطره فیکس شده. در ساعت ۱ صبح دچار تنگی نفس شده که به متخصص اطلاع داده شده ایشان درخواست مشاوره داخلی نمودند. بیمار توسط متخصص داخلی ویزیت و ABG , ECG , D-Dimerدرخواست شد. در ECG تعداد ضربان قلب ۱۵۰ در دقیقه ثبت شده است. که ازسایر نتایج اطلاعی در دست نیست ایندا‌کشن ادامه داشته در شیفت صبح کنترل شده تحویل شیفت عصر داده شده و به اطلاع متخصص رسانده شد.

ساعت ۳۰ : ۱٤ به علت عدم پیشرفت زایمان، ایندا‌کشن قطع و پس از یک ربع به اتاق عمل منتقل می شود. ساعت ۱٦ از اتاق عمل تحویل گرفته می شود خونریزی و علائم حیاتی کنترل شد که نرمال بود. روز بعد پس از ویزیت متخصص و با دستورات دارویی مرخص شد.

سه روز پس از ترخیص در شیفت شب با تنگی نفس و تاکی پنه و نفخ شدید شکم مراجعه می کند که توسط پزشک عمومی ویزیت و به متخصص اطلاع داده می شود. اکسیژن وصل شد . مشاوره داخلی انجام شده و با رضایت شخصی بدون هیچ اقدام درمانی مرخص گردید. مجددا همان شب مراجعه می کند با علائم تنگی نفس و نارسایی تنفسی ولی هوشیار بوده. سرم وصل شده و با تشخیصPTE به ICU منتقل شده. تحت درمان با هپارین قرار گرفته ولی دوبار دچار ایست قلبی تنفسی شده که بار دوم فردا ظهر بوده، CPR موفق نبوده و بعد از ٤٥ دقیقه فوت نموده. علت مرگ آمبولی ثبت شده است.

نقد و بررسی پنجمین تاریخچه آمبولی

- عوامل خطر: سابقه ۸ سال نازایی، سابقه سقط(افزایش احتمال D&C)، اولین بارداری Full Term بعد از ۳۰ سالگی
- عوامل خطر مرتبط با ترومبوآمبولی: سزارین
- پزشک معالج در Early Detection علامت خطر(تنگی نفس) اهمال ورزیده و به جای ویزیت سریع بیمار درخواست مشاوره داخلی داده است.
- به جای متخصص داخلی، پزشک اورژانس بیمار را ویزیت کرده است.
- با وجود انجام ECG، به تعداد ضربان قلب ۱۵۰ در دقیقه توجهی نشده است(بیمار در همان حال نیز دچار حملات مکرر آمبولی بوده).
- بدون توجه به حملات مکرر و تنگی نفس(علائم خطر هشدار دهنده) بیمار با رضایت شخصی مرخص گردیده است.

آمبولی(و پره اکلامپسی، دکلمان)– ششمین تاریخچه

متوفی خانم ۳٤ ساله G6P5Abo

سابقه ۲ بار سزارین و پره اکلامپسی در بارداریهای قبلی، خواسته باردار شده، بارداری خویش را از بهورز کتمان می نموده. بر اساس سونوگرافی ، سن بارداری هنگام مراجعه برای اولین مراقبت ۳۰+٤ و سایر موارد نیز طبیعی بوده اند. هنگام مراجعه BP= ۱۳۰/۸۰ بوده است. به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع، ویزیت و نواقص آزمایشها درخواست شده است. در سن بارداری ۳۳ هفته در حین جابجایی وسایل از روی پله های منزل (۳-۲پله) به زمین افتاده. دو روز بعد با شکایت از درد زایمان به زایشگاه بیمارستان مراجعه و هیستوری سر درد و تهوع و استفراغ و کاهش حرکات جنین از یک هفته قبل داده است. فشار خون ۱۳۰/۹۰و FHR شنیده نشده است. مادر بستری، سونوگرافی انجام، در سونو dead fetus و سن بارداری ۳۳ هفته گزارش شده است. همان روز جهت C/S به اتاق عمل منتقل و در ساعت ٤٥: ١٤ سزارین انجام، نوزاد دختر مرده متولد شده است (ماسره نبوده) جفت صد درصد دکلمان کرده بوده و حدود ۱/۵ لیتر خون لخته در شکم وجود داشته، در broad lig هماتوم وجود داشته عمل TL نیز انجام شده است. ساعت ۲۰: ۱۵ به ریکاوری و ساعت ١٦ به بخش زنان منتقل گردیده است. علائم حیاتی زمان انتقال HR =٨٦ و BP=۱۳۰/۷۰ بوده است. در بخش زنان در اتاق روبروی ایستگاه پرستاری بستری گردیده، سولفات منیزیم شروع و آمپول رگام نیز تزریق گردیده است Hb اولیه مادر ۱۳/۸ و بعد از عمل ۵/۵، ۵/۸، دو بار ٤/۹ و ۸/۳ بوده است. ٤ واحد پک سل تزریق شده، بعد از دریافت خون Hb گزارش شده توسط آزمایشگاه ۱۲/٦ و۱۲/۷ بوده است. ساعت ١٦ روز بعد از سزارین سولفات منیزیم بنا به دستورپزشک D/C و بیمار OOB شده است. ساعت ۳۰: ١٦ فشار خون مادر ۲۱۰/۱۱۰ و ۱۸۰/۱۱۰ بوده، اینترن کشیک با آنکال آن روز تماس گرفته. هیدرولازین IV سه بار به فاصله ۱۵ دقیقه تزریق و قرص هیدرولازین نیز هر ۸ ساعت شروع شده است. بنا به دستور آنکال آن روز سولفات منیزیم مجددا" شروع شده است. به دلیل فشار خون مقاوم، نصف tab کپتوپریل ۲۵ میلی زیرزبانی ۲ بار به فاصله ۳۰ دقیقه گذاشته شده است. فشار خون به ۱۱۰/۹۰رسیده. به دلیل ضعف شدید و faint کردن به دستور اینترن از OOB شدن مادر ممانعت شده. بیمار از تنگی نفس و درد قفسه سینه شکایت داشته و بیقرار بوده، ساعت ۱AM روز بعد ، ۲۵ میلی گرم پتدین برای تسکین درد محل عمل تزریق شده. ساعت ۱۵: ٥ علائم حیاتی مادر BP =۱٤۰/۹۰، RR=۲۲ و P=۹٦ بوده است، ساعت ۱۵: ۷، پالس بیمار ضعیف و به راحتی detect نمی شده و مادر به صدا و تحریکات دردناک واکنش نشان نمی داده. با اینترن تماس گرفته شده، ساعت ۲۵: ۷ عملیات احیاء با حضور تیم کد ۹۹ شروع، اما متأسفانه موثر واقع نشده و بیمار در ساعت ۱۵: ۸ فوت نموده است. در حین عملیات احیاء ٤ عدد آمپول آتروپین، ٤ عدد اپی نفرین، ۳ بار شوک و ماساژ قلبی داده شده است.

نقد و بررسی ششمین تاریخچه آمبولی

- عوامل خطر بارداری: تعداد بارداری ٦ بار، سابقه ۲ بار سزارین و پره اکلامپسی در بارداری قبلی.
- عوامل خطر مرتبط با ترومبوآمبولی: بارداری ششم، پره اکلامپسی، سزارین، خونریزی
- عدم حساسیت مادر و خانواده و تاخیر در شروع مراقبتهای بارداری
- عدم حساسیت مادر و خانواده و تاخیر در مراجعه هنگام سر درد و تهوع و استفراغ و کاهش حرکات جنین به مدت یک هفته
- عدم حساسیت کارکنان بهداشتی در پیگیری و ارائه مراقبتهای مناسب (پیش و حین بارداری).
- بی توجهی نسبت به Early Detection علامت خطر(تنگی نفس، درد قفسه سینه و بیقراری) پس از سزارین.
- عدم ویزیت بیمار توسط متخصص تا هنگام مرگ.

تاریخچه های سایر ملل

سایر علل(پارگی روده و پریتونیت به دنبال سزارین ، سندرم Ogilvie ؟)– تاریخچه اول

متوفی ۳۵ ساله G2P1Lch1 ، با سابقه سزارین در ٦ سال گذشته
متوفی در دوران بارداری تحت نظر متخصص زنان بوده. در زمان ترم تحت آنستزی اسپاینال سزارین می شود (سزارین به مدت نیم ساعت طول می کشد) و بر طبق گفته جراح زنان، متخصص بیهوشی و مندرجات پرونده هیچگونه مشکلی در حین سزارین وجود نداشته است. دربخش هم مشکلی نداشته و روز بعد از سزارین مرخص گردیده است. یک روز پس از ترخیص با موبایل متخصص زنان تماس گرفته و اظهار داشته دچار بیحالی و رنگ پریدگی است با توجه به اینکه ایشان در مرخصی بوده به بیمار می گویند حتما جهت ویزیت به بیمارستان مراجعه نماید. ساعت ۱۰ صبح با شکایت ضعف و بیحالی و شکم درد به اورژانس بیمارستانی که سزارین شده مراجعه می کند که علایم بیمار به نظر پزشک عمومی اورژانس به سرماخوردگی می خورده ولی با توجه به سابقه سزارین ۲روز قبل، بیمار را جهت ویزیت ماما ودر صورت نیاز متخصص زنان به زایشگاه ارجاع می دهد. بیمار به بخش زایمان مراجعه می کند که به گفته همراهان بیمار به ایشان می گویند که ما پزشک زنان نداریم و به بیمارستان ..... بروید. بیمار شب به بیمارستان معرفی شده مراجعه می کند که به علت شلوغی اورژانس ، منصرف شده و به منزل بر می گردد . در تمام این مدت به گفته همراهان بیمار وی defication نیز داشته است. واشتهایش خوب بوده و همه چیز می خورده.

دو روز بعد بعلت اینکه درطی ٢٤ ساعت گذشته ادرارش کم شده بود به بیمارستان ..... (سانتر نفرولوژی) مراجعه می کند. در آنجا توسط پزشک اورژانس ویزیت و معاینه می شود و پس از هماهنگی با آنکال زنان بیمارستان ..... ، بیمار را به آنجا اعزام می کنند. در آنجا پس از ویزیت متخصص زنان آنکال و با توجه به اینکه تشخیص مشکلات جراحی گذاشته می شود با جراح آنکال بیمارستان تماس گرفته می شود و بیمار تحت نظر ایشان پذیرش می شود. در زمان پذیرش توسط پزشک عمومی اورژانس NGtube گذاشته می شود(با توجه به دیستانسیون شدید شکمی)و ترشحات فکالوییید خارج می شود که بیمار با نظر آنکال جراحی عمومی به ICU منتقل شده و خود ایشان جهت ویزیت بیمار مراجعه می کنند. ساعت ٤ صبح توسط دکتر ..... ویزیت شده که علایم : T=38/5 , BP=80/palse, GCS=15,RR=48 و کاملا Pale بوده است. بیماردر ICU هیدراته شده و تحت نظر گرفته می شود. و در ساعت ٦ صبح با BP=120/70 دراتاق عمل جراحی می شود و حدود 6000-8000cc مدفوع و ترشحات بدبو داخل شکم بوده است که ساکشن شده و پارگی و لاسراسیون سکوم و کولون صعودی در چند نقطه وجود داشته که همی کولکتومی راست شده و ایلئوستومی و کولستومی تعبیه شده ، شکم با ٥ لیتر N/S شستشو داده شده و ترمیم انجام می شود. بیمار در ساعت 8:30 Am از اتاق عمل با T=37/5, RR=50 , PR=144 , Bp=120/70 به ICU منتقل شده است. دراتاق عمل بیمار اکستوبه شده که پس از چند ساعت بعلت دیسترس شدید تنفسی و پایین بودن O2 saturation پس ازصحبت کردن با بیمار و همراهان وی بیمار اینتوبه و sedation شده و زیر ونتیلاتور می رود.
بیمار پس از خروج از اتاق عمل مقدار کمی ادرار داشته است آزمایشات ابتدایی بیمار:

Cr- 1/5 , SGOT= 60(H), SGPT=16 , Bili Total= 1/8 (N=0/5-1/2) , Bili direct= 0/8 (N=0- 0/4)
Hb= 15.2 , Hct= 44/9 , WBC= 6100 , BUN= 101(H)

آنتی بیوتیک دریافتی بیمار ابتدا آمپی سیلین و مترونیدازول بوده که پس از مشاوره عفونی به ایمیپنم ، مترونیدازول و ونکومایسین تبدیل شده است . با فوق تخصص جراحی توراسیک مشاوره داده می شود ، بیمار توسط ایشان ویزیت می شود . با گذاشتن سوند نلاتون از بخیه های فاشیا خروج ترشحات فکالوییید وجود داشته که توصیه به بازکردن مجدد بیمار می شود . بیمار مجدد جراحی می شود . در ناحیه ژئوژنوم بیمار دو نقطه پارگی وجود داشته که پس از ترمیم ایلئوستومی و کولستومی در دو ناحیه جداگانه گذاشته شده و شکم شستشو داده شده و پوست و فاشیا به صورت Tension Suture ترمیم می شود. پس از آن BP=80/p , T=39 , PR=165 بوده که بیمار بصورت اینتوبه وارد بخش ICU می شود و به دستگاه وصل می گردد. Out Put ادراری در حداقل میزان وجود داشته است. جهت بیمار مشاوره قلب وداخلی داده می شود. پس از هماهنگی با ICU بیمارستان..... و خالی کردن تخت در آن بیمارستان پذیرش می شود در زمان ورود به ICU، GCS بیمار حدود ۳-٤ بوده است. افت فشارخون داشته که با دریافت دوپامین، دوبوتامین به حد ٥ می رسد. CVP=9mmhg بود ه است. با توجه به بالا بودن BUN و Cr مشاوره نفرولوژی درخواست می شود. دیالیز نمی شود در نهایت با ادامه درمان یک هفته پس از سزارین بیمار ارست قلبی می کند که علیرغم انجام CPR متاسفانه بیمار فوت می کند.

نقد و بررسی اولین تاریخچه – سایر علل

- هنگام مراجعه به علت ضعف و بیحالی و درد شکم، توسط پزشک اورژانس به زایشگاه ارجاع شده اما پس از مراجعه به زایشگاه مامای شیفت به جای تماس و مشاوره با متخصص زنان وی را به بیمارستان ..... ارجاع داده است.
- پارگی سکوم در چند نقطه، ترومای حین جراحی را تقریبا منتفی می کند. با توجه به علائم، به نظر می رسد سندرم Ogilvie برای بیمار مطرح بوده که ایلئوس آدینامیک روده بزرگ می باشد. در این سندرم باید با تکرار رادیوگرافی، بیمار Follow شده و در صورت رسیدن قطر سکوم به ۸ سانتیمتر نیاز به دکمپرس نمودن سکوم با کولونوسکوپی می باشد. در مورد متوفی این اقدامات به موقع انجام نشده و منجر به پارگی سکوم به دلیل فشار گازی آن شده است.
- دفع گاز و مدفوع (به تنهایی) پس از سزارین و زایمان طبیعی ، پارگی روده را رد نمی کند.

در مورد سندرم Ogilvie به مطالب استخراج شده از UP-TO-DATE (2012) در انتهای مجموعه مراجعه شود

سایر علل(پارگی روده به دنبال سزارین)– تاریخچه دوم

متوفی خانم ۳۱ ساله . G4P3

زایمان قبلی ٤ سال قبل دوقلو بوده ، قل اول NVD و قل دوم سزارین شده است . در طی بارداری فعلی و قبل از آن بیماری خاصی نداشته. سابقه یکبار سیستکتومی تخمدان نیز داشته است.

از هفته ١٤ بارداری مراقبتها شروع و آزمایشهای معمول دوران بارداری انجام شده است. در دوران بارداری ٦ بار مراقبت و تا هفته ۳۷ بارداری مشکل خاصی نداشته است. در هفته ۳۷ بارداری توسط بهورز مراقبت و به پزشک مرکز ارجاع و توسط پزشک جهت تعیین زمان سزارین به متخصص زنان ارجاع شده است . ساعت۱۳ روز بعد به بیمارستان مراجعه و توسط متخصص زنان دستور بستری و تصمیم به سزارین گرفته شده است.

در معاینه اولیه contraction های۲۰ ثانیه ای با interval ٤ دقیقه mem=in dill=1fin eff=30% station=-3 داشته است. در ساعت ۱۵: ۱۷ عمل سزارین تحت بیهوشی اسپاینال شروع، ساعت ۱۵: ۱۸ به اتمام رسیده است و نوزاد پسر با آپگار ۱۰: ۹ به دنیا آمده که به تشخیص پزشک اطفال به بخش نوزادان منتقل شده است. علائم بیمار در شیفت شب و روز بعد طبیعی گزارش شده تا اینکه در شیفت صبح دو روز بعد توسط پزشک زنان ترخیص و جهت مراقبت از نوزاد به بخش نوزادان می رود. در بخش نوزادان دچار افت فشار خون شده و به لیبر فرستاده می شود. پس از اطلاع به خانم دکتر، ایشان دستور تزریق سرم را می دهند. پس از تزریق سرم و بدون اطلاع مجدد به خانم دکتر و ثبت گزارش مجددا به بخش نوزادان فرستاده می شود. مادر ساعت ٤٠: ١٦ در حالیکه خدمه بخش نوزادان و همراهان بیمار وی را همراهی کرده اند با ویلچر به لیبر انتقال داده شده است. در هنگام ورود بیمار بیحال، سست، هیپوترم، شدیدا"pale و دارای سطح هوشیاری پائین بوده و استفراغ زرد رنگ و دیس پنه داشته است. پس از انتقال به لیبر متخصص زنان بر بالین بیمار حضور می یابند که در همین حال بیمار ارست کرده و علی رغم انجام عملیات احیا فوت می کند. پس از اتوپسی و تشریح جسد، پارگی روده به طول ۳ سانتیمتر گزارش داده شده است.

در آزمایشات انجام شده در زایشگاه Hct=42.8 Hb=13.8 بوده است.

بنا به اظهارات همسر متوفی بیمار طی ۲ روز بستری بعد از سزارین استفراغ، درد شکم و تعریق داشته و پزشک بعد از سزارین جهت ویزیت مادر در بخش حضور نیافته و به دستوراتی که روز عمل برای ۲ روز آینده نوشته اکتفا کرده است.

نقد و بررسی دومین تاریخچه– سایر علل

- انجام سزارین در هفته ۳۷ ضرورتی نداشته است
- پس از سزارین به وضعیت بیمار بی توجهی زیادی شده است
- پس از سزارین بدون ویزیت بیمار اقدام به صدور دستورات شده است.

سایر علل(پارگی روده) – تاریخچه سوم

متوفی خانم ۳٤ ساله، G5 P4 lch4، دردوران بارداری تحت پوشش بخش دولتی و خصوصی بوده است. علیرغم توصیه های بهورز و پرسنل بهداشتی از روش مدرن پیشگیری استفاده نمی کرده و دچار بارداری نا خواسته شده است. نامبرده case شناخته شده کانسر مری بوده که ۲/٥ سال قبل تحت عمل جراحی ازوفاژکتومی قرارگرفته ودر طی بارداری (۳ ماه قبل از مراجعه) بعلت تنگی محل آناستوموز مجدد عمل شده است (مدارک موجود نمی باشد. سابقه شیمی درمانی و رادیوتراپی داشته است). در سن بارداری ۳٦ هفته بعلت درد زایمانی در بیمارستان ..... بستری می شود در زمان بستری علایم حیاتی نرمال داشته است. (PR=80 / T=37 / BP:120/80 / PR=121)شکم در معاینه نرم بوده , اتساع شکمی نداشته و بیمار با تشخیص پره ترم لیبر بستری شده و زایمان NVD می کند (نوزاد پسر , زنده با آپگار ۹/۱۰ به وزن ۲۳۰۰ گرم) پس از زایمان رحم کنترکته و خونریزی نداشته است.

به علت سابقه کانسر مری وill بودن بیمار و وجود تهوع استفراغ و علایم دفع گاز و مدفوع از ۲روز قبل از مراجعه , مشاوره جراحی ساعت ۱۱:٤٥ بعد از ظهر همانروز قبل از زایمان داده می شود که قرار می شود پس از زایمان و ترخیص از سرویس زنان جهت ادامه درمان به بیمارستان ..... منتقل شود. بعلت تنگی نفس و تاکی پنه , صبح روز بعداز زایمان مشاوره قلب داده می شود که توصیه به انجام اسکن پرفوزیون ریه با CT جهت رد آمبولی ریه می گردد و در بیمارستان ..... بستری می گردد در موقع بستری علایم حیاتی stable بوده است. / T:37 / PR=110 (BP=110/70) دیستانسیون شکمی نداشته و نکته دیگری ذکر نشده است. در TR فکال بدست می خورده است. در سونوگرافی انجام شده سنگ های متعدد کیسه صفرا (10-17mm) مشاهده شده است. در بیمارستان ..... بیمار defication داشته است، تهوع و استفراغ بر طرف شده است. با علایم حیاتی نرمال پس از دفع گاز و مدفوع (٥ روز پس از زایمان) ترخیص می گردد.

Hb=13.1 / WBC=9000 / PLT=165000 / BUN= 18 / Na=137 / K= 21 / U/A=blood3+ / BS= 190

بیمار روز بعد از ترخیص بعلت درد شکم به بیمارستان .... مراجعه می کند که در زمان ورود به بیمارستان در حالت شوک بوده که پس ازاحیاء با تشخیص پریتونیت جهت لاپاراتومی به اتاق عمل منتقل می شود. در اتاق عمل، پس از باز کردن شکم مقدار زیادی ترشحات چرکی روی کل روده ها وجود داشته، دئودنوم پرفوراسیون به طول تقریبی 5mm داشته که ترمیم شده و قسمت دیستال دئودنوم بسته شده و ژژنوستومی تعبیه شده است(گانگرن شدید روده ها وجود داشته). بعلت ایسکمی کولون، همی کولکتومی راست به همراه تعبیه ایلئوستومی شده است. داخل شکم با سرم فراوان شستشو داده می شود، درن گذاشته و جدار بسته می شود. بیمار به ICU منتقل می شود، که در آنجا اینتوبه بوده با نبض ضعیف و دوپامین جهت بالا بردن فشار خون دریافت می کرده است.

مجددا بیمار در روز بعد از جراحی اول، با احتمال گانگرن روده ای تحت عمل جراحی قرار می گیرد. قسمت اول ژئوژنوم نکروز بوده برداشته می شود. دئودنوم و ژئوژنوم آناستوموز می شود و قسمتی از روده بزرگ که نکروز بوده برداشته می شود. ایلئوم به صورت ایلئوستومی و کولون به صورت کولستومی از جدار خارج می گردد. سپس بافت های نکروزه دبریدمان می شود. شکم شستشو داده می شود و جدار با Tension Suture بسته می شود. به ICU منتقل می گردد. همان روز بیمار دچار ارست قلبی تنفسی می شود CPR انجام می شود که موفقیت آمیز نبوده و فوت می کند

نقد و بررسی سومین تاریخچه- سایر علل

- با توجه به وضعیت پرخطر(سابقه کانسر مری، ازوفاژکتومی، عمل محدد به علت تنگی محل آناستوموز، شیمی درمانی و رادیو تراپی) و داشتن ٤ فرزند زنده، مشاوره تنظیم خانواده مطلوبی برای وی انجام نشده است.
- دفع گاز و مدفوع (به تنهایی) پس از سزارین و زایمان طبیعی، پارگی روده را رد نمی کند

سایر علل(سپسیس) – تاریخچه چهارم

متوفی خانم ۳۸ ساله G4P3Ab0 بارداری خواسته و با فاصله ۷ سال از حاملگی آخر

مادر در دوران بارداری ۳ نوبت توسط مامای مرکز بهداشتی درمانی ویزیت شده که در اولین نوبت (۸ هفته) بارداری بدلیل علائم ادراری آزمایش ادراری درخواست می شود که با توجه به نتیجه آزمایش با تشخیص عفونت ادراری، سفیکسیم تجویز و توصیه می شود که ۱۰ روز بعد آزمایش ادرار تکرار شود.

در سن حاملگی ۲۳ هفته(٦ روز قبل از فوت) به علت تب، سردرد، سرگیجه، تنگی نفس و گاهی لرز به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه که با استامینوفن و کلسیم خوراکی ترخیص می شود.

روز بعد بعلت بهتر نشدن با علائم تنگی نفس، سردرد، تب به مطب خصوصی پزشک عمومی مراجعه که با تشخیص حساسیت فصلی، سرپایی با نسخه دارویی درمان می شود .

روز سوم حال متوفی کمی بهتر می شود اما به دلیل ادامه تنگی نفس، سردرد و تب عصر همانروز به اورژانس بیمارستان ..... مراجعه می کند که طبق گفته همراه بیمار، سرم تزرق و سپس مرخص می شود.

بیمار همچنان تب و لرز و سردرد داشته که ساعت ٥ بعد از ظهر روز بعد به اورژانس مراجعه و توسط پزشک عمومی ویزیت شده و استامینوفن، سرم و کپسول آموکسی سیلین تجویز و جهت کنترل ضربان قلب جنین به زایشگاه ارجاع می شود. در معاینه توسط مامای کشیک :

BP=80 PR=110 T=38/8 FHR=Ok

جهت بیمار آزمایش U/A انجام می شود که باتوجه به علام UTI و پروتیین اوری (+۲) با متخصص زنان کشیک تماس گرفته می شود که با نظر ایشان، بیمار case زنان نبوده و جهت ویزیت داخلی به اورژانس برگردانده می شود.

در معاینه توسط پزشک عمومی اورژانس: بیمار هوشیار، BP=80/50 T=39/4 در ساعت ۲۲: ۲۲در اورژانس بستری و Line IV گرفته و مایع درمانی شروع، یک ویال مترونیدازول انفوزیون و آمپول هیوسین وریدی تزریق می شود.

WBC=5200 Hg=9/6 BS=91 Urea=34 Plat=53000

به علت ادامه تب بیمار، آمپول دیکلوفناک تزریق و توسط متخصص داخلی بیمار ویزیت و با تشخیص Sepsis در بخش داخلی با علایم حیاتی:T=36 GCS=3-4 BP=120/70 PR=120 بستری و آزمایشات روتین درخواست و سفازولین یک گرم هر شش ساعت شروع می شود.

PT=14 PTT=45 INR=1/2 BS=93 Urea=67 Plat=30000 Hg=13/4 WBC=5600
K=4/07 Na=139

در سونوگرافی : کبد سایز حداکثر طبیعی مجاری صفراوی، طحال، پانکراس و کلیه ها نرمال و پلورال افیوژن دو طرفه در حد متوسط گزارش می شود.

در تکرار آزمایشات: ,Plat=33000 Cr=1/5 SGOT=99 SGPT=40 طبق تماس تلفنی با متخصص داخلی همانروز، ۲ واحد پلاکت و ۱ واحد خون تزریق و بعلت اسیدوزدر ABG، بک ویال بیکربنات انفوزیون می شود.

ساعت ۱۸روز بعد بیمار در بخش دچارتشنج جنرالیزه می شود که توسط پزشک اورژانس و تکنیسین بیهوشی ویزیت و دیازپام وریدی تزریق و به ICU منتقل شده و وانکوماسین، مترونیدازول، ایمی نیم، سفتریاکسون، هیدروکورتیزون شروع و سوند فولی و NG Tube فیکس می گردد. از ساعت 12MN همانروز با نظر متخصص داخلی، فنی توئین شروع و به علت کاهش سطح هوشیاری اینتوبه می شود و ٤ واحد پلاکت مجدداً انفوزیون می گردد. روز بعد علاوه بر فنی توئین، میدازولام شروع می شود.

تکرار آزمایشات:

WBC=7300 Hg=15/7 Plat=12000 PT=15 PTT=38 INR=1/2 BS=205 BUN=94 Cr=1/7
SGOT=199 SGPT=61 Alk P=512
ANA – , Procalitonin = 96.4 , Iron=19 , TIBC=4.2 , CRP=2 + , Wrght – ,Widal -

در ویزیت توسط متخصص زنان، سونوگرافی رحم از نظر حاملگی و مجدداً پیگیری مشاوره عفونی، نورولوژی درخواست می شود. در سونوگرافی جنین IUFD گزارش می شود.
علیرغم دریافت فنی توئین و میدازولام، بیمار چند نوبت تشنج می کند .
در ویزیت نورولوژیست : علت اختلال هوشیاری بیمار مسائل داخلی SEPSIS+DIC بوده و با نظر ایشان فنی توئین قطع و دپاکین شروع شده و درخواست سی اسکن(درصورت Stable شدن بیمار) می شود.
با نظر متخصص عفونی، سفتریاکسون و مترونیدازول قطع و آمپی سیلین(+وانکومایسین +ایمی پنم) شروع می شود.
در ویزیت مجدد متخصص زنان در همان تاریخ، باتوجه به IUFD و طبق مشاوره با گروه زنان دانشگاه، تصمیم به ختم حاملگی گرفته می شود که اولین نوبت شیاف میزوپروستول در ساعت ۲ عصر گذاشته می شود و دستور تزریق۱۰ واحد پلاکت دیگر داده می شود که ٥ واحد ازبانک خون ..... تهیه و تزریق می شود ولی جهت آماده کردن ٥ واحد باقیمانده به علت نبودن پلاکت با ..... هماهنگ می شود که توسط همراه بیمار گرفته شود.
اما علیرغم اقدامات درمانی فوق، بتدریج کاهش سطح هوشیاری بیمار بدتر شده و در معاینه مردمک ها میوز بدون واکنش به نور و به تحریکات دردناک هم واکنش نداشته است. و بعلت عدم کنترل تشنج با نظر متخصص بیهوشی نسدونال هم شروع می شود که تشنج کنترل می گردد.
در همانروز ساعت ۱۹(هفت ساعت بعد از گذاشتن شیاف) جنین و جفت کامل دفع و خونریزی واژینال در حد طبیعی بوده است ولی بدلیل پلاکت پایین مجدداً ۱۰ واحد پلاکت درخواست می شود.
با نظر متخصص داخلی : علاوه بر پلاکت، ۲ واحد FFP هر ۸ ساعت و دگزامتادون ۸ میلی گرم هر ٦ ساعت شروع می شود. اسمیر خون محیطی بیماربه علت لیز بالا قابل بررسی نبوده است.
اما علیرغم دریافت نزدیک به ۳۰ واحد پلاکت، پلاکت بیمار بالا نرفته و با نظر متخصص داخلی جهت پلاسمافورزیس برای اعزام اقدام شده و ساعت ۳۰: ۱۱ همانروز بیماراعزام می گردد که در بین راه حال بیمار بدتر شده و آمبولانس به بیمارستان برگشته و در اورژانس بیمار احیاء شده ولی موثر نبوده و بیمار فوت می کند .

نقد و بررسی چهارمین تاریخچه – سایر علل

– بی توجهی به علائم خطر تب، سردرد، سرگیجه در مرکز بهداشتی درمانی و مطب پزشک عمومی
– بی توجهی به علائم خطر در اورژانس بیمارستان ..... و ترخیص بیمار
– بی توجهی متخصص زنان به علائم تب و پروتیین اوری پس از ارجاع به زایشگاه که منجر به بستری شدن بیمار در سرویس داخلی شده.
– آزمایش کشت خون و ادرار انجام نشده است
– بی توجهی به کمبود پلاکت، علائم Sepsis و علت اولیه آن
– تاخیر در مشاوره مجدد با متخصص زنان

سایر علل(سپسیس) – تاریخچه پنجم

متوفی خانم ۳۰ ساله G_1 سابقه هیچ گونه بیماری یا مصرف دارو نداشته و به غیر از مراجعه جهت ارائه نتیجه سونوگرافی(۱۹ هفته) مراجعه دیگری به درمانگاه نداشته تا اینکه در سن بارداری حدود ۲۳ هفته ساعت 4:30AM با آمبولانس فوریتها به بخش اورژانس بیمارستان منتقل شده در حالیکه از تب و لرز و درد کمر و زیرشکم شاکی بوده است. تب و لرز وی از ظهر روز قبل شروع شده و از ساعت 1 AM نیز دچار آبریزش شده است. ضمناً سابقه مشکوکی از تروما به شکم در شب قبل را ذکرکرده است.در بدو ورود توسط پزشک اورژانس ویزیت شده، در معاینه ill و toxic نبوده، هوشیار بوده و علائم حیاتی: BP=100/60 , RR=16 , PR=116 , OT=38.5° ثبت شده است.در معاینه واژینال: کل بسته، آبریزش واضح داشته و G.Age(by date)=23w,6d و FHR سمع نشده و فرن تست مثبت بوده است. در معاینه با اسپکولوم آثار دستکاری دیده نشده است و مادر اقدام به سقط را انکار می کرده است. وضعیت مادر به آنکال زنان اطلاع داده شده و با دستورات: انجام آزمایشات روتین، آمپول سفتریاکسون 2gr/stat و سپس BD ، کنترل علائم حیاتی و چارت T هر ٤ ساعت و کنترل پیشرفت زایمان در لیبر بستری می شود. جواب آزمایشات اولیه بیمار:CBC→WBC=2900,Hb=13.1,Hct=40, PLT=140×10^3, PT=14, PTT=31 و U/A→ prot=trace,WBC=4-5,RBC=1-2,Bact=few گزارش می شود. مادر ساعت 7:15 AM توسط آنکال زنان ویزیت شده که درTV: کل بسته، آبریزش(–)، علائم حیاتی stable و T=37/5°c بوده است. به دلیل شک به دستکاری برای سقط جنین، در دستورات جدید چک BUN,Cr ادامه سفتریاکسون و اضافه شدن مترونیدازول دستور داده می شود. BUN=9 و Cr=0.8 گزارش می شود. ساعت 9:30 AM مادر توسط آنکال بعدی زنان ویزیت و سونوگرافی اورژانسی(ازنظر AFI) درخواست می شود.در گزارش سونوگرافی آمده است که تصویر جنین فاقد ضربان قلب و مایع آمنیوتیک با سن ۲۲ هفته بارداری دیده می شود. از ساعت 11 AM دو عدد شیاف میزوپروستول جهت القای زایمان در فورنیکس خلفی گذاشته می شود. همچنان علائم حیاتی مادر stable و T=37/3°c بوده است. در ساعت 12:30'MD دچار خونریزی شدید(3+) می شود. در معاینه کل کاملاً بسته و سفت بوده، لذا با تشخیص احتمالی دکولمان جفت جهت هیستروتومی اورژانسی به اتاق عمل فرستاده می شود. علائم حیاتی مادر بدو ورود به اتاق عمل: T=37°, PR=116, RR=16, BP=100/60 سمع ریه ها clear، مادر کاملاً هوشیار ولی میزان Uop=0 بوده است.ساعت '12:45 مادر تحت GA هیستروتومی شده و جنین دختر مرده ماسره متعفن خارج می شود. جفت (با دکولمان 50-60%) و پرده ها نیز کاملاً بدبو و متعفن بوده اند. رحم کوراژ شده اما پس از ترمیم، همچنان شل بوده است. ماساژ رحمی انجام شده و همزمان اکسی توسین، مترژن و ٦ عدد شیاف میزوپروستول تجویز می گردد که فایده ای نداشته و رحم همچنان شل بوده است. آنکال دوم زنان، مدیر گروه زنان و جراح عروق با فاصله کوتاهی بر بالین مادر حضور یافته و ابتدا لیگاسیون دوطرفه شریان هیپوگاستریک انجام می شود که تأثیری نداشته و نهایتاً مادر هیسترکتومی می شود .طی عمل، فشارخون مادر متغیر و درحد 80-110 mmHg و میزان Uop صفر بوده و در پایان عمل با تزریق ۳ کیسه خون، ٤ لیتر سرم و آمپول لازیکس، حدود 300cc بوده است.در ریکاوری، به تدریج مادر دچار علائم ادم ریه شده و در دوبار انجام ABG اسیدوز متابولیک مشهود بوده است، لذا بیکربنات تجویز و جهت حفظ فشارخون، دوپامین و اپی نفرین هم تجویز می شود. در آزمایشات ارسالی پس از عمل: WBC=35500,Hb=13.7,Hct=41.7,PLT=53×10^3,PT,PTT=normal گزارش می شود. پس از پایان عمل، مادر به

صورت اینتوبه با HR=130 و فشارخون متغیر به ICU ..... اعزام می گردد.در بین راه، مادر دچار ارست قلبی شده که بلافاصله احیا می شود و پس از ورود به مرکز بلافاصله به ICU توراکس منتقل و سریعاً به ونتیلاتور با SIMV mode وصل می گردد.

وضعیت مادر بدو ورود (ساعت 16:45): T=35°c, PR=130, RR=24, BP=114/73 هوشیار نبوده وGCS=3، مردمکها میدریاز دوبل، انتهاها سرد و سیانوتیک بوده و نبضهای محیطی لمس نمی شده اند. تحت درمانهای حمایتی قرار گرفته و در رادیوگرافی قفسه سینه کدورت منتشر غیر یکنواخت در ناحیه میانی تحتانی هر دو ریه و در اکوکاردیوگرافی EF=50% گزارش می شود.آزمایشات مادر:

WBC=37900, RBC=4.4, Hb=13.3, Hct=42.3, PT>35", PTT>120", INR>8, PLT=74×10^3,
Fibrinogen<90, LDH=2507
AST=509, ALT=335, CRP=123, BUN=29, Cr=1.9, BS=167

مشاوره قلب، داخلی و مسمومیت انجام و احتمال توکسیسیتی برای مادر مطرح می شود. طبق مشاوره عفونی تحت درمان با ایمی پنم، جنتامایسین، آمپی سولباکتام و مترونیدازول قرار می گیرد. در کنترلI/O میزان output صفر بوده که طبق نظر سرویس نفرولوژی نیازی به دیالیز نداشته است. مجموعاً ۲ واحد PC، ۵ واحد پلاکت، ۲٤ واحد FFP ترانسفوزیون شده است. سرم دوپامین و دوبوتامین انفوزیون شده تا اینکه در ساعت '30 بامداد مجدداً دچار Cardiac arrest شده که عملیات CPR توسط تیم احیا انجام می شود که متأسفانه مؤثر نبوده.

نقد وبررسی پنجمین تاریخچه– سایر علل

- عوامل خطر : بارداری اول، تب و لرز، درد شکم
- با توجه به prolonged rupture of membrane به علائم شوک سپتیک توجه نشده است
- OUT PUT مریض بررسی نشده است
- مریض بدرستی Evaluate نشده و به یافته های physical exam و شرح حال بیمار توجهی نشده است .

به مبحث اداره پارگی زودرس کیسه آب در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

سایر علل(عوارض TTP) – تاریخچه ششم

متوفی خانم ۲۲ ساله ، G1

بیمار سابقه بیماری خاصی نداشته ولی با ترومای خفیف یا متوسط دچار کبودی در نقاط مختلف بدن می شده اما مراجعه به پزشک نداشته است. بعد از ۲/۵ سال از ازدواج با مصرف سه دوره کلومید باردار شده است .

اولین مراجعه در ماه سوم بارداری بوده است، که آزمایشات روتین درخواست و توسط پزشک عمومی مرکز ویزیت و بعلت طپش قلب نامه ارجاع جهت ویزیت متخصص قلب داده می شود و مادر توسط متخصص قلب ویزیت که از نظر قلبی مشکل خاصی نداشته.

یک هفته بعد، با جواب آزمایشات به مرکز فوق مراجعه که با توجه به پلاکت پایین (۱۰۷۰۰۰) توسط ماما توصیه می شود به متخصص زنان مراجعه کند (بدون فرم ارجاع) و پزشک زنان هم توصیه می کند که به متخصص داخلی یا هماتولوژیست .... مراجعه کند.

در ماه پنجم بارداری (۱۵ روز قبل از فوت) بعلت استفراغ و درد معده به پزشک عمومی مراجعه، با دستور دارویی ORS و استامینوفن ترخیص و توصیه می شود که در صورت عدم بهبودی مراجعه کند.

روز بعد بعلت استفراغ شدید به مطب متخصص زنان مراجعه می کند که با توجه به Pale بودن در بیمارستان ..... بستری و بعلت ترومبوسیتوپنی و Hg=8/3 مشاوره داخلی درخواست می شود که همانروز توسط متخصص داخلی ویزیت و دستور انفوزیون ۲ واحد خون داده می شود

Plat = 28000 ، Hg = 8/4 ،WBC = 11400

آزمایشات تکمیلی درخواست و جهت بررسی بیشتر بیمار کاندید بیوپسی مغز استخوان می شود.

بعد از تزریق ۲ واحد خون، حال عمومی بیمار بهتر می شود ولی (روز بعد) با رضایت شخصی از بیمارستان ترخیص و همانروز به مطب هماتولوژیست مراجعه می کند که با توجه به آنمی و ترومبوسیتوپنی و بررسی اسمیر خون محیطی با تشخیص احتمالی TTP جهت پلاسمافورزیس اورژانس، دستور بستری در بیمارستان داده شده و توصیه می شود که در صورت عدم امکان پلاسمافورزیس، فعلا پردنیزولون و FFP ۲ واحد / هر ۸ ساعت شروع شود. در همانروزدر اورژانس داخلی بستری می شود.

Hg = 7/7 Plat = 78000 PT = 14 PTT = 36 INR= ۱/۱

بیمار توسط رزیدنت داخلی ویزیت و۲ واحد PC تزریق می شود و توسط رزیدنت جراحی در اطاق عمل شالدون گذاشته و از همانروز پلاسمافورزیس شروع می شود. مشاوره زنان درخواست که توسط رزیدنت زنان ویزیت و سونوگرافی از نظر حاملگی درخواست می شود.

در سونوگرافی (روز بعد از آخرین بستری) جنین ۲۲ هفته IUFD گزارش می شود. با نظر اتند زنان، با توجه به شرایط انعقادی بیمار، ختم حاملگی اورژانس نبوده و توصیه می شود بعد از Stable شدن بیمار از نظر داخلی، جهت ختم حاملگی اقدام شود.

در آزمایشات کبدی همانروز :

SGOT = 31 SGPT = 28 Bili T =۹/۰ Bili D = 0/5 LDH =۲۳٦ BUN = 31 C1 = 1

در همان تاریخ، یک ساعت بعد از تمام شدن نوبت دوم پلاسما فورزیس بیمار دچار تشنج تونیک کلونیک شده که ۱۰mg دیازپام وریدی تزریق، مجدداً مشاوره اورژانس زنان درخواست می شود که در معاینه توسط رزیدنت زنان هوشیار بوده : در حد ناف =UH سرویکس بسته =T.V

و با نظر اتند زنان جهت ختم حاملگی به لیبر منتقل و ابتدا جهت وی تراکشن گذاشته و سپس ایناکشن با ۵ واحد سنتوسینون در ۵۰۰ سی سی سرم شروع و بتدریج دوز افزایش داده شده و با احتمال پره اکلامپسی سولفات منیزیم هم شروع می شود. به دلیل Hg پایین ، PC انفوزیون می شود و در ساعت AM۱۰ روز بعد از ۱٤ ساعت ایناکشن ، جنین و جفت دفع می شود و سولفات منیزیم ادامه یافته و بیمار هوشیار با BP = 130/80 و خونریزی واژینال در حد نرمال به اورژانس داخلی با دستور ادامه سولفات منیزیم تا ۲٤ ساعت و آمپی سیلین وریدی منتقل می گردد .

در تکرار آزمایشات :

Hg = 9/4 Plat = 17000 HDL = 3900 Cr = 2/4

و بدلیل کاهش حجم ادراری و افزایش کراتینین ، از ساعت AM۱ دوز سولفات به نصف دوز قبلی، کاهش داده می شود. طبق مشورت با هماتولوژیست ، به دلیل اینکه بیمار Stable بوده و V/B در حد تهدید کننده نبوده ، نیازی به تزریق پلاکت نداشته و ۲ واحد Stat/FFP و هر ٦ ساعت Order می شود . در ساعاتی که بیمار در لیبر در حال ایناکشن بوده به دلیل عدم امکان انجام همزمان پلاسمافورزیس و ایناکشن ، پلاسما فورز انجام نشده ولی FFP و دگزامتازون دریافت می کرده است. پس از زایمان نوبت سوم پلاسما فورزیس شروع می شود و حین آن بیمار دچار خارش جنرالیزه بدون دیسترس تنفسی می شود که با تزریق هیدروکورتیزون ، خارش بر طرف می گردد .

در روز بعد نیز نوبت بعدی پلاسما فورزیس انجام می شود و از نظر زنان مشکل خاصی نداشته فقط سونوگرافی از نظر بقایای حاملگی درخواست می شود .

SGOT = 200 SGPT=90 ALK.P = 154

Bili T = 5/1 Bili D = 1/1 LDH =۱٤۹

BUN = 135 Cr = ۱/۳

سپس بدون انجام سونوگرافی رحم ، به بیمارستان..... منتقل و در بخش خون بستری می شود. هوشیار ولی از ضعف شاکی بوده است.

BP=110/70 PR=88 RR=16 T=36.6

آمپی سیلین ادامه یافته و ۲ واحد PC تزریق می شود

بیمار دچار خونریزی واژینال شده و در سونوگرافی توده ۹۰×۱۰۰mm با احتمال بقایای حاملگی گزارش می شود که توسط رزیدنت زنان ویزیت و دستور انفوزیون سرم + سنتوسینون داده می شود که به دلیل عدم انجام تزریق سنتوسینون در بخش خون، روز بعد بیمار به بخش لیبر منتقل می شود که در معاینه واژینال : ۲ / Finger رحم در حد ۱۲ هفته. جهت وی سرم سنتوسینون شروع و با نظر اتند زنان ، ۲ واحد PC تزریق و بعد از رزرو پلاکت جهت کورتاژ به اطاق عمل منتقل می گردد. همانروز بیمار دچار افزایشBP (۱۸۰/۱۰۰) می شود که با نظر رزیدنت داخلی سرم TNG شروع می شود و سپس بیمار به بخش خون برگردانده می شود.

روز بعد بیمار دچار درد شکم با تندرنس، ریباند تندرنس جنرالیزه می شود که مشاوره جراحی اورژانس درخواست و توسط رزیدنت جراحی ویزیت که در معاینه Pale بدون تاکیکاردی یا دیسترس تنفسی، شکم نرم بدون ریباند که توصیه به انجام آزمایشات روتین و گرافی شکم و ویزیت مجدد می شود .

WBC=14400 Hg=11.8 Plat=40000 PT=19 PTT > 90

مجدداً ۵ واحد پلاکت و ۱۰واحد کرایو و ۳واحد پلاکت تزریق می شود.

در همان روز بیمار ابتدا بی قرار و دچار سر درد شدید می شود که پتدین تزریق ولی بتدریج دچار کاهش O۲ Sat و سطح هوشیاری می شود که توسط رزیدنت داخلی و بیهوشی ویزیت، بدلیل سطح هوشیاری پایین، بیمار اینتوبه شده و به دلیل خالی نبودن تخت ICU ، ونتیلاتور از ICU به بخش خون منتقل و بیمار تحت ونتیلاتور قرار می گیرد. و بیمار توسط رزیدنت نرولوژی هم ویزیت و سیتی اسکن اورژانس درخواست که ICH مشاهده که مشاوره اورژانس جراح مغز و اعصاب درخواست می گردد، بیمار توسط رزیدنت ویزیت و جهت ونتریکولوستومی اورژانس به اطاق عمل منتقل و حین عمل ۲ واحد PC و ٤ واحد FFP و ۱۰ واحد پلاکت تزریق می شود .

بعد از عمل با نظر اتند خون، وانکومایسین، مروپنم شروع و دستورتزریق: FFP ۳ واحد هر ۸ ساعت،۵ واحد پلاکت / Stat، کرایو ۱۰ واحد / Stat / آمپول NevoSeven هر ۸ ساعت وریدی داده می شود و دوپامین و TNG هم بر اساس فشار خون Hold نگه داشته می شود .

به دلیل نبودن تخت خالی درICU ..... بیمار با GCS=3 به بیمارستان ..... منتقل می گردد . نهایتاً یک هفته پس از زایمان فوت می کند .

نقد و بررسی ششمین تاریخچه- سایر علل

- وضعیت سمع صدای قلب جنین هنگام مراجعات به متخصص زنان و در نتیجه زمان مرگ جنین در رحم مشخص نمی باشد اما از آنجا که باقی ماندن جنین مرده در رحم چرخه کوآگولوپاتی را فعال می کند، به نظر می رسد که همه اختلالات بعدی بر همین اساس ادامه یافته باشد.
- پس از تشخیص IUFD باید سطح فیبرینوژن اندازه گیری و در صورت نیاز، ابتدا Fresh Frozen Plasma تزریق و سپس اقدامات دیگر انجام می شد.
- پس از دفع جنین باید معاینه کامل جفت و جنین و در صورت نیاز سونوگرافی جهت بقایای حاملگی انجام می شد
- در صورت وجود Retained Tissue خارج کردن بقایای حاملگی باید بدون تاخیر و به صورت کورتاژ انجام می پذیرفت.

به مبحث اداره IUFD پس از نیمه اول بارداری در مجموعه راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود

سایر علل(سندرم ورنیکه) – تاریخچه هفتم

متوفی خانم ۳۰ ساله G2P1 که زایمان اول ۱۳ سال قبل به صورت طبیعی انجام شده، مراقبتهای دوران بارداری در بخش خصوصی انجام شده، سابقه دیابت در بارداری اخیر داشته که دارو مصرف نمی‌کرده. سابقه بیماری وسواس هم داشته که با شروع بارداری داروهای مصرفی اعصاب قطع شده. طی بارداری اخیر ۲۰kg کاهش وزن داشته (به علت بی‌اشتهایی و هایپرامزیس) که دو بار به علت هایپرامزیس در دو مرکز درمانی متفاوت بستری شد. درسن بارداری۱۶ هفته با درد شکم ـ تاری دید و درد پهلو به مرکز درمانی مراجعه و بستری شد. فشار خون متغیر داشت. نتیجه آزمایش ادرار کتون ۱ +،پروتئین ۱+، قند ۳+را نشان می داد، در طی مدت بستری در بیمارستان تاری دید ، افتالموپلژی و فلج عصب VI ، حواس پرتی و خیره نگاه کردن و نوسانات فشار خون تا ۱۶۰/۱۰۰افزایش داشت. تست‌های کبدی وESR بالا و الیگوری داشت با توجه به وضعیت بارداری از بیمارستان‌های سانتر پریناتولوژی پذیرش خواسته شد تخت خالی نداشتند لذا در همان مرکز تحت درمان با سولفات منیزیم و متیل پردنیزولون ـ آتنولول قرار گرفت. سونوگرافی شکم کله سیستیت حاد گزارش شد.در EKG STdep مختصر در لیدهای آنتروسپتال و هایپوکالمی (k=2/7) گزارش شد. براساس مشاوره داخلی با توجه به افزایش ESR ، اولیگوری شدید، آنزیم‌های کبدی بالا و درگیری CNS و تاری دید آمپول متیل پردنیزولون تجویز شد. براساس مشاوره نورولوژی ترومبوز سینوس مغز یا مننگو آنسفالیت با توجه به ضایعات دهانی مطرح بود که MRI و MRV درخواست شده بود که نرمال گزارش شد. لذا MRI توراسیک و کمری درخواست شد ردور گردنی نداشت. لذا جهت بررسی بیشتر LP شد که نرمال و شفاف بود.در مشاوره با ۳ پریناتولوژیست بیمارستان آموزشی ختم حاملگی توصیه شد لذا جهت ختم بارداری میزوپروستول تجویز شد. فردا صبح جنین و جفت به طور کامل دفع شد نوزاد پسر مرده (حدود ۱۸ هفته) و رحم کوراژ شد بقایا نداشت. مجدداً در مشاوره نورولوژی با احتمال ترمبوآمبولی هپارین شروع شد. تست‌های تیروئید هایپرتیروئیدی را مطرح می‌کرد که متی‌مازول شروع شد TSH<0.1 T3 و T4 نرمال/ در مشاوره چشم براساس تاری دید مسئله سانترال مطرح شد. وضعیت هوشیاری بعد از ختم حاملگی به تدریج کاهش پیدا می‌کرد. از راه ورید ژیگولار داخلی Cvpline گذاشته شد و با توجه به وضعیت نامناسب رفلکس‌های محافظ راه هوایی و ترشحات حلق بیمار اینتوبه شد. به علت تب آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف می‌گرفت که با توجه به مرگ مغزی جهت تعدیل آنتی‌بیوتیک مشاوره عفونی شد و آمپول سیپروفلوکساسین و آمیکاسین DC و کپسول سیپروفلوکساسین BD دریافت کرد، مشاوره خون انجام شد،WBC حدود ۲۰۰۰۰ ، پلاکت نرمال ، ۱۸ روز پس از زایمان دچار برادی کاردی شد اقدامات احیاء انجام شد موثر نبود و فوت کرد.

نقد و بررسی هفتمین تاریخچه – سایر علل

- به علائم بالینی(تهوع و استفراغ شدید، کاهش وزن ۲۰ کیلو گرم، مشکلات چشمی و...) توجهی نشده است
- تشخیص پراکلامپسی و ختم بارداری اشتباه بوده است.
- با توجه به علائم بالینی تشخیص احتمالی سندرم ورنیکه (Wernicke Encephalopathy) می باشد

به مبحث تهوع و استفراغ بارداری در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان مراجعه شود.

- به فصل ٤٩ (Williams Obstetrics 2010 p:1051) مبحث استفراغ شدید بارداری مراجعه شود:
در موارد استفراغ شدید حاملگی حداقل دو نوع کمبود ویتامینی شدید گزارش شده است: آنسفالوپاتی ورنیکه در اثر کمبود تیامین(ویتامین B_1) ناشایع نیست. با بررسی ٤٩ مورد از این عارضه گزارش کرده اند که فقط در نیمی از موارد تریاد گیجی، یافته های چشمی و آتاکسی وجود دارد. معمولا یافته های MRI وجود دارد. عوارض طولانی مدت نیز شایع و شامل نابینایی، حملات تشنجی و اغما می باشد

- به فصل ٤٧ (High risk Pregnancy 2011 p: 851) مبحث استفراغ شدید بارداری مراجعه شود:
اگر استفراغ شدید بارداری به درستی درمان نشود منجر به عوارض جدی و حتی مرگ مادر می گردد. سندرم ورنیکه در اثر کمبود تیامین(ویتامین B_1) رخ می دهد. این سندرم با دوبینی، فلج عصب ٦ ، نیستاگموس، عدم تعادل و گیجی همراه است. در صورتی که سندرم ورنیکه درمان نشود منجر به Korsakoff's Psychosis (فراموشی، عدم توانایی در یادگیری) یا مرگ می گردد

سایر علل(افسردگی پس از زایمان) – تاریخچه هشتم

متوفی خانم ۲۵ ساله، G1، سابقه بیماری، جراحی، حساسیت دارویی و مصرف دارو نداشته
در مطب متخصص زنان ۹ مرتبه مراقبت انجام شده است و مادر تا هفته ۳۵ بارداری Kg ۱۶ وزن گیری داشته است. در هفته ۳۲، فشار خون ۱۳۵/۸۵ گزارش شده و مادر اظهار نموده که ایزوکسوپرین مصرف می کند، هفته ۳۳ فشار خون ۱۴۰/۹۰ گزارش شده و ASA تجویز شده است. در هفته ۳۵ (آخرین مراجعه به متخصص زنان)، فشار خون ۱۴۰/۹۰ و ۱۳۰/۸۰ گزارش شده و آلبومین ادرار درخواست شده و توصیه به کنترل روزانه فشار خون شده است. بر اساس سونوگرافی هفته ۲۶، جفت Low lying گزارش شده است. دو آزمایش روتین خون در هفته ۸ و ۳۲ انجام شده که در آزمایش هفته ۸ مورد غیر طبیعی گزارش نشده است. در هفته ۳۲، LDH=۲۹۵، TSH=۱/۸۳، Anti TPO=۳ و آلبومین ادرار منفی گزارش شده است. در سن بارداری ۳۶ هفته، با تشخیص SROM و PIH در بیمارستان بستری می شود. BP=۱۶۰/۱۰۵، PR=۸۰ و ادم(+۱) و بدون سردرد، تاری دید و درد اپیگاستر.
براساس آزمایشات، Hb=۱۴، Hct=۴۲/۱ ، plt=۲۳۱۰۰۰، آزمایشات کلیوی، ALT، AST، LDH نرمال، Alkp بیش از حد نرمال، پروتئینوری (+۱) و هماچوری (+۳) گزارش شده است. بیمار پس از دریافت سولفات منیزیوم (۲ gr/h) و آمپول دگزامتازون، در ساعت ۸:۵۰ AM با گزارش BP=۱۳۵/۸۵ و PR=۸۵ تحت بیهوشی اسپاینال سزارین شده و نوزاد پسر با وزن ۲۵۶۰ متولد می شود. پس از عمل سرم سنتو تجویز، سولفات منیزیم ادامه یافته و علائم حیاتی کنترل شده است.

بیمار دو روز بعد مرخص شده است. دستور داروئی و علائم حیاتی هنگام ترخیص در پرونده ثبت نشده است.
مادر، کارشناس روانشناسی بوده و ۴ سال سابقه کار در مراکز روانپزشکی داشته است. از ۴-۳ روز پس از زایمان، خانواده ایشان متوجه افسردگی و شکاک شدن وی می شوند و ۹ روز پس از زایمان پدر وی به مطب روانپزشک مراجعه نموده و افسردگی و شکاکی و افکار بچه کشی در دخترش را بازگو نموده، سپس مطب را ترک نموده است. چند دقیقه بعد بیمار به همراه همسرش به مطب مراجعه نموده و افکار خودکشی را بیان نموده است. پزشک نیاز به شوک را مطرح نموده و به دلیل ترس مادر از بستری در بیمارستان، پزشک جهت توجیه نمودن همسر وی برای بستری کردن بیمار، از بیمار می خواهد که خارج از مطب منتظر بماند، مادر به محض خروج از مطب، از حد فاصل نرده پله های طبقه دوم (ارتفاع حدود ۴ متری) خود را به پائین پرتاب می کند و توسط اورژانس شهر با گزارش GCS=۵، BP=۲۱۰/۱۰۰، PR=۸۰، RR=۲۴ و میدریاز Fix، پس از اکسیژن تراپی و برقراری سرم به بیمارستان منتقل می شود.

بدو ورود به اورژانس، GCS =۶ ، میدریاز فیکس و بیمار فاقد پاسخ به تحریک دردناک گزارش شده، BP=۲۲۰/۱۲۰ بوده و سریعا افت نموده و به P/۶۰ رسیده است، تنفس نامنظم بوده و بیمار اینتوبه و به ونتیلاتور متصل شده است. سرم N/S و فنی توئین تجویز شده. بر اساس Brain CT شکستگی جمجمه همراه با هماتوم اکسترا اگزیال هترودنس گزارش شده است.
بر اساس آزمایشات، یافته های انعقادی نرمال، Hb=۱۵/۹، Hct=۴۹، Plt=۳۵۴۰۰۰ گزارش شده است.

بیمار تحت کرانیوتومی فرونتال و پریتال راست قرار گرفته و هماتوم ساب دورال تخلیه شده و به ICU منتقل شده است. تحت درمان با سفتریاکسون، جنتامایسین، دگزامتازون و فنی توئین قرار گرفته و فشار خون با دوپامین کنترل شده است.

درن دارای ترشح خونی و نسج مغز بوده، بر اساس آزمایشات، یافته های انعقادی، BUN/Cr، AST،ALT، TG نرمال و Cholesterol و Alkp بیش از حد نرمال گزارش شده است. GCS=۳ گزارش شده و ۱۸ روز پس از سزارین دچار برادیکاردی شده و عملیات احیاء موثر واقع نشده و فوت نموده است. علت فوت اصابت جسم سخت تعیین شده است.

نقد و بررسی هشتمین تاریخچه- سایر علل

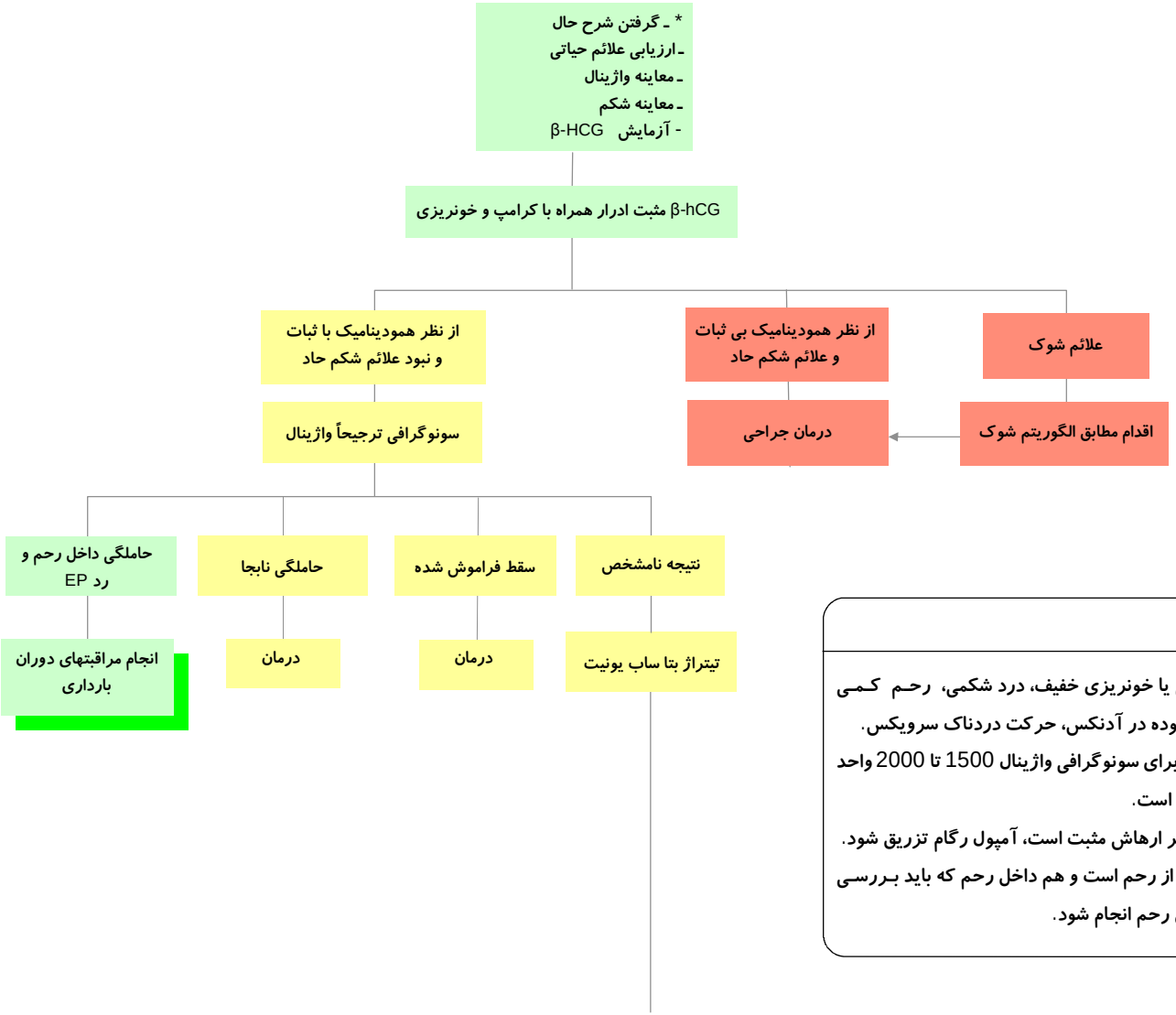
- در مطب متخصص روانپزشکی نباید مادر با علائم سایکوز پس از زایمان تنها گذاشته می شد.

به مبحث اختلالات روانی(مراقبتهای ویژه پس از زایمان) در مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)مراجعه شود.

دستور عملها و بخشنامه های

اشاره شده در نقد و بررسیها

راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم



توضیحات

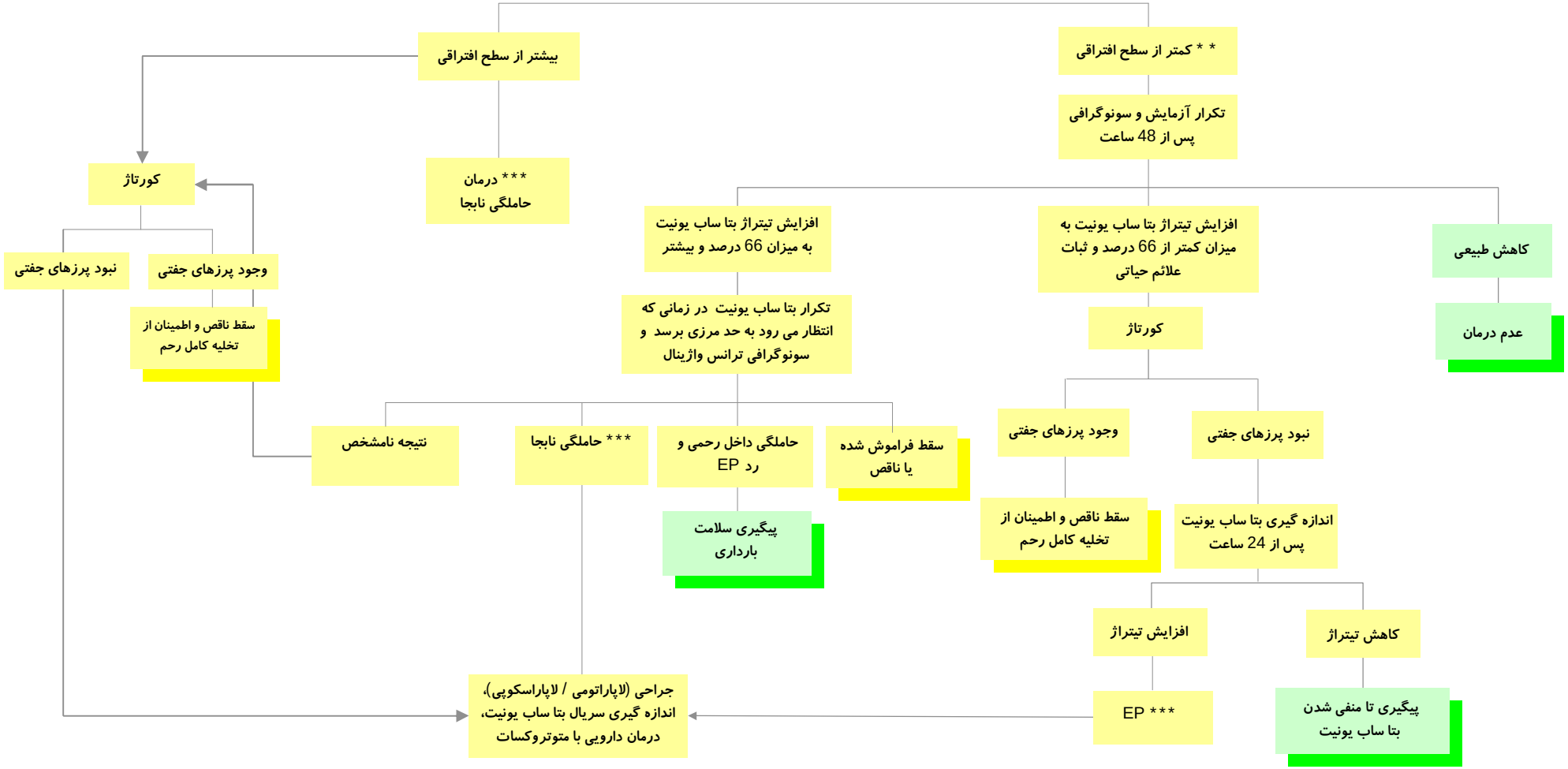
* علائم حاملگی خارج از رحم: لکه بینی یا خونریزی خفیف، درد شکمی، رحم کمی بزرگتر از حد طبیعی، تندرنس و لمس توده در آدنکس، حرکت دردناک سرویکس.

** حد مرزی یا افتراقی بتاساب یونیت برای سونوگرافی واژینال 1500 تا 2000 واحد و برای سونوگرافی شکمی 6000 واحد است.

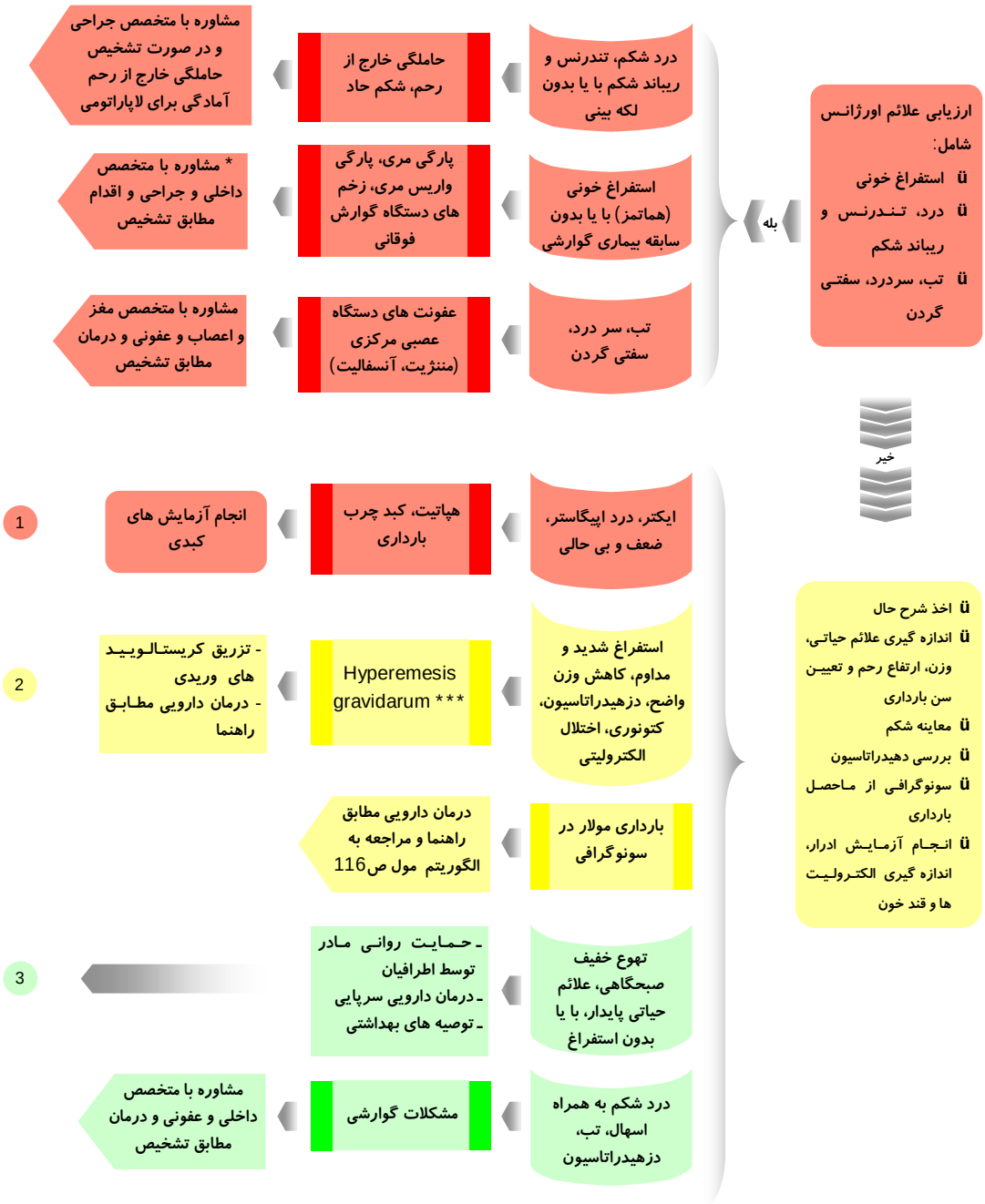
در مواردی که مادر ارهاش منفی و همسر ارهاش مثبت است، آمپول رگام تزریق شود.

*** در برخی موارد هم حاملگی خارج از رحم است و هم داخل رحم که باید بررسی کافی در مورد زنده بودن جنین در داخل رحم انجام شود.

ادامه


* * کمتر از سطح افتراقی
تکرار آزمایش و سونوگرافی پس از 48 ساعت
کاهش طبیعی
عدم درمان
افزایش تیتراژ بتا ساب یونیت به میزان کمتر از 66 درصد و ثبات علائم حیاتی
کورتاژ
نبود پرزهای جفتی
اندازه گیری بتا ساب یونیت پس از 24 ساعت
کاهش تیتراژ
پیگیری تا منفی شدن بتا ساب یونیت
افزایش تیتراژ
*** EP
وجود پرزهای جفتی
سقط ناقص و اطمینان از تخلیه کامل رحم
بیشتر از سطح افتراقی
*** درمان حاملگی نابجا
کورتاژ
نبود پرزهای جفتی
وجود پرزهای جفتی
سقط ناقص و اطمینان از تخلیه کامل رحم
افزایش تیتراژ بتا ساب یونیت به میزان 66 درصد و بیشتر
تکرار بتا ساب یونیت در زمانی که انتظار می رود به حد مرزی برسد و سونوگرافی ترانس واژینال
نتیجه نامشخص
*** حاملگی نابجا
حاملگی داخل رحمی و رد EP
سقط فراموش شده یا ناقص
پیگیری سلامت بارداری
جراحی (لاپاراتومی / لاپاراسکوپی)، اندازه گیری سریال بتا ساب یونیت، درمان دارویی با متوتروکسات

تهوع و استفراغ در بارداری



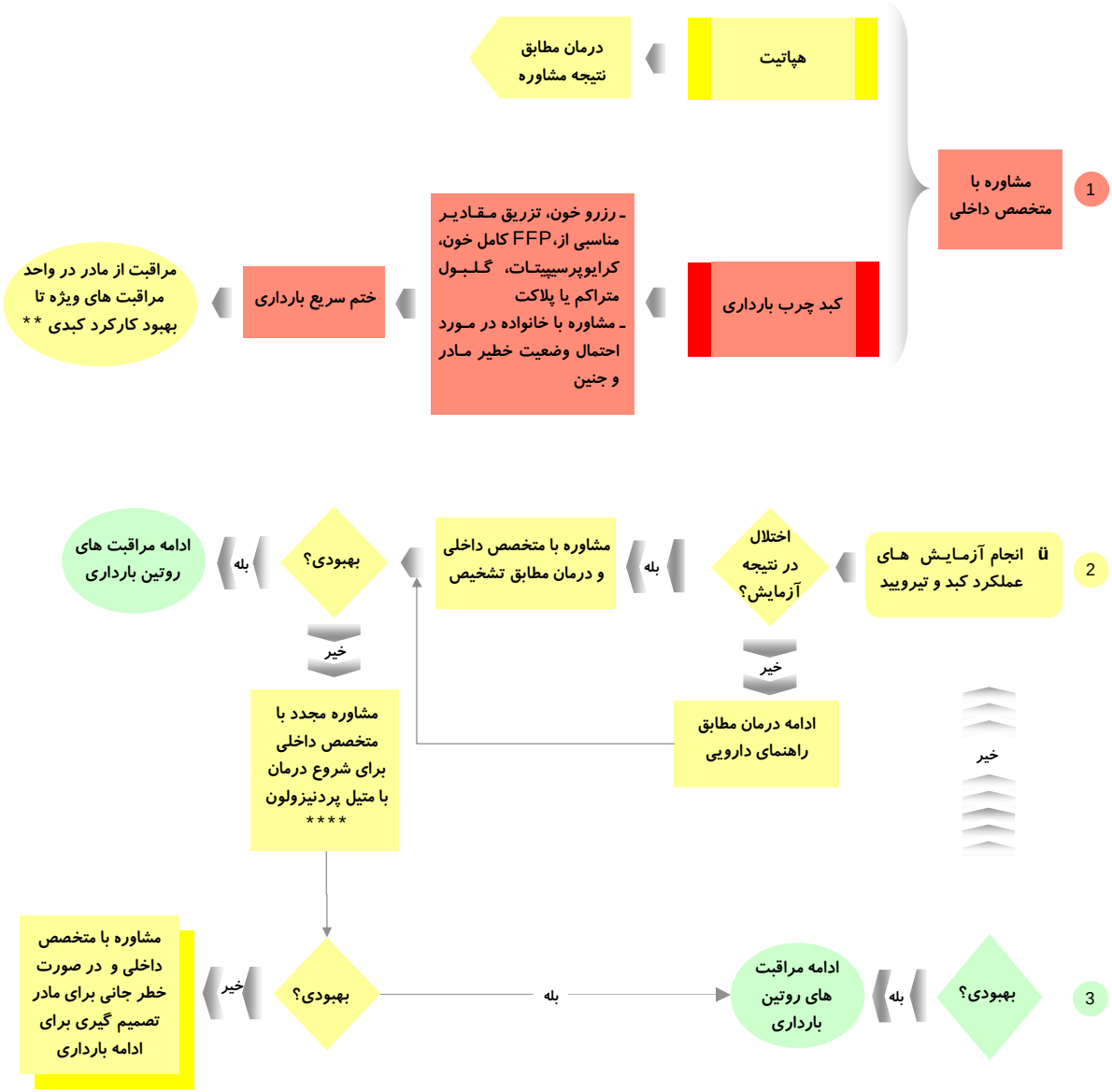
توضیحات

*در صورتی که استفراغ خونی به دنبال استفراغ های شدید و مداوم است، درمان Hyperemesis نیز انجام شود.

**این مادران در معرض سپسیس، نارسایی کلیه، خونریزی دستگاه گوارش، پانکراتیت و آسپیراسیون هستند.

***در استفراغ های شدید همواره بیماری های کبدی، پانکراتیت، پیلونفریت، بیماری های تیروییدی، کتو اسیدوز دیابتیک و مسایل روانی ـ اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

ادامه



راهنمای دارویی

روش های دارویی درمان تهوع و استفراغ شدید عبارتند از:

1. ویتامین B 6 (پیریدوکسین) 20 mg/TDS(قرص ها 40 میلی گرمی است) در صورت استفاده از ویتامین B 6 به تشنج نوزادی پس از زایمان توجه شود.
2. آنتی هیستامین ها: دیفن هیدرامین 50 ـ 25 میلی گرم هر 6 ساعت
3. فنوتیازین ها: پرومتازین 25-12.5 میلی گرم هر 8 ساعت (خوراکی، عضلانی یا از طریق رکتال)، کلرپرومازین 25 ـ 10 میلی گرم هر 6 ساعت و یا 25 میلی گرم عضلانی هر 6 ساعت
4. اگر دهیدریشن وجود داشت سرم تراپی
5. در صورت عدم جواب 10-5 میلی گرم متوکلوپرومايد

نکته: آنهایی که بیش از سه هفته استفراغ داشته و نیاز به مایع درمانی دارند100 میلی گرم ویتامین B_1 برای 3-2 روز برای جلوگیری از آنسفالوپاتی ورنیکه تجویز شود.(به علت عدم دسترسی به آمپول ویتامینB_1تزریقی در بازار دارویی می توان از ب کمپلکس استفاده کرد.

**** متیل پردنیزولون: 16 میلی گرم خوراکی یا وریدی هر 8 ساعت به مدت سه روز در حاملگی بالای 10هفته

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		زمان شروع و نوع استفراغ، تعداد دفعات آن، درد شکم و علائم گوارشی، درد اپی گاستر، ضعف و بی حالی، کاهش وزن، سردرد
معاینه		ارزیابی علائم حیاتی (تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریباند شکم)، سفتی گردن، کاهش وزن واضح، ایکتر، بررسی دهیدراتاسیون
اندیکاسیون بستری		EP، شکم حاد، پارگی مری، زخم دستگاه گوارش، عفونت CNS، ایکتر، استفراغ شدید و مداوم، مول، کتون ادرار مثبت
پاراکلینیک	آزمایشگاه	آزمایش ادرار، اندازه گیری الکترولیت ها و قند خون
	تصویر برداری	سونوگرافی حاملگی
	سایر تست های تشخیصی	تست های کبدی، در صورت علامت دار بودن تست های تیروییدی
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	ویتامین B_6 (پیرودوکسین)، آنتی هیستامین ها: دیفن هیدرامین 50 ـ 25 میلی گرم، فنوتیازین ها: پرومتازین 25 میلی گرم، کلرپرومازین 25 ـ 10 میلی گرم و متوکلوپرومايد 25 ـ 10 میلی گرم، انواع کریستالوییدهای وریدی، متیل پردنیزولون، ویتامین B1 ، فراورده های خونی(خون کامل، FFP ، کرایوپرسیپتیست و پلاکت)
	اندیکاسیون	استفراغ شدید و مکرر، درمان تهوع و استفراغ حاملگی، کبد چرب بارداری، گاستروآنتریت
درمان جراحی	اندیکاسیون	شکم حاد، مول، EP
	نوع عمل	لاپاراتومی، تخلیه مول
درمان غیر دارویی و آموزش ها		حمایت روانی، توصیه های بهداشتی برای کاهش تهوع، مصرف زنجبیل و توصیه مطابق با هر تشخیص
اندیکاسیون ختم بارداری		کبد چرب بارداری، حاملگی مولار، استفراغ شدید و مقاوم به درمان پس از مشاوره
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		بهبودی نسبی، تحمل مواد غذایی، رفع دهیدراتاسیون
دستورات Follow up		پیگیری مراقبت های بارداری
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص جراحی، داخلی، مغز و اعصاب، عفونی



توجه: زیر 25 هفته بارداری در صورت وجود مایع و نبود عفونت و انومالی در جنین، 48 ساعت مهلت داده می شود. اگر مایع جمع نشد، ختم بارداری داده می شود.

ادامه


1
علایم شوک
شوک سپتیک ناشی از PROM
مراجعه به الگوریتم شوک ص99 مشاوره داخلی ـ عفونی درمان کوریوآمنیونیت ** و ختم بارداری
ـ درجه حرارت بیش از 37/8 و نبض بیش از 100 بار در دقیقه
ـ تندرنس شکمی
ـ تاکیکاردی جنین
کوریو آمنیونیت
** درمان و ختم بارداری
خونریزی شدید واژینال
جدا شدن زودرس جفت
مراجعه به الگوریتم خونریزی واژینال ص78 و ختم بارداری
صدای قلب جنین کمتر از 100 بار در دقیقه
پرولاپس بند ناف، دیسترس جنینی
تجویز اکسیژن و بررسی از نظر وجود پرولاپس
در صورت پرولاپس بند ناف مراجعه به الگوریتم مربوطه ص48 و ختم بارداری
در صورت نبود پرولاپس و عدم تصحیح صدای قلب جنین ختم سریع بارداری
***درمان با آنتی بیوتیک
2
فشارخون 140/90 و بیشتر
مراجعه به الگوریتم فشارخون بالا در بارداری ص105 و ختم بارداری ***
* علایم کوریوآمنیونیت
** درمان و ختم بارداری
انقباضات رحمی
*** درمان آنتی بیوتیک
- تجویز استرویید و توکولیتیک (با توجه و شرایط مادر و جنین و صلاحدید پزشک)
- کنترل دقیق علائم مادر و جنین از نظر اطمینان از نبود کوریوآمنیونیت
ادامه روند زایمان تا ختم بارداری
بله
بیماری زمینه ای مادر (قلبی ـ عروقی، ریوی، کلیوی و ...)
مشاوره با متخصص مربوطه جهت تداوم یا ختم بارداری
تصمیم به ختم بارداری؟
خیر
ادامه مراقبت ها طبق همین الگوریتم متناسب با سن بارداری
NST Reactive آزمایش ها و علائم حیاتی طبیعی
- تجویزآنتی بیوتیک در دوره انتظار ****
- تجویز استرویید یک دوره
- تکرار مراقبت ها
اندازه گیری L/S ratio یا Lamellar body countدر هفته 32 بارداری(تست بررسی رسیدگی ریه)
*** ختم بارداری در صورت رسیدگی ریه جنین
NST non Reactive
انجام BPs و درمان مطابق نتیجه آن
مرگ جنین یا آنومالی مغایر با حیات
ختم بارداری

ادامه پارگی زودرس کیسه آب

توضیحات

*** علائم کوریوآمنیونیت:**

پارگی کیسه آب به همراه حداقل دو علامت زیر، کوریوآمنیونیت محسوب می شود:

ضربان قلب جنین بیش از 160 بار در دقیقه، تندرنس رحمی، نبض مادر بیش از 100 بار در دقیقه، حرارت بدن بیش از 38درجه سانتی گراد، ترشحات بدبو و تعداد گلبول های سفید بیش از 15000 یا Rising آن.

*** * درمان کوریوآمنیونیت:**

درموارد ختم بارداری به طریق زایمان واژینال: تزریق آمپی سیلین 2 گرم وریدی هر 6 ساعت و جنتامایسین 2 mg/kg وریدی دوز اولیه و سپس 1/5 mg/kg هر 8 ساعت

در موارد ختم بارداری به طریق سزارین: کلیندامایسین با دوز اولیه 900 میلی گرم و سپس 600 میلی گرم هر 6 ساعت و جنتامایسین 2 mg/kg دوز اولیه و سپس 1 mg/kg هر 8 ساعت

درمان آنتی بیوتیکی تا 48 ساعت پس از قطع تب و بهبود علایم بالینی ادامه یابد.

در صورت حساسیت مادر به پنی سیلین، از وانکومایسین استفاده شود.

*** * * درمان آنتی بیوتیکی در زمان ختم بارداری:**

زیر هفته 37 بارداری تجویز 2 گرم آمپی سیلین هر 6 ساعت (48 ساعت اول وریدی و 5 روز بعد خوراکی)

از هفته 37 بارداری به بعد تجویز 2 گرم آمپی سیلین هر 6 ساعت تا زمان زایمان در صورتی که بیش از 18 ساعت از پارگی کیسه آب گذشته باشد.

*** * * * درمان آنتی بیوتیکی در دوره انتظار:**

در 48 ساعت اول تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی هر 6 ساعت تا دو روز و سپس آموکسی سیلین 500 میلی گرم خوراکی هر 8 ساعت و اریترومایسین به میزان 400 میلی گرم هر 6 ساعت تا پایان هفته اول.

نکته 1 : NST در هفته های 25 تا 28 بارداری قابل تفسیر نیست.

نکته 2: در صورت نیاز به تجویز کورتیکواستروییید مطابق راهنمای صفحه 194

نکته 3: در صورت القا زایمانی مادر، اگر بیش از 12ساعت در فاز نهفته باقی ماند ختم بارداری به روش سزارین انجام شود.

عنوان پروتکل: پارگی زودرس کیسه آب

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		سابقه بیماری های زمینه ای مادر (قلبی، ریوی، دیابت، ...)، بررسی سونوگرافی های قبلی جهت تایید سن بارداری و وجود آنومالی، تعیین سن بارداری
معاینه		ارزیابی علائم حیاتی و علائم شوک، معاینه واژینال با اسپکولوم جهت کیفیت مایع دفع شده و مشاهده بند ناف، بررسی ترشحات بدبو و چرکی رحمی، معاینه شکم از نظر تندرنس و انقباضات رحمی، شنیدن صدای قلب جنین
اندیکاسیون بستری		تمام موارد
پاراکلینیک	آزمایشگاه	U/C، U/A، CBC، CRP، کشت ترشحات سرویکس و L/S ratio و lamellar body count
	تصویربرداری	سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	NST , BPS
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	آمپی سیلین 2 گرم وریدی هر 6 ساعت،جنتامایسین 1 mg/kg هر 8 ساعت، استروئید (2 دوز بتامتازون 12 میلی گرم عضلانی به فاصله 24 ساعت) و توکولیتیک، کلیندامایسین با دوز اولیه 900 میلی گرم و سپس 600 میلی گرم، اریترومایسین 400 میلی گرم هر 6 ساعت ، آموکسی سیلین هر 8 ساعت 500 میلی گرم خوراکی
	اندیکاسیون	متناسب با سن بارداری و وضعیت جنین توقف دردهای زایمانی، درمان کوریوآمنیونیت
درمان جراحی	اندیکاسیون	ختم بارداری
	نوع عمل	سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها		اکسیژن تراپی، دادن مایعات فراوان، آگاه نمودن زوجین از عوارض ادامه بارداری، آموزش علائم عفونت
اندیکاسیون ختم بارداری		دیسترس جنینی، سن حاملگی، عفونت
مدت بستری		با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		Stable بودن وضعیت مادر
دستورات Follow up		بررسی بهبود علائم کوریوآمنیونیت
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، مشاوره با زوجین

خونریزی بلافاصله پس از زایمان

سرعت در تصمیم گیری و تخمین میزان خونریزی نجات دهنده است.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
- علائم شوک هموراژیک
- خونریزی شدید واژینال

بله ← اقدام درمانی مطابق راهنمای شوک و ترانسفوزیون خون ص99و درمان خونریزی

خیر

- اخذ شرح حال (نوع زایمان و زمان آن)
- کنترل علائم حیاتی و برون ده ادراری
- معاینه رحم و بررسی میزان خونریزی
- گرفتن رگ
- انجام آزمایش CBC, BG, Rhو رزرو خون
- کومبس غیرمستقیم، پلاکت (فیبرینوژن و PT, PTT در صورت شک به دکلمان و DIC)
- تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین حاوی 20 واحد اکسی توسین با سرعت 10 ml/min (بجز وارونگی رحم)
- دادن اکسیژن و گذاشتن سوند ادراری ثابت و تخلیه

1 رحم نرم خمیری

تجویز دارو های یوتروتونیک به ترتیب اولویت:
تجویز اکسی توسین
تجویز مترژن *
میزوپروستول **
PGf_{2}^{α} ***

ادامه خونریزی؟

بله ← درخواست کمک
- گرفتن یک رگ دیگر
- ماساژ دو دستی رحم و فشار روی آئورت شکمی
- جستجوی رحم با دست برای یافتن قطعات باقی مانده جفت یا پارگی ها و بررسی کانال زایمان
- گذاشتن سند فولی و پایش برونده ادراری
- ترانسفوزیون خون

خیر

ادامه خونریزی؟

بله ← لاپاراتومی
- پک کردن رحم با سوند فولی یا بالن رحمی
- بستن شریانهای رحمی و تخمدان
- استفاده از تکنیکB-lynch
- **** هیسترکتومی (بسته به وضعیت بیمار)
- بستن شریان هیپوگاستر

خیر

- کنترل علائم حیاتی و برون ده ادراری هر ساعت
- خونریزی واژینال هر 5 دقیقه تا نیم ساعت سپس هر 15 دقیقه تا 2 ساعت و هر 2 ساعت تا 24 ساعت
- تداوم سرم حاوی اکسی توسین 1 ـ 2 ml/min

بروز مجدد خونریزی یا علائم حیاتی غیرطبیعی؟

بله ← بررسی علل دیگر خونریزی مانند اختلال انعقادی و هماتوم لگنی و یا بقایای جفتی با سرعت بیشتر

خیر

ترخیص مادر حداقل پس از 48 ساعت

توضیحات

جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود.

برای کنترل خونریزی در صورتی که اکسی توسین موثر واقع نشد به ترتیب از دارو های زیر استفاده شود:

* در مورد فشارخون بالا و بیماری قلبی مصرف متیل ارگونوین منع دارد.

** 5 قرص دویست میکرو گرمی (1000 میکرو گرم) رکتال

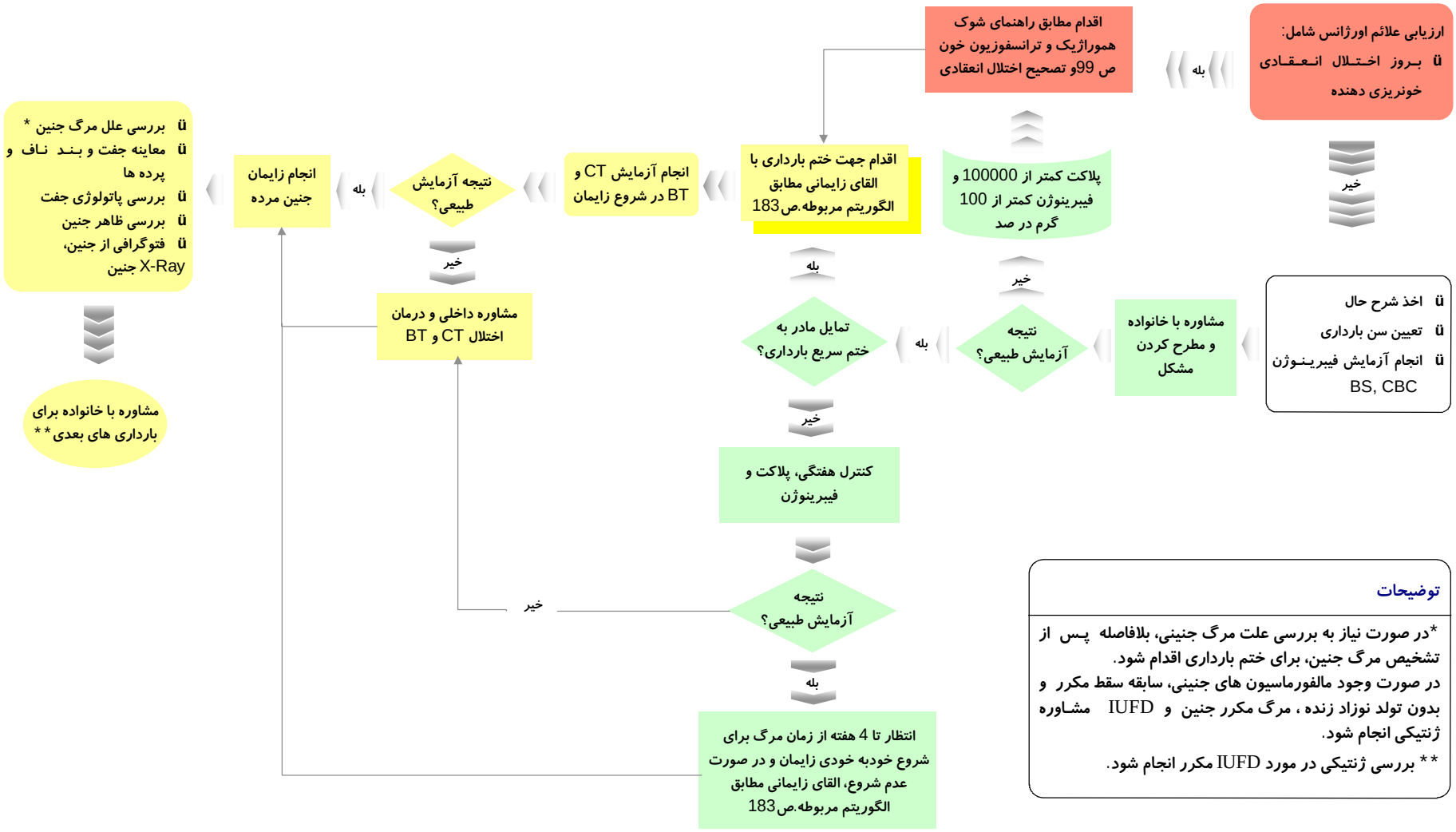
*** 250 میکرو گرم پروستاگلاندین عضلانی که در صورت لزوم میتوان آن را هر 15 دقیقه تکرار کرد و حداکثر تا 8 دوز.

**** در مواردی که مادر تعداد فرزندان کافی دارد هیسترکتومی می تواند اولین انتخاب باشد.

ادامه


2
رحم سفت گلوبولار
بررسی قسمت تحتانی دستگاه تناسلی و ترمیم پارگی ها
ادامه خونریزی یا علائم حیاتی غیرطبیعی؟
بله
ـ بررسی قسمت فوقانی (کوراژ)
ـ آمادگی جهت تزریق خون در صورت نیاز
خیر
ترخیص مادر حداقل پس از 48 ساعت
پارگی رحم هماتوم لگنی
تخلیه هماتوم و ترمیم رحم
ادامه خونریزی؟
بله
ـ بستن شرایین رحمی و تخمدان
ـ **** هیستر کتومی
- بستن شریان هیپوگاستر
خیر
در صورت وجود تامپون خروج آن تا 48 ـ 24 ساعت بعد و ترخیص با نظر متخصص
ـ در صورت تداوم خونریزی تصحیح اختلال انعقادی و تامپون لگن
ـ مشاوره اورژانس داخلی
رحم خالی و سالم
کواگولوپاتی؟
خیر
تامپون رحم در اتاق عمل
بله
ـ مشاوره داخلی
ـ درمان با پلاکت، خون تازه، FFP
بهبودی؟
بله
ادامه کنترل علائم حیاتی مادر و کنترل وضعیت هماتولوژیک تحت نظر متخصص زنان و داخلی
خیر
بقایای جفتی و چسبندگی غیرطبیعی
مراجعه به الگوریتم عدم خروج جفت. ص196
3
وجود کواگولوپاتی
ـ مشاوره داخلی
ـ درمان با پلاکت، خون تازه، FFP
ـ بررسی رحم همزمان و اقدام مطابق وضعیت رحم
4
وارونگی رحم
مراجعه به راهنمای وارونگی رحم. ص199

اداره IUFD پس از نیمه اول بارداری (تأیید توسط سونوگرافی)



توضیحات

*در صورت نیاز به بررسی علت مرگ جنینی، بلافاصله پس از تشخیص مرگ جنین، برای ختم بارداری اقدام شود.
در صورت وجود مالفورماسیون های جنینی، سابقه سقط مکرر و بدون تولد نوزاد زنده ، مرگ مکرر جنین و IUFD مشاوره ژنتیکی انجام شود.
** بررسی ژنتیکی در مورد IUFD مکرر انجام شود.

عنوان پروتکل : اداره IUFD پس از نیمه اول بارداری

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		تعیین سن بارداری، سابقه سقط مکرر، خونریزی از بینی، لثه ها و خونریزی واژینال
معاینه		اندازه رحم، معاینه واژینال، بررسی علائم زایمانی
اندیکاسیون بستری		بروز اختلالات خونریزی دهنده، تمایل مادر به ختم بارداری، شروع علائم زایمانی
پاراکلینیک	آزمایشگاه	فیبرینوژن، BS,CBC و در صورت نیاز CT و BT
	تصویربرداری	X-Ray از جنین در صورت لزوم و فتوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	اتوپسی جنین، پاتولوژی جفت
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	خون تازه، پلاکت، FFP
	اندیکاسیون	اصلاح اختلال انعقادی
درمان جراحی	اندیکاسیون	ختم بارداری با اندیکاسیون مامایی (مانند سزارین تکراری، جفت سرراهی، . . .)
	نوع عمل	
درمان غیر دارویی و آموزش ها		
اندیکاسیون ختم بارداری		جنین مرده، خونریزی شدید واژینال
مدت بستری		با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		stable بودن وضعیت مادر
دستورات Follow up		پیگیری علت مرگ جنین
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص مربوطه، مشاوره با خانواده

راهنما

سایر موارد خطر: اعتیاد و مصرف الکل، نمایه توده بدنی بیش از 40، چندقلویی، مرگ جنین داخل شکمی، تست های غیر طبیعی سلامت جنین، سن بارداری کمتر از 37 و بیش از 42 هفته، اولیگوهیدرآمنیوس، پلی هیدرآمنیوس، تـأخیر رشـد داخل رحمی، جفت سر راهی، نمایش غیر سفالیک، پرولاپس بندناف، سزارین قبلی، پارگی کیسه آب (در فاز نهفته و یا بیش از 12 ساعت)، تروما، مادر ارهاش منفی با کومبس غیر مستقیم مثبت، بارداری بیش از 5 بار، سابقه ناهنجاری جنینی و نداشتن سونوگرافی و مراقبت طی بارداری، هموگلوبین کمتر از 8 میلی گرم در دسی لیتر

سوابق بارداری و زایمان قبلی: پره اکلامپسی- دکلمان و جفت سرراهی- مرده زایی/ مرگ نوزاد- سزارین- زایمان سخت- زایمان سریع - دیابت بارداری

نکته1: در صورت وجود ضایعه فعال هرپس ژنیتال صرف نظر از سالم یا پاره بودن کیسه آب، سزارین انجام شود.

نکته2: در مواردی که اسکار یا ضایعه ولو مانع خروج سر جنین می شود، باید سزارین انجام شود.

راهنمای 5: کنترل علائم حیاتی

مرحله اول			مرحله دوم	مرحله چهارم (2 ساعت اول پس از زایمان)	تا زمان ترخیص
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال			
هر 4 ساعت 1بار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر 4 ساعت 1بار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از 6 ساعت هر یک ساعت 1بار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر 2 ساعت 1بار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از 6 ساعت هر یک ساعت 1بار)	حداقل 1بار »	**در ساعت اول**: فشارخون، نبض و تنفس هر 15 دقیقه 1بار و درجه حرارت 1بار **در ساعت دوم**: فشارخون، نبض و تنفس هر 30 دقیقه 1بار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت 1بار تا چهار ساعت، سپس هر 6 ساعت 1 بار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص

» در مرحله دوم زایمان، وضعیت علائم حیاتی به شرح زیر تغییر می کند:

- افزایش فشارخون سیستول به میزان 15 تا 25 میلی متر جیوه. افزایش آن تا 10 میلی متر جیوه در هنگام زور زدن طبیعی است.
- افزایش تعداد نبض. تعداد طبیعی نبض 60 تا 100بار در دقیقه است و باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود.
- افزایش درجه حرارت به میزان 0/5 تا 1 درجه سانتیگراد.
- تعداد تنفس تغییری نمی کند.

v معیارهای ارزیابی علایم حیاتی:

- فشار خون 90/140و بالاتر« فشارخون بالا» در نظر گرفته می شود. (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود)
- تعداد طبیعی نبض 60 تا 100بار در دقیقه است.(تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود)
- درجه حرارت بیش از 38 درجه سانتیگراد «تب» است.(درجه حرارت به مدت 3 تا 5 دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود.)
- تعداد طبیعی تنفس 16 تا 20 بار در دقیقه است. (تعداد تنفس به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود.)

راهنما

راهنمای 20: اقدامات پس از خروج جفت

1- پرینه را با آب گرم یا پارچه تمیز پاک کنید و یک پد تمیز بر روی ولو بگذارید.
2- شان ها و لباس های خیس را تعویض کنید.
3- مادر و نوزاد را گرم نگه دارید. اگر مادر لرز دارد از پتوی گرم و اقدامات حمایتی استفاده کنید.
4- به مادر (نوشیدنی سرد یا گرم برحسب تمایل مادر) بدهید.
5- نوزاد را در آغوش مادر قرار داده و او را به شیردهی تشویق کنید.
6- از راحت بودن وضعیت مادر اطمینان حاصل کنید.
7- به مادر و همراهان درمورد وضعیت نوزاد اطمینان دهید.

نکته: اگر زایمان مادر با بی حسی اپیدورال بوده در این مرحله باید کاملاً هوشیار بوده و به راحتی نفس بکشد. در پایان یک ساعت باید حس گزگز از پای وی برطرف شده و بتواند پای خود را از تخت بلند کند.

راهنمای21: تخمین خونریزی پس از زایمان

تخمین چشمی حجم خونریزی ممکن است 30 تا 50 درصد کمتر از مقدار واقعی باشد، ولی بهترین روش برای تخمین حجم تقریبی است. اندازه گیری حجم خون نشان داده است که مقدار واقعی خون از دست رفته در زایمان طبیعی بدون عارضه 500 سی سی است.

معیار های خونریزی پس از زایمان براساس میزان خونریزی:

Scant: میزان خون و لوشیا حدود 10 سی سی و یا کمتر از 5 سانتی متر از پد آغشته به خون است.
Light: میزان خون و لوشیا از10 تا 25 سی سی و یا کمتر از 10 سانتی متر از پد آغشته به خون است.
Moderate: میزان خون و لوشیا از 25 تا 50 سی سی و یا کمتر از 15 سانتی متر از پد آغشته به خون است.
Urge/ Heavy/Profuse: میزان خون و لوشیا از 50 تا 80 سی سی و یا یک پد در مدت 2 ساعت کاملاً به خون آغشته می شود.
Excessive: یک پد در مدت 15 دقیقه کاملاً به خون آغشته می شود و یا خون در زیر باسن مادر جمع شده است.
لخته بزرگتر از یک لیمو و خروج ناگهانی حجم زیاد خون نیز نشانه خونریزی زیاد می باشد.

سایر معیارهای تشخیص خونریزی پس از زایمان

- تغییر در برون ده ادراری (میزان ادرار 60 سی سی در ساعت و یا حداقل 30 سی سی در ساعت)
- تغییر در شرایط پوست (تعریق، سردشدن، خاکستری یا رنگ پریدگی بخصوص اطراف دهان)
- تغییر هماتوکریت به میزان 10% نسبت به میزان هماتوکریت در زمان پذیرش (از دست دادن 1000 سی سی خون در مدت یک ساعت باعث کاهش هماتوکریت به میزان 10% می شود.)
- تغییر سطح هوشیاری وگیجی
- عطش به آب و هوا و حالت خمیازه

راهنما

نکته1: خونریزی شدید مداوم طی 15 دقیقه می تواند بدون علایم بالینی باعث شوک شود. وجود علایم (احساس ضعف، سبکی سر، حالت مگس پرانی جلوی چشم، اضطراب و عطش هوا) نیاز به بررسی دارد.

نکته2: لرز بعد از زایمان و لرزش چانه طبیعی است. این حالت بعد از مدت کوتاهی با گرم نگه داشتن مادر با پتو و اطمینان دادن به او از بین می رود.

نکته3: در صورت جریان خون مداوم، احتمال پارگی وجود دارد.

نکته4: در صورت دفع بافت، احتمال باقی ماندن جفت و پرده ها وجود دارد.

در صورت وجود خونریزی مطابق الگوریتم خونریزی در بخش پس از زایمان اقدام شود.

راهنمای22: بررسی محل ترمیم برش یا پارگی

پس از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود.

تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

پارگی درجه 1: پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

پارگی درجه 2: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

پارگی درجه 3: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

پارگی درجه 4: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

نکته: درد پرینه در 24 ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

معیار های تشخیص هماتوم:

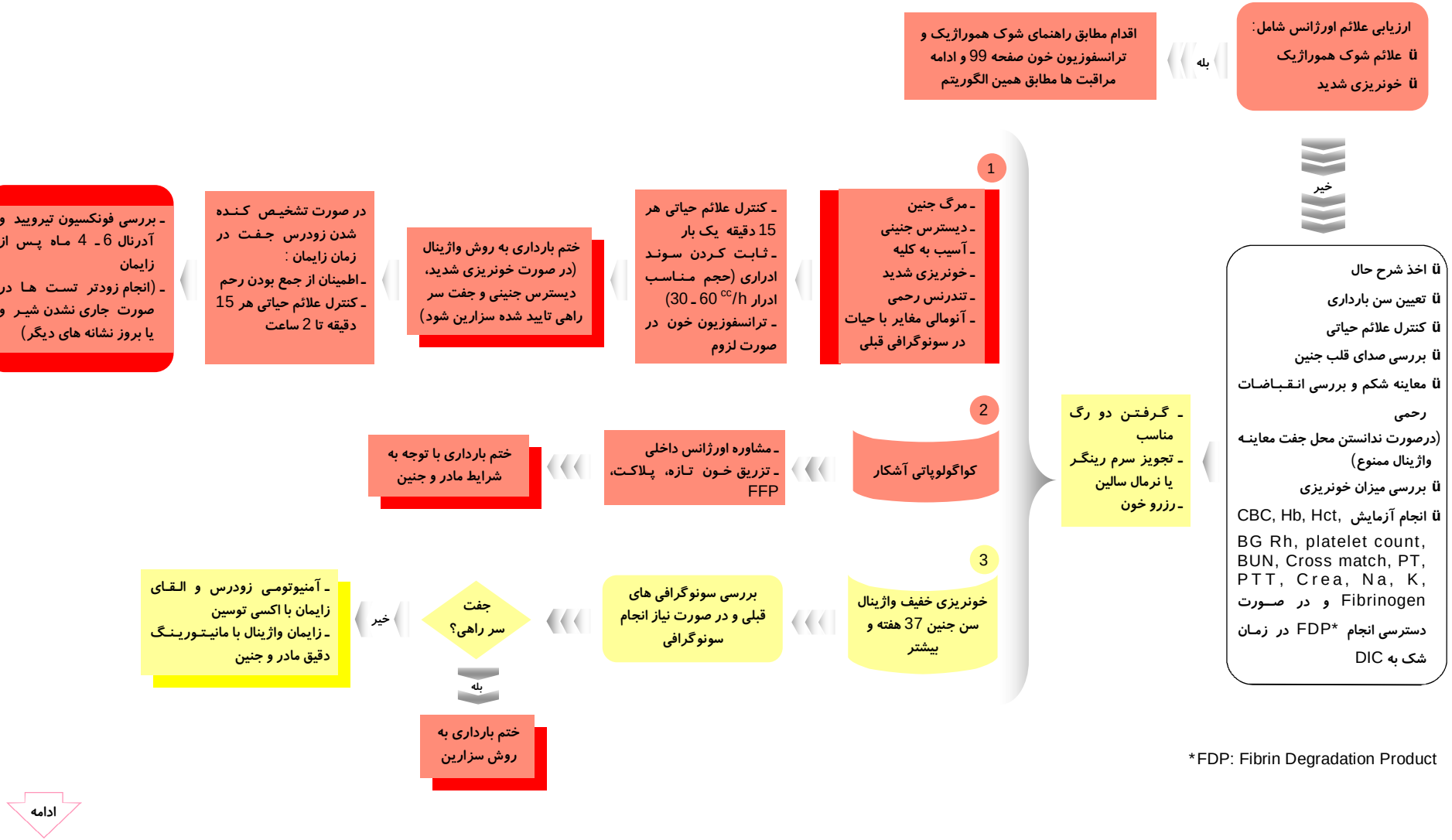
- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم
- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم
- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم
- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم
- احساس فشار به رکتوم
- کبودی محل درد

نکته: در صورت بروز هماتوم اندازه آن بررسی شود. اگر اندازه بتدریج افزایش یافت و یا بیشتر از 5 سانتی متر بود لازم است، هماتوم در اتاق عمل تخلیه شود. در غیر اینصورت مادر با کمپرس یخ، تجویز مسکن و کنترل علائم حیاتی تحت نظر گرفته شود.

عنوان پروتکل : خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه جراحی، وجود جنین آنومال، دقت در سونوگرافی انجام شده در خصوص محل جفت
معاینه		ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک)، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، تندرنس شکم)، صدای قلب جنین، میزان خونریزی، بررسی ضایعات سرویکس پس از رد جفت سرراهی
اندیکاسیون بستری		علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تندرنس رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی، کنده شدن زودرس جفت
پاراکلینیک	آزمایشگاه	Hb, HCT, BG, Rh, Cross match ,BUN, Cr, Na, K، تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن و در صورت دسترسی FDP در زمان شک به DIC
	تصویر برداری	سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	NST, BPS، مانیتورینگ مادر و جنین
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	آمپول روگام، آمپول استرویید، توکولیتیک (استفاده از توکولیتیک مورد بحث است) سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون
	اندیکاسیون	شوک هموراژیک، توقف درد های زایمانی، جفت سرراهی
درمان جراحی	اندیکاسیون	خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی
	نوع عمل	سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها		استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی) توصیه به تزریق آمپول رگام در جفت سرراهی، دکلمان
اندیکاسیون ختم بارداری		خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی یا کنده شدن زودرس جفت (در دو مورد آخر بستگی به میزان خونریزی و سن حاملگی دارد)
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		حداقل 3 روز پس از قطع خونریزی و Stable شدن شرایط بیمار در موارد جفت سرراهی
دستورات Follow up		-بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال بعد از 24 هفته -بررسی فونکسیون تیرویید و آدرنال 4 تا 6 ماه پس از زایمان بعد از خونریزی های شدید
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص داخلی (ترجیحاً هماتولوژیست) در صورت خونریزی شدید

خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)

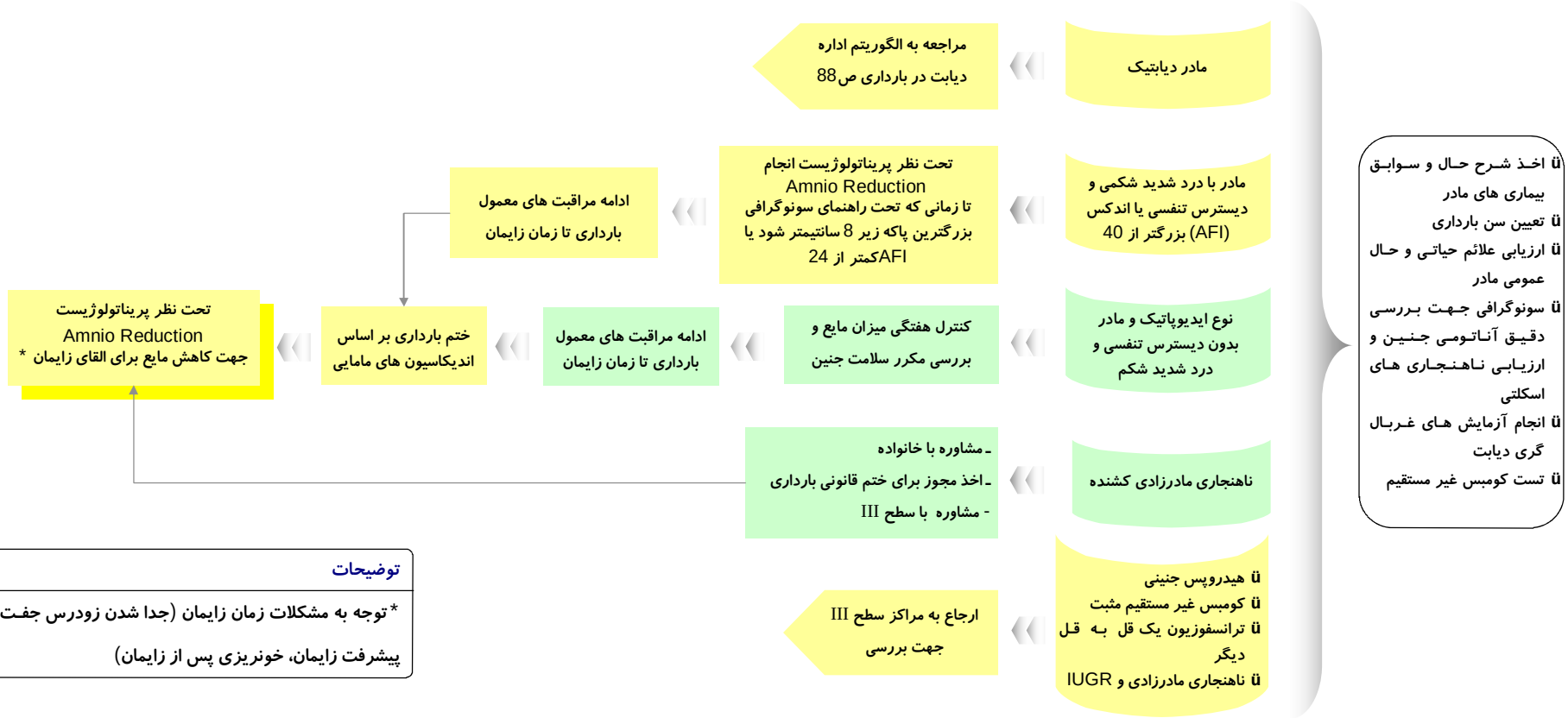


*FDP: Fibrin Degradation Product



توضیحات

- علل خونریزی نیمه دوم در 50% موارد دکلمان یا جفت سرراهی است و 50% دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی، پارگی رحم، وازوپرویا، چسبندگی غیرطبیعی جفت و یا علل ناشناخته است.
- جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون صفحه 99 مراجعه شود.
- معاینه با اسپکولوم می تواند مانند معاینه با انگشت تروماتیک باشد. بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد. بنابراین بهتر است پس از سونوگرافی و رد جفت پرویا معاینه انجام شود ولی در صورت وجود انقباضات رحمی و عدم دسترسی به سونوگرافی، اسپکولوم با احتیاط گذاشته شود.
- امروزه با دسترسی به دستگاه های سونوگرافی با رزولوشن بالا در مراکز درمانی، به double set up کمتر نیاز می شود. درصورت عدم دسترسی به سونوگرافی، پس از آمادگی جهت ختم بارداری double set up انجام شود.
- در صورت وجود انقباضات رحمی در زیر هفته 34 بارداری، توکولیز با دقت فراوان تحت نظر پزشک و با توجه به وضعیت مادر و جنین امکان پذیر است.
- درصورتیکه مادر خطرات را به خوبی بشناسد و اهمیت محدودیت فعالیت درمنزل را درک کند و انگیزه بالا در جهت حفظ جنین داشته باشد. حداقل 3 روز پس از قطع خونریزی می تواند بیمارستان را ترک نماید.
- در مورد سابقه جراحی روی رحم و وجود جفت سر راهی، چسبندگی های غیر طبیعی جفت باید مد نظر قرار گیرد.



توضیحات

* توجه به مشکلات زمان زایمان (جدا شدن زودرس جفت، عدم پیشرفت زایمان، خونریزی پس از زایمان)

توضیحات

- در پلی هیدرآمنیوس خفیف احتیاج به هیچگونه مداخله درمانی نیست.
- در پلی هیدرآمنیوس متوسط و شدید در صورت علامت دار بودن مادر (تنگی نفس، ادم اندام های تحتانی، اتساع شدید شکم و ... در هفته های32 تا 24 بارداری، مشاوره با پریناتولوژیست برای درمان با ایندومتاسین با دوز 3mg/kg تا 1/5mg/kg روزانه به مدت 2 هفته پیشنهاد می گردد.

عنوان پروتکل : پلی هیدرآمنیوس

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		سابقه بیماری مادر(دیابت)، درد شدید شکم، دیسترس تنفسی مادر، سابقه ناهنجاری مادرزادی جنین یا وجود ناهنجاری کشنده در جنین، سوء مصرف مواد توسط مادر
معاینه		تعیین سن بارداری، ارزیابی علائم حیاتی، حال عمومی مادر، بررسی سلامت جنین
اندیکاسیون بستری		مادر دیابتیک، مادر علامت دار (اندکس بزرگتر از 40)، ختم بارداری
پاراکلینیک	آزمایشگاه	غربالگری دیابت، تست کومبس غیر مستقیم
	تصویر برداری	سونوگرافی جهت تعیین ناهنجاری ها و آناتومی جنین
	سایر تست های تشخیصی	بررسی کاریوتایپ در صورت مشاهده آنومالی یا IUGR
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	مشاوره با سطح III برای استفاده از ایندومتاسین
	اندیکاسیون	
درمان جراحی	اندیکاسیون	
	نوع عمل	
درمان غیر دارویی و آموزش ها		Amnio reduction
اندیکاسیون ختم بارداری		حاملگی ترم، ناهنجاری مادرزادی کشنده
مدت بستری		با توجه به نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		Stable بودن وضعیت مادر و اطمینان از جمع بودن رحم
دستورات Follow up		
سایر اقدامات		مشاوره با خانواده جهت احتمال عوارض نوزادی و بقای نوزاد

پره اکلامپسی

پره اکلامپسی: فشار خون مساوی یا بیشتر از 140/90 به همراه پروتئین اوری .
پروتئینوری ممکن است دیرتر از هیپرتانسیون بروز کند.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
- تشنج
- افزایش فشارخون به میزان 160/110 و بیشتر

با یا بدون:
- سردرد مداوم
- تاری دید مداوم
- درد اپیگاستر مداوم
- رال در سمع ریه (ادم ریه)

بله ← پره اکلامپسی شدید یا اکلامپسی ← مراجعه به راهنمای صفحه 45

خیر

پره اکلامپسی خفیف

- اخذ شرح حال
- اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری
- شنیدن صدای قلب جنین
- اندازه گیری وزن

(الف)

- P بررسی دقیق فشارخون هر 4 ساعت یک بار (به جز نیمه شب تا صبح)
- کنترل حرکت جنین (روزانه)
- جمع آوری ادرار 24 ساعته (یک بار در هفته)
- اندازه گیری پروتئینوری حداقل یک روز در میان
- اندازه گیری CBC، کراتینین، آنزیم های کبدی، LDH (دو بار در هفته)
- سونوگرافی سریال برای رشد جنین (هر 2 هفته یک بار)
- بررسی سلامت جنین با BPS یا AFI و NST 1-2 بار در هفته (فاصله انجام تست بستگی به سن حاملگی، شدت بیماری، شدت FGR، حجم مایع آمنیوتیک و تغییرات داپلر دارد.)
- توزین روزانه *

1. افزایش فشارخون به میزان 160/110یا بیشتر
   - بروز پروتئینوری به میزان 2 گرم یا بیشتر
   - کراتینین بیش از 1/2 میلی گرم در دسی لیتر
   - ترومبوسیتوپنی زیر 100000
   - افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین **
2. پروتئینوری +1 یا بیشتر
3. نتیجه غیرطبیعی BPS یا NST
4. کاهش حرکت جنین
5. کاهش رشد جنین
6. فشارخون کمتر از 160/110 به همراه نتیجه طبیعی آزمایش ها و رشد مناسب جنین
7. نتیجه طبیعی آزمایش ها و جنین مرده

ادامه



توضیحات

* توزین روزانه مادر ، استراحت نسبی و رژیم پر پروتئین توصیه می شود.

** مشاوره داخلی جهت بررسی end organ failure

*** در موارد نیاز به سزارین (تکراری، بریچ، ...) پس از هفته 37 انجام شود.

عنوان پروتکل : پره اکلامپسی

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		تشنج، سر درد، تاری دید، درد اپی گاستر
معاینه		کنترل علائم حیاتی، معاینه کبد، سمع قلب و ریه، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، بررسی رشد جنین و تعیین سن بارداری، فشار خون نیمه نشسته گرفته شود
اندیکاسیون بستری		پره اکلامپسی
پاراکلینیک	آزمایشگاه	پروتئین ادرار، پروتئین24 ساعته، اوره، کراتنین، CBC، آنزیم های کبدی، LDH
	تصویر برداری	سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	بررسی سلامت جنین با NST، AFI، BPS، داپلر
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	مطابق با راهنمای پره اکلامپسی شدید
	اندیکاسیون	پره اکلامپسی شدید
درمان جراحی	اندیکاسیون	ختم بارداری
	نوع عمل	سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها		رژیم غذایی پر پروتئین، افزایش میزان استراحت، آموزش علائم خطر پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی
اندیکاسیون ختم بارداری		به خطر افتادن سلامت جنین، تاخیر رشد داخل رحمی، سن بارداری 37 هفته یا بیشتر، پره اکلامپسی شدید، جنین مرده و از همه مهمتر نجات جان مادر
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		حداقل 48 ساعت پس از زایمان و اطمینان از stable بودن وضعیت مادر
دستورات Follow up		اندازه گیری فشارخون در روزهای 10 تا15 و 42 تا 60 روز پس از زایمان
سایر اقدامات		

اقدام اصلی در پره اکلامپسی شدید ختم بارداری است

امکانات و تجهیزات:
تمامی وسایل احیا و اقدامات اورژانس شامل: کپسول اکسیژن، ماسک و بگ، وسایل انتوباسیون، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد فشارخون، گلوکونات کلسیم،air way و Tongue depressor بر بالین مادر آماده کنید.

وضعیت قرارگیری مادر:
مادر را در تخت مناسبی قرار دهید که در صورت تشنج سقوط نکند. وی را به پهلوی چپ خوابانیده و سر او را به منظور جلوگیری از آسپیراسیون احتمالی بالاتر از سطح بدن قرار دهید.

گرفتن رگ و تزریق سرم:
مادر را NPO کرده و دو رگ مناسب از طریق کاتتر گرفته و از یکی از رگها سرم رینگر لاکتات به میزان60 تا 125 سی سی در ساعت تجویز کنید و رگ دیگر را برای شرایط اضطراری مادر باز نگه دارید.
حداکثر سرم تزریقی 125 سی سی در ساعت است (در صورتی که خونریزی فعال ندارد).
سوند اداری را ثابت کرده و دریافت و دفع مایعات را کنترل و ثبت کنید.

آزمایش های لازم:
هماتوکریت، پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی، تست های انعقادی، قند خون و پروتئین ادرار را اندازه گیری کنید.
اختلال در نتیجه آزمایش های کبدی و انعقادی، ترومبوسیتوپنی و تغییرات همولیتیک در لام خون محیطی احتمال سندرم HELLP را مطرح می کند.

درمان دارویی:
سولفات منیزیم
ـ تزریق سولفات منیزیم 4 تا 6 گرم وریدی در 100 سی سی سرم و با سرعت حداکثر 1 گرم در دقیقه و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه می یابد:
الف) 10 گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (دو تزریق 5 گرمی در هر باتوک) از محلول 50% همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر 4 ساعت یکبار 5 گرم عضلانی تزریق شود.
نکته: در صورت وجود ترومبوسیتوپنی، تزریق عضلانی توصیه نمی شود.
ب) انفوزیون2 گرم سولفات منیزیم در 100 سی سی سرم رینگر رقیق شده و در طی یک ساعت ترجیحاً از طریق پمپ انفوزیون. **(باید توجه داشته باشید که میزان سرم دریافتی از دو رگ نباید بیشتر از 125 سی سی در ساعت باشد)**
ـ ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان از شرایط زیر می باشد:
ـ وجود رفلکس پتلار
ـ نبود دپرسیون تنفسی
ـ وجود برون ده ادراری به میزان بیش از 100 سی سی در مدت 4 ساعت
در صورت over dose شدن با سولفات منیزیوم (وجود آپنه، از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیوم را قطع و 10 سی سی (1 گرم) گلوکونات کلسیم در مدت 2 دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم پاسخ نیاز به ونتیلاسیون مکانیکی می باشد.
در صورت کاهش رفلکس ها و افزایش کراتینین، سطح منیزیم را اندازه گیری کنید. نگهداری سطح منیزیم در حد (4/8 ـ 8/4 mg/dl) 4 ـ 7 mEq/l توصیه می شود.
نکته: در صورت کراتینین بالاتر از 1/2 میلی گرم در دسی لیتر، دوز سولفات منیزیوم اولیه تجویز شده و دوزهای بعدی نصف می گردد، ولی بهتر است سطح سرمی منیزیوم اندازه گیری و در میزان فوق الذکر حفظ شود.

تزریق سولفات منیزیم تا 24 ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است، باید تا 24 ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد. در شرایط خاص مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از24 ساعت و سندرم HELLP ، تا 48 ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق می توان تزریق سولفات منیزیوم را ادامه داد.

داروهای کاهش دهنده فشارخون

ـ در صورت فشارخون بیشتر یا مساوی 160/110 تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود: باید توجه داشت که فشارخون به کمتر از 150/90 نزول نکند.

الف) هیدرالازین 10 ـ 5 میلی گرم وریدی که در صورت لزوم هر 20 دقیقه تا حداکثر 30 میلی گرم می توان تکرار کرد.

ب) لابتالول وریدی 20 میلی گرم در فواصل 10 دقیقه ای تا ماکزیمم 220 میلی گرم برای کنترل فشارخون قابل استفاده است. (افزایش دوز به صورت 20، 40، 80 و ...)

ج) نیفدیپین 10 میلی گرم خوراکی هر 20 تا 30 دقیقه و حداکثر تا 30 میلی گرم برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (اطمینان از مبتلا نبودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیسم مصرف هم زمان با سولفات منیزیوم روی مادر و جنین).

داروهای جایگزین سولفات منیزیوم

داروی اصلی در درمان پره اکلامپسی ـ اکلامپسی سولفات منیزیوم است ولی در صورت عدم دسترسی می توان از فنی توین یا دیازپام به شرح زیر استفاده کرد:

الف) فنی توین: انفوزیون فنی توین به میزان 1000 میلی گرم در صد میلی لیتر سرم نمکی (منع مصرف سرم قندی) در یک ساعت و سپس 10 ساعت بعد 500 میلی گرم فنی توین خوراکی در صورت هوشیاری مادر تجویز کنید.

ب) دیازپام: در موارد عدم دسترسی به سولفات منیزیوم و فنی توین می توان از آمپول دیازپام استفاده کرد. دیازپام به میزان 10 میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت 2 دقیقه تزریق شود. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه 10 میلی گرم وریدی تکرارکنید. در حدی که مادر را آرام ولی بیدار نگهدارد. اگر میزان دریافتی بیش از 30 میلی گرم در ساعت باشد امکان دپرسیون تنفسی مادر وجود دارد. بنابراین وجود وسایل احیا بر بالین مادر بسیار ضروری است.

نکته: مادر نباید در 24 ساعت بیش از 100 میلی گرم دیازپام دریافت نماید.

اگر تزریق وریدی امکان پذیر نباشد، دیازپام به صورت رکتال تجویز می شود. یک سرنگ 10 سی سی بدون سر سوزن حاوی 20 میلی گرم دیازپام را داخل رکتوم گذاشته، دارو را خالی نمایید. پس از تخلیه دارو، سرنگ را به مدت 10 دقیقه در حالی که باتوک ها نزدیک به هم نگه داشته شده، خارج نکنید. این کار از خروج دارو جلوگیری می کند. اگر تشنج مادر کنترل نشد می توان 10 میلی گرم دیگر نیز با این روش تجویز کنید.

به علت امکان ایست قلبی در حین تزریق دیازپام، وسایل احیا و انفوزیون در دسترس باشد.

معاینات ضروری:

هر یک ساعت علائم حیاتی و رفلکس ها را اندازه گیری و قاعده ریه های مادر را سمع و ثبت کنید.

صدای قلب جنین را در ابتدا شنیده و سپس در زمان ایناکشن مادر هر 15 دقیقه کنترل کنید.

در صورت بروز آنوری، ادم حاد ریه و تشنج بهتر است از Invasive homodynamic monitoring استفاده کنید.

در صورت بروز الیگوری طولانی و شدید fluid challenge test با 500 سی سی مایع انجام می شود. اگر حجم ادرار اصلاح نشد از CVP استفاده شود.

در صورت عدم هوشیاری مادر انجام سی تی اسکن و مشاوره اعصاب توصیه می شود.

اقدام در زمان تشنج:

ـ تجویز اکسیژن به میزان 6 ـ 4 لیتر در هر دقیقه

ـ گذاشتن ایروی و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ

ـ مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج

ـ تجویز داروها (سولفات منیزیوم و دارو های ضد تشنج دیگر) سولفات منیزیوم 2 گرم به صورت وریدی از محلول 20 درصد و در مادران درشت اندام تا 4 گرم می توان تزریق کرد. در صورت عدم کنترل، تزریق سولفات منیزیوم تکرار شود. اگر تشنج کنترل نشد، تزریق بعدی با فنی توین در داخل سرم (مطابق بند "الف" داروهای جایگزین) و در صورت تداوم تشنج، دیازپام (مطابق بند "ب" داروهای جایگزین) تزریق شود.

ـ اطلاع به متخصص بیهوشی در زمان اولین تشنج

ـ در صورت تشنج آتیپیک یا کمای طولانی مدت انجام سی تی اسکن یا MRI توصیه می شود.

ادامه

ختم بارداری:

ختم بارداری با حداقل تروما به مادر و جنین اساس درمان در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی است.

الف) در صورت مناسب بودن سرویکس القای زایمانی (مطابق راهنمای مربوطه) انجام شود.

ب) در صورت نامناسب بودن سرویکس (سفت و بسته) و جنین زنده: انجام سزارین

ج) در صورت نامناسب بودن سرویکس (سفت و بسته) و جنین مرده یا عدم دسترسی به شرایط مناسب سزارین: استفاده از پروستاگلاندین برای آمادگی سرویکس بلامانع است ولی استفاده از آن نباید منجر به تأخیر در ختم بارداری شود.

د) سزارین در موارد اندیکاسیون های مامایی یا بدتر شدن وضعیت مادر انجام شود.

نکته: در مورد نحوه ختم بارداری بر اساس سن بارداری وضعیت مادر، جنین و وضعیت سرویکس تصمیم گیری شود.

نکته: ایندااکشن باید حداکثر در مدت 6 ـ 3 ساعت پس از stable نمودن مادر آغاز و بارداری در مدت 12 ساعت ختم شود.

در مواقع نیاز به بی حسی، استفاده از روش بی حسی اپیدورال در این بیماران ایمن تر است.

کسب نظر متخصص اطفال در مورد نیاز به NICU ضروری است.

در بارداری 32 ـ 28 هفته در **پره اکلامپسی شدید** و نبود end organ damage، در مراکز مجهز سطح III و دارای NICU با آگاه نمودن مادر و خانواده از عوارض این بیماری، پس از کسب رضایت می توان درمان انتظاری انجام داد. این نوع درمان نیاز به مراقبت بسیار دقیق دارد. جهت تسریع در مچوریتی ریه می توان به مادر کورتیکواستروئید تجویز نمود و سولفات منیزیوم طبق راهنما تجویز شده و پس از 24 ساعت برای مادر مجدداً تصمیم گیری نمود.

پس از زایمان:

تزریق سولفات منیزیم تا 24 ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است، باید تا 24 ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد. در شرایط خاص مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از24 ساعت و سندرم HELLP تا 48 ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق می توان تزریق سولفات منیزیوم را ادامه داد.

شرایط ترخیص مادر:

در صورت وجود شرایط زیر مادر می تواند حداقل 72 ـ 48 ساعت پس از پایان تزریق سولفات منیزیوم، ترخیص شود:

- پس از کنترل فشارخون
- برقرار شدن ادرار به میزان کافی
- عدم احتمال تشنج مجدد
- نداشتن عوارضی مانند تاری دید، سر درد، درد اپی گاستر

در صورتی که مادر با داروهای کاهنده فشارخون مرخص شده است باید هر هفته جهت اندازه گیری فشارخون مراجعه نماید. در صورت تداوم فشارخون بالا و پروتئینوری پس از 6 هفته مادر به متخصص داخلی ارجاع شود.

سندرم HELLP

شامل همولیز، اختلال در آزمایش ها ی کبدی و ترومبوسیتوپنی در مادران فشارخون بالاست. برای درمان افراد مبتلا باید تمامی موارد مربوط به پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی رعایت شود و ضمن مشاوره با متخصص داخلی ابتدا 10 میلی گرم بتامتازون به صورت وریدی و سپس 5 میلی گرم هر12 ساعت تا طبیعی شدن تعداد پلاکت تجویز شود. معمولاً در این سندرم تا 48 ساعت پس از زایمان، با نظارت دقیق می توان سولفات منیزیوم را ادامه داد. یعنی تا زمانی که sub side علائم سندرم HELLP کنترل شود.

توجه: در مواردی که اختلال انعقادی وجود دارد تزریق عضلانی مجاز نمی باشد.

عنوان پروتکل : فشارخون مزمن

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		بررسی سوابق بیماری های کلیوی مادر و فشار خون بالا، مصرف داروی فشارخون، دکلمان، سابقه IUFD
معاینه		کنترل علائم حیاتی (فشارخون، بررسی رشد جنین، عملکرد کبد و کلیه، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، تعیین سن بارداری، بررسی end organ damage (کارکرد کلیه، ته چشم، قلب و عروق)، تشنج
اندیکاسیون بستری		اکلامپسی، پره اکلامپسی، IUFD، ختم بارداری
پاراکلینیک	آزمایشگاه	پروتئین ادرار، پروتئین 24 ساعته، اوره و کراتینین، CBC، تست های کبدی و LDH
	تصویر برداری	سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	BPs و رسیدگی ریه جنین
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	متیل دوپا حداکثر 2 گرم در 24 ساعت یا نیفدیپین حداکثر 40 میلی گرم روزانه، آسپرین با دوز کم
	اندیکاسیون	فشار خون بالاتر از 150/100 بدون end organ damage یا 140/90 و بیشتر به همراهی end organ damage
درمان جراحی	اندیکاسیون	
	نوع عمل	
درمان غیر دارویی و آموزش ها		محدودیت مصرف نمک و استراحت بیشتر، انجام مراقبت با فواصل تعیین شده توسط پزشک
اندیکاسیون ختم بارداری		ختم در بارداری بدون عارضه 38 هفته، در بارداری پر خطر حداکثر 37 هفته و در پره اکلامپسی شدید حداکثر 34 هفته
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		با توجه به وضعیت بیمار
دستورات Follow up		توجه به احتمال بروز کریز فشار خون 6 ساعت پس از زایمان، ادم مغزی، نارسایی قلبی، ادم ریه، اختلال عملکرد کلیه در 24 تا 36 ساعت پس از زایمان
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص داخلی، قلب

فشارخون مزمن در بارداری

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
- تشنج

به → اکلامپسی → مراجعه به راهنمای پره اکلامپسی شدید ص45

خیر

- اخذ شرح حال و بررسی وضعیت فشارخون مادر قبل از بارداری فعلی
- تعیین داروهای مصرفی
- مشاوره با متخصص قلب، داخلی
- بررسی End organ damage (کارکرد کلیه، ته چشم، قلب و عروق)
- ارزیابی علت و شدت فشار خون

(الف) *
- اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری
- بررسی رشد جنین
- شنیدن صدای قلب جنین
- بررسی فشارخون و پروتئینوری در هر ملاقات
- سونوگرافی جهت بررسی رشد جنین هر 3 ـ 2 هفته یکبار (از هفته 28 بارداری به بعد)
- انجام آزمایش های زیر و تکرار آنها در صورت نیاز طبق نظر پزشک:
  - بررسی عملکرد کلیه (کراتینین، اوره)
  - بررسی پروتئینوری 24 ساعته
  - بررسی عملکرد کبد
  - اندازه گیری CBC

1. بروز پروتئینوری بیش از 300 میلی گرم در 24 ساعت بدون سابقه قبلی،یا افزایش میزان پروتئینوری، علائم همولیز، اختلال کارکرد کبدی یا اضافه شدن هر یک از علائم پره اکلامپسی → پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون مزمن → تصمیم گیری برای ختم یا ادامه بارداری با توجه به شرایط مادر، سن بارداری و مراجعه به الگوریتم پره اکلامپسی.ص42

2. IUFD → مراجعه به الگوریتم IUFD ص119

3. ـ افزایش فشارخون به میزان 150/100 و بیشتر
ـ فشارخون 140/90 به همراه End organ damage
→ ** درمان دارویی
- عدم تنظیم فشارخون → ـ مشاوره داخلی و درمان مطابق نتیجه مشاوره
ـ استمرار مراقبت های بارداری (الف)
- تنظیم فشارخون → استمرار مراقبت های بارداری (الف) v

توضیحات

کنتراندیکاسیون های بارداری: فشار خون دیاستولیک علیرغم درمان بطور پایدار 110 یا بیشتر، نیاز به چند دارو جهت کنترل فشار خون، کراتی نین سرم بیشتر از 2 میلی گرم در دسی لیتر، کنتراندیکاسیون های قوی تر سابقه ترمبوز یا خونریزی مغزی عروقی، انفارکتوس میوکارد، بیماری احتقانی قلب.

ادامه



توضیحات

* فواصل ملاقات ها تا 28 هفتگی هر 2 هفته یکبار و سپس تا 37 هفته هر هفته است. محدودیت مصرف نمک و استراحت بیشتر توصیه می شود.

** انتخاب اول در درمان دارویی متیل دوپا، حداکثر 2 گرم در 24 ساعت و انتخاب دوم نیفدیپین حداکثر 40 میلی گرم روزانه.

*** در شرایط ختم بارداری در موارد اورژانس و حاملگی پره ترم، در صورت نبود عوارض قلبی عروقی می توان از کورتیکواستروئید زیر هفته 37 بارداری جهت بلوغ ریوی استفاده کرد.

نکته: محل زایمان بر اساس دستورعمل سطح‌بندی خدمات مادر و نوزاد مشخص می‌شود.

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

شماره ۳۰۲/۸۱
تاریخ ۱۳۹۰/۰۱/۲۰
پیوست ندارد

سازمان محترم نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

موضوع: توجه به عارضه چسبندگی جفت در زنان باردار

سلام علیکم

بدینوسیله به استحضار می رساند: مطالعه تاریخچه مرگ مادران باردار در کشور طی سالهای اخیر نشان می دهد که بسیاری از موارد فوت بدنبال خونریزیهای شدید ناشی از چسبندگیهای جفت و عدم آمادگی تیم درمانی در مقابله با این فوریت اتفاق افتاده است.

از آنجا که در صورت تشخیص و پیش بینی این عارضه و آمادگی تیم درمانی (رزرو فرآورده های خونی به مقدار کافی، اطلاع قبلی و حضور به موقع متخصصین جراحی واورولوژی،...) عوارض و مرگ و میر ناشی از این امر تا حد زیادی قابل اجتناب می باشد، طبق پیشنهاد کمیته کشوری سلامت مادران جهت پیشگیری از بروز این عامل منجر به فوت، هنگام در خواست و انجام سونوگرافی موارد زیر باید مورد تاکید قرار گیرد:

- تعیین محل جفت
- بررسی احتمال چسبندگی جفت (بخصوص در صورت مشاهده جفت سرراهی)

ضمنا از آنجا که بر اساس علوم مبتنی بر شواهد در بارداریهای با **سزارین قبلی** که همراه با جفت سرراهی هستند میزان بروز چسبندگیهای جفت بیشتر می باشد لذا توجه به مطالب فوق دراین موارد اهمیت بیشتری دارد.

خواهشمند است مطالب فوق به نحو مقتضی به اطلاع متخصصین محترم زنان و زایمان، متخصصین محترم رادیولوژی و سونوگرافی، ماماها و پزشکان عمومی رسانده شود.

دکتر محمداسماعیل مطلق
مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

رونوشت جهت استحضار:

دبیر محترم هیات برد تخصصی رادیولوژی
دبیر محترم هیات برد تخصصی زنان و زایمان
جناب آقای دکتر رواقی مدیر کل محترم دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
جناب آقای دکتر رضوی مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان
سرکار خانم ناهید خداکرمی رئیس محترم انجمن علمی مامایی ایران
سرکار خانم معصومه آباد رئیس انجمن جمعیت مامایی ایران
انجمن محترم پزشکان عمومی ایران
انجمن محترم متخصصین زنان و مامایی ایران
انجمن محترم رادیولوژی ایران
معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

شماره ۴۰۰/۶۶۲۲د
تاریخ ۱۳۹۱/۰۵/۱۶
پیوست دارد

رئیس محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ....

موضوع: پذیرش مادران باردار

با سلام و احترام

بررسی پرونده های مرگ مادر بر اساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در چند سال اخیر حاکی از آن است که کاهش این موارد مستلزم پیشگیری از عوامل قابل اجتناب منجر به فوت می باشد.

باتوجه به چالشهایی که در پذیرش مادران در اورژانس عمومی بیمارستانها وجود دارد، به منظور اصلاح گردش کار و پیشگیری از تشخیص و درمان ناصحیح، لازم است تا تمامی مادران مراجعه کننده از زمان بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان (اورژانس و غیر اورژانس) حتی در مواردیکه شکایت اصلی آنان عوارض بارداری و زایمان نمی باشد، از نظر مامایی مورد بررسی قرار گیرند. این بررسی می بایست در اتاق معاینه بلوک زایمان بیمارستانهای جنرال و یا در اورژانس بیمارستانهای تک تخصصی زنان و زایمان توسط متخصص زنان و زایمان یا ماما انجام شود. پس از بررسی های اولیه، موارد غیر مامایی به متخصص مربوطه ارجاع داده شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome)

INTRODUCTION — Acute colonic distension can occur as a result of three processes:

- Toxic megacolon (eg, as a complication of inflammatory bowel disease or Clostridium difficile infection)
- Mechanical obstruction
- Acute colonic pseudo-obstruction

Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) is a disorder characterized by gross dilatation of the cecum and right hemicolon (although occasionally extending to the rectum) in the absence of an anatomic lesion that obstructs the flow of intestinal contents. Chronic intestinal pseudo-obstruction is a separate disorder that is discussed elsewhere. (See "Chronic intestinal pseudo-obstruction".)

ETIOLOGY — Acute colonic pseudo-obstruction is associated with an underlying disease in 95 percent of patients [1].

In a review of 400 cases, the most common associations were: trauma (nonoperative) 11 percent, infection (pneumonia, sepsis most common) 10 percent, cardiac (myocardial infarction, heart failure) 10 percent, obstetric or gynecologic disease 10 percent, abdominal/pelvic surgery 9 percent, neurological (Parkinson disease, spinal cord injury, multiple sclerosis, Alzheimer disease) 9 percent, orthopedic surgery 7 percent, miscellaneous medical conditions (metabolic, cancer, respiratory failure, renal failure) 32 percent, and miscellaneous surgical conditions (urologic, thoracic, neurosurgery) 12 percent (table 1). There may also be an association with opiate administration [2]. Several cases in the literature are associated with Cesarean section (even without bowel injury), normal vaginal delivery, and spinal anesthesia used during childbirth or surgery.

Cardiac surgery is one of the more common associations with acute pseudo-obstruction. However, acute pseudo-obstruction is a rare complication of cardiac surgery, occurring during the postoperative period in only 3 of 5438 patients (0.06 percent) in one series [3].

An increasingly recognized association of acute colonic pseudo-obstruction is chemotherapy, especially vincristine and other medications (eg, all transretinoic acid [4]) used in the treatment of a variety of malignancies, including hematological malignancies such as acute myeloid and lymphoblastic leukemias. Several individual cases and series have been reported in children [5].

PATHOGENESIS — The precise mechanism by which colonic dilation occurs in patients with acute colonic pseudo-obstruction is unknown. The clinical association with retroperitoneal pathology or trauma, spinal anesthesia, and pharmacological agents suggests an impairment of the autonomic nervous system. Interruption of the parasympathetic fibers from S2 to S4 leaves an atonic distal colon and a functional proximal obstruction [1,6]. However, there is no proposed

mechanism to explain colonic dilation in those patients without obvious involvement of the parasympathetic nerves.

CLINICAL MANIFESTATIONS — Acute colonic pseudo-obstruction is more common in men and in patients over the age of 60 [1]. Nausea, vomiting, abdominal pain, constipation, and, paradoxically, diarrhea are the primary manifestations although they occur with great variability [1,2]. Abdominal distention is always present and can cause labored breathing [1,2].

On physical examination, the abdomen is tympanitic, although bowel sounds are present in almost 90 percent of patients [1]. Peritoneal signs are absent in the early stages of the disease; if they develop, they suggest impending perforation.

DIAGNOSIS

Laboratory evaluation — There are no pathognomonic laboratory findings in patients with acute pseudo-obstruction. Laboratory evaluation may reveal leukocytosis and metabolic abnormalities. If present, leukocytosis is due to the patient's underlying disease or impending perforation, not to uncomplicated pseudo-obstruction.

Metabolic abnormalities, especially hypokalemia, hypocalcemia, and hypomagnesemia, are common, occurring in more than 50 percent of patients [2] and representing the sole manifestation in about 5 percent of cases [1].

Hypokalemia may be due to a secretory diarrhea with abnormally high potassium content [7-9]. In one patient, immunohistochemistry revealed marked upregulation of apical BK potassium channels throughout the surface-crypt axes of the colon [7]. Colonic BK channels play a significant role in intestinal potassium secretion in a variety of disease processes [10].

Imaging — Plain and upright abdominal radiographs show a dilated colon, often from the cecum to the splenic flexure, and occasionally to the rectum; haustral markings are normal (picture 1).

A CT scan or gentle Hypaque (water soluble) enema is essential for confirming the diagnosis and excluding mechanical obstruction and toxic megacolon. (See "Toxic megacolon", section on 'Diagnosis'.)

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS — The diagnosis of acute colonic pseudo-obstruction can be made only after excluding the presence of toxic megacolon or mechanical obstruction:

- Patients with mechanical obstruction frequently complain of crampy abdominal pain; however, lack of pain, especially in the elderly or postoperative patient receiving opiates, does not exclude that diagnosis. Similar to acute pseudo-obstruction, there are no pathognomonic physical or laboratory findings of mechanical obstruction. A "cut-off sign" (lack of gas in the distal colon or rectum) or small bowel air-fluid levels on plain abdominal x-rays suggest mechanical obstruction, but can also be seen in patients with Ogilvie's syndrome.

- Patients with toxic megacolon typically appear very ill with fever, tachycardia, and abdominal tenderness. They frequently have a history of bloody diarrhea or other signs or symptoms of chronic inflammatory bowel disease. Abdominal upright and plain films may show "thumbprinting" due to the presence of submucosal edema, or thickening of the colonic wall (picture 2). Active colitis will be apparent on flexible sigmoidoscopy.

TREATMENT — The objectives of treatment are relief of discomfort and avoidance of perforation or ischemia, which are associated with mortality [1]. There are few controlled trials comparing treatments of acute colonic pseudo-obstruction. An approach to the management of acute colonic pseudo-obstruction is presented in the figure (algorithm 1) [11].

Supportive care and removal of precipitants — Supportive care with removal of precipitants is the first step in the management of patients with acute colonic pseudo-obstruction. Conservative therapy can be continued for 24 to 48 hours provided that there is no pain or extreme (>12 cm) colonic distension.

- Serial physical examinations and plain abdominal radiographs (every 12 to 24 hours) to measure the colonic diameter and determine which patients need colonoscopic decompression or surgery [12].
- Treat underlying reversible diseases, such as infection or congestive heart failure
- Maintain the patient on intravenous fluids; oral intake should be avoided
- Correct electrolyte imbalances (particularly hypomagnesemia, hypocalcemia, and hypokalemia)
- Insert a nasogastric tube and attach to intermittent suction
- Insert a rectal tube and attach to gravity drainage
- Discontinue unnecessary medications, especially opiates, sedatives, lactulose, and those with anticholinergic side effects.

  Patients should be placed in a prone position with the hips elevated on a pillow or the knee chest position with the hips held high. These positions should be alternated with right and left lateral decubitus positions each hour.
- Gentle enemas can be administered to patients with Ogilvie's syndrome, although they were associated with perforation in 5 percent of patients in one report [1].

Pharmacologic agents

Neostigmine — Several reports have suggested that neostigmine, an acetylcholinesterase inhibitor, may be effective in producing rapid colonic decompression [13-21]. Neostigmine efficacy is also documented in acute colonic pseudo-obstruction associated with pediatric hematological malignancies [5].

- The standard dose in adults is 2.0 mg IV with cardiovascular monitoring [16]. The dose is adjusted in the presence of chronic renal insufficiency, especially if the serum creatinine is >3 mg/dL.
- Decompression in response to neostigmine has been achieved in 80 to 100 percent of patients.

- Time to clinical response is short. In a controlled trial of 21 patients with acute colonic pseudo-obstruction treated with neostigmine, the median time to response was four minutes (range 3 to 30) [15]. Prompt decompression was observed in 11 patients (91 percent) who received neostigmine compared to none receiving placebo. Postoperative patients tend to have a favorable response to neostigmine, while patients with electrolyte imbalance or those using antimotility agents have been associated with a poor response [22].
- Side effects may vary. In the above trial [15], the most frequent adverse effect was mild to moderate crampy abdominal pain, which was transient. Excessive salivation and vomiting were also noted in a few patients. Symptomatic bradycardia requiring atropine was observed in two patients. Bronchospasm and hypotension have been reported.
- Neostigmine should therefore be used with caution in patients with known bronchial asthma, recent myocardial infarction, and concurrent therapy with beta-blockers. Those who have underlying bradyarrhythmias or who are receiving beta adrenergic antagonists may be at increased risk. The use of neostigmine in pregnancy, although reported, has not been well studied [23].
- Atropine should be available at the bedside, patients should be kept supine on a bedpan and should receive continuous electrocardiographic monitoring with vital signs for 30 minutes, and continuous clinical assessment for 15 to 30 minutes [16].

  Clinical experience suggests that lower doses (1.5 mg) may also be effective and may possibly decrease abdominal cramping, nausea, and vomiting, which can be severe. A study in patients with a spinal cord injury suggested that the risk of some side effects (particularly bradycardia and bronchoconstriction) might be reduced by co-administration of glycopyrrolate (an anticholinergic agent that has limited activity on the muscarinic receptors of the colon) [24].
- The reported recurrence rate after neostigmine ranges from 5 to 33 percent. Anecdotal experience suggests that recurrence may also be treated with repeat administration of neostigmine with the usual precautions (especially cardiovascular monitoring); it is our practice not to repeat dosing within 24 hours [16].
- Administration of a polyethylene glycol electrolyte balanced solution after initial resolution of colonic dilation has been recommended by some experts because it may reduce recurrence rates. Such an approach has not been extensively studied but was more effective than placebo in at least one controlled trial [25].

Erythromycin — Erythromycin binds to motilin receptors in the intestine and stimulates smooth muscle contraction. There are anecdotal reports of patients treated successfully with erythromycin either intravenously (250 mg in 250 mL of normal saline every eight hours for three days) or orally (250 mg four times daily for 10 days) [26,27].

Methylnaltrexone — There has been one case report of successful decompression following subcutaneous methylnaltrexone (12 mg) in a patient on opioids following surgery, after initial decompression with neostigmine failed [28]. However, large prospective studies are needed to determine the role of methylnaltrexone in the treatment of patients with Ogilvie's syndrome associated with opioid use.

Decompression — Decompression in patients with Ogilvie's syndrome may consist of endoscopic decompression with or without placement of a decompression tube, or percutaneous tube cecostomy. The latter procedure is more invasive, involving a combined endoscopic and radiographic approach, and is usually reserved for those who fail initial endoscopic decompression [29].

- The role of decompression in patient management remains controversial. Success rates for endoscopic decompression in uncontrolled series vary from 69 to 90 percent [2,30,31]. However, in a retrospective study of 25 patients with cancer, pseudo-obstruction, and a cecal diameter ranging from 9 to 18 cm, 23 resolved without colonoscopy, usually within 48 hours [31]. In addition, the complication and death rates associated with colonoscopy for treatment of Ogilvie's syndrome are 3 and 1 percent, respectively, figures which are much higher than in patients without pseudo-obstruction [31].
- There is no colonic diameter which mandates decompression; the rate of dilation is probably more important than the absolute diameter of the colon [12,31]. Nevertheless, an attempt at colonoscopic decompression is indicated when supportive measures have failed and the colonic diameter has progressed to 11 to 13 cm or there is evidence of clinical deterioration.
- Recurrence requiring repeated colonoscopic decompression occurs in approximately 40 percent of patients after initial successful decompression [30].

Colonoscopic decompression — The usual pre-colonoscopic bowel preparation with a balanced electrolyte solution should not be administered prior to colonoscopy. Water enemas can be administered gently via a rectal tube, but there is often little stool passed following such enemas because of the dilatation and lack of propulsion in the colon. Although controlled trials are lacking, the placement of a decompression tube with the aid of a guidewire at the time of colonoscopy may reduce the need for repeated colonoscopic decompression. The guidewire is passed through the channel of the colonoscope after reaching the distal transverse colon. Gas should be aspirated from the colon and the wire left in place as the colonoscope is gently removed. A decompression tube (customized with several extra side holes, if necessary) can be passed over the guidewire and left in the transverse colon. To minimize air inflation, the whole colon should not be examined and the guidewire should not be delivered into the cecum.

Percutaneous tube cecostomy — This procedure is more invasive, and involves placing a tube using a combined endoscopic and radiologic approach (fluoroscopic guidance). It is usually reserved for those who fail initial endoscopic decompression [29].

Percutaneous endoscopic colostomy — Percutaneous endoscopic colostomy (PEC) comprises the endoscopically guided insertion of a plastic tube into the left colon or cecum, allowing decompression and irrigation.

PEC on the left side of the colon is a minimally invasive endoscopic technique increasingly used to treat lower gastrointestinal conditions. In a retrospective audit over five years among 31 patients presenting for PEC, insertion was possible in 27 patients [32]. Indications included recurrent sigmoid volvulus (n = 8), colonic pseudo-obstruction (n = 5), and neurological

constipation (n = 6). In 81 percent, symptoms were markedly improved after insertion. However, 77 percent of patients had episodes of infection that led to tube removal in 44 percent; fatal fecal peritonitis occurred in 2 of 27 patients. Thus, PEC in the left colon should only be considered in carefully selected cases in settings where the appropriate expertise is available.

Percutaneous endoscopic cecostomy can be effective for treatment for both acute colonic pseudo-obstruction and neurogenic bowel when other more conservative measures have failed [33]. However, given the concurrence of comorbid diseases, these patients need to be monitored carefully for local infection or bleeding, which may result from associated medical therapy such as anticoagulants [33], particularly in patients who are being treated in the intensive care unit [34].

Tube placement, usually in the right colon, using a combined endoscopic and radiologic approach (fluoroscopic guidance) is another technique described [35].

Surgery — Surgery is rarely required. It is reserved for patients who fail medical and endoscopic management, and for those who develop signs of peritonitis or perforation. The type of operation will depend upon the findings at surgery. A surgically placed cecostomy tube or a right hemicolectomy with primary anastomosis can be performed in patients whose bowel has not perforated [36].

In the rare patients who have perforated, a total colectomy, ileostomy, and Hartmann procedure are performed in order to retain the option of future ileorectal anastomosis. The Hartmann procedure involves resection of the diseased colon, an end-colostomy, and creation of a rectal stump; this is followed by colostomy closure three months later.

SUMMARY AND RECOMMENDATIONS — Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) is a disorder characterized by gross dilatation of the cecum and right hemicolon (although occasionally extending to the rectum) in the absence of an anatomic lesion that obstructs the flow of intestinal contents.

- Acute colonic pseudo-obstruction is associated with an underlying disease in 95 percent of patients. (See 'Etiology' above.)
- Nausea, vomiting, abdominal pain, constipation, and, paradoxically, diarrhea are the primary manifestations although they occur with great variability. Abdominal distention is always present. Plain and upright abdominal radiographs show a dilated colon. (See 'Clinical manifestations' above.)
- The diagnosis of acute colonic pseudo-obstruction can be made only after excluding the presence of toxic megacolon or mechanical obstruction. (See 'Differential diagnosis' above.)
- Our recommendations for treatment are consistent with a guideline for the management of acute colonic pseudo-obstruction that has been issued by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (algorithm 1).

- We suggest initial conservative therapy after mechanical causes of obstruction have been excluded for patients without significant abdominal pain or signs of peritonitis and those

who have one or more potential factors that are reversible. Patients should have serial physical examinations and plain abdominal radiographs (every 12 to 24 hours). Conservative therapy can be continued for approximately 24 to 48 hours, provided that there is no excessive pain or extreme colonic dilatation (>12 cm). (See 'Supportive care and removal of precipitants' above.)

- We suggest pharmacologic therapy with neostigmine in patients at risk for perforation (based upon the rate and size of colonic dilation as described above) and those who failed conservative therapy (Grade 2B). The standard dose is 2.0 mg IV with monitoring as described above. However, side effects might be reduced by using a lower dose (1.5 mg IV) or by co-administering glycopyrrolate (0.4 mg IV). (See 'Neostigmine' above.)
- We suggest colonoscopic decompression in patients who fail or who have contraindications to neostigmine (Grade 2C).
- We suggest percutaneous endoscopic colostomy or surgical decompression (with cecostomy or colectomy) for patients who fail endoscopic and pharmacologic therapy and for those in whom exploration, lavage, or drainage of the peritoneal cavity is indicated for other reasons (Grade 2C). Patients treated with percutaneous cecostomy need to be monitored carefully for local infection or bleeding, which may result from associated medical therapy such as anticoagulants, particularly in patients who are being treated in the intensive care unit.

Use of UpToDate is subject to the Subscription and License Agreement.

Ogilvies syndrome associations

Common clinical conditions associated with Ogilvie's syndrome

Trauma, especially fractures
Obstetrical surgery, especially involving spinal anesthesia
Pelvic, abdominal, or cardiothoracic surgery
Major orthopedic surgery
Severe medical illness, such as pneumonia, myocardial infarction, or heart failure
Neurologic conditions
Retroperitoneal pathology, such as malignancy or hemorrhage
One of the above **plus** metabolic imbalance or medication administration (eg, narcotics, phenothiazines, calcium channel blockers, alpha-2-adrenergic agonists, epidural analgesics)