کلیه اطلاعات مربوط به وضعیت مادر و اقدامات انجام شده با توجه به فرمهای نظام مراقبت مرگ مادری ارسالی از دانشگاهها نوشته شده است

متوفی ۳۰ ساله بارداری اول ، حاملگی خواسته ،۱۲۰ مراقبت توسط بهورز و ۵ مراقبت توسط مامای تیم سلامت داشته است .
کلیه آزمایشات در سیستم بهداشتی درخواست انجام شده است . گروه خون O منفی و گروه خونی همسر ایشان A مثبت بوده وآمپول روگام تزریق کرده است.

ساعت	وضعیت مادر	اقدامات انجام شده	توضیحات
	در سن حاملگی ۳۹ هفته و ٦ روز بدلیل شروع دردهای زایمانی ابتدا به یک بیمارستان خصوصی مراجعه می کند : دیلاتاسیون finger ۲ ، افاسمان ۳۰ درصد ، استیشن ۳- نمایش جنین سفالیک ، کیسه آب سالم FHR= ۱۳٤ PR = ۸٤ BP=۱۰۰/٦۰	با توجه به دستور پزشک آنکال در صورت تمایل به سزارین بایستی به مطب پزشک مراجعه کنند ونامه بستری دریافت کنند. با رضایت شخصی مرخص شده و به بیمارستان دولتی مراجعه می کنند	منظور متخصص آنکال بیمارستان خصوصی از لزوم مراجعه مادر به یک مطب جهت دریافت نامه بستری چه بوده است؟
ساعت ۲۱:۳۰	دیلاتاسیون ٦-۵ سانتیمتر ، افاسمان ۷۰ درصد ، استیشن ۲- ، کیسه آب پاره و شفاف ، جنین بزرگ به نظر می رسد اطلاع موارد فوق به متخصص آنکال	بستری در لیبر	
ساعت ۳۰ دقیقه بامداد	تماس تلفنی با متخصص آنکال : از یکساعت پیش دیلاتاسیون کامل و افاسمان ۱۰۰٪ است ولی بوس سر تشکیل شده است و استیشن بوس سر ۲+است و فاصله انقباضات زیاد شده است . بعد از شروع استیمولیشن مادر اصرار داشته است در حالت نشسته قرار گیرد و ظاهرا با هر انقباض زور نیز می زده است ولی تداوم انقباضات کم بوده است .	دستور شروع استیمولیشن اگر تا ۲۰-۱۵ دقیقه ی دیگر زایمان انجام نشد ، مجددا اطلاع داده شود .	آیا با توجه به علائم خطر و وضعیت مادر نمی توان روش دیگری برای ختم بارداری انتخاب نمود و تصمیم اولیه را بازنگری کرد ؟
ساعت ۱:۱۰	زائو با اصرار ماما به وضعیت لیتوتومی برمیگردد. استیشن بوس سر +۳ شده بود که وضعیت مادر به اطلاع متخصص رسانده می شود	متخصص محترم دستور آماده شدن واکیوم تا حضورایشان به بیمارستان را صادر می کنند.	

Mortality- fundall pressure-۳

ساعت	وضعیت مادر	اقدامات انجام شده	توضیحات
ساعت ۱:٤٥	با استفاده از واکیوم ، ادامه استیمولیشن و فشار از روی رحم زایمان انجام می شود . نوزاد پسر با آپگار ۱۰ – ٦ آغشته به مکونیوم به وزن ۳۹۰۰ گرم متولد می شود . خونریزی زیاد پس از خروج جفت (پارگی در سرویکی وجود داشت در مورد پارگیهای بیشتراطمینان وجود نداشت)	کوراژ رحم برای خروج جفت . تصمیم برای انتقال به اتاق عمل جهت اطمینان از عدم پارگی رحم سوند فولی فیکس شد . ادرارنداشت و خون وارد کیسه ادرار شد ٤ واحد خون درخواست شد	آیا فشار روی رحم جزیی از مراحل استفاده از واکیوم است ؟
ساعت ۲	انتقال به اتاق عمل هوشیار ولی بیقرار با فشار خون ۸۰/٥۰ و ضربان قلب ۱۳۰ – مقدار ۱۰۰ سی سی ادرار هماچوریک در بگ ادرار بود .	با دو آنژیوکت صورتی رگ گرفته بودند که در اطاق عمل دورگ با آنژیوکت سبز گرفته شد. با توجه به پارگی سرویکس و نیاز به ترمیم اپیزیوتومی ، سوند فولی خارج شد . ترمیم محل اپیزیوتومی و پارگی سرویکس به طول ٦ سانتیمتر	با توجه به اینکه طول سرویکس حداکثر ٤ سانتیمتر است ، ترمیم ٦ سانتیمتر بیانگر امتداد پارگی به سگمان تحتانی رحم می باشد که عامل ترمیم نسبت به آن بی توجه بوده است . چرا در اتاق عمل بررسی وضعیت رحم جهت اطمینان از پارگیهای بیشتر انجام نشده است تا در صورت نیاز درخواست کمک در همان زمان انجام شود ؟
	بعد از ترمیم پارگی ، مجددا سوند فولی فیکس شدکه ادرار اندک و هماچوریک بود	طبق نظر مشترک متخصص زنان و بیهوشی با توجه به فشارخون ۱۰۰/۷۰ ، مقدار ۱۰ میلیگرم لازیکس تزریق گردید .	آیا در خونریزی های زایمانی تزریق مدر مجاز است یا فقط در جهت پاک کردن صورت مسئله (علیرغم دریافت ۷ لیتر سرم و خون ، ادرار کم وهماچوریک مانده است) اقداماتی انجام می شود که باعث تشدید مشکلات گردیده و حتی انجام اقدامات لازم را به تعویق می اندازند.
	بلافاصله ٥۰۰–٤۰۰ سی سی ادرار روشن خارج شد.	از زمان ورود به اطاق عمل دو واحد پکسل ، ٥ لیتر سرم رینگر و یک لیتر سرم نرمال سالین تزریق شد	

Comment[۱D]: صفحات ۱۹۷- ۱۹٥ مجموعه دوستدار مادر

Mortality- fundall pressure-۳

ساعت	وضعیت مادر	اقدامات انجام شده	توضیحات
	به مدت ٤٥ دقیقه در اطاق عمل تحت نظر بود و توسط تکنسین بیهوشی کنترل می شد و در این مدت دچار افت فشارخون شد . متخصص زنان که در این مدت درگیر یک سزارین اورژانس دیگر بود ، بر بالین آمده : خونریزی واژینال نداشت ولی بیمار Pale شده است	درخواست دو واحد پک سل دیگر به دستور متخصص بیهوشی تصمیم به لاپاراتومی	
ساعت ٤	لاپاراتومی : شکم حاوی ۳ لیتر خون و لخته بود ، در حدود ٤ -۳ سانتی متر بالاتر از سرویکس در سمت چپ رحم پارگی داشت و در حال خونریزی بود. در سمت چپ رحم هماتوم در لیگامانها وجود داشت. شبکه پامپینیفرم سمت چپ بیمار له شده بود و در حال خونریزی بودهماتوم وسیع در لیگامان پهن وجود داشت که تا کف لگن کشیده شده و مثانه نیز پاره بود.	خون موجود در شکم ساکشن شد پزشک معالج تقاضای کمک نمود به دلیل عدم خونریزی فعال هیسترکتومی انجام نشد .	
ساعت ۴:۵۰	درخواست کمک به سوپروایزر منتقل شد	ایشان با چند تن ازپزشکان زنان و جراح تماس گرفتند که سرانجام دو تن از متخصصان ، زنان (ساعت۵:۰۸) و جراحی (۵:۱۰) به درخواست کمک پاسخ مثبت داده ومتخصص زنان (ساعت ۵:۱۵) و متخصص جراحی (ساعت ۵:۲۰) در اتاق عمل حاضر شدند و با حضور آنان رحم و مثانه ترمیم شد. البته آن بیمارستان متخصص کلیه و مجاری ادرار هم داشته است ولی ایشان (٦ صبح) بر بالین بیمار حاضر شدند که بدلیل ادم زیاد مثانه چک حالب انجام نشد .	همکاران ، برای دریافت کمک مجبورشده اند با چند نفراز متخصصین تماس بگیرند و در نهایت دو نفر مسئولیت را قبول کرده اند. آیا ممکن نیست که لیست آنکال دوم تنظیم شود تادر اینگونه موارد از اتلاف وقت پیشگیری شود ؟
	در طی عمل نیز افت فشار خون داشته است . (گروه خونی O منفی مادر فقط ۳ واحد دیگر در شهرموجود بوده) و زمانی آماده تزریق گردیده که شوک غیر قابل جبران بوده....	بیمار با نبض مرکزی، مردمک ها میدریاز، اینتوبه ، با انفوزیون دوپامین و اپی نفرین با بگ ادراری حاوی ۱۰۰ سی سی ادرار هماچوریک و BP = ٦۰/P - تصمیم جهت انتقال به ICU	
ساعت ۷:۵۰	انتقال به ICU و وصل به ونتیلاتور و.... بعد از ۱۲ روز علیرغم تلاش و پیگیریهای فراوان فوت می کند .		
زایمان طبیعی بیشتر خطر آفرین است یا نادیده گرفتن علائم خطر و عدم استفاده از شواهد در مدیریت بحران ؟ آیا حق مادران این مرز و بوم نیست که در زمان نیاز به خدمات اورژانس مامایی ، در همان اوایل بروز مشکل ، ازحداکثر توان جهت حفظ حیات آنان استفاده کنیم ... ؟			

Mortality- fundall pressure-۳