

التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة

التدبير العلاجي لمضاعفات الحمل والولادة

دليل للقبالات والأطباء



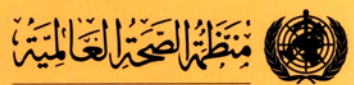
البنك الدولي



منظمة الأمم
المتحدة للطفولة



صندوق الأمم
المتحدة للسكان



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

إدارة الصحة الإنجابية والبحوث

2007

التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة
التدبير العلاجي لمضاعفات الحمل والولادة

دليل للقابات والأطباء

إدارة الصحة الإنجابية والبحوث

صدرت الطبعة العربية من
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة



صدرت الطبعة الإنكليزية من
منظمة الصحة العالمية
جنيف

2007

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط؛ مترجم
التدبير العلاجي لمضاعفات الحمل والولادة: التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة –
دليل للقابات والأطباء/ منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

ص. سم.

صدرت الطبعة الإنجليزية الثانية في جنيف 2000

1. مضاعفات الحمل - تشخيص
2. مضاعفات الحمل - معالجة
3. الولادة
4. أدلة إرشادية
- أ. العنوان
- ب. منظمة الأمم المتحدة للطفولة
- ج. البنك الدولي
- د. صندوق الأمم المتحدة للسكان

ISBN 92-9021-360-4

[تصنيف المكتبة الطبية القومية : WQ 240]

© منظمة الصحة العالمية، 2004

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر
إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو
إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها.
وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق
كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات
والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها
مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية
بوضع خط تحتها.

يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع،
المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608) مدينة نصر،
القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 202 670 2535+؛ فاكس رقم: 202 670 2492+؛ عنوان
البريد الإلكتروني: DSA@emro.who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن
باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط،
سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى المستشار الإقليمي للإعلام
الصحي والطبي، على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: 202 276 5400+؛ عنوان البريد

الإلكتروني: HBI@emro.who.int)

شكر وتقدير

المشاركون الرئيسيون : ماثيو ماثي، هارشاد سانغفي، ريتشارد، ج. جيدوتي

المشاركون : فريدريك بروخيزين، بيغفيري شالمرز، روبرت جونسن، آن فوستر روزاليس، جيفيري م. سميث، جيلكا زوبان

المحرر : ميليسا ماك كورميك

مساعدو المحرر : آن بلوز، دافيد براميلي، كاتلين هاينز، جورجينا مورغاترويد، إليزابيث أوليفيراز

الفنان : ماري جان أورلي

تصميم الغلاف : ماري نيميران

التتسيق : دבורا بريجاد

مع شكر مفعم بالجميل للمشاركة الخاصة لجورج بوفي، والذي ألهم عمله المبتكر فكرة هذا الدليل.

المراجعون :

زاهدة قرشي	منير إسلام	سابارا راتنام ارولكومران
ألان روزنفيلد	باربارا كينزي	آن دافينبورت
عبد الباري سيف الدين	أندرية لالوند	ميشيل دوسون
ويلي برورد شاشا	جيركر ليلي جستراند	جين إيمانويل
بيتي سويت	انريكويتو لو	سوشيل آنجيل بريشت
بول فان لوك	فلورنس ميريمب	ميكويل اسينوزا
باتريس وايت	غلين مولا	بيترا تن هوب – بندر

يمثل هذا الدليل الإرشادي تفاهماً مشتركاً بين منظمة الصحة العالمية WHO ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف UNICEF) ومنظمة الأمم المتحدة للأنشطة السكانية UNFPA، والبنك الدولي حول العناصر الرئيسية لطريقة تهدف لإنقاص معدل الوفيات والمراضة بين الأمهات وفي الفترة المحيطة بالولادة. تضافرت جهود هذه الوكالات، وبشكل وثيق، لإنقاص معدل الوفيات والمراضة بين الأمهات وفي الفترة المحيطة بالولادة. تحددت مبادئ وسياسات كل وكالة وخططها حسب القرارات التي اتخذتها الهيئات الرئاسية لكل وكالة، وتطبق كل وكالة التدخلات الموصوفة في هذه الوثيقة حسب هذه المبادئ والخطط، وضمن مجال عملها.

وقد تمت مراجعة الكتيب التوضيحي والمصادقة عليه من قبل الاتحاد الدولي للقبالات والاتحاد الدولي لطب النساء وطب التوليد أيضاً.



الاتحاد الدولي لطب النساء وطب التوليد

نتوجه بالشكر الجزيل للدعم المالي الذي قدمته حكومات أستراليا وهولندا والسويد والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية والولايات المتحدة من أجل تحضير هذه الوثيقة وإنتاجها .

تشكر منظمة الصحة العالمية المساعدة التقنية والتحريرية التي قدمها الموظفون في برامج JHAPIEGO للتدريب حول الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد. وقد قُدم دعم مالي من قبل المكتب الإسكاني والمركز الإسكاني والبرامج العالمية في الصحة والتغذية وقسم الأطفال والأمهات CMT في مكتب البحوث والدعم الميداني ووكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية على شكل مكافأة رقم HRN-A-00-98-00041-00، ومن قبل المكتب الإسكاني، والصحة والتغذية، ومكتب البرامج العالمية، والدعم الميداني والبحوث، ووكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، على شكل مكافأة رقم HRN-A-00-98-00043-00.



قائمة المحتويات

صفحة

ز

تمهيد

ط

المقدمة

ك

كيفية استخدام الدليل (الكتيب الإرشادي)

م

قائمة التشخيص

القسم 1 : المبادئ السريرية

المبادئ السريرية – 1	التقييم المبني السريع
المبادئ السريرية – 5	التحدث مع النساء وعائلاتهن
المبادئ السريرية – 7	الدعم العاطفي والنفسي ¹
المبادئ السريرية – 15	الحالات الطارئة
المبادئ السريرية – 17	مبادئ الرعاية العامة
المبادئ السريرية – 23	الاستخدام السريري للدم ومنتجات الدم وسوائل الإعاضة
المبادئ السريرية – 35	المعالجة بالمضادات الحيوية
المبادئ السريرية – 37	التخدير والتسكين
المبادئ السريرية – 47	مبادئ الرعاية الجراحية
المبادئ السريرية – 57	المخاض والولادة السويان
المبادئ السريرية – 77	مبادئ رعاية الوليد
المبادئ السريرية – 79	مقدم الرعاية والارتباطات المجتمعية (الروابط الاجتماعية)

القسم 2 : الأعراض

الأعراض – 1	الصدمة
الأعراض – 7	النزف المهبل في الحمل الباكر
الأعراض – 17	النزف المهبل في الحمل الآجل والمخاض
الأعراض – 25	النزف المهبل بعد الولادة
الأعراض – 35	الصداع، تغير الرؤية، الاختلاجات أو فقد الوعي، ارتفاع ضغط الدم
الأعراض – 57	التقدم غير المقبول للمخاض
الأعراض – 69	التوضع السيء والمجئ السيء
الأعراض – 83	عسر ولادة الكتف (الكتفان الملتصقان)
الأعراض – 87	المخاض مع رحم مفرط التضخم
الأعراض – 93	المخاض مع رحم متدب
الأعراض – 95	الضائقة الجنينية في المخاض
الأعراض – 97	الحبل المتدلي
الأعراض – 99	الحمى خلال الحمل والولادة
الأعراض – 107	الحمى التالية للولادة

- الألم البطني في الحمل الباكر 115 – الأعراض
 الألم البطني في المراحل المتأخرة من الحمل وبعد الولادة 119 – الأعراض
 عسر التنفس 125 – الأعراض
 فقد حركة الجنين 131 – الأعراض
 تمزق الأغشية السابق للولادة 135 – الأعراض
 حالات ومشكلات الوليد العاجلة 141 – الأعراض

القسم 3 : الإجراءات

- إحصار حول عنق الرحم 1 – الإجراءات
 إحصار العصب الفرجي 3 – الإجراءات
 التخدير الموضعي من أجل القيصرية 7 – الإجراءات
 التخدير النخاعي (تحت العنكبوتية) 11 – الإجراءات
 الكيتامين 13 – الإجراءات
 التحويل الخارجي 15 – الإجراءات
 تحريض المخاض وتعزيزه 17 – الإجراءات
 الاستخراج بالمحجم (بالتخلية) 27 – الإجراءات
 الولادة بالملقط 33 – الإجراءات
 الولادة المقعدية 37 – الإجراءات
 القيصرية 43 – الإجراءات
 بضع الارتفاق العاني 53 – الإجراءات
 حج القحف وبزل القحف 57 – الإجراءات
 التوسيع والكشط 61 – الإجراءات
 الشفط بالتخلية اليدوية 65 – الإجراءات
 بزل الرذبة المستقيمية الرحمية وبضع المهبل 69 – الإجراءات
 بضع الفرج 71 – الإجراءات
 النزاع اليدوي للمشيمة 77 – الإجراءات
 تصليح تمزقات عنق الرحم 81 – الإجراءات
 تصليح تمزقات المهبل والعجان 83 – الإجراءات
 تصحيح انقلاب الرحم 91 – الإجراءات
 تصليح الرحم المتمزق 95 – الإجراءات
 ربط الشريان الرحمي والرحمي المبيضي 99 – الإجراءات
 استئصال الرحم التالي للولادة 103 – الإجراءات
 استئصال البوق في الحمل المنتبذ 109 – الإجراءات

القسم 4 : الملحق

- الملحق – 1

الأدوية الضرورية لتدبير المضاعفات في الحمل والولادة

تركز استراتيجية منظمة الصحة العالمية لجعل الحمل أكثر مأمونية – وبدعم من مبادرة الأمومة المأمونة – على مساهمة القطاع الصحي لخفض وفيات الأمهات والولدان.

يتعامل التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة – وهو المكون التقني من الاستراتيجية السابقة الذكر – مع المواضيع التالية بشكل رئيسي:

- تحسين مهارات العاملين الصحيين من خلال دلائل إرشادية ومعايير معدلة محلياً للتدبير العلاجي للحمل والولادة في مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية؛
- القيام بتدخلات لتحسين استجابة نظام الرعاية الصحية لاحتياجات الحوامل وولدانهن، ولتحسين إدارة الخدمات الصحية على مستوى المنطقة، بما في ذلك الإمداد المناسب بالعاملين واللوجستيات والإمداديات والمعدات.
- التنقيف الصحي وتعزيز الأنشطة التي تحسن الانطباعات والممارسات العائلية والمجتمعية المتعلقة بالحمل والولادة.

ولقد تمت كتابة هذا الدليل، ودليل آخر مشابه له حول التدبير العلاجي للخدج (المبتسرين) والولدان المعتلين، من أجل القابلات والأطباء العاملين في مستشفيات المنطقة. ويكمل هذا الدليل، ويتسق في مضمونه، مع دليل ممارسة الرعاية الأساسية للحمل والولادة، والذي تم إعداده بشكل رئيسي من أجل مستوى الرعاية الصحية الأولية. سيؤمن هذان الدليلان معاً توجيهاً للعاملين الصحيين المسؤولين عن رعاية الحوامل والولدان على كافة مستويات الرعاية.

اعتمدت التدخلات الموصوفة في هذين الدليلين على أحدث ما توافر من بيانات علمية. ومن المزمع تحديث الدليل كلما تم الحصول على معلومات جديدة، آخذين بعين الاعتبار أن الطب المعتمد على البيانات هو المعيار الذي تعتمد عليه الممارسة السريرية.

نأمل أن هذا الدليل سيكون مفيداً باستخدامه قرب المريض، وأن يكون متوفراً مسبقاً أينما واجهت قابلة (أو واجه طبيب) طارئة (حالة إسعافية) توليدية.

تعتبر كل الحمول معرضة للخطر – رغم أن معظم الحمول والولادات خالية من الحوادث المهمة. يعاني حوالي 15% من كل الحوامل من مضاعفة قد تكون مهددة للحياة وتستدعي رعاية ماهرة، ويتطلب بعضها تدخلاً توليدياً كبيراً للحفاظ على الحياة. كُتب هذا الدليل للقابات والأطباء في مستشفى المنطقة المسؤولين عن رعاية النساء اللواتي يعانين من مضاعفات الحمل أو الولادة أو دور النفاس القريب، بما في ذلك مشكلات الوليد العاجلة. وإضافة للرعاية التي تقدمها القابات والأطباء للنساء في المرافق، فإن لهم دوراً مميزاً وعلاقة مع :

- جماعة مقدمي الرعاية الصحية في النظام الصحي للمنطقة ، بما في ذلك العاملين الصحيين المساعدين والمتعددي الأغراض.
 - أعضاء عائلات المريضات .
 - قادة المجتمع .
 - الجماهير ذوي الاحتياجات الخاصة (مثل : اليافعين والنساء الحاملات لفيروس العوز المناعي البشري، أو المصابات بالإيدز).
- دور القابات والأطباء :
- دعم الأنشطة الهادفة لتحسين كل الخدمات الصحية في المنطقة .
 - السعي لتوفير أنظمة إحالة ذات معولية وكفاءة .
 - مراقبة جودة خدمات الرعاية الصحية .
 - تشجيع مشاركة المجتمع في المسائل المتعلقة بالصحة .
- يعرف مستشفى المنطقة بأنه مرفق قادر على توفير خدمات ذات جودة، بما في ذلك التوليد الجراحي ونقل الدم. ورغم أن الكثير من الإجراءات الواردة في هذا الدليل تتطلب معدات متخصصة وخبرةً مقدّمي رعاية صحية مدربين بشكل نوعي، فإنه يجب معرفة أن الكثير من الإجراءات المنقذة للحياة المذكورة يمكن إنجازها في المراكز الصحية أيضاً.

إن المرأة التي تحضر بمضاعفة توليدية مهددة للحياة في حالة طارئة تتطلب فوراً تشخيصاً وتدبيراً علاجياً؛ ولذلك فإن المتن الرئيسي للدليل قد رُتب حسب العرَض (مثلاً: النزف المهلي في بداية الحمل)، ولأن هذا الأسلوب المعتمد على العرَض يختلف عن معظم المتون الطبية التي ترتب حسب المرض فقد وُضعت قائمة بالتشخيص مع رقم صفحة التشخيص الموافق.

ويركز الدليل على التقييم واتخاذ القرار السريعين. اعتمدت خطوات الإجراءات السريرية على التقييم السريري مع معولية محدودة على الفحوصات المختبرية أو الفحوصات الأخرى، ومعظمها متوافر في عدد من المواقع السريرية (مثلاً: مستشفى المنطقة أو المركز الصحي).

يوجز القسم الأول المبادئ السريرية للتدبير العلاجي لمضاعفات الحمل والولادة، ويبدأ بقائمة يمكن للعاملين في الرعاية الصحية استخدامها من أجل التقييم السريع لحالة المرأة وابتداء المعالجة الملائمة. يتضمن هذا القسم المبادئ العامة للرعاية العاجلة والعامة والجراحية، بما في ذلك الوقاية من العدوى، واستخدام الدم وسوائل الإعاضة، والمضادات الحيوية والتخدير والتسكين. كما يتضمن هذا القسم وصفاً للمخاض والولادة السويين، بما في ذلك استخدام مخطط الولادة والتدبير الفعال للطور الثالث، وذلك بهدف توفير المعلومات اللازمة للعاملين في الرعاية الصحية للتفريق بين العملية السوية والمضاعفات. وهناك أيضاً توجيهاً حول الرعاية المبدئية للوليد السوي. كما يتضمن القسم الأول معلومات حول توفير الدعم العاطفي للمرأة وعائلتها، ويوضح الارتباط بين مقدمي الرعاية الصحية ومجتمعهم.

ويصف القسم الثاني الأعراض التي تأتي بها المرأة التي تعاني من مضاعفات الحمل والولادة. وتعكس هذه الأعراض الأسباب الرئيسية للوفيات والمرضات. هناك استعراض للتدبير العلاجي العام والمبدئي لكل عرض. ومن خلال قوائم التشخيص يتم تحديد التشخيص الذي يسبب العرض. يتلو ذلك بروتوكولات تدبير علاجي مبسطة لهذه التشخيصات النوعية. تم اختيار أكثر المعالجات الفعالة والرخيصة، حيثما توافرت عدة خيارات

للمعالجة؛ كما توجد في هذا القسم معلومات حول التدبير العلاجي للحالات أو المشكلات الفورية للوليد (خلال أول 24 ساعة من حياته).
يصف القسم الثالث الإجراءات التي قد تكون ضرورية للتدبير العلاجي للحالة. لم يقصد بهذه الإجراءات أن تكون تعليمات مفصلة "لكيفية العمل" وإنما مجرد تلخيص للخطوات الرئيسية المرافقة لكل إجراء. ولم تذكر مبادئ الرعاية العامة الجراحية لكل إجراء مرة ثانية هنا لأنها ذكرت في القسم الأول، ما لم يكن هناك رعاية نوعية مطلوبة للإجراء (مثلاً: إجراءات الرعاية بعد التخدير بالكيتامين). ويوجد توجيه واضح حول الأدوية والجرعات مع خيارات واسعة للتخدير (مثلاً: القيصرية المأمونة تحت التخدير الموضعي) وطرق مأمونة وفعالة وقليلة التكلفة (مثلاً الغلق الأحادي الطبقة للرحم).

ويحتوي القسم الرابع قائمة بالأدوية الأساسية وفهرساً، نُظِمَّ الفهرس بحيث يمكن استخدامه في حالات الطوارئ لإيجاد المادة المناسبة بسرعة. وضعت أهم المعلومات — بما فيها التشخيص والتدبير العلاجي والخطوات المتعلقة بأي إجراء — أولاً بالبنت الأسود، يتبعها المواضيع الأخرى ذات الصلة بترتيب أبجدي (ألفبائي). وقد تضمن الصفحات التي تحتوي المعلومات المهمة أو ذات الصلة فقط؛ مفضلاً ذلك على وضع كل صفحة تحتوي الكلمة أو العبارة.

قائمة بتشخيص الحالات

27	الأعراض —	الرحم المنقلب	المبادئ	المخاض والولادة السويان
87	الأعراض —	الجنين الكبير	السريرية — 57	
39	الأعراض —	الملاريا الوخيمة/المصحوبة بمضاعفات	الأعراض — 1	الصدمة
100	الأعراض —	الملاريا، غير المصحوبة بمضاعفات	الأعراض — 95	سرعة قلب الجنين الشاذة
95	الأعراض —	العقي	الأعراض — 8	الإجهاض
39	الأعراض —	التهاب السحايا	الأعراض — 18	انفصال المشيمة الباكر
108	الأعراض —	التهاب الرحم	الأعراض — 100	التهاب الحويضة والكلية الحاد
39	الأعراض —	الشقيقة	الأعراض — 136	التهاب السلى
8	الأعراض —	الحمل الرحوي	الأعراض — 126	فقر الدم الوخيم
87	الأعراض —	الحمل المتعدد	الأعراض — 116	التهاب الزائدة
57	الأعراض —	الانسداد	الأعراض — 27	الرحم الوائي
72	الأعراض —	الوضعية القذالية الخلفية	الأعراض — 108	التهاب الثدي
72	الأعراض —	الوضعية القذالية المستعرضة	الأعراض — 108	تحفل الثدي
116	الأعراض —	الكيسات المبيضية	الأعراض — 74	المجيء المقعدي
108	الأعراض —	الخراج الحوضي	الأعراض — 126	الربو القصبي
108	الأعراض —	التهاب الصفاق	الأعراض — 73	المجيء الجبهي
18	الأعراض —	المشيمة المنزاحة	الأعراض — 57	لا تتناسب رأسي حوضي
126	الأعراض —	الالتهاب الرئوي	الأعراض — 38	ارتفاع ضغط الدم المزمن
38	الأعراض —	مقدمات الارتعاج ، الخفيفة أو الوخيمة	الأعراض — 19	اعتلال خثري
38	الأعراض —	ارتفاع ضغط الدم المحرض بالحمل	الأعراض — 74	المجيء المركب
136	الأعراض —	تمزق الأغشية السابق للولادة	الأعراض — 100	التهاب المثانة
120	الأعراض —	الولادة المبتسرة	الأعراض — 38	الارتعاج
97	الأعراض —	الحبل المتكلي	الأعراض — 8	الحمل المنتبذ
57	الأعراض —	طور الخفاء المطول	الأعراض — 39	التهاب الدماغ
57	الأعراض —	طور الانتقاذ المطول	الأعراض — 39	الصرع
27	الأعراض —	المشيمة المحتبسة أو الشنف المشيمية	الأعراض — 87	فرط الصاء
18	الأعراض —	الرحم المتمزق (تمزق الرحم)	الأعراض — 73	المجيء الوجهي
93	الأعراض —	الرحم المتندب	الأعراض — 57	المخاض الكاذب
75	الأعراض —	المجيء الكتفي	الأعراض — 132	موت الجنين
83	الأعراض —	عسر ولادة الكتف	الأعراض — 17	النزف قبل الولادة
27	الأعراض —	تمزقات عنق الرحم والمهبل	الأعراض — 27	النزف بعد الولادة
38	الأعراض —	الكزاز	الأعراض — 126	فشل القلب
75	الأعراض —	الوضعية المستعرضة	الأعراض — 57	نشاط رحمي غير كاف
			108 —	التهاب الرحم

القسم الأول

المبادئ السريية

التقييم المبدئي السريع

المبادئ السريرية - 1

عندما تعاني امرأة في سن الإنجاب من مشكلة ، ينبغي عليك أن تقيم -
وبسرعة - حالتها لتحديد درجة علتها.

الجدول المبادئ السريرية - 1 التقييم المبدئي السريع*

التقييم	علامات الخطر	الأخذ بعين الاعتبار
المسالك السهوانى والتنفس	ابحث عن : الزراق (الازرقاق) الضائقة التنفسية أفحص :	فقر الدم الوخيم فشل القلب الالتهاب الرئوي الربو
الدوران الصدمة	أفحص : الجلد : الشحوب الرتتين: الأريز والخراخر	انظر : صعوبة التنفس الصفحة الأعراض - 125 الصدمة الصفحة الأعراض-1
النزف المهبلى (الحمل الباكر أو المتقدم أو بعد الولادة)	اسأل إن كانت : حاملًا : مدة الحمل ولدت حديثًا تمت ولادة المشيمة	الإجهاض الحمل المنتبذ الحمل الرجوي انظر النزف المهبلى فى الحمل الباكر الصفحة الأعراض-7
أفحص :	الفرج : كمية النزف ، المشيمة المحتبسة ، تمزقات ظاهرة الرحم : الوانى المثانة : ممتلئة	انفصال المشيمة الباكر رحم متمزق مشيمة مزاحة انظر النزف المهبلى فى الحمل الآجل والمخاض الصفحة الأعراض-17
لا تجر فحصاً مهبلياً فى هذا الطور		الرحم الوانى (الونائى) تمزقات عنق الرحم والفرج المشيمة المحتبسة الرحم المنقلب انظر النزف المهبلى بعد الولادة الصفحة الأعراض-25
فقد الوعى أو الاختلاج	اسأل إن كانت : حاملًا : مدة الحمل	الارتعاج الملاريا الصرع الكزاز
أفحص :	ضغط الدم : مرتفع (الانبساطى 90 مم ز أو أكثر) درجة الحرارة : 38 م أو أكثر	انظر : الاختلاجات أو فقد الوعى الصفحة الأعراض-35

* لا تتضمن هذه القائمة كل المشكلات المحتملة التي قد تواجه المرأة في الحمل أو دور
النفاس، إنها تهدف لتحديد تلك المشكلات التي تضع المرأة تحت اخطار أعلى لوفيات ومراضة
الأمومة.

التقييم	علامات الخطر	الأخذ بعين الاعتبار
الحمى الخطرة	اسأل إن كانت المريضة: • ضعيفة ، نوامية • تتبول بشكل مؤلم ومتواتر	• عدوى السبيل البولي • الملاريا انظر الحمى أثناء الحمل والمخاض الصفحة الأعراض -99
أفحص :	• درجة الحرارة : 38°م أو أكثر • فقد الوعي • الرقبة : تيبس • الرنتين : تنفس سطحي، تصلدا • البطن : ألم وخيم • الفرج : نجيج قيحي • الثديين : ألم	• التهاب الرحم • الخراج الحوضي • التهاب الصفاق • التهاب الثدي انظر الحمى بعد الولادة الصفحة الأعراض-107 • مضاعفات الإجهاض انظر النزف المهبل في الحمل الباكر الصفحة الأعراض-7 • الالتهاب الرئوي انظر صعوبة التنفس ، الصفحة الأعراض -123

الأم البطنية	اسأل إن كانت :	الكيسة المبيضية • التهاب الزائدة • الحمل الممتبذ
• حاملا، مدة الحمل	أفحص :	انظر : الألم البطني في الحمل المبكر، الصفحة الأعراض-115
• ضغط الدم : منخفض • (الانقباضي أقل من 90 مم ز) • النبض : سريع (110 أو أكثر) • درجة الحرارة : 38°م أو أكثر • الرحم : حالة الحمل .	• مخاض محتمل مبسر أو في وقته • و التهاب الصاء • انفصال المشيمة الباكر • الرحم المتمزق	انظر الألم البطني في الحمل الآجل وبعد الولادة : الصفحة الأعراض-

تحتاج المرأة لانتباه فوري أيضا إذا كان لديها أي من العلامات التالية :

- نجيج مخاطي مصطبغ بالدم (العلامة) مع تقلصات رحمية يمكن الشعور بها بوضع اليد على البطن؛
- أغشية متمزقة؛
- شحوب؛

- ضعف؛
- إغماء؛
- صداع وخيم؛
- تغييم الرؤية؛
- قيء؛
- حمى؛
- ضائقة تنفسية؛

يجب أن تعطى للمرأة الأولوية وأن تعالج فوراً .

تطبيق مخطط التقييم السريع

يتطلب الإبتداء السريع للمعالجة تعرفاً فورياً على المشكلة النوعية وتصرفاً سريعاً، وهذا ما يمكن فعله من خلال :

- تدريب كل من الموظفين – بما فيهم الكتبة، والحراس، والبوابيين أو عاملي الهاتف – ليتفعلوا بطريقة متفق عليها (قرع جرس الإنذار، طلب المساعدة) عندما تصل امرأة إلى المرفق الصحي مصابة بحالة توليدية طارئة أو بإحدى المضاعفات الحملية، أو عندما إعلام المرفق بأن امرأة قد تم إحالتها إليه.
- إجراء تجارب طوارئ وتجارب سريرية للموظفين لضمان استعدادهم على كافة المستويات.
- ضمان أن المدخل غير مغلق (مقفل) (المفاتيح متوفرة) وأن المعدات جاهزة للعمل (بالتفتيش يومياً) وأن الموظفين مدربين بشكل مناسب لاستخدامها .
- وجود بروتوكولات ومعايير ثابتة (ومعرفة كيفية استخدامها) للتعرف على حالة طارئة حقيقية ومعرفة كيفية التفاعل معها فوراً .
- استعراض أي النساء في غرفة الانتظار – حتى اللواتي ينتظرن من أجل استشارة روتينية – تحتاج لرعاية فورية أو مباشرة من العاملين الصحيين، وبناء على ذلك يجب أن تعطى أولوية (مع الاتفاق على أن النساء في المخاض أو الحوامل اللواتي يعانين من المشكلات المذكورة في الجدول المبادئ السريرية – 1 يجب أن يشاهدن من قبل عامل صحي فوراً).
- الاتفاق على مخططات يمكن من خلالها استثناء النساء في الطوارئ من الدفع – مؤقتاً على الأقل (مخططات الضمان المحلي، صناديق اللجنة الصحية للطوارئ).

التحدث مع النساء وعائلاتهن

المبادئ السريرية - 5

الحمل عادةً، وقت مفعم بالمتعة والانتظار، إلا أنه يمكن أن يكون أيضاً وقت القلق والاهتمام؛ ويمكن للتحدث مع المرأة وعائلتها أن يبني ثقة المرأة بمقدمي الرعاية الصحية لها.

قد تواجه النساء اللواتي يعانين من مضاعفات صعوبة في التحدث إلى مقدم الرعاية الصحية وشرح مشكلاتهن، ولذلك يقع على عاتق فريق الرعاية الصحية بكامله مسؤولية التحدث مع المرأة باحترام ومؤانستها. إن التركيز على المرأة يعني أن مقدمي الرعاية الصحية وموظفيها:

- يحترمون مكانة المرأة وحقها في الخصوصية.
- متحسين لاحتياجات المرأة ومتجاوبين معها.
- لا يطلقون أحكاماً مسبقة على القرارات التي تتخذها المرأة وعائلتها، فيما يتعلق برعايتها مثلاً.

من المفهوم عدم الموافقة على السلوك الخطر للمرأة أو قرارها اللذين تسببا في تأخرها في التماس الرعاية، وعلى كل، فمن غير المقبول إظهار الإزدراء لامرأة أو إغفالها بسبب حالة طبية ناجمة عن سلوكها. يمكن تقديم المشورة والنصح بعد التعامل مع المضاعفة، وليس قبلها أو أثناء التدبير العلاجي للمشكلة.

حقوق النساء

يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية واعين لحقوق النساء عند تلقي خدمات رعاية الأمومة:

- كل امرأة تتلقى رعاية لها الحق في تلقي المعلومات المتعلقة بصحتها؛
- كل امرأة لها الحق في مناقشة همومها في بيئة تشعر فيها بالخصوصية؛
- يجب أن تعرف المرأة مقدماً نمط ما سوف يتم من إجراء.
- يجب أن تجرى الإجراءات في بيئة يحترم فيها حق المرأة في الخصوصية (مثلاً: جناح الولادة).
- يجب أن تشعر المرأة بالراحة قدر الإمكان عند تلقيها الخدمات.
- للمرأة الحق في التعبير عن وجهات نظرها حول الخدمات التي تتلقاها.

يجب على من يقدم الرعاية الصحية أن يستخدم تقنيات التواصل الأساسية عندما يتحدث مع امرأة حول حملها أو حول أية مضاعفة، حيث تساعده هذه التقنيات على توطيد علاقة صادقة ومليئة بالثقة والاهتمام مع المرأة. فإذا شعرت المرأة بالثقة تجاه مقدم الرعاية الصحية وأحست بما يحمله لها من الاحترام في قلبه، فلن تتردد في العودة مرة ثانية إلى المرفق من أجل الولادة أو ستعود مبكراً إذا حدثت مضاعفة ما.

تقنيات التواصل

التحدث بطريقة هادئة مع التأكيد للمرأة أن المحادثة سرية. كن مستشعراً لأي اعتبارات دينية أو ثقافية واحترم وجهات نظرها. إضافة إلى ذلك: يجب على مقدمي الرعاية الصحية القيام بما يلي:

- تشجيع المرأة وعائلتها على التحدث بصدق وبشكل كامل حول الحوادث المحيطة بالمضاعفة.
 - الإصغاء إلى ما تقوله المرأة وعائلتها وتشجيعهم على التعبير عن مخاوفهم مع عدم مقاطعتها.
 - احترام شعور المرأة بالخصوصية والاحتشام بغلق الباب وإسدال الستائر حول طاولة الفحص.
 - جعل المرأة تشعر أن من يحدثها يصغي إليها ويستوعب ما تقول.
 - استخدام أسلوب التواصل دائماً غير لفظي مثل الابتسام والإيماء بالرأس.
 - الإجابة على أسئلة المرأة بشكل مباشر وبطريقة دافئة مطمئنة.
 - شرح الخطوات التي سوف تتخذ للتدبير العلاجي للحالة أو المضاعفة.
 - سؤال المرأة أن تعيد ثانية النقاط الرئيسية لضمان استيعابهم لها.
- إذا توجب إخضاع امرأة لإجراء جراحي، فاشرح لها طبيعة الإجراء وما قد يترتب عليه من أخطار، وحاول أن تخفف من قلقها، فالنساء القلقات بشكل مفرط يتعرضن بصورة أكبر إلى أوقات عصبية أثناء الجراحة وعند الإفاقة والشفاء.
- انظر (الصفحة المبادئ السريرية – 7) لمزيد من المعلومات حول تقديم الدعم العاطفي خلال طارئة ما (حادثة إسعافية).

غالباً ما تكون الحالات الطارئة مربكة جداً لكل المهتمين ، وتحرض مجالاً من الانفعالات التي يمكن أن يكون لها عواقب مهمة.

التفاعلات العاطفية والنفسية

تعتمد كيفية تفاعل كل فرد من أفراد العائلة تجاه حالة طارئة ما على ما يلي:

- الحالة الزوجية Marital للمرأة وعلاقتها بزوجها.
- الحالة الاجتماعية للمرأة / الزوجين، وممارساتهما ومعتقداتهما الدينية والثقافية.
- شخصيات ذوي العلاقة ونوعية وطبيعة الدعم الاجتماعي والعاطفي والعملية.
- طبيعة وثقل ومآل المشكلة وتوافر خدمات الرعاية الصحية وجودتها.
- تتضمن التفاعلات الشائعة للطوارئ التوليدية أو الموت ما يلي : —
- الإنكار (الشعور بأنه لا يمكن أن يكون هذا صحيحاً).
- الذنب فيما يتعلق بالمسؤولية المحتملة.
- الغضب (كثيراً ما يوجه ضد موظفي الرعاية الصحية، وغالباً ما يكون غضباً مقنعاً يوجهه الوالدان لنفسيهما عن الفشل).
- المساومة (وخاصة إذا تأرجح المريض لبرهة بين الحياة والموت).
- الاكتئاب وفقد احترام الذات والذي قد يدوم طويلاً.
- العزلة (الشعور بالاختلاف أو الانفصال عن الآخرين) والذي قد يزيد من هذا الشعور تجنب مقدمي الرعاية لمن يعاني ويتعرض للفقد.
- التوهان.

المبادئ العامة للتواصل والدعم

رغم أن كل حالة طارئة هي حالة فريدة إلا أن المبادئ العامة التالية تقوم بالتوجيه. فالإتصال والتشاعر (الحس بمشاعر الآخرين) الحقيقي هما المفاتيح الأكثر أهمية للمعالجة الفعالة في مثل هذه الحالات.

أثناء الحدث

- أصغ إلى من أصيبوا بضائقة. ستحتاج المرأة أو العائلة إلى مناقشة مصيبتهم وحزنهم.
- لا تغير الموضوع، ولا تنتقل بالمناقشة إلى موضوع أسهل أو أقسل إيلاماً. أظهر التعاطف.
- تحدث مع المرأة أو العائلة بإسهاب قدر طاقتك حول ما حدث فمن شأن استيعابهم للحالة ولتدبيرها العلاجي أن يخففا من قلقهم ويحضرهم لما سيحدث لاحقاً.
- كن صادقاً؛ لا تتردد في تقبل ما لا تعرف. المحافظة على الثقة أكثر أهمية من التظاهر بالمعرفة.
- استخدم مترجماً إذا كانت اللغة حاجزاً بينكما.
- لا تحول المشكلة إلى الطاقم التمريضي أو الأطباء الأدنى مرتبة منك.
- احرص على أن يكون مع المرأة مرافق من اختيارها، وأن لا يتغير من يقدم لها الرعاية الصحية طوال المخاض والولادة إن أمكن.
- فالصحة الداعمة تعين المرأة على مواجهة الخوف والآلام من خلال خفض الشعور بالوحدة والضائقة.
- شجع، كلما أمكن، المرافقين على ممارسة دور فعال في الرعاية. ضع المرافق على رأس السرير لتسمح له بالتركيز على رعاية احتياجات المرأة العاطفية.
- وفر أقصى درجة من الخصوصية يمكنك توفيرها قبل الحادثة وبعدها للمرأة وعائلتها.

بعد الحدث

- قم بإعطاء المعونة العملية والمعلومات والدعم العاطفي.
- احترم المعتقدات التقليدية، والعادات، واعمل على تلبية احتياجات العائلة قدر الإمكان.
- قدم التوعية للمرأة والعائلة واسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم بعد الحدث.
- اشرح المشكلة لتساهم في تخفيف حدة القلق والشعور بالذنب، حيث يلوم كثير من النساء والعائلات أنفسهم حول ما حدث.
- أصغ وعبر عن تفهمك وتقبلك لمشاعر المرأة. قد يكون للتواصل اللفظي صوت أقوى من الكلمات، فقد تعبر الضغطة على اليدين أو نظرة اهتمام عن قدر كبير من التعاطف.

- كرر المعلومات عدة مرات، وأعط معلومات مكتوبة إن أمكن. فالأشخاص الذين يعانون من حالة طارئة كثيراً ما لا يتذكرون ما قيل لهم.
- قد يشعر مقدمو الرعاية الصحية بالغضب والذنب والحزن والألم والإحباط في مواجهة الطوارئ التوليدية مما قد يؤدي بهم إلى تجنب المرأة / والعائلة. إن إظهار العواطف لا يعني الضعف.
- تذكر أن تقدم الرعاية للموظفين الذين قد يعانون هم أيضاً من الشعور بالذنب والأسى والتخليط ومشاعر أخرى.

وفيات ومرضاة الأمهات

وفيات الأمهات

إن وفاة أي امرأة أثناء الولادة أو بسبب حوادث مرتبطة بالحمل تجربة مريرة للعائلة وللأولاد الأحياء. وإضافة للمبادئ التي ذكرت سابقاً، تذكر الأمور التالية:

في وقت الحدث

- قدم الرعاية النفسية طالما كانت المرأة متيقظة، أو حتى مدركة بشكل مبهم، لما يحدث أو قد يحدث لها.
- إذا كان الموت حتمياً، وفر الراحة العاطفية والروحية بدلاً من التركيز على الرعاية الطبية العاجلة (عديمة الجدوى الآن).
- قدم معالجة يشوبها الاحترام في كل الأوقات، حتى لو كانت المرأة فاقدة للوعي أو توفيت بالفعل.

بعد الحدث

- اسمح لزوج المرأة وعائلتها بالبقاء معها.
- سهّل ترتيبات العائلة للجنائز، إن أمكن، وتأكد أن لديهم كل الوثائق المطلوبة.
- اشرح ما حدث وأجب عن أي تساؤلات. وفر الفرصة للعائلة لأن تعود وتسال أسئلة إضافية.

المرضاة الوخيمة لدى الأمهات

أحياناً تتسبب الولادة في إصابة بضرر جسمي أو نفسي وخيم.

أثناء الحدث

- أشرك المرأة وعائلتها فيما يحدث من تطورات في الولادة إن أمكن، وخاصة إذا كان ذلك مناسباً من الناحية الثقافية .
- اضمن أن هناك واحداً من العاملين يراعى الاحتياجات العاطفية والمعلوماتية للمرأة وزوجها، إن أمكن.

بعد الحدث

- اشرح، بوضوح، الحالة وكيفية معالجتها، بحيث تستوعبها المرأة ومرافقها.
- اتخذ الاستعدادات للمعالجة أو للإحالة إذا ما استدعى الأمر.
- ضع مخططاً لزيارة متابعة لتتحقق من التقدم وناقش الخيارات المتوفرة.

وفيات ومرضاة الولدان

يجب أخذ بعض العوامل النوعية بعين الاعتبار عندما يتوفى الوليد أو يولد مصاباً بتشوه، إضافة لتطبيق المبادئ العامة للدعم العاطفي للمرأة التي تعاني من طوارئ توليدية.

الموت داخل الرحم أو الإملاص (ولادة وليد ميت)

تؤثر عدة عوامل على تفاعل المرأة مع موت وليدها، وهذا يتضمن تلك التي ذكرت أعلاه بالإضافة إلى:

- التاريخ السابق للمرأة سواء التوليدي أو الحياتي؛
- مدى تمسكها بالوليد؛
- الحوادث المحيطة بالولادة وسبب فقدان الوليد؛
- التجارب السابقة مع الموت.

وقت الحدث

- يجب تجنب استخدام الأدوية المركنة أو المهدئة لمساعدة المرأة على تجاوز المحنة، فمن شأنه أن يؤخر تقبل المرأة لموت الوليد، وقد يجعل المعاناة فيما بعد – وهي جزء من عملية الالتئام العاطفي – أكثر صعوبة .
- اسمح للوالدين أن يريا الجهود المبذولة من قبل مقدمي الرعاية لإنعاش وليدهما .
- شجع المرأة أو الزوجين على رؤية الوليد وحمله لتخفف أحرانها .

- حضّر الوالدين لاحتمال وجود مظهر مضطرب أو غير متوقع للوليد (أحمر، متجدد ، جلد متقشر) ولفّ الطفل – إن كان ضرورياً – بحيث يبدو سويًا قدر الإمكان من النظرة الأولى.
- تجنب فصل المرأة والوليد بسرعة (قبل أن تعبر هي عن استعدادها) لأن ذلك يتعارض مع عملية الحزن أو يؤخرها.

بعد الحدث

- اسمح للمرأة والعائلة في مواصلة قضاء بعض الوقت مع الوليد. يبقى والدا المولود الميّت بحاجة للتعرف عليه.
- يحزن الناس بطرق مختلفة، إلا أن إحياء الذكرى مهم للكثير منهم. قدم للمرأة والعائلة تذكراً صغيراً مثل خصلة شعر أو بطاقة اسمية أو لصاقة سرير.
- إن كان اختيار الاسم عند الولادة عادة متبعة عندهم. فشجع المرأة والعائلة على مناداة وليدهم بالاسم الذي اختاروه له.
- اسمح للمرأة والعائلة أن تجهز الوليد من أجل إجراءات الجنازة إذا رغوا بذلك.
- شجع ممارسات التشييع المقبولة محلياً واطمن أن الإجراءات الطبية (مثل تشريح الجثة) لا تعيق ذلك.
- رتب موعداً لمناقشة المرأة وزوجها حول الحدث، وحول الإجراءات الوقائية الممكنة مستقبلاً.

العمليات التي تحدث تشوهات

قد تكون عملية حج القحف أو العمليات التي تحدث تشوهات أخرى للجنين الميّت مزعجة وتتطلب رعاية نفسية إضافية.

أثناء الحدث

- من المهم أن تشرح للأم وعائلتها أن الجنين ميّت وأن الأولوية هي إنقاذ الأم.
- شجع الزوج على توفير الدعم والمواساة للأم إلى أن يتم تخديرها أو تسكينها.
- إذا كانت الأم متيقظة أو متيقظة نسبياً خلال الإجراء، جئها رؤية ما يحدث أو رؤية الجنين.
- بعد المداخلة، جهز الطفل بحيث يمكن رؤيته أو حمله من قبل الأم أو العائلة إذا رغوا في ذلك، ولاسيما إذا كانت العائلة سوف ترعى الجنين لتشييعه.

بعد الحدث

- اسمح بزيارة غير محدودة الوقت لمن يرافق المرأة.
- أوضح للأُم ولمرافقها وأكد لهما أنه لم يكن هناك أي بديل لما جرى.
- رتب موعداً لزيارة متابعة بعد عدة أسابيع من الحدث لتجيب على تساؤلات المُوأة وتحضرها لحمل قادم (أو لتخبرها باستحالة حمل آخر أو عدم استحقاقه).
- يجب توفير وسائل منع الحمل وتنظيم للأسرة إن أمكن (الجدول الأعراض – 3 الصفحة الأعراض – 13).

ولادة طفل مصاب بتشوه

- ولادة طفل مصاب بتشوه تجربة مريرة للوالدين وللعائلة. وقد تختلف ردود الأفعال.
- اسمح للمرأة أن ترى الطفل وتحمله، بعض النسوة تتقبل أطفالهن فوراً، بينما تحتاج أخريات إلى بعض الوقت.
- عدم التصديق والرفض والحزن هم تفاعلات طبيعية، خاصة إذا كان التشوه غير متوقع. إن الشعور بالظلم، واليأس، والاكتئاب، والقلق، والغضب، والانهيار، والتوجس كلها مشاعر شائعة.

أثناء الحدث

- أعط الوليد للوالدين عند الولادة، فالسماح لهما برؤية المشكلة فوراً قد يكون أقل رضاحاً.
- عند وجود تشوه وخيم، لفّ الوليد قبل أن تعطيه للأُم لتحمله، وبذلك يمكنها أن ترى أولاً ما هو سوي في الوليد. لا تجبر الأم على فحص التشوه.
- وفر سريراً أو غطاء في الغرفة، حتى يتمكن المرافق من البقاء مع المرأة إذا رغبت بذلك.

بعد الحدث

- ناقش وضع الوليد ومشكلته مع المرأة وعائلتها معاً، إن أمكن.
- سهل وصول المرأة وزوجها إلى وليدهما. ابق الطفل مع أمه كل الوقت، فكلما قامت الأم وزوجها بعمل ما يلزم للوليد زاد تقبلها له.
- سهل وصول الأشخاص والمجموعات المهنية الداعمة.

المرضاة النفسية

الضاقة العاطفية التالية للولادة شائعة إلى حد ما بعد الحمل، وتتراوح من حزن خفيف تال للولادة (يصيب حوالي 80% من النساء) إلى اكتئاب أو ذهان تال للولادة. قد يسبب الذهان التالي للولادة تهديداً لحياة الأم أو الوليد.

الاكتئاب التالي للولادة

يصيب الاكتئاب التالي للولادة ما يقرب من 34% من النساء، ويحدث في الأسابيع أو الأشهر الأولى التالية للولادة بشكل نمطي، وقد يستمر سنة أو أكثر. ليس بالضرورة أن يكون الاكتئاب أحد الأعراض الرئيسية، رغم أنه يكون واضح عادة. وتتضمن الأعراض الأخرى: الإنهاك والهيجية والبكاء، ومستويات متدنية من الطاقة والتحفز، وشعور باليأس، والعجز، وفقد الشبق والشهية واضطرابات النوم. وقد يتم التبليغ عن وجود الصداع والربو وألم الظهر والنجيج المهلي والألم البطني. وقد تتضمن الأعراض تفكيراً وسواسياً، والخوف من إيذاء الذات أو الوليد، وأفكاراً انتحارية وتبدد الشخصية.

إنذار الاكتئاب التالي للولادة جيد مع التشخيص والمعالجة المبكرين. يشفى أكثر من ثلثي النساء خلال سنة، ووجود مرافق خلال الولادة قد يمنع حدوث الاكتئاب التالي للولادة.

عند التأكد من الإصابة بالاكتئاب التالي للولادة، فإن هذا يستدعي توعية نفسية ومساعدة عملية؛ وبشكل عام:

- وفر دعماً نفسياً ومساعدة عملية (من خلال الوليد والرعاية المنزلية).
 - استمع إلى المرأة، مع تشجيع ودعم.
 - أكد للمرأة أنه ما تشعر به شائع جداً، وأن هناك الكثير من النساء يعانين من نفس المشكلة.
 - ساعد الأم على إعادة النظر في تصوراتها بالنسبة للأمومة، وساعد الزوجين على التفكير من خلال دورهم كوالدين جديدين. قد يحتاجان تعديل توقعاتهما وأنشطتهما.
 - إذا كان الاكتئاب وخيماً، فكر جدياً في إعطاء الأدوية المضادة للاكتئاب إذا كانت متوافرة. وكن حذراً فالدواء قد يمر من خلال لبن الثدي، ولذا يجب إعادة تقييم الإرضاع من الثدي.
- يمكن أن تقدم الرعاية في المنزل أو من خلال عيادات الرعاية النهارية. أما مجموعات الدعم المحلية للنساء اللواتي عانين فعلاً من تجارب مماثلة فهي الأكثر فائدة.

الذهان التالي للولادة

يحدث الذهان التالي للولادة، وبشكل نمطي، حوالي وقت الولادة، ويصيب أقل من 1% من النساء. والسبب غير معروف، رغم أن نصف النساء اللواتي يعانين من الذهان التالي للولادة لديهن كذلك تاريخ للإصابة بمرض عقلي. يتسم الذهان التالي للولادة ببداة حاد لوهامات أو هلاوس، وأرق، وانهماك مسبق بالوليد، واكتئاب وخيم، وقلق، ويأس، ودوافع للانتحار أو لقتل الوليد.

يمكن أحياناً الاستمرار برعاية الوليد كالمعتاد. واحتمالات الشفاء كبيرة، إلا أن 50% من النساء يعانين من نكس في الولادات التالية. وبشكل عام:

- وفر دعماً نفسياً ومساعدة عملية (من خلال الوليد، والرعاية المنزلية أيضاً).
- استمع إلى المرأة وقدم دعماً وتشجيعاً. وهذا مهم لتجنب أية نتائج مأساوية.
- خفف من وطأة الكرب.
- تجنب التعامل مع المواضيع العاطفية عندما تكون الأم غير مستقرة.
- إذا استخدمت مضادات الذهان: كن حذراً لأن الدواء قد يمرر من خلال لبن الثدي؛ ويجب إعادة تقييم الإرضاع من الثدي.

قد تحدث الحالات الطارئة فجأة، مثل الاختلاج، أو قد تتطور نتيجة لمضاعفة لم تتم معالجتها أو لم تراقب بشكل مناسب .

الوقاية من الحالات الطارئة

يمكن الوقاية من معظم الطوارئ من خلال :

- التخطيط الجيد ؛
- اتباع الدلائل الإرشادية السريرية ؛
- المراقبة الوثيقة للمرأة .

الاستجابة لحالة طارئة

تتطلب الاستجابة لحالة طارئة بشكل فوري وفعال أن يكون كل أعضاء الفريق السريري مدركين لأدوارهم وكيفية التصرف تجاه الطوارئ بشكل أكثر فعالية. كما يجب أن يكون أعضاء الفريق على دراية بما يلي:

- الحالات السريرية وتشخيصها ومعالجاتها .
- الأدوية واستخداماتها وإعطاءها وتأثيراتها الجانبية .
- معدات الطوارئ وكيفية تشغيلها .

يجب أن يتم تقييم قدرة أي مرفق على التعامل مع الطوارئ ، وأن يتم تعزيز هذه القدرة من خلال تعزيز التدريبات العملية المتكررة على الطوارئ.

التدبير العلاجي البدني

عند التدبير العلاجي لحالة طارئة :

- ابق هادئاً. فكر بشكل منطقي، وركز على احتياجات المرأة.
- لا تترك المرأة دون مراقبة.
- قم بالمهام الموكلة إليك. تجنب الالتباس الناجم عن القيام بالمهام الموكلة إلى شخص آخر غيرك.
- اصرخ طلباً للمساعدة: أرسل شخصاً للمساعدة وآخر لجمع معدات وتجهيزات الطوارئ (مثل أسطوانة الأكسجين، عتيدة الطوارئ).
- إذا كانت المرأة فاقدة الوعي : قم بتقييم المسلك الهوائي والتنفس والدوران.

- عند الاشتباه في وجود صدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1) حتى ولو لم تكن هناك أية علامات لها، ضع الإصابة بالصدمة في اعتبارك عند تقييم المرأة فيما بعد، لأن حالتها قد تسوء بسرعة. ومن الضروري أن تبدأ المعالجة فوراً إذا كانت الصدمة قد ظهرت عوارضها.
- ضع المرأة بحيث تكون مستلقية على جانبها الأيسر وقدمها اليسرى مرفوعة. أرخ الثياب المشدودة أو الضيقة.
- تحدث مع المرأة وساعدها على أن تبقى هادئة. اسألها عما حدث لها وما الأعراض التي تعاني منها.
- قم بفحص سريع يتضمن العلامات الحيوية (ضغط الدم، والنبض، والتنفس، ودرجة الحرارة) ولون الجلد، قم بتقييم كمية الدم المفقود وقم الأعراض والعلامات.

الوقاية من العدوى

- للوقاية من العدوى هدفان أوليان :
 - الوقاية من العدوى الكبيرة عند تقديم الخدمات.
 - التقليل من خطر انتقال الأمراض الخطيرة مثل التهاب الكبد البائي، وفيروس العوز المناعي البشري والإيدز إلى المرأة ومقدمي الخدمات والعاملين، بما في ذلك العاملين في التنظيف والخدمة.
- تعتمد الممارسات العملية الموصى بها للوقاية من العدوى على المبادئ التالية:
 - يجب اعتبار كل شخص (مريضاً كان أو عاملاً بالمرفق) مصدراً محتملاً للعدوى.
 - غسل اليدين هو الإجراء الأكثر عملياً للوقاية من التلوث أثناء المخالطة.
 - البس قفازين قبل لمس أي شيء رطب — جلد مصاب، أغشية مخاطية، الدم أو أي سوائل أخرى في الجسم (الإفرازات والإفراغات).
 - استخدم حواجز (منظراً لوقاية العينين أو أفئعة وجهية أو منزراً) إذا كلن من المتوقع تناثر أو إراقة أي سائل من الجسم (الإفرازات أو الإفراغات).
 - استخدام الممارسات المأمونة أثناء عملك: مثل عدم إعادة تغطية الإبرة أو ليها، واستعمالاً صحيحاً للمعدات، وتخلص صحيح من الفضلات الطبية.

غسل اليدين

- افرك، وبقوة — كل أسطح اليدين المكسوتين برغوة صابون صرف أو مضاد للمكروبات. اغسل مدة 15-30 ثانية ثم اشطف بتيار من ماء جارٍ أو مصبوب.
- قم بغسل اليدين
 - قبل فحص المرأة وبعده (أو حدوث أي تماس مباشر)
 - بعد التعرض للدم أو أي سائل من سوائل الجسم (الإفرازات، الإفراغات) حتى لو كانت القفازات ملبوسة.
 - بعد خلع القفازات ، لأنها قد تكون متقوية.
- لتشجيع غسل اليدين ، يجب أن يبذل مديرو البرنامج كل جهد لتوفير الصابون

- لتشجيع غسل اليدين ، يجب أن يبذل مديرو البرنامج كل جهد لتوفير الصابون ومصدر دائم لماء نظيف سواء من الصنبور أو من دلو وفوط وحيدة الاستعمال. لا تستخدم فوطاً مشتركة لتجفيف الأيدي.
- انظر الصفحة المبادئ السريرية – 48 لمعرفة كيفية غسل اليدين استعداداً للإجراءات الجراحية.

القفازات والأردية

- ارتد قفازين :
 - عند إنجاز إجراء ما (الجدول المبادئ السريرية – 2) (الصفحة المبادئ السريرية – 19).
 - عند التعامل مع أدوات أو قفازات أو أي مواد أخرى وسخة.
 - عند التخلص من مواد تالفة ملوثة (قطن، شاش، ضمادات)
 - يجب استخدام زوج منفصل من القفازات لكل امرأة لتجنب التلوث المتصالب.
 - يفضل استخدام القفازات النبوذة، لكن إذا كانت الموارد محدودة يمكن إعادة استخدام القفازات الجراحية إذا :
 - أزيل تلوثها بالنقع في محلول الكلور 0.5% مدة 10 دقائق.
 - غسلت وشطفت.
 - عقت بالموصدة (بالإيصاد) (يزيل كل المكروبات) أو طُهرت على مستوى عالٍ بالتبخير أو الغليان (يزيل كل المكروبات ما عدا بعض الأبواغ الداخلية الجرثومية).
- ملاحظة : إذا أعيد استخدام قفازات جراحية نبوذة ذات الاستعمال الوحيد فإنه يجب ألا تعالج أكثر من 3 مرات حتى لا تحدث تمزقات خفية (غير مرئية).

لا تستخدم قفازات متسلخة أو متشققة، أو فيها ثقوب أو تمزقات واضحة (مكشوفة).

- يجب ارتداء رداء نظيف – وليس بالضرورة أن يكون معقماً خلال إجراءات الولادة كلها:
 - إذا كان للرداء أكمام طويلة: يجب أن تغطي القفازات الأكمام لتجنب التلوث.
 - احرص على بقاء اليدين المغطاتين بقفازين (المعقمتين أو المطهرتين جيداً) فوق مستوى الخصر، وألا يلامسا الرداء.

الجدول المبادئ السريرية – 2 المتطلبات من القفازات والأردية للإجراءات التوليدية الشائعة

الإجراء	القفازات المفضلة (أ)	قفازات بديلة (ب)	السريرال
سحب الدم، بدء تسريب وريدي	إكسام (ج) Exam	جراحية مطهرة على مستوى عال (د)	لا يوجد
فحص الحوض عن طريق المهبل	إكسام	جراحية مطهرة على مستوى عال	لا يوجد
شطف بالتخلية اليدوية (استخدام المحجم) التوسيع والتجريف، بضع التجريف	جراحية مطهرة على مستوى عال	جراحية معقمة	لا يوجد
تصليح تمزقات عنق الرحم والعجان	جراحية مطهرة على مستوى عال	جراحية من التعقيم على مستوى عال من التعقيم	لا يوجد
فتح البطن، القيصرية، استئصال الرحم، تصليح رحم متمزق، استئصال البوق، ربط الشريان الرحمي، الولادة، تطبيق ضغط باليدين على الرحم (كبس الرحم باليدين) السنزاع اليبودي للمشيمة – تصحيح انقلاب الرحم، ولادة بالأدوات	جراحية معقمة	جراحية من التعقيم على مستوى عال من التعقيم	لا يوجد
تناول الأدوات وتنظيفها	متعدد الاستعمال (هـ)	إكسام أو جراحية	لا يوجد
تناول الفضلات الملوثة	متعدد الاستعمال	إكسام أو جراحية	لا يوجد
تنظيف الدم أو سوائل الجسم المراقبة	متعدد الاستعمال	إكسام أو جراحية	لا يوجد

أ. لا يطلب لبس القفازات والأردية لفحص ضغط الدم أو درجة الحرارة أو لإعطاء الحقن.

ب. القفازات البديلة أكثر تكلفة عادة وتتطلب إعداداً أكثر من القفازات المفضلة.

ج. القفازات إكسام قفازات لاأكسية نبوذة وحيدة الاستعمال. إذا كانت القفازات قابلة لإعادة الاستخدام فيجب أن يزال تلوثها وأن تنظف وأن تعقم أو تطهر على مستوى عال قبل الاستخدام.

د. القفازات الجراحية قفازات لاأكسية ذات حجم يناسب اليد.

هـ. القفازات المتعددة الاستعمال هي قفازات ثخينة تستعملها ربات البيوت.

التعامل مع الأدوات الحادة والإبر

غرفة العمليات وجناح الولادة

- لا تترك الأدوات الحادة (القواطع) والإبر في أي أماكن باستثناء "المناطق المأمونة" (الصفحة المبادئ السريرية – 51).
- أخبر بقية العاملين قبل نقل الأدوات الحادة.

الإبر والمحاقن تحت الجلد

- استعمل كل إبرة ومحقنة مرة واحدة فقط.
 - لا تفصل الإبرة عن المحقنة بعد الاستعمال.
 - لا تحاول إعادة غطاء الإبرة أو ليها أو تحطيمها قبل التخلص منها.
 - تخلص من الإبر والمحاقن في حاوية مضادة للوخز (صامدة للوخز).
 - قم بحرق الإبر تحت الجلد حتى لا تكون صالحة للاستعمال.
- ملاحظة : عند عدم توفر الإبر النبوذة وممارسة إعادة تغطية الإبرة، استعمل طريقة إعادة الغطاء بإحدى اليدين فقط:
- ضع الغطاء على سطح مسطح مستو.
 - امسك المحقنة بيد ، واستخدم الإبرة لتلتقط الغطاء.
 - عندما يغطي الغطاء الإبرة بشكل كامل، امسك قاعدة الإبرة واستخدم اليد الأخرى لتثبيته.

التخلص من الفضلات

- الهدف من التخلص من الفضلات هو:
 - الوقاية من انتشار العدوى إلى العاملين في المستشفى الذين يتخلصون من الفضلات.
 - الوقاية من انتشار العدوى إلى المجتمع المحلي.
 - حماية أولئك الذين يتعاملون مع الفضلات من إصابة عارضة غير مقصودة.
- لا تشكل الفضلات غير الملوثة (مثل ورق المكاتب ، العلب) أي خطر للعدوى، ويمكن التخلص منها حسب الدلائل الإرشادية المحلية.
- لا بد من التعامل الصحيح مع الفضلات الملوثة (الدم أو المواد الملوثة بسوائل الجسم) لتقليل انتشار العدوى إلى العاملين في المستشفى وإلى المجتمع. ويعني التعامل الصحيح ما يلي :
 - لبس قفازات سميكة.

- نقل الفضلات الملوثة الصلبة في حاويات مغطاة إلى موقع التخلص.
- التخلص من كل المواد الحادة في حاويات صامدة للوخز.
- سكب الفضلات السائلة بعناية في مصرف أو مرحاض قابل للتنظيف بالماء الدافق.
- حرق أو دفن الفضلات الصلبة الملوثة.
- غسل اليدين والقفازات والحاويات بعد التخلص من الفضلات المعدية.

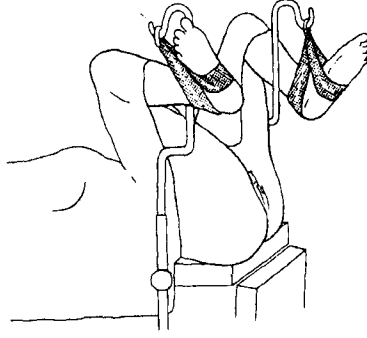
البداية بإجراء التسريب داخل الوريد

- ابدأ إجراء تسريب داخل الوريد (ابدأ بموضعين معاً إذا كانت المرأة في حالة صدمة) باستخدام قنية أو إبرة واسعة (قياس 16 أو أكبر قياس متوفر).
- سرب المحلول داخل الوريد (المحلول الملحي أو رنغر اللاكتاتي) بمعدل مناسب لحالة المرأة.
- ملاحظة : إذا كانت المرأة في حالة صدمة تجنب استخدام بدائل البلازما (مثل الدكستران) لا توجد بيئة على أن بدائل البلازما أفضل من المحلول الملحي في إنعاش المرأة المصدومة، وقد يكون الدكستران مؤذياً في حالة الجرعات كبيرة.
- إذا لم تتمكن من وضع الإبرة في وريد محيطي، عليك أن تعمل على فغر الوريد جراحياً (الشكل الأعراض -1 الصفحة الأعراض - 3).

المبادئ الأساسية للإجراءات

- قبل القيام بأي إجراء بسيط (غير جراحي) من الضروري أن تقوم بما يلي :
- جمع وتحضر كل التجهيزات، فنقص التجهيزات قد يعطل الإجراء.
- اشرح للمرأة ما سوف تقوم به من إجراء، والحاجة لاتخاذها واحصل على موافقتها.
- وفر دواء مناسباً للألم حسب درجة الإجراء الذي سيتم. قدر المدة الزمنية لما سوف تقوم به من إجراء ووفر دواء للألم وفقاً لذلك (الصفحة المبادئ السريرية - 37).
- ضع المريضة بوضعية مناسبة للإجراء الذي سينجز. الوضعية الأكثر شيوعاً والمستخدمه للإجراءات التوليدية هي وضعية بضع حصة المثانة (الشكل المبادئ السريرية - 1 الصفحة المبادئ السريرية - 22).

الشكل المبادئ السريرية - 1 وضعية بضع حصة المثانة



- غسل اليدين بالصابون والماء (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وارتداء قفازين مناسبين للإجراء (الجدول المبادئ السريرية - 2 الصفحة المبادئ السريرية - 19).
- إذا كان المهبل وعنق الرحم بحاجة للتخضير بمطهر من أجل الإجراء (مثلاً: شفت بالمحجم بالتخلية اليدوية):
 - اغسل أسفل بطن المرأة المنطقة العجانية بالماء والصابون إن كان ذلك ضرورياً؛
 - أدخل، وبلطف منظراً أو مبعاداً معقماً أو مطهراً على مستوى عال داخل المهبل؛
 - ضع محلولاً مطهراً (مثلاً: مركبات اليود، الكلور هيكسيدين) ثلاث مرات على المهبل وعنق الرحم باستخدام ملقط حلقي معقم أو مطهر على مستوى عال وكتلة ماسحة من الشاش أو القطن.
- إذا كان الجلد بحاجة للتخضير بمطهر من أجل الإجراء (مثلاً بضع الارتفاق العاني):
 - اغسل المنطقة بالماء والصابون إذا كان ذلك ضرورياً.
 - طبق محلولاً مطهراً (مثلاً: مركبات اليود، الكلور هيكسيدين) ثلاث مرات على المنطقة باستخدام ملقط حلقي معقم أو مطهر على مستوى عال وكتلة ماسحة من الشاش أو القطن وإذا مُسكت كتلة ماسحة وكنت مرتدياً قفازاً فيجب الحذر حتى لا يتلوث القفاز بلمس الجلد غير المحضّر بالتعقيم.
 - ابدأ من مركز المنطقة باتجاه الخارج بحركة دائرية مبتعداً عن مركز المنطقة.
 - تخلص من القطعة التي تمسح بها بعد أن تصل حافة المنطقة المعقمة.
- لا ترجع أبداً إلى وسط المنطقة المحضرة بنفس القطعة التي تمسح بها. حافظ على ذراعيك ومرقبك على مستوى عال، والرداء الجراحي يكون بعيداً عن الحقل الجراحي.

الاستخدام السريري للدم، ومنتجات الدم، وسوائل الإعاضة المبادئ السريرية – 23

قد تتطلب الرعاية التوليدية نقل الدم. ومن المهم استخدام الدم ومنتجات الدم وسوائل الإعاضة بشكل صحيح، وأن تكون مدركاً للمبادئ التي وضعت من أجل مساعدة العاملين الصحيين في تقرير متى ينبغي نقل الدم (ومتى ينبغي عدم نقله). يعرف الاستخدام الصحيح لمنتجات الدم بأنه نقل منتجات الدم المأمونة لمعالجة حالة تؤدي إلى مرض أو وفيات واضحة لا يمكن الوقاية منها أو تدبيرها علاجياً بوسائل أخرى بشكل فعال.

تتضمن الحالات التي قد تتطلب نقل الدم:

- النزف التالي للولادة المؤدي إلى الصدمة؛
 - فقد كمية كبيرة من الدم أثناء الولادة الجراحية؛
 - فقر الدم اللوخي، خاصة في الفترة الأخيرة من الحمل أو إذا ترافق مع فشل القلب.
- ملاحظة : في حالة فقر الدم في الحمل المبكر: ينبغي أن تعالج سبب فقر الدم وأن توفر مقويات دموية.

يجب أن تتخذ الاستعدادات اللازمة في مستشفيات المنطقة لتلبية الاحتياج العاجل لنقل الدم، ومن المستحسن للوحدات التوليدية أن تحتفظ بدم مخزون جاهز خاصة الدم من النمط O سلبى وبلازما مجمدة طازجة، حيث قد تكون منقذة للحياة.

الاستخدام غير الضروري لمنتجات الدم

يمكن لنقل الدم أن ينقذ الحياة وأن يحسن الصحة إذا استخدم بشكل صحيح. إلا أنه، مثله مثل أي مداخل علاجية، قد يسبب مضاعفات حادة أو متأخرة، كما يحمل اختطار انتقال العوامل المعدية، وهو أيضاً مكلف ويستهلك الموارد النادرة.

- ويعتبر نقل الدم غير ضروري غالباً إذا كان:
 - يمكن الوقاية من الظروف التي تتطلب نقل الدم، ببرامج المعالجة المبكرة وبرامج الوقاية.
 - يجرى نقل كامل الدم، أو الكريات الحمر أو البلازما، غالباً، لتحضير المرأة بسرعة لجراحة تم التخطيط لها، أو للسماح بالتخريج أبكر من المستشفى. فيما تكون المعالجات الأخرى، مثل تسريب السوائل وريدياً أرخص، وأكثر مأمونية ولها نفس الفعالية (الصفحة المبادئ السريرية - 30).

- يمكن لنقل الدم غير الضروري أن:
 - يعرض المرأة لأخطار لا داعي لها.
 - يسبب عجزاً في منتجات الدم بالنسبة لمن يحتجن فعلاً له. السدم باهظ الثمن، وموارده محدودة.

مخاطر نقل الدم

قبل وصف الدم أو منتجات الدم لامرأة ما من الضروري أن تفكر جدياً بمخاطر نقل الدم مقارنة بمخاطر عدم نقله.

نقل كامل الدم أو الكريات الحمر

- يحمل نقل منتجات الكريات الحمر اختطار النقل المتنافر أو غير متوافق الزمر وتفاعلات نقل الدم الانحلالية الخطيرة.
- يمكن لمنتجات الدم أن تنقل عوامل معدية إلى المتلقي، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري، والتهاب الكبد من النمط B، والتهاب الكبد من النمط C، والزهري، والملاريا وداء شاغاس.
- يمكن لأي منتج للدم أن يصبح ملوثاً جرثومياً وخطيراً جداً إذا صنع أو خُوّن بطريقة خاطئة.

نقل البلازما

- يمكن للبلازما أن تنقل معظم العدوى الموجودة في كامل الدم.
- كما يمكن للبلازما أن تسبب تفاعلات نقل الدم.
- هناك استطبابات واضحة قليلة جداً لنقل البلازما (مثلاً: الاعتلال الخثري) وغالباً ما تفوق المخاطر أي منفعة محتملة للمرأة.

مأمونية الدم

- يمكن إنقاص المخاطر المصاحبة لنقل الدم من خلال:
 - انتقاء المتبرعين بالدم وتأجيلهم واستبعادهم بشكل فعال.
 - التحري عن العدوى القابلة للانتقال بنقل الدم في جمهرة المتبرعين بالدم (مثلاً فيروس العوز المناعي البشري، الإيدز، التهاب الكبد).
 - برامج ضمان الجودة.
 - تحديد زمرة الدم واختبارات التوافق، وفصل المكونات وتخزين منتجات الدم ونقلها بجودة عالية.
 - الاستخدام السريري الملائم للدم ومنتجات الدم.

تحري العوامل المعدية

- يجب أن يتم تحري كل وحدة من الدم المتبرع به بحثاً عن العدوى القابلة للانتقال بنقل الدم، وذلك باستخدام الاختبارات الأكثر ملاءمة والأكثر فعالية بشكل يتماشى مع السياسات الوطنية وانتشار العوامل المعدية في الجمهرة المحتملة للمتبرعين بالدم.
- يجب أن يتم تحري كل الدم المتبرع به بحثاً عن:
 - فيروس العوز المناعي البشري من النمطين الأول والثاني.
 - المستضد السطحي لالتهاب الكبد B.
 - ضد اللولبية الشاحبة (الزهري).
- إن أمكن يجب أن يتم التحري عما يلي:
 - التهاب الكبد C.
 - داء شاغاس في البلدان التي يكون فيها الانتشار المصلي واضحاً.
 - الملاريا: في البلدان المنخفضة الانتشار، إذا كان المتبرع قد سافر إلى مناطق الملاريا. أما في المناطق العالية الانتشار للملاريا فيجب أن يرافق نقل الدم إعطاء مضادات الملاريا اتقائياً.
- يجب ألا يُصرف الدم أو منتج الدم من أجل إجراء نقل الدم ما لم تكن جميع الاختبارات المطلوبة على المستوى الوطني سلبية.
- أنجز اختبارات التوافق على كل مكونات الدم المنقول، حتى ولو أُجريت الاختبارات بعد إرسال منتجات الدم في الطوارئ المهددة للحياة.

يجب ألا يسمح بنقل الدم الذي تم الحصول عليه من متبرعين تم انتقاؤهم بطريقة غير ملائمة، أو الدم الذي لم يتم تحريه بحثاً عن العوامل المعدية القابلة للانتقال بنقل الدم (مثلاً: فيروس العوز المناعي البشري، التهاب الكبد) بشكل يتماشى مع المتطلبات الوطنية إلا في الحالات الاستثنائية جداً المهددة للحياة.

المبادئ السريرية لنقل الدم

المبدأ الأساسي للاستخدام الملائم للدم أو منتج الدم هو: أن نقل الدم لا يمثل سوى عنصراً واحداً من عناصر التدبير العلاجي للمرأة. فعندما يوجد فقد سريع مفاجئ للدم نتيجة نزف أو جراحة أو مضاعفات الولادة فإن الاحتياج الأكثر فورية هو التعويض السريع (الإعاضة) للسائل المفقود من الدوران عادة.

قد يكون نقل الكريات الحمر أساسياً أيضاً في استعادة قدرة السدم على حمل الأكسجين.

قلل من ضياع دم المرأة (لإنقاص الحاجة لنقل الدم) من خلال:

- استخدام سوائل الإعاضة للإنعاش.
- تقليل الدم المأخوذ للاستعمال المختبري.
- استخدام أفضل الطرق التخديرية والجراحية لتقليل فقد الدم خلال الجراحة.
- استنفاد وإعادة تسريب الدم الجراحي المفقود خلال الإجراءات (نقل الدم الذاتي) كلما أمكن ذلك (الصفحة الأعراض – 14).

مبادئ يجب تذكرها

- نقل الدم مجرد عنصر واحد في التدبير العلاجي للمرأة.
- يجب أن يعتمد قرار وصف نقل الدم على دلائل إرشادية وطنية حول الاستخدام السريري للدم، أخذاً احتياجات المرأة بعين الاعتبار.
- يجب العمل على أن يقل ما تفقده المرأة من الدم حتى يقل احتياجها لنقل الدم.
- المرأة التي تتعرض لفقدان الدم بصورة حادة يجب أن تتلقى إنعاشاً فعالاً (سوائل إعاضة عبر الوريد، أكسجين، إلخ) وذلك أثناء تقييم مدى احتياجها لنقل الدم.
- رغم أن قيمة هيموغلوبين المرأة مهمة فيجب ألا تؤخذ بأنها العامل المقرر لبدء نقل الدم. يجب أن يتم دعم قرار نقل الدم بالحاجة للتخلص من العلامات والأعراض السريرية ولمنع المراضة والوفيات الخطيرين.
- يجب أن يكون انطبيب السريري مدركاً لمخاطر العدوى القابلة للانتقال بنقل الدم في منتجات الدم المتوافرة.
- يجب أن يوصف نقل الدم فقط عندما تكون منفعه أكثر من مخاطره للمرأة.
- يجب أن يقوم شخص مدرب بمراقبة المرأة التي ينقل لها الدم، وأن يتجاوب فوراً إذا حدثت أي تأثيرات ضائرة (الصفحة المبادئ السريرية – 27).
- يجب أن يسجل الطبيب السريري سبب نقل الدم وأن يستقصي أي تأثيرات ضائرة (الصفحة المبادئ السريرية – 28).

وصف الدم

يجب أن تعتمد قرارات وصف الدم على دلائل إرشادية وطنية حول الاستخدام السريري للدم مع أخذ احتياجات المرأة بعين الاعتبار.

- يجب أن تبقى الأمور التالية في الذاكرة قبل وصف الدم أو منتجات الدم لأي امرأة:
 - التحسن المتوقع في الحالة السريرية للمرأة.
 - طرق خفض فقد الدم لتقليل احتياج المرأة لنقل الدم.
 - المعالجات البديلة التي قد تعطى بما في ذلك سوائل الإعاضة داخل الوريد أو الأكسجين قبل اتخاذ القرار بنقل الدم.
 - الاستطببات السريرية أو المختبرية النوعية لنقل الدم.
 - اختطار نقل فيروس العوز المناعي البشري أو التهاب الكبد أو الزهري أو عوامل معدية أخرى من خلال منتجات الدم المتوافرة.
 - منافع نقل الدم مقارنة مع مخاطره بالنسبة لامرأة بعينها.
 - خيارات المعالجة الأخرى إذا كان الدم غير متوافر حالياً.
 - الحاجة لوجود شخص مدرب لمراقبة المرأة والتجاوب الفوري عند حدوث أي تفاعل لنقل الدم.
- أخيراً : إذا كنت مختاراً أسأل نفسك السؤال التالي:
 - إذا كان هذا الدم من أجلي أو من أجل طفلي هل أوافق على نقله في هذه الظروف؟

مراقبة المرأة التي ينقل الدم لها

راقب المرأة في المراحل التالية لكل وحدة من وحدات الدم المنقول:

- قبل البدء بنقل الدم.
- عند بدء نقل الدم.
- بعد 15 دقيقة من بدء نقل الدم.
- كل ساعة - على الأقل - خلال نقل الدم.
- بفواصل 4 ساعات بعد إكمال نقل الدم.

راقب عن قرب المرأة خلال أول 15 دقيقة من نقل الدم وبشكل منتظم بعد ذلك للاكتشاف المبكر لأعراض وعلامات التأثيرات الضائرة.

سجل المعلومات التالية على بطاقة المرأة في كل مرحلة من هذه المراحل:

- المظهر العام
- درجة الحرارة
- النبض
- ضغط الدم
- التنفس
- توازن السوائل (الكمية المتناولة من السوائل عن الطريقتين الفموي والوريدي، النتاج اليولي).
- إضافة إلى ذلك سجل :
 - وقت بدء نقل الدم.
 - وقت إكمال نقل الدم.
 - حجم ونمط كل المنتجات المنقولة.
 - الأرقام الخاصة بالتبرع لكل المنتجات المنقولة.
 - أي تأثيرات ضائرة.

الاستجابة لتفاعل نقل الدم

قد تتراوح تفاعلات نقل الدم من طفح جلدي خفيف إلى صدمة تأقية. أوقف نقل الدم واحتفظ بخط وريدي مفتوح بسوائل داخل الوريد (محلول ملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) ريثما تجري تقييماً مبدئياً للتفاعل الحاد لنقل الدم وريثما تحصل على النصيحة الطبية. إذا كان التفاعل خفيفاً: أعط بروميتازين 10 ميلي غرام عن طريق الفم وراقب.

التدبير العلاجي للصدمة التأقية الناجمة عن نقل دم متنافر

- يشابه التدبير العلاجي الذي ذكر في التدبير العلاجي للصدمة (الصفحة الأعراس - 1) وقم بإعطاء :
 - محلول الأدرينالين 1: 1000 (0.1 ميلي لتر في 10 ميلي لتر من المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي وريدياً وبيبطة).
 - بروميتازين: 10 ميلي غرام وريدياً.
 - هيدروكورتيزون: 1 غرام وريدياً كل 2 ساعة حسب الحاجة.
- عند حدوث تشنج قسبي: أعط 250 ميلي غرام من الأمينوفيلين في 10 ميلي لتر من المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي وريدياً وبيبطة.
- واصل جميع إجراءات الإنعاش المذكورة أعلاه حتى تستقر الحالة.
- راقب الوظائف الكلوية والرئوية والقلبية الوعائية.
- أحل إلى مركز الإحالة عندما تستقر الحالة.

توثيق تفاعل نقل الدم

- خذ العينات التالية فور حدوث التفاعل وأرسلها مع استمارة طلب إلى بنك الدم من أجل عمل الاستقصاءات المختبرية:
 - عينات فورية بعد نقل الدم:
 - 1 متجلطة.
 - 1 فيها مضاد للتخثر (إيديتات EDTA، سيكوسترين sequestrene) من الوريد المقابل لموقع التسريب.
 - وحدة الدم وجهاز الإعطاء محتويا على بقايا الكريات الحمر والبلازما من دم المتبرع المنقول.
 - العينة الأولى من بول المرأة بعد التفاعل.
- إذا اشتبه بصدمة إنتائية ناجمة عن وحدة دم ملوثة، أجر مزرعة دموية في قارورة خاصة لزرع الدم.
- أكمل نموذج تقرير تفاعل نقل الدم.
- بعد الاستقصاء الأولى لتفاعل نقل الدم أرسل ما يلي إلى بنك الدم من أجل الاستقصاءات المختبرية:
 - عينات الدم بعد 12 ساعة و24 ساعة من بدء التفاعل :
 - 1 متجلطة.
 - 1 فيها مضاد للتخثر (إيديتات EDTA - سيكوسترين sequestrene) مأخوذة من الوريد المقابل لموقع نقل الدم.
 - البول بالكامل لمدة 24 ساعة على الأقل بعد بدء التفاعل.
- بلغ، فوراً، عن كل التفاعلات الحادة لنقل الدم، باستثناء الطفوح الخفيفة، إلى مكتب طبي وإلى بنك الدم الذي زدك بالدم.
- سجل المعلومات التالية على بطاقة المرأة:
 - نمط تفاعل نقل الدم.
 - طول المدة بعد بدء نقل الدم التي حدث فيها التفاعل.
 - حجم ونمط منتجات الدم المنقولة.
 - الأرقام الخاصة بالتبرع لكل المنتجات المنقولة.

سوائل الإعاضة: بدائل بسيطة لنقل الدم

المحلول الملحي (كلوريد الصوديوم 0,9%) ومحاليل الملح المتوازنة – والتي يكون فيها تركيز الصوديوم مشابهاً للبلازما – هي فقط سوائل إعاضة فعالة. ويجب أن تكون متوافرة في كل المستشفيات التي تستخدم سوائل الإعاضة الوريدية.

تستخدم سوائل الإعاضة لتعويض الفقد الشاذ للدم أو البلازما أو السوائل خارج الخلية الأخرى عن طريق زيادة حجم الحيز الوعائي وتعمل بشكل رئيسي في:

- التدبير العلاجي للمرأة المصابة بنقص شديد في حجم الدم (مثلاً: الصدمة النزفية).

- المحافظة على الحالة السوية لحجم الدم عند امرأة تعاني من فقد متواصل للسوائل (مثلاً: فقد الدم الجراحي).

المعالجة بالإعاضة الوريدية

تشكل سوائل الإعاضة الوريدية خط المعالجة الأول لنقص حجم الدم، وقد تكون المعالجة البدئية بهذه السوائل منقذة للحياة، ويمكنها أن توفر بعض الوقت للسيطرة على النزف والحصول على الدم لنقله إذا أصبح ذلك ضرورياً.

السوائل شبه البلورية

- سوائل الإعاضة شبه البلورية :
 - تحتوي على تركيز من الصوديوم مشابهاً للبلازما .
 - لا تستطيع دخول الخلايا لأن الأغشية الخلوية لا تسمح بنفاذ الصوديوم.
 - تنتقل من الحيز الوعائي إلى الحيز خارج الخلوي (فقط ربع السائل شبه البلوري المسرب يبقى في الحيز الوعائي في الحالة السوية).
- من أجل استعادة حجم الدم الجائل (الحجم داخل الأوعية): سرب السوائل شبه البلورية بحجم يعادل ثلاثة أضعاف الحجم المفقود على الأقل.

محاليل الدكستروز (الغلوكوز) محاليل إعاضة ضعيفة. لا تستخدمها لمعالجة نقص حجم الدم إلا إذا لم يكن لديك بديلاً آخر.

السوائل الغروائية

- تتألف المحاليل الغروائية من مستعلق من الجزيئات التي هي أكبر من المواد شبه البلورية. تميل الغروائيات لأن تبقى في الدم حيث تقلد بروتينات البلازما في المحافظة على الضغط التناضحي الغروائي للدم – أو رفعه.
- تعطى الغروائيات عادة بحجم يساوي حجم الدم المفقود، يحدث في كثير من الحالات – حيث تزداد النفوذية الشعرية (مثلاً: الرضح، الإنتان) تسرب من الدوران، وبحسب الأمر المزيد من التسريبات للمحافظة على حجم الدم.

نقاط يجب تذكرها

- لا توجد بيئة على أن المحاليل الغروائية (الألبومين، الدكسترانات، الهلامات، محاليل النشاء الهيدروكسيثيلية) لها منافع تفوق المحلول الملحي أو محاليل الملح المتوازنة في الإنعاش.
- هناك بيئة على أن المحاليل الغروائية قد يكون لها أثر ضائر على البقاء على قيد الحياة.
- المحاليل الغروائية أعلى بكثير من المحلول الملحي ومحاليل الملح المتوازنة.
- يجب أن تستخدم البلازما البشرية كسائل إعاضة. تحمل كل أشكال البلازما اختطار نقل العدوى مشابهاً للدم الكامل مثل فيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد.
- يجب ألا يسرب الماء النقي داخل الوريد إطلاقاً حيث يتسبب في انحلال الدم وقد يكون قاتلاً.

هناك دور محدود جداً للغروائيات في الإنعاش .

المأمونية

- قبل إعطاء أي تسريب داخل الوريد :
- تأكد أن سداة قارورة أو كيس التسريب سليمة وغير تالفة.
 - تأكد من تاريخ انتهاء الصلاحية.
 - تأكد من أن المحلول نظيف وخالٍ من أي جزيئات مرئية.

المعالجة بسائل المداومة

سوائل المداومة هي محاليل شبه بلورية، مثل الدكستروز أو الدكستروز في المحلول الملحي، تستخدم لإعاضة الفقد الفيزيولوجي السوي من خلال الجلد والرتنين والبراز والبول. إذا كان من المتوقع أن المرأة ستتلقي سوائل وريدية

خلال 48 ساعة أو أكثر، فسرّب محلولاً متوازناً للكهارل (مثلاً، البوتاسيوم كلوريد 1.5 غرام في 1 لتر سوائل وريدياً) مع الدكستروز. سوف يختلف حجم سوائل المداومة المطلوبة، وخاصة إذا كانت المرأة تعاني حمى أو كانت درجة حرارة المحيط عالية، أو توجد رطوبة حيث يزداد الفقد.

طرق أخرى لإعطاء السوائل

هناك طرق أخرى لإعطاء السوائل – إضافة للطريق الوريدي :

الإعطاء الفموي أو الأنفي المعدي

- ويمكن استخدامه غالباً للمرأة المصابة بنقص خفيف في حجم الدم وللمرأة التي تتلقى سوائل فموية .
- يجب ألا يستخدم الإعطاء الفموي أو الأنفي المعدي إذا :
 - كانت المرأة مصابة بنقص وخيم في حجم الدم.
 - كانت المرأة فاقدة الوعي.
 - كان هناك آفات معدية معوية أو نقص حركية الأمعاء (مثلاً : عند وجود انسداد الأمعاء).
 - تم التخطيط لجراحة وشبكة بالتخدير العام.

الإعطاء عن طريق المستقيم

- الإعطاء عن طريق المستقيم للسوائل غير مناسب للمرأة المصابة بنقص وخيم في حجم الدم.
- تتضمن مزايا الإعطاء عن طريق المستقيم :
 - يوفر الامتصاص السريع للسوائل.
 - يتوقف الامتصاص وترفض السوائل إذا اكتمل التئيمه.
 - يتم إعطاؤه من خلال أنبوب بلاستيكي أو مطاطي لحقنة شرجية يغررز داخل المستقيم ويوصل إلى كيس أو قارورة بسائل.
 - يمكن التحكم بسرعة تسرب السائل باستخدام جهاز وريدي.
 - لا يشترط أن تكون السوائل معقمة. المحلول المأمون والفعال للإمهاء (تعويض السوائل) عن طريق المستقيم هو لتر من ماء شروب نظيف يضاف إليه ملعقة شاي من ملح الطعام.

الإعطاء تحت الجلد

- قد يتم الإعطاء تحت الجلد أحياناً عندما تكون الطرق الأخرى للإعطاء غير متوفرة ، لكنه غير مناسب للمرأة المصابة بنقص وخيم في حجم الدم.
- تعطى السوائل المعقمة من خلال قنينة أو إبرة تغرز داخل النسيج تحت الجلدي (جدار البطن هو الموقع المفضل).

قد تسبب المحاليل التي تحتوي على الديكستروز موت النسيج ويجب ألا تعطى تحت الجلد .

قد تتجم العدوى خلال الحمل ودور النفاس عن توليفة من الكائنات الحية بما فيها المكورات والعصيات الحيوانية واللاهوائية، ويجب البدء بالمضادات الحيوية اعتماداً على مراقبة حالة المرأة. أما إذا لم تحدث استجابة سريرية فقد يساعد القيام بإجراء زرع النجيج المهبل، والرحمي، والقح، والبول في اختيار مضادات حيوية أخرى. إضافة لذلك : قد تجرى مزرعة دموية إذا اشتبه بإنتان دموي (غزو مجرى الدم). قد تحدث العدوى الرحمية بعد حالة إجهاض أو ولادة لمولود ميت، وهي السبب الرئيسي في وفيات الأمهات. وغالباً ما تتطلب الحاجة مضادات حيوية واسعة الطيف لمعالجة هذه العدوى. يجب أن يعطى المضاد الوقائي من الكزاز في حالات الإجهاض غير المأمون أو الولادة غير المؤسسية (الإطار الأعراض - 5 الصفحة الأعراض - 51).

توفير المضادات الحيوية الاتقائية

يزيد إنجاز إجراءات توليدية معينة (مثلاً القيصرية ، نزع المشيمة اليدوي) من اختطار إصابة المرأة بالعدوى. ويمكن إنقاص الاختطار بوساطة:

- اتباع ممارسات الوقاية من العدوى الموصى بها (الصفحة المبادئ السريرية - 17).

- توفير مضادات حيوية اتقائية أثناء الإجراء .

تعطى المضادات الحيوية الاتقائية لتساعد في الوقاية من العدوى. إذا اشتبه بأن المرأة أصيبت بعدوى أو شخصت على أنها بها عدوى، فالمضادات الحيوية العلاجية أكثر ملاءمة .

أعط المضادات الحيوية الاتقائية 30 دقيقة قبل البدء بأي إجراء - إن أمكن - لتسمح بتواجد مستويات دموية ملائمة من المضاد الحيوي وقت الإجراء. أما العملية القيصرية فهي استثناء لهذه القاعدة ، حيث يجب أن تعطى المضادات الحيوية الاتقائية عندما يربط الحبل بعد ولادة الجنين. جرعة واحدة من المضادات الحيوية الاتقائية كافية ولا تقل فعاليتها عن ثلاث جرعات أو 24 ساعة من المضادات الحيوية في الوقاية من العدوى. إذا استمر الإجراء لفترة تزيد على ست ساعات أو كان فقد الدم 1500 ميلي لتر أو أكثر : فقم بإعطاء جرعة ثانية من المضادات الحيوية الاتقائية للحفاظ على مستويات دموية كافية خلال الإجراء.

إعطاء المضادات الحيوية العلاجية

- كخط دفاعي أول في مواجهة العدوى الخطيرة، أعط توليفة من المضادات الحيوية :

- الأمبسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات .

- بالإضافة إلى الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- بالإضافة إلى الميترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- ملاحظة : إذا لم تكن العدوى وخيمة فيمكن استخدام الأموكسيسيلين 500 ميلي غرام كل 8 ساعات فموياً بدل الأمبيسيلين، ويمكن كذلك إعطاء الميترونيدازول عن طريق الفم بدلاً من الوريد.
- في حالة ضعف الاستجابة السريرية بعد مرور 48 ساعة : تأكد من أنه تم إعطاء جرعات كافية من المضادات الحيوية، وأعد تقييم المرأة بشكل جيد بحثاً عن مصادر أخرى للعدوى، أو ضع في اعتبارك معالجة أخرى بديلة حسب ما يتم التبليغ عنه من حيث تحسس المكروبات (أو أضف عاملاً إضافياً ليعطي اللاهوائيات ، إذا لم تكن قد أعطيته من قبل).
- في حالة عدم توافر المرافق الخاصة بإجراء الزرع : أعد الفحص بحثاً عن أماكن تجمع القيح، ولاسيما في الحوض، ومن أجل الأسباب اللا عدوائية مثل خثار وريد عميق أو خثار الوريد الحوضي. ضع في اعتبارك احتمال العدوى الناجمة عن الكائنات الحية المقاومة للتوليفة السابقة من المضادات الحيوية :
 - إذا اشتبه بعدوى العنقوديات : أضف ما يلي :
 - الكلوكساسلين 1 غرام وريدياً كل 4 ساعات .
 - أو الفانكوميسين 1 غرام وريدياً كل 12 ساعة ويتم تسريبه على مدى ساعة.
- إذا اشتبه بعدوى بالمطثيات أو العقديات الحالة للدم من المجموعة A أضف: البنسلين 2 مليون وحدة وريدياً كل 4 ساعات.
- إذا لم يكن أي مما ذكر أعلاه محتملاً : فقم بإضافة السيفترياكسون 2 غرام وريدياً كل 24 ساعة.
- ملاحظة : تجنباً لالتهاب الوريد يجب تغيير مكان التسريب كل 3 أيام أو عند ظهور أول علامة على الالتهاب.
- إذا لم تختف العدوى : فقم بتقييم مصدر العدوى .
- لمعالجة التهاب الرحم، غالباً ما يستمر إعطاء توليف المضادات الحيوية حتى تتخلص المرأة من الحمى لمدة 48 ساعة. أوقف المضادات الحيوية فور اختفاء الحمى لمدة 48 ساعة. لا حاجة للاستمرار بالمضادات الحيوية الفموية، لأنه لم يثبت أن لها أية منفعة إضافية. وعلى كل، فإن المرأة المصابة بعداوى في مجرى الدم سوف تحتاج إلى تناول مضادات حيوية لمدة 7 أيام على الأقل.

غالباً ما يكون تفريج الأكم مطلوب خلال المخاض، وهو مطلوب أيضاً أثناء الإجراءات الجراحية وبعدها. تتضمن طرق تفريج الأكم التي نوقشت لاحقاً الأدوية المسكنة وطرق الدعم خلال المخاض، والتخدير الموضعي، والمبادئ العامة لاستخدام التخدير والتسكين بالإضافة إلى التسكين بعد إجراء العملية.

الأدوية المسكنة خلال المخاض

- يختلف إدراك أو الإحساس بالألم، وبشكل كبير، حسب الحالة الانفعالية للمرأة. أما عند توافر الرعاية الداعمة والتطمين فيعملان على خفض إدراك الأكم (الصفحة المبادئ السريرية - 57).
- إذا عانت المرأة من الأكم : اسمح لها أن تسير قليلاً أو أن تتخذ أي وضعية مريحة. شجع مرافقها على تليك ظهرها أو تجفيف وجهها بين التقلصات. شجع على استخدام آليات التنفس، واسمح للمرأة أن تأخذ حماماً دافئاً إذا رغبت؛ وهذا يكفي عند معظم النسوة للتأقلم مع ألم المخاض. وفي حالة الضرورة، قم بإعطاء ما يلي :
 - البيتيدين pethidine : 1 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم (ليس أكثر من 100 ميلي غرام) عضلياً أو وريدياً ببطء كل 4 ساعات حسب الحاجة أو أعط المورفين : 0.1 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً .
 - البروميثازين promethazine : 25 ميلي غرام عضلياً أو وريدياً إذا ما حدث القيء.

يجب عدم استخدام الباربيتورات Barbiturates والمهدئات Sedatives لتفريج القلق أثناء المخاض.

خطر

- قد يعاني الطفل من خمود تنفسي إذا أعطي البيتيدين أو المورفين للأُم - والنالوكسون Naloxone هو الدرياق .
- ملاحظة: لا تعط النالوكسون للولدان الذين يشبه بأن أمهاتهم قد تناولن المخدرات حديثاً. إذا وجدت علامات الخمود التنفسي عند الوليد ، ابدأ الإنعاش فوراً :
- بعد التأكد من العلامات الحيوية : أعط النالوكسون 0.1 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً للوليد.
- إذا كان لدى الرضيع دوران محيطي ملام بعد إنعاش ناجح : يمكن إعطاء النالوكسون عضلياً. قد يحتاج الأمر جرعات متكررة للوقاية من الخمود التنفسي الراجع.

- إذا لم تكن هناك علامات خمود تنفسي عند الوليد، إلا أن البيتيدين أو المورفين قد أعطيا خلال 4 ساعات من الولادة : راقب الطفل بشكل تتوقع معه علامات الخمود التنفسي وعالج كما ذكر أعلاه عند حدوثه.

التخدير الموضعي

- يستخدم التخدير الموضعي (اللغوكايين Lignocaine مع أو دون الأدرينالين) لإرشاح النسيج وإحصار الأعصاب الحسية.
- من الضروري التأكد من الأمور التالية بشكل خاص، حيث أن امرأة تحت التخدير الموضعي تبقى واعية ويقظة :
 - التوعية لزيادة التعاون وتقليل مخاوفها.
 - الاتصال الجيد طوال الإجراء، إضافة للتطمين الجسدي من مقدم الخدمة عند الضرورة.
 - الصبر والوقت الكافي لأن التخدير الموضعي لا يؤثر فوراً.
- الظروف التالية مطلوبة من أجل الاستخدام المأمون للتخدير الموضعي:
 - يجب أن تكون لدى كل أفراد طاقم العمليات المعرفة والخبرة في استخدام المخدرات الموضعية.
 - يجب أن تكون الأدوية والمعدات الخاصة بالطوارئ (المص، الأكسجين، معدات الإنعاش) متوفرة مسبقاً، وأن تكون بحالة صالحة للاستعمال، وأن يكون كل أعضاء فريق العمليات مدربين على استخدامها.

التمهيد للتخدير بالبروميثازين promethazine والديازيبام diazepam

- التمهيد للتخدير مطلوب للإجراءات التي تدوم أكثر من 30 دقيقة. يجب أن تضبط الجرعة حسب وزن وحالة المرأة وحسب حالة الجنين (عند وجوده).
- البيتيدين والديازيبام توليفة شائعة :
- أعط 1 ميلي غرام / كيلوغرام من وزن الجسم (لكن ليس أكثر من 100 ميلي غرام) عضلياً أو وريدياً ببطء أو أعط المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم عضلياً.
- أعط الديازيبام بكميات زائدة بمقدار 1 ميلي غرام وريدياً وانتظر دقيقتين على الأقل قبل إعطاء زيادة أخرى. يتم الوصول إلى مستوى مأمون وكاف من التهدئة عندما يتدلى الجفن العلوي لعين المرأة ويغطي حافة الحدقة فقط.

راقب سرعة التنفس كل دقيقة. إذا تراجعت سرعة التنفس إلى أقل من 10 مرات في الدقيقة: أوقف إعطاء كل الأدوية المهدئة أو المسكنة.

لا تعط الدياتريباتم مع البيتيدين بنفس الحقنة لأن المزيج يشكل راسباً. استخدم محاقن منفصلة.

اللغوكايين

مستحضرات اللغوكايين هي 2% أو 1% عادة، وتحتاج للتخفيف قبل الاستخدام (الإطار المبادئ السريرية – 1). يتم تخفيف المستحضر إلى 0.5% من أجل معظم الإجراءات التوليدية، والذي يعطي التأثير الأقصى مع السمية الدنيا.

الإطار المبادئ السريرية – 1 تحضير محلول اللغوكايين 0.5%

- حضر المزيج التالي :
- لغوكايين 2% - جزء واحد
 - محلول ملحي أو ماء مقطر معقم 3 أجزاء (لا تستخدم محلول الغلوكوز لأنه يزيد اختطار العدوى)
 - أو
 - لغوكايين 1% جزء واحد .
 - محلول ملحي أو ماء مقطر معقم جزء واحد .

الأدرينالين

يسبب الأدرينالين تضيقاً وعائياً. يمتلك استخدامه مع اللغوكايين المزايا التالية:

- فقد أقل للدم؛
 - تأثير تخديري أطول (1-2 ساعة عادة)؛
 - اختطار أقل للسمية بسبب الامتصاص الأبطأ إلى الدوران العام.
- عندما يتطلب الإجراء تخدير سطح صغير أو يتطلب أقل من 40 ميلي لتر من اللغوكايين فإن الأدرينالين غير ضروري. وعلى كل: الأدرينالين مطلوب عندما تكون الأسطح أكبر، وخاصة عندما يحتاج الأمر أكثر من 40 ميلي لتر، وذلك لينقص معدل الامتصاص وبذلك ينقص السمية.
- التركيز الأقل للأدرينالين هو 1:200000 (5 ميكروغرام/ ميلي لتر) حيث يعطي هذا تأثيراً موضعياً أقصى مع أدنى اختطار للسمية من الأدرينالين نفسه (الجدول المبادئ السريرية – 3 الصفحة المبادئ السريرية – 40).

ملاحظة : من المهم قياس الأدرينالين بعناية وبشكل مضبوط باستخدام محقنة مثل محقنة الأنسولين أو محقنة البي سي جي المستخدمة في التطعيم ضد السل. يجب أن تحضر المزائج باتباع ممارسات الوقاية من العدوى بدقة. (الصفحة المبادئ السريرية - 17).

الجدول المبادئ السريرية - 3 صيغ لتحضير محاليل اللغوكايين 0.5% تحتوي على الأدرينالين 1 : 200000

الكمية المرغوبة من المخدر الموضعي المطلوب	المحلول الملحي %2	اللغوكايين %2	الأدرينالين 1000 : 1
20 ميلي لتر	15 ميلي لتر	5 ميلي لتر	0.1 ميلي لتر
40 ميلي لتر	30 ميلي لتر	10 ميلي لتر	0.2 ميلي لتر
100 ميلي لتر	75 ميلي لتر	25 ميلي لتر	0.5 ميلي لتر
200 ميلي لتر	150 ميلي لتر	50 ميلي لتر	1.0 ميلي لتر

المضاعفات

الوقاية من المضاعفات

كل الأدوية المخدرة سامة بشكل كامل . وعلى كل: إن المضاعفات الخطيرة نادرة جداً (الجدول المبادئ السريرية - 5 الصفحة المبادئ السريرية - 41). الطريقة المثلى لتجنب المضاعفات هي الوقاية منها:

- تجنب استخدام تراكيز اللغوكايين الأقوى من 0.5 %.
- عند استخدام أكثر من 40 مل من المحلول المخدر: أضف الأدرينالين لتأخير التبعثر. الإجراءات التي قد تتطلب أكثر من 40 ميلي لتر من اللغوكايين 0.5 % هي القيصرية أو تصليح تمزقات عجانبة شديدة.
- استخدم أدنى جرعة مؤثرة .
- راقب الجرعة المأمونة القصوى ، وهي عند البالغ: 4 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم من اللغوكايين دون الأدرينالين و7 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم من اللغوكايين مع الأدرينالين. يجب أن يكون التأثير المخدر ساعتين على الأقل . يمكن إعادة الجرعات بعد ساعتين عند الحاجة (الجدول المبادئ السريرية - 4).

الجدول المبادئ السريرية - 4 الجرعات المأمونة القصوى من الأدوية المخدرة الموضعية

الدواء	الجرعة القصوى (ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم)	الجرعة القصوى لبالغ يزن 60 كيلو غرام (ميلي غرام)
اللغوكايين	4	240
اللغوكايين + الأدرينالين	7	420

1 : 200000 (5 مكرو غرام/ ميلي لتر)

- احقن ببطء.
- تجنب الحقن العارضي غير المقصود داخل وعاء. هناك ثلاث طرق لفعل ذلك:
 - طريقة تحريك الإبرة (وهي المفضلة لإرشاح النسيج): الإبرة متحركة باستمرار أثناء الحقن، وهذا ما يجعل دخول كمية كبيرة من المحلول إلى وعاء مستحيلاً.
 - طريقة سحب المكبس قبل الحقن (وهي المفضلة لإحصار العصب عندما تحقن كميات معتبرة في مكان واحد): يسحب مكبس المحقنة قبل الحقن. عندما يظهر الدم أرجع الإبرة وحاول ثانية.
 - طريقة سحب المحقنة: تغرز الإبرة ويحقن المخدر خلال سحب المحقنة.

لتجنب سمية اللغثوكايين :

- استخدم محلولاً مخففاً؛
- أضف الأدرينالين عند استخدام أكثر من 40 ميلي لتر؛
- استخدم أدنى جرعة فعالة؛
- راقب الجرعة القصوى؛
- تجنب الحقن الوريدي .

تشخيص أرجية وسمية اللغثوكايين

الجدول المبادئ السريرية - 5 أعراض وعلامات سمية وأرجية اللغثوكايين

الأرجية	السمية الخفيفة	السمية الوخيمة	السمية المهددة للحياة (نادرة جداً)
• الصدمة	• نمل الشفتين	• نعاس	• اختلاجات
• احمرار الجلد	• واللسان	• توهان	• رمعية توترية
• طفح جلدي/ شرى	• طعم معدني في الفم	• نفسض وارتعاد	• خمود أو توقف تنفسي
• تشنج قصيبي	• دوار، خفة الرأس	• العضلات	• خمود أو توقف القلب
• قياء	• هدير الأذنين	• كلام متداخل	
• داء المصل	• صعوبة في تركيز العينين		

التدبير العلاجي لأرجية اللغوكاينين

- أعط الأدرينالين 1: 1000 0.5 ميلي لتر عضلياً، ويعاد كل 10 دقائق عند الضرورة.
- أعط الهيدروكورتيزون : 100 ميلي غرام وريدياً كل ساعة في الحالات الحادة.
- للوقاية من عودة الأرجية : أعط الديفينهيدرامين: 50 ميلي غرام عضلياً أو وريدياً ببطء، ثم 50 ميلي غرام فموياً كل 6 ساعات.
- عالج التشنج القصي بالأمينوفيلين: 250 ميلي غرام في 10 ميلي لتر من المحلول الملحي النظامي وريدياً وببطء.
- قد تتطلب وذمة الحنجرة فغر الرغامي الفوري.
- الصدمة : ابدأ تدبير الصدمة المعياري (الصفحة الأعراض - 1).
- قد تتطلب العلامات الوخيمة أو الراجعة إعطاء الستيرويدات القشرية (مثلاً: الهيدروكورتيزون 2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 4 ساعات حتى تتحسن الحالة). أعط البرينديزون 5 ميلي غرام أو البرينديزون 10 ميلي غرام فموياً كل 6 ساعات في الحالات المزمنة حتى تتحسن الحالة.

التدبير العلاجي لسمية اللغوكاينين

يجب أن تنبه أعراض وعلامات السمية (الجدول المبادئ السريرية – 5 الصفحة المبادئ السريرية – 41) الممارس العام للإيقاف الفوري للحقن والتحضير لمعالجة التأثيرات الجانبية الوخيمة والمهددة للحياة. إذا ظهرت أعراض وعلامات السمية الخفيفة: انتظر بضع دقائق لترى إذا تراجعت الأعراض. تفحص العلامات الحيوية. تحدث إلى المرأة ثم استمر بالإجراء إن أمكن.

الاختلاجات

- أدر المرأة إلى جانبها الأيسر، أدخل مسكاً هوائياً واشفط الإفرازات .
 - أعط الأكسجين بمعدل 6-8 لترات في الدقيقة بوساطة قناع أو قنية أنفية.
 - أعط الديازيبام 1-5 ميلي غرام وريدياً بعلوات 1 ميلي غرام. أعد إذا تكررت الاختلاجات.
- ملاحظة: قد يسبب استخدام الديازيبام لمعالجة الاختلاجات تثبيطاً تنفسياً.

توقف التنفس

- إذا لم تكن المرأة تنفس : ساعد التهوية باستخدام كيس وقناع أمبو Ambu أو عبر أنبوب رغامي. أعط الأكسجين بمعدل 4-6 لترات في الدقيقة.

توقف القلب

- أفرط في التهوية بالأكسجين.
- قم بتدليك القلب.
- إذا لم تكن المرأة قد ولدت : أنقذ الطفل بالقيصرية (الصفحة الإجراءات - 43) باستخدام التخدير العام.
- أعط 0.5 ميلي لتر من الأدرينالين 1 : 10000 وريدياً.

سمية الأدرينالين

- تنتج سمية الأدرينالين المجموعية عن الكميات المفرطة أو الإعطاء الوريدي غير المقصود، وتؤدي إلى :
 - تملل
 - تعرق
 - فرط ضغط الدم
 - نزف دماغي
 - زيادة سرعة القلب
 - رجفان بطيني
- تحدث سمية الأدرينالين الموضعية عندما يكون التركيز شديداً ويؤدي إلى نقص في الدوران الدموي (إقفار) في موقع الإرشاح مع التنام ضعيف.

المبادئ العامة للتخدير والتسكين

- المبادئ الرئيسية لتدبير الآلام وراحة المرأة هي :
 - رعاية داعمة قبل الإجراء وأثناءه وبعده (تساعد على تخفيف القلق وتقلص الآلام)
 - أن يقدم الخدمة للنساء اليقظات عامل صحي ودود دُرَب على استخدام الأدوات بلطف.
 - انتقاء النمط الملائم والمستوى الملائم لتدبير الألم.
- تتضمن الأفكار المفيدة لإنجاز الإجراءات على النساء اليقظات :
 - شرح كل خطوة من الإجراء قبل القيام بها.
 - استخدام تمهيد ملائم للتخدير في الحالات التي يتوقع أن تدوم أكثر من 30 دقيقة.

- أعط المسكنات أو المهدئات في الوقت الملائم قبل الإجراء (30 دقيقة من أجل الحقن العضلي و60 دقيقة قبل الإعطاء الفموي) وبذلك يمكن توفير تفريغ أقصى خلال الإجراء.
- استخدم محاليل مخففة بكميات كافية.
- تفحص مستوى التخدير بوخز الباحة بالملقط. إذا شعرت المرأة بالوخز انتظر دقيقتين ثم أعد الاختبار.
- انتظر بضع ثوان بعد إنجاز كل خطوة أو مهمة للتخصير للخطوة التالية.
- تحرك ببطء دون حركات سريعة أو متشنجة .
- تعامل مع النسج بلطف وتجنب التبعيد أو الدفع أو الضغط المفرط أو غير الضروري .
- استخدم الأدوات بثقة .
- تجنب التفوه بعبارات مثل : هذا لن يؤدي ، بينما هو مؤذ في الواقع، أو " أنا على وشك الانتهاء"، في حين أنك لم تنته بعد.
- تحدث مع المرأة طيلة الإجراء .
- سوف تعتمد الحاجة لأدوية مسكنة أو مهدئة إضافية (فموياً أو وريدياً أو عضلياً) على :
 - الحالة الانفعالية (العاطفية) للمرأة ؛
 - الإجراء المنجز ؛
 - المدة المتوقعة للإجراء (الجدول المبادئ السريرية - 6 الصفحة المبادئ السريرية - 45) ؛
 - مهارة مقدم الخدمة والطاغم الذي يقدم المساعدة له.

الجدول المبادئ السريرية - 6	خيارات التخدير والتسكين
الإجراء	خيارات التخدير / التسكين
ولادة مقعدية	• الطرق العامة لدعم الولادة (الصفحة المبادئ السريرية - 57)
القيصرية	• إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3) • تخدير موضعي (الصفحة الإجراءات - 7) • تخدير نخاعي (الصفحة الإجراءات - 11) • الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13) • تخدير عام
تمزقات عنق الرحم (الشديدة)	• البيتيندين مع الديازيبام (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13)
بضع المهبل/ بزل الرذبة المستقيمىة الرحمية	• تخدير موضعي (الصفحة المبادئ السريرية - 38)
حج القحف /بزل القحف	• دعم وتشجيع عاطفي (الصفحة المبادئ السريرية - 7) • الديازيبام (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3)
التوسيع والكشط	• البيتيندين (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • إحصار حول عنق الرحم (الصفحة الإجراءات - 1)
بضع الفرج	• تخدير موضعي (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3)
توليد بالملقط	• دعم وتشجيع عاطفي (الصفحة المبادئ السريرية - 7) • إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3)
المخاض والولادة	• الطرق العامة لدعم الولادة (الصفحة المبادئ السريرية - 57)
فتح البطن	• البيتيندين والبروميتازين (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • تخدير عام • تخدير نخاعي (الصفحة الإجراءات - 11)
النزع اليدوي للمشيمة	• البيتيندين والديازيبام (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13)
الشفط بالتخلية اليدوية	• إحصار حول عنق الرحم (الصفحة الإجراءات - 1) • تخدير موضعي (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3)
تمزقات العجان (درجة 1 و 2)	• إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3) • الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13)
تمزقات العجان (درجة 3 و 4)	• تخدير موضعي مع البيتيندين والديازيبام (الصفحة المبادئ السريرية - 38)
بضع الارتفاق	• تخدير موضعي (الصفحة المبادئ السريرية - 38)
تصحيح انقلاب الرحم	• (البيتيندين مع الديازيبام) (الصفحة المبادئ السريرية - 38) • تخدير عام
استخراج بالمحجم (بالتخلية)	• دعم وتشجيع عاطفي (الصفحة المبادئ السريرية - 7) • إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3)

التسكين التالي للجراحة

السيطرة الكافية على الألم التالي للجراحة مهمة ، فالمرأة التي تعاني من ألم شديد لن تشفى بشكل جيد.

ملاحظة : تجنب التهدئة المفرطة لأنها سوف تحدد التحرك، والذي هو مهم خلال الفترة التالية للجراحة.

تتضمن تدابير السيطرة الجيدة على الألم التالي للجراحة :

- مسكنات خفيفة غير مخدرة مثل الباراسيتامول 500 ميلي غرام فمويماً عند الحاجة.
- المخدرات مثل البيتيدين 1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم (ليس أكثر من 100 ميلي غرام) عضلياً أو وريدياً ببطء، أو المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً كل 4 ساعات حسب الحاجة.
- تواليف الجرعات الأدنى من المخدرات مع الباراسيتامول.
- ملاحظة :** إذا كانت المرأة تتقيأ : قد تولّف المخدرات مع مضادات القيء مثل البروميثازين 25 ميلي غرام عضلياً أو وريدياً كل 4 ساعات حسب الحاجة.

المرأة هي المحور الرئيسي لاهتمام كل من الطبيب والقابلة والممرضة خلال أي إجراء. على الممرضة الجراحية أو ممرضة التنظيف أن تركز اهتمامها على الإجراء وتلبية احتياجات الطبيب والقابلة اللذين ينجزان الإجراء.

مبادئ الرعاية السابقة للجراحة

تحضير غرفة العمليات

تأكد من :

- نظافة غرفة العمليات (يجب أن تنظف بعد كل إجراء)؛
- أن المعدات والتجهيزات الضرورية، بما في ذلك الأدوية وأسطوانة الأكسجين متوفرة؛
- أن معدات الطوارئ متوفرة وأنها جاهزة للعمل؛
- وجود كمية كافية من لباس الغرفة لأعضاء الفريق الجراحي المتوقعين؛
- توفر بياضات نظيفة؛
- توفر تجهيزات معقمة (قفازات، شاش، أدوات) وغير منتهية تاريخ الصلاحية.

تحضير المرأة لإجراء جراحي

- اشرح الإجراء الذي ستجزيه وهدفه للمرأة. إذا كانت المرأة فاقدة الوعي اشرح الإجراء لعائلتها .
- احصل على موافقة مستنيرة أخذت بعد معرفة وإطلاع على الإجراء.
- ساعد المرأة وعائلتها على الاستعداد عاطفياً ونفسياً للإجراء (الصفحة المبادئ السريرية - 7).
- راجع التاريخ الطبي للمرأة وتحقق من أي أرجيات محتملة.
- أرسل عينة للدم من أجل الهيموغلوبين أو الهيماتوكريت والزرمة والتحريات الأخرى. اطلب دماً من أجل نقل الدم المحتمل. لا تؤخر نقل الدم إذا كانت هناك حاجة له.
- اغسل المنطقة حول الموقع الذي ستجزي فيه الجراحة بالصابون والماء عند الضرورة.

- لا تحلق شعر العانة عند المرأة لأن ذلك يزيد من اختطار عدوى الجرح. قد يشذب الشعر عند الضرورة.
- راقب وسجل العلامات الحيوية (ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس، درجة الحرارة).
- أعط تمهيداً للتخدير يلائم التخدير المستخدم (الصفحة المبادئ السريرية – 38).
- أعط مضاداً للحموضة (صوديوم سترات 0.3% 30 ميلي لتر أو مغنزيوم ترسيلكات 300 ميلي غرام) لإنقاص الحمض المعدي عند وجود شفت (رشف).
- قنطر المثانة عند الضرورة، وراقب النتاج البولي.
- تأكد أن كل المعلومات ذات الصلة قد وصلت إلى أعضاء الفريق الآخرين (طبيب أو قابلة، ممرضة، طبيب التخدير والمساعد وغيره..)

مبادئ الرعاية أثناء الجراحة

الوضع

- ضع المرأة بوضعية ملائمة للإجراء لتسمح بما يلي :
 - كشف مثالي لموقع الجراحة؛
 - فسح طريق لطبيب التخدير؛
 - فسح طريق للممرضة لأخذ العلامات الحيوية ومراقبة الأدوية والتسريبات الوريدية؛
 - مأمونية المرأة بالوقاية من الإصابات والمحافظة على الدوران؛
 - المحافظة على حرمة المرأة واحتشامها (وقارها).
- ملاحظة : إذا لم تكن المرأة قد ولدت بعد، اجعل طاولة العمليات مائلة إلى اليسار أو وضع وسادة أو بياضات مطوية تحت أسفل الظهر من الجهة اليمنى لتتقاص متلازمة الاستلقاء الخافض للضغط .

تنظيف اليدين الجراحي

- انزع كل الحلبي والمجوهرات التي كنت ترتديها في يدك.
- ارفع اليدين فوق مستوى المرفقين، رطب اليدين بالكامل وضع الصابون.

- ابدأ من الأنامل/ أرغ واغسل بحركة دائرية.
- اغسل بين الأصابع والأصابع كلها.
- تنقل من الأنامل إلى مرفق اليد الأولى ثم أعد لليد الأخرى.
- اشطف كل ذراع بشكل منفصل، الأنامل أولاً، رافعاً اليدين فوق مستوى المرفقين.
- اغسل مدة 3-5 دقائق .
- استخدم فوطة منفصلة لتتشفيف كل يد، امسح من الأنامل إلى المرفق ثم تخلص من الفوطة.
- تأكد أن اليدين المنتظفتين لاتلامسان الأشياء (مثل الأدوات أو الرداء الواقى) غير المعقمة أو المطهرة على مستوى عالٍ. أعد تنظيف اليدين الجراحي إذا لمستاً سطحاً ملوثاً.

تحضير موقع الشق

- حضر الجلد بمطهر (مثلاً: محاليل اليود، الكلور هيكسيدين)
- ضع المحلول المطهر ثلاث مرات على موقع الشق مستخدماً ملقطاً حلقياً مطهراً على مستوى عالٍ وقطناً أو كتلة من الشاش. إذا أمسكت الكتلة من الشاش بيد تلبس قفازاً فلا تلوث القفاز بلمس جلد غير محضر.
- ابدأ من موقع الشق المزمع واعمل باتجاه الخارج بحركة دائرية بعيداً عن موقع الشق.
- ارم كتلة الشاش عند حافة الحقل المعقم (تخلص من كتلة الشاش).
- لا تعد أبدأ إلى وسط الباحة المحضرة بنفس كتلة الشاش. احتفظ بذراعيك ومرفقيك عالياً ، واللباس الجراحي بعيداً عن حقل الجراحة.
- ضع غطاء جراحياً على المرأة فوراً بعد تحضير الباحة لتجنب التلوث.
- إذا كان للغطاء الجراحي نافذة، ضع النافذة فوق موقع الشق مباشرة في البداية.
- قم بلف الغطاء الجراحي بعيداً عن موقع الشق لتجنب التلوث.

المراقبة

- راقب حالة المرأة بانتظام طيلة الإجراء.
- راقب العلامات الحيوية (ضغط الدم ، النبض ، سرعة التنفس) ومستوى الوعي وفقد الدم.
- سجل الموجودات على صحيفة المتابعة لتسمح بتعرف سريع إذا تردت حالة المرأة.
- حافظ على تميه كاف طيلة الجراحة.

التدبير العلاجي للألم

- حافظ على تدبير كاف للألم طيلة الإجراء (الصفحة المبادئ السريرية – 37) فاحتمال تحرك المرأة المريحة أثناء الإجراء أقل مما يقلل احتمال أذيها لنفسها. يتضمن التدبير العلاجي للألم ما يلي:
- دعم وتشجيع عاطفي ؛
- تخدير موضعي ؛
- تخدير ناحي (مثلاً نخاعي) ؛
- تخدير عام .

المضادات الحيوية

- أعط مضادات حيوية اتقائياً قبل بدء الإجراء. إذا كانت المرأة ستخضع لقيصرية فأعط مضادات حيوية اتقائياً بعد أن يولد الطفل (الصفحة المبادئ السريرية – 35).

إجراء الشق

- قم بإجراء الشق بقدر ما يحتاجه الإجراء فقط.
- قم بإجراء الشق مع عناية فائقة وتحرك طبقة واحدة في كل مرة.

التعامل مع النسيج

- المس النسيج برفق.
- عند استخدام ملقط: أغلق الملقط لسيناً واحداً فقط (طقة) إن أمكن. وهذا سيققل الانزعاج وينقص كمية النسيج الميت الذي يبقى بعد نهاية الإجراء، وبذلك ينقص اختطار العدوى.

الإرقاء

- اضمن الإرقاء طيلة الإجراء.
- تعاني المرأة المصابة بمضاعفات توليدية من فقر الدم غالباً ولذلك اجعل فقد الدم بحدوده الدنيا.

الأدوات الجارحة والحادة

- ابدأ الإجراء وانته بعد الأدوات الجارحة والحادة والاسفنجيات.
 - قم بالعد عند كل إغلاق لأي تجويف (مثلاً: الرحم)؛
 - وثق في سجل المرأة أن الكمية الإجمالية الجراحية كانت صحيحة.
- استعمل الأدوات، وخاصة الجارحة والحادة، بتأن لتتقصر اختطار الإصابة (الصفحة المبادئ السريرية - 20). استخدم "مناطق مأمونة" عند حمل وتبادل الأدوات الجارحة والحادة.
 - استخدم حوضاً مثل الحوض الكلوي الشكل لحمل وتبادل المواد الحادة، وانقل إبر الخياطة بوساطة حامل للإبر.
 - بشكل بديل: مرر الأداة والمقبض موجه إلى المتلقي، وليس النهاية الحادة.

النزح

- اترك منزحاً بطنياً في مكانه دائماً إذا :
 - استمر النزف بعد استئصال الرحم؛
 - اشتبه باضطراب في التخثر؛
 - وجدت عدوى أو اشتبه بها.
- يمكن استخدام نظام نزح مغلق أو يمكن وضع منزح مطاطي متعرج في جدار البطن أو جيبية دوغلاس
- انزع المنزح حالما تتراجع العدوى أو عندما لا يظهر قيح أو سائل ملون بالدم خلال 48 ساعة.

الخيوط

- انتق النمط الملائم والحجم الملائم من خيوط النسيج (الجدول المبادئ السريرية – 7) تذكر القياسات بعدد الأصفار:
 - الخيط الأصغر فيه أصفار أكثر مثلاً [خيط ثلاث أصفار (0-3) أصغر من خيط صفرين (0-2)]; الخيط الموسوم برقم 1 أكبر في قطره من الخيط صفر.
 - سيكون الخيط الصغير جداً ضعيفاً وقد ينقطع بسهولة؛ والخيط ذي القطر الكبير جداً سيمزق النسيج.
- ارجع إلى القسم الملائم لمعرفة نمط وقياس الخيط الموصى به لإجراء ما.

الجدول المبادئ السريرية – 7 أنماط الخيوط الموصى بها (المقترحة)

نمط الخيط	النسيج	الرقم الموصى به للعقد
خيط جراحي بسيط	النفير	(1)3
خيط جراحي كرومي	العضلات، اللفافة	(1)3
متعدد الغليكول	العضلات، الجلد، اللفافة	4
نيلون	الجلد	6
حرير	الجلد، الأمعاء	(1)3

(1) لا تستخدم أكثر من 3 عقد (لأن هذه خيوط طبيعية) فمن شأن ذلك أن يسحج الخيط ويضعف العقدة.

التضميد

غط الجرح الجراحي بضماد معقم عند الانتهاء من الجراحة (الصفحة المبادئ السريرية – 53).

مبادئ الرعاية التالية للجراحة

الرعاية الأولية

- ضع المرأة بوضعية الإفاقة.
- ضع المرأة على جانبها الأيسر ورأسها ممدد قليلاً لتضمن مسلكاً هوائياً سالكاً.
- ضع الذراع العلوي أمام الجسم لتوفر طريقاً سهلاً لقياس ضغط الدم.

- ضع الساقين مثبتتين، والساق العليا أكثر انثناءً بقليل من السفلى لتحافظ على التوازن.
- قيم حالة المرأة بعد الإجراء فوراً.
- تحقق من العلامات الحيوية (ضغط الدم، النبض، سرعة التنفس) ودرجة الحرارة كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى ثم كل 30 دقيقة خلال الساعة الثانية.
- قيم مستوى الوعي كل 15 دقيقة حتى تصبح المرأة واعية (يقظة).
- ملاحظة: اضمن أن المرأة تراقب باستمرار إلى أن تصبح واعية.
- اضمن مسكاً هوائياً سالكاً وتهوية ملائمة.
- انقل الدم عند الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية – 23).
- إذا أصبحت العلامات الحيوية غير مستقرة أو استمر الهيماتوكريت بالهبوط رغم نقل الدم: عد فوراً إلى غرفة العمليات، فقد يكون النزف هو السبب.

الوظيفة المعدية المعوية

- تعود الوظيفة المعدية المعوية عادة بسرعة للمريضات بعد الولادة. يجب أن تكون وظيفة الأمعاء سوية خلال 12 ساعة من الجراحة في معظم الإجراءات غير المصاحبة بمضاعفات.
- إذا كان الإجراء الجراحي غير مصحوب بمضاعفات: أعط المرأة نظاماً غذائياً مائعاً.
 - إذا كان هناك علامات على عدوى أو إذا كانت القيصرية من أجل ولادة معرّقة أو تمزق الرحم: انتظر حتى تسمع أصوات الأمعاء قبل إعطاء السوائل.
 - ابدأ بإعطاء المرأة طعامها الجامد عندما تمرر الغازات.
 - إذا كانت المرأة تتلقى سوائل وريدية، فيجب الاستمرار بها حتى تتناول السوائل بشكل جيد.
 - إذا كنت تتوقع أن المرأة ستلتقي سوائل وريدية مدة 48 ساعة أو أكثر، سرب محلولاً متوازناً من الكهارل (مثلاً: كلور البوتاسيوم 1,5 غرام في 1 لتر من السوائل وريدياً).
 - إذا كانت المرأة تتلقى سوائل وريدية لأكثر من 48 ساعة: راقب الكهارل كل 48 ساعة. يمكن للتسريب المديد للسوائل وريدياً أن يغير توازن الكهارل.
 - اضمن أن المرأة تأكل نظاماً غذائياً منتظماً قبل تخريجها من المستشفى.

التضמיד والعناية بالجروح

يوفر الضماد حاجلاً واقياً ضد العدوى أثناء حدوث عملية الالتئام والتي تعرف بعودة تشكل الطبقة الظهارية للجلد. ابق الضماد على الجرح في اليوم الأول بعد الجراحة لتحميه من العدوى خلال عملية حدوث تشكل الطبقة الظهارية للجلد، وبعد ذلك، يصبح الضماد غير ضروري.

- إذا تسرب الدم أو السائل من الضماد الأولي: لا تغير الضماد:
 - دعم الضماد.
 - راقب كمية الدم أو السائل المفقود وحدد لطخة الدم على الضماد بقلم حبر.
 - إذا استمر النزف بالازدياد، أو غطت لطخة الدم نصف الضماد أو أكثر: انزع الضماد وعاین الجرح وضع ضماداً آخر معقماً.
- إذا أصبح الضماد رخواً: دعمه بالمزيد من الشريط اللاصق وليس بنزعه، فهذا سيساعد على المحافظة على عقامة الضماد وينقص اختطار عدوى الجرح.
- بدل الضماد مستخدماً طريقة معقمة.
- يجب أن يكون الجرح نظيفاً وجافاً، مع عدم وجود بيئة على عدوى أو تورم مصلي قبل أن تخرج المرأة من المستشفى.

التسكين

- السيطرة الكافية على الألم التالي للجراحة ضرورية (الصفحة المبادئ السريرية – 37) فالمرأة التي تعاني من ألم وخيم لن تشفى بشكل جيد.
- ملاحظة: تجنب التهدئة المفرطة حيث ستحدد التحرك، والذي هو أمر مهم خلال الفترة التالية للجراحة.

العناية بالمشاة

- قد تتطلب بعض الإجراءات قنطاراً بولياً. ينقص النزع المبكر للقنطار فرصة العدوى ويشجع المرأة على المشي.
- إذا كان البول صافياً: انزع القنطار بعد الجراحة بعد 8 ساعات أو بعد أول ليلة تالية للجراحة.
- إذا لم يكن البول صافياً: اترك القنطار في مكانه حتى يصبح البول صافياً.

- انتظر 48 ساعة بعد الجراحة قبل نزع القطن إن وجد:
 - تمزق الرحم؛
 - ولادة معرقله أو مطولة؛
 - ونمة عجانية جسيمة؛
 - إبتان نفاسي مع التهاب الصفاق الحوضي.
- ملاحظة : تأكد من أن البول صافٍ قبل نزع القطن.
- إذا كانت المثانة مصابة (من تمزق الرحم أو خلال القيصرية أو فتح البطن):
 - اترك القطن في مكانه مدة 7 أيام على الأقل حتى يصبح البول صافياً.
 - إذا لم تكن المرأة تتلقى مضادات حيوية حالياً: أعط النيتروفورانتوين 100 nitrofurantoin ميلي غرام عن طريق الفم مرة واحدة يومياً حتى ينزع القطن؛ وذلك اتقاء من التهاب المثانة.

المضادات الحيوية

- إذا وجدت علامات على عدوى أو أن المرأة تعاني من حمى حالياً: استمر بإعطاء المضادات الحيوية بعد أن تزول الحمى بـ 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35).

نزع الخيط

يأتي الدعم الكبير الأعظم لشقوق البطن من غلق الطبقة اللغافية. انزع الخيوط الجلدية بعد 5 أيام من الجراحة.

الحمى

- يجب أن تقيم الحمى (درجة الحرارة 38 أو أكثر) التي تحدث تالية للجراحة (الصفحة الأعراض – 107).
- تأكد من زوال الحمى لمدة 24 ساعة على الأقل قبل تخريجها من المستشفى.

السير

يعزز السير الدوران ويشجع على التنفس العميق، وينبه عودة الوظيفة المعدية المعوية السوية. شجع على التمارين الخاصة بالساق والقدم وعلى الحركة قدر الإمكان ، خلال 24 ساعة عادة.

المخاض السوي

- أجر تقييماً سريعاً للحالة العامة للمرأة بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- قيم حالة الجنين :
 - أصغ إلى سرعة قلب الجنين مباشرة بعد زوال تقلص الرحم.
 - قم بعد سرعة قلب الجنين لدقيقة كاملة مرة كل 30 دقيقة على الأقل خلال الطور الفعال وكل 5 دقائق خلال الطور الثاني.
 - إذا وجدت شذوذاً في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة): اشتبه بضائقة جنينية (الصفحة الأعراض - 95).
 - إذا تمزقت الأغشية : لاحظ لون السائل الصاء النازح :
 - يدل وجود عقي ثخين على الحاجة لمراقبة دقيقة مع احتمال التدخل لتدبير الضائقة الجنينية (الصفحة الأعراض - 95).
 - غياب نزح السائل بعد تمزق الأغشية مؤشر على نقص حجم السائل الأمينوسي (الصاء)، والذي قد يترافق مع ضائقة جنينية.

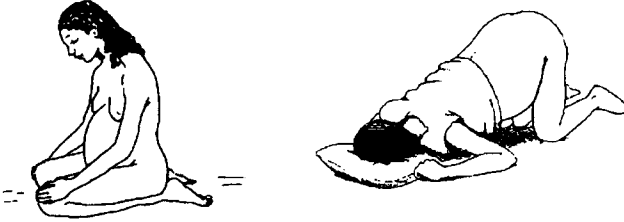
الرعاية الداعمة خلال المخاض والولادة

- شجع المرأة على تلقي دعم شخصي من شخص تختاره خلال المخاض والولادة :
 - شجع الدعم من مرافق الولادة الذي تم اختياره.
 - جهز مقعداً للمرافق قريباً من المرأة.
 - شجع المرافق على تقديم دعم كافٍ للمرأة خلال المخاض والولادة (فرك ظهرها، مسح جبهتها بقماش رطب، مساعدتها على التنقل).
- اضمن الاتصال والدعم الجيدين من الطاقم :
 - اشرح كل الإجراءات، والنمى الموافقة عليها، واشرح الموجودات للمرأة.
 - وفر بيئة من الدعم والتشجيع للولادة واحترم رغبات المرأة.

- اضمن السرية والخصوصية.
- حافظ على نظافة المرأة ومحيطها :
- شجع المرأة على غسل نفسها أو الاستحمام قبل بدء المخاض.
- اغسل الناحية الفرجية والعجانية قبل كل فحص .
- اغسل يديك بالصابون قبل كل فحص وبعده .
- اضمن نظافة غرفة المخاض والولادة .
- نظف كل ما ينسكب من سوائل فوراً .
- اضمن التحرك :
- شجع المرأة على التنقل بحرية .
- ادعم اختيار المرأة لوضعية الولادة (الشكل المبادئ السريرية – 2 الصفحة المبادئ السريرية – 59).
- شجع المرأة على إفراغ مثانها بانتظام.
- ملاحظة : لا تعط حقنة شرجية للمرأة بشكل روتيني أثناء المخاض.
- شجع المرأة على أن تأكل وتشرب حسب رغبتها. إذا كان لدى المرأة هزال وخيم واضح أو تعبت خلال المخاض: تأكد من أنها تتغذى. المشروبات المائعة المغذية مهمة، حتى عند تأخر وتطول المخاض.
- علم طرق التنفس الخاصة بالمخاض والولادة . شجع المرأة على الزفير ببطء أكثر من المعتاد وعلى الارتخاء مع كل زفير .
- ساعد المرأة الماخض القلقة أو الخائفة أو المتألّمة :
 - امتدحها وشجعها وطمئننها .
 - أخبرها عن عملية المخاض وترقيه .
 - أصغ إليها وكن متحسناً لمشاعرها .
- إذا كانت المرأة تحت ضائقة بسبب الأكم :
 - اقترح تغيير الوضعية (الشكل المبادئ السريرية – 2 الصفحة المبادئ السريرية – 59) .
 - شجع التحرك .
 - شجع مرافقها على تدليك ظهرها ومسك يدها وتنظيف وجهها بأسفنجة بين التقلصات .
 - شجع طرق التنفس .
 - شجع على إجراء الحمام بالماء الدافئ.

- عند الضرورة: أعط البيتين 1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم (ليس أكثر من 100 ميلي غرام) عضلياً أو وريدياً ببطء أو أعط المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً.

الشكل المبادئ السريرية - 2 الأوضاع التي يمكن للمرأة أن تأخذها أثناء المخاض



التشخيص

- يتضمن تشخيص المخاض :
- تشخيص المخاض وتأكيده .
 - تشخيص مرحلة المخاض وطوره .
 - تقييم الدموج (الرأس عند الولادة) ونزول الجنين .
 - استعراف المجيء ووضع الجنين .

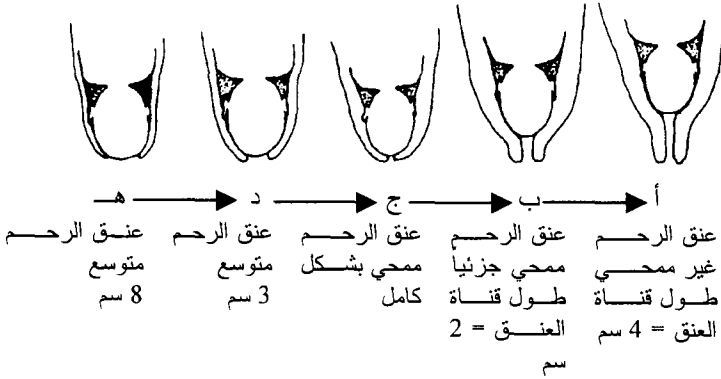
قد يؤدي التشخيص الخاطئ إلى قلق أو تدخلات غير ضرورية.

تشخيص المخاض وتأكيده

- اشتباه بالمخاض أو توقعه إذا كان لدى المرأة :
 - ألم بطني بعد 22 أسبوعاً من الحمل .
 - ألم يترافق غالباً مع نجيج مخاطي ملطخ بالدم (العلامة).
 - نجيج مهبلي مائي، أو تدفق مفاجئ للماء .
- أكد بدء المخاض إن وجد :
 - امحاء عنق الرحم - تقصر وترقق مترقٍ لعنق الرحم أثناء المخاض.

- توسع عنق الرحم - زيادة قطر فوهة العنق مقبسة بالسنتيمتر (الشكل المبادئ السريرية - 3، أ - هـ)

الشكل المبادئ السريرية - 3 امحاء عنق الرحم وتوسعه



تشخيص دور المخاض وطوره

تشخيص دور المخاض وطوره *

الجدول المبادئ السريرية - 8

الأعراض والعلامات	الدور	الطور
• عنق الرحم غير متوسع	مخاض كاذب / ليست في المخاض	
• توسع عنق الرحم أقل من 4 سم	الأول	الكامن
• توسع عنق الرحم من 4-9 سم	الأول	الفعال
• معدل التوسع 1 سم بالساعة أو أكثر بشكل نمطي		
• يبدأ الجنين بالنزول		
• عنق الرحم متوسع بشكل كامل (10 سم)	الثاني	الباكر (اللانقذافي)
• يستمر الجنين بالنزول		
• لا حافز للدفع		
• عنق الرحم متوسع بشكل كامل (10 سم)	الثانية	المتأخر (الانقذافي)
• يصل جزء المجهيء إلى أرض الحوض		
• لدى المرأة حافز للدفع		

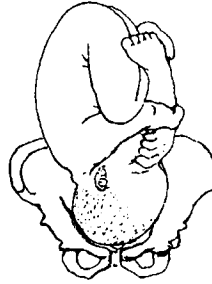
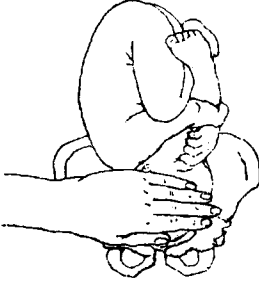
* تبدأ المرحلة الثالثة من المخاض مع ولادة الطفل وتنتهي بانقذاف المشيمة.

النزول

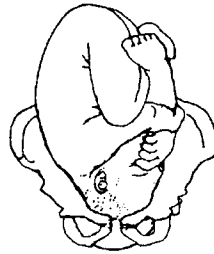
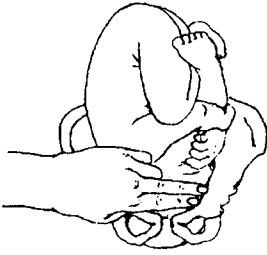
الجنس البطني

- قيم بوساطة الجنس البطني نزول رأس الجنين المجسوس فوق الارتفاق العاني مستخدماً مصطلح الخمسات (الشكل المبادئ السريرية - 4 أ - د).
- الرأس الموجود كلياً فوق الارتفاق العاني هو مجسوس 5/5 (خمسة على خمسة) (الشكل المبادئ السريرية - 4 أ-ب)
- الرأس الموجود كلياً تحت الارتفاق العاني هو مجسوس 5/0 (صفر على خمسة)

الشكل المبادئ السريرية - 4 الجنس البطني لنزول رأس الجنين



أ - الرأس متحرك فوق الارتفاق العاني - يتسع الرأس للعرض الكامل لخمسة أصابع فوق الارتفاق العاني. 5/5



ب - يتسع الرأس للعرض الكامل لخمسة أصابع فوق الارتفاق العاني. 5/5

ج - الرأس هو 5/2 فوق الارتفاق العاني.

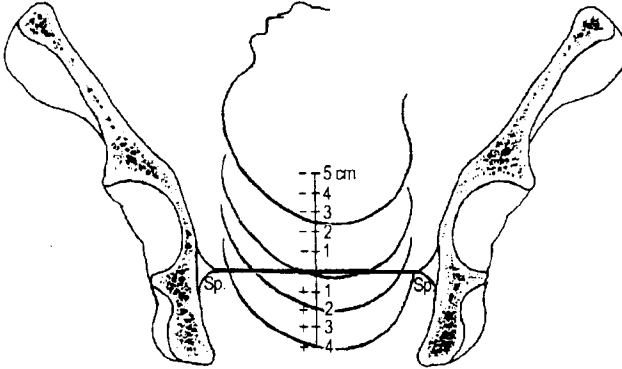
د - يتسع الرأس لإصبعين فوق الارتفاق العاني.

الفحص المهبلي

- قد يجرى فحص مهبلي، عند الضرورة، لتقييم النزول عن طريق العلاقة بين مستوى جزء المهبلي والجنيني والشوكنتين الإسكيتين لحوض الأم (الشكل المبادئ السريرية - 5 الصفحة المبادئ السريرية - 62).

ملاحظة : عند وجود درجة مهمة من تجمع الماء الذي يسبق الرأس أو من التطابق، سيكون التقييم عبر الجس البطنى باستخدام الخمسات للرأس المجسوس أكثر فائدة من التقييم عبر الفحص المهبلى.

الشكل المبادئ السريرية - 5
تقييم نزول رأس الجنين بواسطة الفحص المهبلى؛
الحالة صفر هي في مستوى الشوكة الإسكية



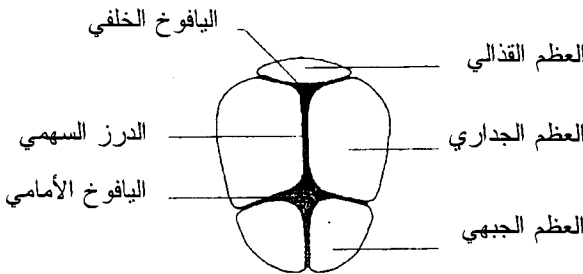
المجيء والوضعية

تحديد جزء المجيء

- جزء المجيء الأكثر شيوعاً هو قمة رأس الجنين. وإذا لم تكن القمة هي جزء المجيء : تصنف الحالة على أنها سوء المجيء (الجدول الأعراض - 12 الصفحة الأعراض - 73).
- إذا كانت القمة هي جزء المجيء: استخدم معالم على جمجمة الجنين لتحديد وضعية رأس الجنين بالنسبة لحوض الأم (الشكل المبادئ السريرية - 6).

معالم على جمجمة الجنين

الشكل المبادئ السريرية - 6

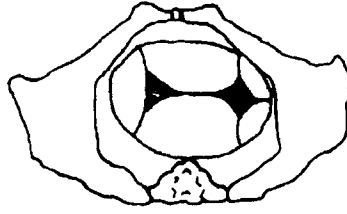
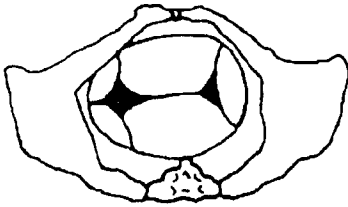


تحديد وضعية رأس الجنين

- يندمج (يتدخل) رأس الجنين في الحالة السوية في حوض الأم بوضعية قذالية مستعرضة، حيث رأس الجنين مستعرض في حوض الأم (الشكل المبادئ السريرية - 7).

الوضعية القذالية المستعرضة

الشكل المبادئ السريرية - 7



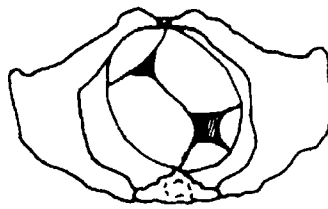
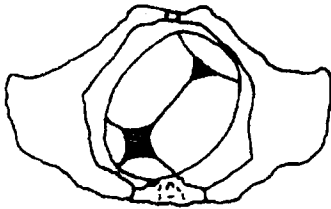
قذالية مستعرضة يسرى

قذالية مستعرضة يمنى

- خلال النزول، يدور رأس الجنين بحيث يكون قذال الجنين أمامياً في حوض الأم (وضعية قذالية أمامية، الشكل المبادئ السريرية - 8). عند فشل الوضعية القذالية المستعرضة بالدوران إلى وضعية قذالية أمامية يجب أن يعالج كوضعية قذالية خلفية (الصفحات الأعراض - 75).

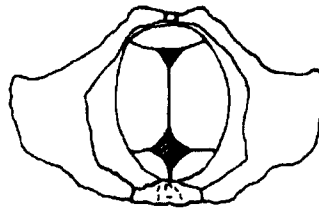
الوضعية القذالية الأمامية

الشكل المبادئ السريرية - 8



قذالية أمامية يسرى

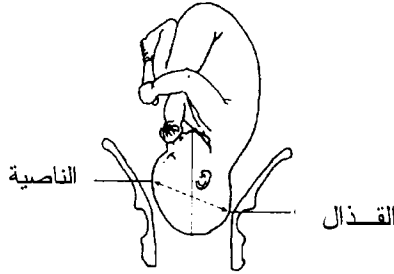
قذالية أمامية يمنى



قذالية أمامية

- هناك ملمح إضافي لمجيء سوي هو القمة المثنية جيداً (كثيراً) (الشكل المبادئ السريرية - 9) حيث يكون القذال أوطأ في المهبل من الناصية.

الشكل المبادئ السريرية - 9 القمة المثنية جيداً



تقييم تقدم المخاض

يقيم تقدم المخاض عن طريق :

- قياس التبدلات في امحاء عنق الرحم وتوسعه (الشكل المبادئ السريرية - 3 أ - هـ الصفحة المبادئ السريرية - 60) خلال طور الكمون أو الخفاء.
 - قياس سرعة توسع عنق الرحم ونزول الجنين (الشكل المبادئ السريرية - 4 الصفحة المبادئ السريرية - 61 والشكل المبادئ السريرية - 5 الصفحة المبادئ السريرية - 62) خلال الطور الفعال.
 - تقييم نزول الجنين الإضافي خلال الدور الثاني.
- يجب أن يرسم تقدم الدور الأول للمخاض على مخطط الولادة حالما تدخل المرأة الطور الفعال من المخاض. يظهر الشكل المبادئ السريرية - 10 الصفحة المبادئ السريرية - 67 نموذج مخطط للولادة.
- بشكل آخر: ارسم مخططاً بسيطاً لتوسع عنق الرحم (بالسنتيمترات) على المحور العمودي مقابل الوقت (بالساعات) على المحور الأفقي.

الفحوص المهبلية

- يجب أن تجرى الفحوص المهبلية مرة كل 4 ساعات على الأقل خلال الدور الأول من المخاض بعد تمزق الأغشية. ارسم الموجودات على مخطط الولادة.
- سجل ما يلي في كل فحص مهبلية :
 - لون السائل الأمينوسي (الصاء)؛
 - توسع عنق الرحم؛
 - النزول (يمكن تقييمه من خلال البطن أيضاً).

- إذا لم يكن عنق الرحم متوسعاً في الفحص الأول فمن غير الممكن تشخيص المخاض.
- إذا وجدت تقلصات : أعد فحص المرأة بعد 4 ساعات بحثاً عن تبدلات عنق الرحم، في هذا الدور: إن وجد امحاء وتوسع فالمرأة في المخاض، وإذا لم توجد تبدلات فالتشخيص هو مخاض كاذب.
- في الدور الثاني من المخاض : قم بالفحوص المهبلية مرة كل ساعة.

استخدام مخطط الولادة

عُدّل مخطط الولادة الخاص بمنظمة الصحة العالمية ليكون أسهل وأبسط عند الاستخدام. أزيل طور الخفاء حيث يبدأ التطبيق على مخطط الولادة من الطور الفعال عندما يكون عنق الرحم متوسعاً بمقدار 4 سم. وضع نموذج لمخطط ولادة (الشكل المبادئ السريرية - 10 الصفحة المبادئ السريرية - 67). لاحظ أنه يجب أن يكبر مخطط الولادة إلى الحجم الكامل قبل الاستخدام.

سجل ما يلي على مخطط الولادة :

معلومات عن المريضة : الاسم الكامل، حامل، رقم الوضع، رقم المستشفى، تاريخ وزمن الدخول وتوقيت تمزق الأغشية.

سرعة قلب الجنين : سجل ذلك كل نصف ساعة.

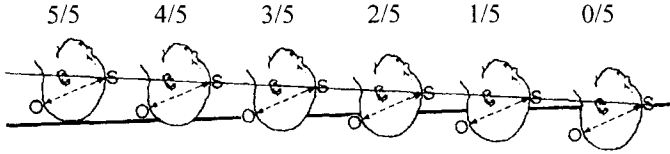
الصاء : سجل لونه عند كل فحص مهبلية :

- I = الأغشية سليمة
- C = الأغشية متمزقة، السائل صافي
- M = السائل ملطخ بالعقي
- B = السائل ملطخ بالدم.

التطابق :

- 1 : الدروز متقاربة.
 - 2 : الدروز متراكبة لكنها قابلة للصغر أكثر.
 - 3 : الدروز متراكبة وغير قابلة للصغر أكثر
- توسع عنق الرحم : يقيم عند كل فحص مهبلية ويشار إليه بعلامة X. ابدأ الرسم (التعيين) على مخطط الولادة عند 4 سم.
- خط اليقظة : خط يبدأ عند توسع عنق الرحم 4 سم إلى النقطة التي يتوقع فيها التوسع التام بمعدل 1 سم كل ساعة.
- خط الفعل : يوازي خط اليقظة و 4 ساعات إلى يمينه.


تقييم النزول عبر الجس البطني : يشير إلى جزء الرأس المجسوس فوق الارتفاق العاني (مقسما إلى 5 أجزاء). يسجل بعلامة دائرة (0) عند كل فحص مهبطي. تكون الناصية في 5/0 على مستوى الارتفاق العاني.





البطن			الحوض		
أعلى	الناصية	يمكن	يمكن	يمكن	الرأس غير
بشكل	مرتفعة	الشعور	الشعور	الشعور	مجسوس
كامل	يمكن	بالناصية	بالناصية	بالناصية	
	الشعور	بسهولة	يمكن	لا يمكن	
	بالقذال	يمكن	الشعور	الشعور	
	بسهولة	الشعور	بالقذال	بالقذال	
		بالقذال	بالقذال		

الساعات: يشير إلى الزمن المنقضي منذ بدء الطور الفعال للمخاض (بالمراقبة أو الاستقراء).
الوقت : سجل الوقت الفعلي .

التقلصات : سجلها على المخطط كل نصف ساعة . جس عدد التقلصات في 10 دقائق ومدتها بالثواني .

• أقل من 20 ثانية : 

• بين 20 - 40 ثانية : 

• أكثر من 40 ثانية : 

الأوكسيتوسين : سجل كمية الأوكسيتوسين في حجم السوائل الوريدية بالقطرات في الدقيقة كل 30 دقيقة عندما يستخدم .

الأدوية المعطاة : سجل أي دواء إضافي يعطى .

النبض : سجله كل 30 دقيقة وعلمه بنقطة (•)

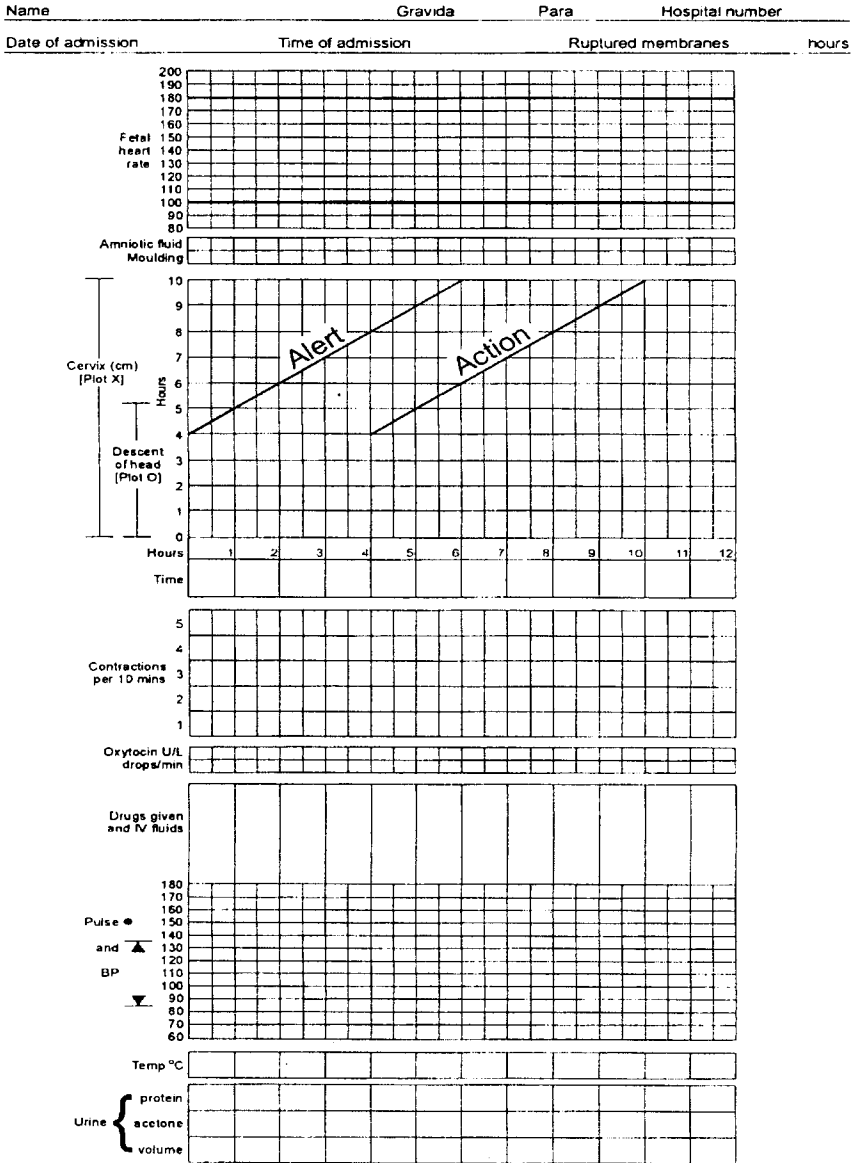
ضغط الدم : سجله كل 4 ساعات وعلمه بأسهم.

درجة الحرارة : سجلها كل ساعتين.

البروتين، الأستون، والحجم : سجلها كلما تبولت المرأة.

مخطط الولادة المعدل الخاص بمنظمة الصحة العالمية

الشكل المبادئ السريرية - 10



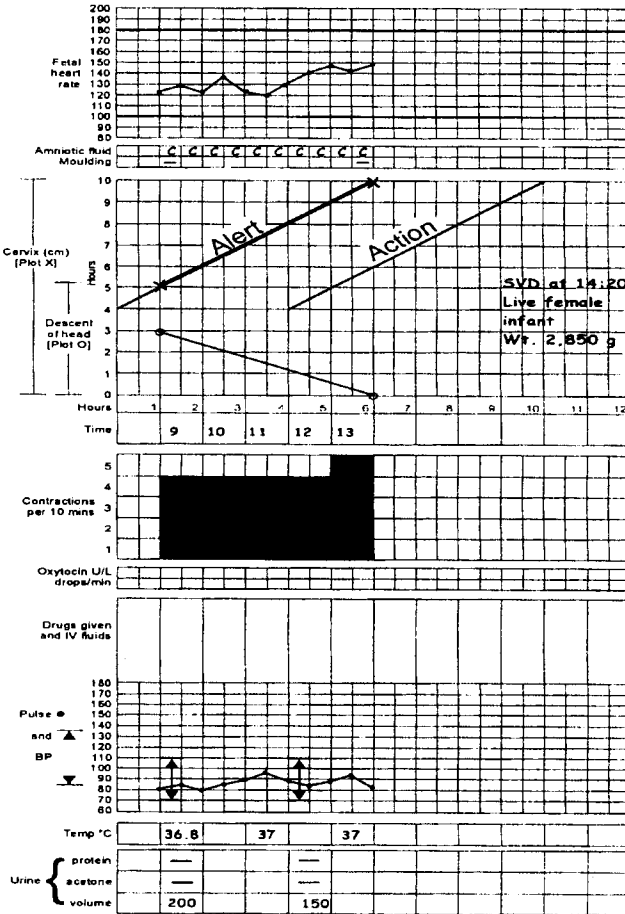
يظهر الشكل المبادئ السريرية – 11 الصفحة المبادئ السريرية – 69 نموذج مخطط ولادة ولادة سوية.

- قبلت (أدخلت) خروس وهي في طور الخفاء من المخاض الساعة 5 صباحاً.
 - رأس الجنين مجسوس 5/4
 - عنق الرحم متوسع 2 سم
 - 3 تقلصات في 10 دقائق ، تدوم كل واحدة 20 ثانية
 - حالة الأم والجنين سوية.
- ملاحظة : لا ترسم هذه المعلومات على مخطط الولادة .
 - في الساعة 9 صباحاً :
 - رأس الجنين مجسوس 5/3
 - عنق الرحم متوسع 5 سم
- ملاحظة : كانت المرأة في الطور الفعال من المخاض، وهذه المعلومات ترسم على مخطط الولادة. يرسم توسع عنق الرحم على خط البيضة.
 - 4 تقلصات في 10 دقائق، يدوم كل منها 40 ثانية .
 - توسع عنق الرحم مترق بمعدل 1 سم كل ساعة .
- في الساعة 2 ظهراً :
 - رأس الجنين مجسوس 5/0 .
 - عنق الرحم متوسع بشكل تام .
 - 5 تقلصات في 10 دقائق، يدوم كل منها 40 ثانية .
 - حدثت ولادة مهبلية عفوية الساعة 2.20 ظهراً .

نموذج مخطط ولادة لولادة سوية.

الشكل المبادئ السريرية - 11

Name Mrs. S Gravida 3 Para 2+0 Hospital number 7886
 Date of admission 12.5.2000 Time of admission 5:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



تقدم الدور الأول من المخاض (الولادة)

- الموجودات التي توحى بتقدم بيعث الرضا للدور الأول من المخاض هي:
 - تقلصات منتظمة متزايدة بشكل مترقٍ في التواتر والمدة.
 - معدل توسع عنق الرحم 1 سم كل ساعة على الأقل خلال الطور الفعال من المخاض (توسع عنق الرحم على أو إلى يسار خط اليقظة).
 - عنق الرحم منطبق بشكل جيد على جزء المجيء.
 - الموجودات التي توحى بتقدم غير مرضٍ للدور الأول من المخاض هي:
 - تقلصات غير منتظمة وغير متواترة بعد طور الخفاء.
 - أو : معدل توسع عنق الرحم أقل من 1 سم في الساعة خلال الطور الفعال من المخاض (توسع عنق الرحم إلى يمين خط اليقظة).
 - أو عنق الرحم منطبق بشكل ضعيف على جزء المجيء.
- قد يؤدي التقدّم غير المرضي للمخاض إلى مخاض مطول (الجدول الأعراض – 10 الصفحة الأعراض – 57).

تقدم الدور الثاني من المخاض

- الموجودات التي توحى بتقدم مرضٍ للدور الثاني من المخاض هي:
 - نزول ثابت للجنين خلال قناة الولادة .
 - بدء طور الانقذاف (الدفع).
- الموجودات التي توحى بتقدم غير مرضٍ للدور الثاني من المخاض هي:
 - انعدام نزول الجنين خلال قناة الولادة .
 - فشل الانقذاف خلال الطور المتأخر (الانقذافي)

تقدم حالة الجنين

- إذا وجدت شدوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة) اشتبته بضائقة جنينية (الصفحة الأعراض – 95).

- تعتبر الوضعيات والمجيبات في الولادة غير الوضعية القذالية الأمامية مع قمة منتنبة بشكل جيد أسوء توضع أو أسوء مجيء (الصفحة الأعراض - 69).
- إذا لم يحدث تقدم مرض في الولادة أو توقع مخاض مطول، قف على سبب التقدم البطيء (الصفحة الأعراض - 57).

تقدم حالة الأم

قيم الأم بحثاً عن علامات الضائقة :

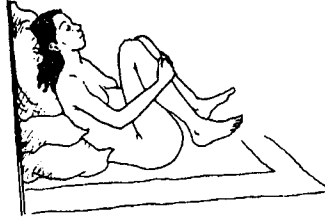
- إذا كان نبض المرأة مزداداً : فقد تكون مصابة بتجفاف أو تعاني من ألم. تأكد من التعويض الكافي للسوائل عبر الطريق الفموي أو الوريدي ووفر تسكيناً كافياً (الصفحة المبادئ السريرية - 37).
- إذا كان ضغط دم المرأة ناقصاً : اشتبه بالنزف (الصفحة الأعراض - 17).
- إذا وجد أسيتون في بول المرأة : اشتبه بتغذية سيئة وأعط الدكستروز وريدياً.

الولادة السوية

الطرق العامة للرعاية الداعمة أثناء الولادة أكثر فائدة في مساعدة المرأة على تحمل آلام المخاض.

حالما يصبح عنق الرحم متوسعاً بشكل كامل والمرأة في طور الانقذاف من الدور الثاني: شجع المرأة على اتخاذ الوضعية التي تفضلها (الشكل المبادئ السريرية - 12) وشجعها على الدفع (الكبس أو الضغط).

الشكل المبادئ السريرية - 12 الأوضاع التي قد تتخذها المرأة أثناء الولادة



ملاحظة : لم يعد يوصى بوضع الفرج كإجراء روتيني، وليس هناك بيئة على أن يضع الفرج الروتيني ينقص ضرر العجان أو هبوط المهبل أو سلس البول مستقبلاً. وفي الحقيقة: يترافق بضع الفرج الروتيني بزيادة التمزقات من الدرجة الثالثة والرابعة وخلل وظيفة العضلة المصرة اللاحق.

يجب التفكير بوضع الفرج (الصفحة الإجراءات - 71) في الحالات التالية فقط :

- الولادة المهبلية المصحوبة بمضاعفات (مقعدية، عسر ولادة الكتف، الملقط، استنعال المحجم).
- تندب ناجم عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية أو تمزقات من الدرجة الثالثة أو الرابعة سيئة الالتئام .
- ضائقة جنينية .

ولادة الرأس

- اطلب من المرأة أن تلهث أو أن تقوم بدفعات خفيفة فقط مع التقلصات عندما يولد رأس الطفل.
- لضبط ولادة الرأس : ضع أصابع إحدى اليدين مقابل رأس الطفل لتحافظ عليه منتبهاً (منحنياً).
- استمر في دعم العجان برقة عندما يولد رأس الطفل.
- حالما يولد رأس الطفل : اطلب من المرأة ألا تدفع (ألا تكبس).
- قم بمص فم الطفل وأنفه.
- تحسس رقبة الطفل بحثاً عن الحبل السري :
 - إذا كان الحبل حول الرقبة لكنه رخو: زلقه فوق رأس الطفل.
 - إذا كان الحبل مشدوداً حول الرقبة، القطه بشكل مزدوج واقطعه قبل أن تفكه من حول الرقبة.

إتمام الولادة

- اسمح لرأس الطفل أن يدور بشكل عفوي.
- بعد أن يدور الرأس: ضع يداً فوق كل جانب من رأس الطفل. اطلب من المرأة أن تدفع (تكبس) برفق مع التقلص التالي.
- انقص التمزقات بتوليد (باستخراج) كتف واحد في كل مرة. حرك رأس الطفل إلى الخلف لتوِّد (لتستخرج) الكتف الأمامي (الذي هو في الأمام).

ملاحظة : إذا وجد عسر في ولادة الكتفين ، اشبثبه بعسر ولادة الكتف (الصفحة الأعراض - 83).

- ارفع رأس الطفل للأمام لتوليد (لاستخراج) الكتف الخلفي (الذي هو في الخلف).
- ادعم بقية جسم الطفل بيد واحدة أثناء انزلاقه للخارج .
- ضع الطفل على بطن الأم، جفف الطفل بكامله، امسح العينين وقبّم تنفس الطفل:

ملاحظة : يبدأ معظم الأطفال بالبكاء أو التنفس بشكل عفوي خلال 30 ثانية من الولادة.

- إذا كان الطفل يبكي أو يتنفس (يرتفع الصدر 30 مرة / الدقيقة على الأقل): اترك الطفل مع الأم.
- إذا لم يبدأ الطفل بالتنفس خلال 30 ثانية : اصرخ طلباً للمساعدة وقم بخطوات لإنعاش الطفل (الصفحة الأعراض - 142).

توقع الحاجة للإنعاش وجهاز خطة لتقديم المساعدة لكل طفل ، وبشكل خاص إذا كان لدى الأم قصة لارتجاج أو نزف أو ولادة معرّقة أو مطولّة أو ولادة مبتسرة أو عدوى.

- القط (امسك بملقط) الحبل السري واقطعه .
- تأكد أن الطفل محفوظ وهو دافئ، وأنه على تماس من الجلد إلى الجلد مع صدر الأم. دثر الطفل بقماش طري جاف وغطه ببطانية وتأكد أن رأسه مغطى لتمنع ضياع الحرارة.
- إذا لم تكن الأم على ما يرام : اطلب من مساعد أن يهتم بالطفل.
- جس البطن لتستبعد وجود طفل آخر (أطفالاً آخرين) ولتبدأ التدبير الفعال للدور الثالث.

التدبير الفعال للدور الثالث

يساعد التدبير الفعال للدور الثالث (الولادة الفعالة للمشيمة) على منع النزف التالي للولادة. يتضمن التدبير الفعال للدور الثالث للولادة:

- الأوكسيتوسين فوراً.
- الجر المنضبط للحبل.
- تدليك الرحم.

الأوكسيتوسين OXYTOCIN

- في غضون دقيقة من الولادة : جس البطن لتستبعد وجود طفل إضافي (أطفال آخرين) وأعط 10 وحدات من الأوكسيتوسين عضلياً.
- الأوكسيتوسين oxytocin هو المفضل لأنه فعال بعد 2-3 دقائق من الحقن وله تأثيرات جانبية قليلة، ويمكن استخدامه عند كل النساء. وإذا لم يكن الأوكسيتوسين متوفراً أعط 0.2 ميلي غرام من الإرغوميترين ergometrine عضلياً أو البروستاغلاندينات prostaglandins. تأكد من عدم وجود طفل آخر (أطفال آخرين) قبل إعطاء هذه الأدوية.

لا تعط الإرغوميترين إلى امرأة مصابة بمقدمات الارتعاج أو الارتعاج أو ارتفاع ضغط الدم لأنه يزيد اختطار الاختلاجات والحوادث الدماغية الوعائية.

الجر المنضبط للحبل

- القط الحبل قريباً من العجان باستخدام ملقط الاسفنج. امسك الحبل الملقط ونهاية الملقط بإحدى اليدين.
- ضع اليد الأخرى فوق العظم العاني مباشرة وثبت الرحم بتطبيق جر مضاد خلال الجر المنضبط للحبل وهذا سيساعد على منع انقلاب الرحم.
- احتفظ بشد خفيف على الحبل وانتظر تقلصاً رحمياً قوياً (2-3 دقائق).
- عندما يصبح الرحم مدوراً أو عندما يطول الحبل، اسحب – وبلطف شديد الحبل للأسفل لتستخرج المشيمة. لا تنتظر دقيقة من الدم قبل تطبيق الجر على الحبل. استمر بتطبيق الجر المضاد على الرحم باليد الأخرى.
- إذا لم تنزل المشيمة خلال 30 - 40 ثانية من الجر المنضبط للحبل (أي لا توجد علامات على انفصال المشيمة): لا تستمر بسحب الحبل:
 - امسك الحبل بلطف وانتظر حتى يتقلص الرحم بشكل جيد ثانية. استعمل ملقط اسفنج – إن كان ضرورياً – لتلقط الحبل بشكل أقرب إلى العجان عندما يتناول.
 - في التقلص التالي: أعد الجر المنضبط للحبل مع جر مضاد.

لا تطبق أبداً جر الحبل (السحب) دون تطبيق جر مضاد (الدفع) فوق العظم العاني باليد الأخرى.

- حالما تستخرج المشيمة: يمكن تمزيق الأغشية الرقيقة. امسك المشيمة بيديك الانتنيتين وأدراها بلطف حتى تنفصل الأغشية.
- اسحب ببطء لتتم الولادة.
- إذا تمزقت الأغشية. افحص بلطف أعلى المهبل وعنق الرحم مستخدماً قفازات مطهرة على مستوى عالٍ واستخدم ملقط الاسفنج لنزع أي قطع موجودة من الغشاء.
- تفحص المشيمة بتأن لتتأكد من عدم فقدان أي شيء منها. إذا فقد جزء من السطح الأمامي أو إذا وجدت أغشية متمزقة مع أوعية، اشتبه بوجود شدف مشيمية محتبسة (الصفحة الأعراض - 32)
- إذا حدث انقلاب الرحم، أعد توضع الرحم (الصفحة الإجراءات - 91).
- إذا انفصل الحبل : قد يكون النزاع اليدوي ضرورياً (الصفحة الإجراءات - 77).

تدليك الرحم

- ذلك قاع الرحم فوراً من خلال بطن المرأة حتى يتقلص الرحم.
- أعد تدليك الرحم كل 15 دقيقة خلال أول ساعتين .
- تأكد من أن الرحم لم يرتخ (يصبح طرياً) بعد أن توقف تدليك الرحم.

البحث عن التمزقات

- افحص المرأة، وبعناية، واصلح أي تمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات-81) أو المهبل (الصفحة الإجراءات - 83) وصلح بضغ الفرج (الصفحة الإجراءات - 73).

الرعاية الأولية للوليد

- تفحص تنفس الطفل ولونه كل 5 دقائق .
- إذا أصبح الوليد مزرقاً أو يعاني من عسر التنفس (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة) أعط الأوكسجين بقطار أنفي أو بجسم مخروطي (الصفحة الأعراض - 146).

- تفحص الدفء بتحسس قدم الطفل كل 15 دقيقة :
 - إذا بدت قدم الطفل باردة : افحص درجة الحرارة الإبطية .
 - إذا كانت درجة حرارة الطفل أقل من 36.5 م : أعد تدفئة الطفل (الصفحة الأعراض – 148).
- تفحص الحبل بحثاً عن النزف كل 15 دقيقة: إذا كان الحبل ينزف: اربط الحبل ثانية بشكل أقوى.
- طبق قطرة مضادة للمكروبات (محلول نترات الفضة 1% أو محلول البوفيدون اليودي 2.5%) أو مرهماً مضاداً للمكروبات (مرهم النتراسيلكين 1%) على عيني الطفل.
- ملاحظة : يجب ألا يخلط البوفيدون اليودي مع صبغة اليود والذي قد يسبب العمى إذا استخدم.
- أزل أي عقي أو دم من الجلد.
- شجع على الإرضاع من الثدي عندما يبدو الطفل مستعداً (يبدأ بالتهنيئة للرضاعة). لا تجبر الطفل على الرضاعة.

تجنب فصل الأم عن الطفل قدر الإمكان، لا تترك الأم والطفل دون رعاية في أي وقت.

- سوف يعتمد تدبير طفل يولد لأم عولجت من مضاعفات على :
- فيما إذا كان لدى الطفل حالة أو مشكلة تتطلب معالجة سريعة.
- فيما إذا كانت حالة الأم تسمح لها برعاية وليدها بشكل تام أو بشكل جزئي أو لا تسمح بذلك إطلاقاً.

الولدان الذين يعانون من مشكلات

- إذا كانت لدى الوليد مشكلة حادة تتطلب معالجة خلال ساعة من الولادة: سيحتاج الأمر استدعاء مقدمي الرعاية الصحية في جناح الولادة لتقديم الرعاية (الصفحة الأعراض -141). تتضمن الحالات والمشكلات التي تتطلب تدخلات عاجلة :
 - عدم التنفس؛
 - التنفس بصعوبة؛
 - زراق مركزي (زرقة الجلد)؛
 - انخفاض وزن الولادة (أقل من 2500 غرام)؛
 - النوم؛
 - انخفاض الحرارة / كرب البرد (درجة الحرارة الإبطية أقل من 36.5)؛
 - اختلاجات.
- تتطلب الحالات التالية معالجة مبكرة :
 - عدوى جرثومية محتملة عند طفل سوي ظاهرياً عانت أمه من تمزق الأغشية لفترة طويلة أو قبل المخاض.
 - الزهري المحتمل (لدى الأم اختبار سيرولوجي إيجابي أو لديها أعراض).
- إذا كان لدى الوليد تشوه أو مشكلة أخرى لا تتطلب رعاية عاجلة (جناح الولادة) :
 - وفر رعاية روتينية أولية للوليد (الصفحة المبادئ السريرية – 76).
 - انقل الطفل إلى المرفق المناسب لرعاية الولدان تحت الاختطار بالسرعة الممكنة (الصفحة المبادئ السريرية – 78).

الولدان دون مشكلات

- إذا لم تكن لدى الوليد مشكلة ظاهرة : وفر رعاية أولية روتينية للوليد تشمل: تماس جلده مع جلد الأم والإرضاع المبكر من الثدي (الصفحة المبادئ السريرية – 76).
- اترك الطفل بتماس مباشر (الجلد إلى الجلد) مع أمه في كل الأوقات إذا كانت حالة الأم تسمح بذلك.
- إذا كانت حالة الأم لا تسمح باستمرار التماس المباشر (الجلد إلى الجلد) بعد الولادة (مثلاً: القيصرية):
 - دثر الطفل بقماش جاف طري، وغطه ببطانية وتأكد أن رأسه مغطى لئلا يفقد الحرارة.
 - راقبه باستمرار.
- إذا كانت حالة الأم تتطلب فصلاً مطولاً عن الطفل : انقل الطفل إلى المرفق الملائم لرعاية الولدان (انظر لاحقاً).

نقل الأطفال

- اشرح مشكلة الطفل للأم (الصفحة المبادئ السريرية – 5).
- حافظ على الطفل دافئاً. دثر الطفل بقماش جاف طري. وغطه ببطانية وتأكد أن رأسه مغطى لمنع فقد الحرارة.
- انقل الطفل بيدي مقدم الرعاية الصحية إن أمكن. إذا تطلب الطفل معالجة خاصة مثل الأكسجين انقله بحاضنة أو مُهيد (سرير الوليد).
- هيء للبدء بالإرضاع من الثدي حالما يصبح الطفل جاهزاً للرضاعة أو حالما تسمح حالة الأم بذلك.
- إذا كان علينا تأخير الإرضاع من الثدي لمشكلات عند الأم أو الوليد: علم الأم أن تعصر لبن الثدي قدر الإمكان وتأكد أن هذا اللبن يعطى للوليد.
- تأكد أن المرفق الذي يرعى الوليد قد تلقى سجل المخاض والولادة وأي معالجات أعطيت للوليد.

إنشاء بيئة رعاية صحية محسنة

- يجب أن يسعى مستشفى المنطقة لخلق جو ترحيبي للمرأة والمجتمع ومقدمي الرعاية الصحية القادمين من الوحدات الصحية البعيدة عن المركز. يجب أن يتم دعم الجهود المخلصة لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين وأن يتم التعاون معهم لتصحيح الأخطاء.
- يجب على الأطباء والقابلات في مستشفى المنطقة - عند تعاملهم مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين - أن:
 - يشجعوا مقدمي الرعاية الصحية الذين حولوا المريضات ويشكروهم، خاصة بحضور المرأة وعائلتها.
 - يقدموا التوجيه السريري والمقترحات المصححة على انفراد، وذلك للمحافظة على مصداقية مقدم الرعاية الصحية في المجتمع.
 - يشركوا مقدم الرعاية الصحية (إلى درجة ملائمة) في الرعاية المستمرة للمرأة.
 - على الأطباء والقابلات - عند تعاملهم مع المجتمع - أن:
 - يدعوا أعضاء من المجتمع ليكونوا جزءاً من لجنة مستشفى المنطقة أو لجنة التطوير الصحي.
 - يحددوا الأشخاص الرئيسيين في المجتمع ويدعوهم إلى المرفق ليطلعوهم على دوره ووظيفته إضافة إلى العقوبات والتقييدات.
 - يهينوا الفرص للمجتمع كي يرى مستشفى المنطقة كمرفق للخدمات العامة (مثلاً: خلال حملات التطعيم، وبرامج التحري).

تلبية احتياجات المرأة

- يجب على مستشفى المنطقة - حتى يعزز استمالته للمرأة والمجتمع - أن يكون راعياً لتفحص خدماته الخاصة بممارسات التوليد. يجب أن يوفر المرفق بيئة مريحة وحساسة ثقافياً والتي:
- تحترم خصوصية المرأة واحتشامها.
 - ترحب بأعضاء العائلة.
 - توفر مكاناً مريحاً للمرأة ووليدها (مثلاً سرير ولادة منخفض، غرفة دافئة ونظيفة).

يمكن للمرفق بالتخطيط الدقيق أن يوفر هذه البيئة دون تعارض مع قدرته على التجاوب مع المضاعفات والطوارئ..

تحسين نماذج الإحالة

- يجب أن تعطي كل امرأة تحال إلى مستشفى المنطقة بيان إحالة يحتوي المعلومات التالية:
 - معلومات عامة عن المريضة (الاسم، العمر، العنوان).
 - التاريخ التوليدي (رقم الولادة، العمر الحلمي، المضاعفات في الفترة السابقة للولادة).
 - المضاعفات التوليدية السابقة ذات الصلة (قيصرية سابقة، نزف نالٍ للولادة).
 - المشكلة النوعية التي أحييت المرأة من أجلها .
 - المعالجات المطبقة سابقاً ونتائج هذه المعالجات .
- يجب أن يتضمن بيان الإحالة نتيجة الإحالة. يجب أن يعاد بيان الإحالة إلى المرفق الذي حولها بيد المرأة أو الشخص الذي أحضرها. يجب أن يحتفظ كل من مستشفى المنطقة والمرفق المحول بسجل لكل الإحالات كآلية لضمان الجودة.
- يمكن للمرفق المحول أن يقيم نجاح وكفاءة إحالاته.
 - يمكن لمستشفى المنطقة أن يراجع السجلات بحثاً عن أدلة تشير إلى أن أحد مقدمي الرعاية الصحية أو المرفق بحاجة إلى دعم أو تدريب تقني إضافي.

توفير التدريب والإشراف الداعم

- يجب على مستشفيات المنطقة أن توفر تدريباً سريرياً لمقدمي الرعاية الصحية البعيدين عن المركز، بحيث يكون ذي جودة عالية وبالمشاركة. يركز التدريب على المهارات، وهو أكثر فعالية من التدريب المعتمد على الصفوف لأنه:
- يحسن العلاقة بين مقدمي الرعاية الصحية في مستشفى المنطقة والعاملين المساعدين المتعددي الوظائف في الوحدات البعيدة عن المركز (المستترفة).
 - يزيد ألفة مقدمي الرعاية الصحية البعيدين عن المركز مع الرعاية السورية المقدمة في مستشفى المنطقة.
 - يعزز بناء الفريق، ويسهل الإشراف على العاملين الصحيين ما داموا يعودون إلى مجتمعهم لتطبيق المهارات التي تعلموها.

القسم الثاني
الأعراض

- تتميز الصدمة بفشل الجهاز الدوراني على المحافظة على تروية كافية للأعضاء الحيوية، وهي حالة مهددة للحياة تتطلب معالجة فورية ومشددة.
- اشتبه أو توقع الصدمة إذا وجد واحد على الأقل مما يلي:
- نزف في الحمل الباكر (مثلاً: إجهاض، حمل منتبذ أو رحوي).
 - نزف في الحمل الآجل أو المخاض (مثلاً: انفصال المشيمة الباكر، مشيمة منزاحة، رحم متمزق).
 - نزف بعد الولادة (مثلاً: رحم متمزق، وني الرحم، تمزقات الجهاز التناسلي، مشيمة محتبسة أو انحباس شدف مشيمية).
 - عدوى (مثلاً: إجهاض إبتائي أو غير مأمون، التهاب السلى، التهاب الرحم، التهاب الحويضة والكلية).
 - رضح (مثلاً: إصابة الرحم أو الأمعاء خلال الإجهاض، رحم متمزق، تمزقات الجهاز التناسلي).

الأعراض والعلامات

- شخصّ الصدمة إذا وجدت الأعراض والعلامات التالية :
- نبض سريع ضعيف (110 في الدقيقة أو أكثر)؛
 - ضغط الدم منخفض (الانقباضي أقل من 90 ميلي متر ز).
- تتضمن الأعراض والعلامات الأخرى ما يلي :
- شحوب (خاصة الجفن الباطن أو الراحتين أو حول الفم)؛
 - تعرق أو جلد بارد متند بالعرق؛
 - تنفس سريع (السرعة 30 نفساً في الدقيقة أو أكثر)؛
 - قلق، تخليط أو فقد الوعي؛
 - نتاج بولي قليل (أقل من 30 ميلي لتر/ الساعة).

التدبير

التدبير الفوري

- اصرخ طلباً للمساعدة، اطلب مساعدة كل الطاقم المتواجد فوراً.
- راقب العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).

- أدر المرأة إلى جانبها لتقلل اختطار الرشف إذا تقيأت، وتأكد أن المسالك الهوائي مفتوح.
- حافظ على المرأة دافئة، لكن لا تفرط في التدفئة لأن ذلك سيزيد الدوران المحيطي وينقص الإمداد بالدم للمراكز الحيوية.
- ارفع الساقين لزيادة عودة الدم إلى القلب (ارفع، إن أمكن، السرير من ناحية القدمين).

التدبير الخاص

- ابدأ بتسريب وريدي (ويفضل فتح خطين معاً للتسريب الوريدي إن أمكن) مستخدماً في كل منهما قنية أو إبرة كبيرة واسعة النقب (مقياس 16 أو أكبر مقياس متوفر). اسحب عينة من الدم لتقدير الهيموغلوبين واختبار التوافق للزمر الدموية الفوري والتجلط جانب السرير (انظر لاحقاً) وذلك قبل تسريب السوائل مباشرة.
- سرب سوائل عن طريق الوريد وبسرعة (مطلوب ملحي أو رنغر اللاكتاتي) بمعدل بدئي هو 1 لتر في 15 – 20 دقيقة .
- ملاحظة : تجنب استخدام بدائل البلازما (مثلاً الدكستران) فلا يوجد بيئة على أن بدائل البلازما تفوق المحلول الملحي في إنعاش المرأة المصدومة، وقد يكون الدكستران مؤدياً بجرعات كبيرة.
- أعط لترين من هذه السوائل في أول ساعة على الأقل، وهذا أفضل وأكثر من إعاضة السوائل في الفقد المتواصل.
- ملاحظة: إن معدل تسريب أعلى مطلوب في تدبير الصدمة الناجمة عن النزف. حاول إعاضة 2-3 أضعاف فقد السوائل المقدر.

لا تعط سوائل عن طريق الفم لامرأة في حالة صدمة.

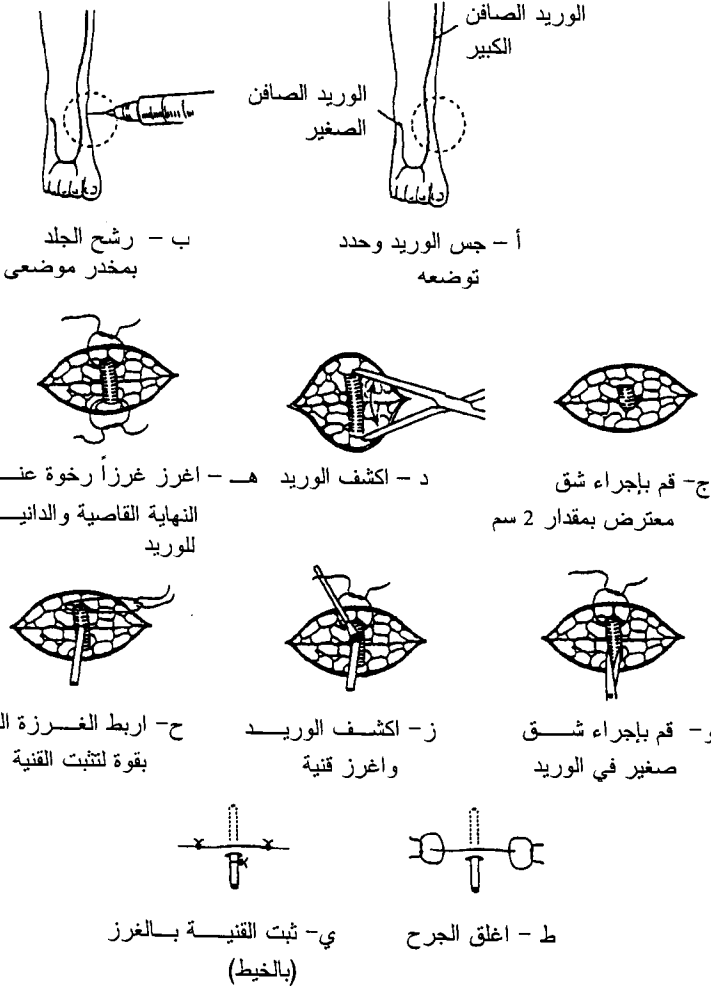
- إذا لم تستطع أن تدخل الإبرة في وريد محيط : ينبغي عليك إجراء قطع الوريد جراحياً (الشكل الأعراض – 1).
- استمر بمراقبة العلامات الحيوية (كل 15 دقيقة) وفقد الدم.
- قنطر المثانة وراقب المدخول من السوائل والنتاج البولي.
- أعط الأكسجين بمعدل 6-8 ألتار في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.

اختبار التجلط جانب السرير

- قيّم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير:
- خذ 2 ميلي لتر من دم وريدي في أنبوب اختبار زجاجي صغير صاف جاف ونظيف (10 مم × 75 مم تقريباً).

- امسك الأنبوب بقبضة يدك المغلقة لتحافظ عليه دافئاً (± 37 م).
- بعد 4 دقائق : أمل الأنبوب ببطء لترى إن تشكلت جلطة، ثم أمله ثانية كل دقيقة حتى يتجلط الدم، وتتمكن من قلب الأنبوب من الأعلى للأسفل (رأساً على عقب).
- يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو وجود جلطة طرية تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض - 19).

الشكل الأعراض 1 - فغر الوريد



تحديد سبب الصدمة وتدبيره

حدد سبب الصدمة بعد أن تستقر حالة المرأة:

- إذا اشتبه بنزف شديد كسبب للصدمة:
 - قم بإجراءات لإيقاف النزف في نفس الوقت (مثلاً، معجلات الولادة، تدليك الرحم، تطبيق ضغط باليدين، ضغط الأبهري، التحضير لتدخل جراحي).
 - انقل الدم بأسرع وقت ممكن لتعوض فقد الدم (الصفحة المبادئ السريرية – 23).
 - حدد سبب النزف ودبره:
 - إذا حدث النزف خلال أول 22 أسبوعاً من الحمل: اشتبه بالإجهاض، أو بحمل منتبذ أو رحوي (الصفحة الأعراض – 7).
 - إذا حدث النزف بعد 22 أسبوعاً أو خلال المخاض وقبل الولادة: اشتبه بالمشيمة المنزاحة أو انفصال المشيمة الباكر أو الرحم المتمزقة (الصفحة الأعراض – 17).
 - إذا حدث النزف بعد الولادة: اشتبه بالرحم المتمزقة أو وني الرحم أو تمزقات السبيل التناسلي أو المشيمة المنحسبة أو الشدف المشيمية (الصفحة الأعراض – 25).
 - أعد تقييم حالة المرأة بحثاً عن علامات التحسن (الصفحة الأعراض – 5).
 - إذا اشتبه بعدوى كسبب للصدمة:
 - اجمع عينات ملائمة (الدم، البول، القيح) من أجل زرع المكروبات قبل البدء بالمضادات الحيوية، إذا كانت التسهيلات متوفرة.
 - أعط المرأة توليفة من المضادات الحيوية لتغطي العدوى الحيوانية واللاحيوائية، واستمر بذلك حتى تصبح خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35).
 - البنسلين G 2 مليون وحدة أو الأمبيسيلين 2 غراماً وريدياً كل 6 ساعات.
 - إضافة إلى: الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - إضافة إلى: المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- لا تعط مضادات حيوية عن طريق الفم لامرأة مصابة بصدمة.
- أعد تقييم حالة المرأة بحثاً عن علامات التحسن (الصفحة الأعراض – 5).
 - إذا اشتبه برضح كسبب للصدمة: حضر من أجل تدخل جراحي.

إعادة التقييم

- أعد تقييم استجابة المرأة للسوائل خلال 30 دقيقة لتحديد فيما إذا كانت حالتها في تحسن. تتضمن علامات التحسن ما يلي :
 - استقرار النبض (بمعدل 90 في الدقيقة أو أقل)؛
 - زيادة ضغط الدم (الانقباضي 100 ميلي متر ز أو أكثر)؛
 - تحسن الوعي والحالة العقلية (تخليط أو قلق أقل)؛
 - زيادة النتاج البولي (30 ميلي لتر في الساعة أو أكثر).
- إذا تحسنت حالة المرأة :
 - اضبط معدل تسريب السوائل الوريدية إلى 1 لتر في 6 ساعات.
 - استمر في تدبير السبب الدفين للصدمة (الصفحة الأعراض - 4).
- إذا لم تتحسن حالة المرأة أو تستقر، فإنها تتطلب تدبيراً إضافياً (انظر لاحقاً).

التدبير الإضافي

- استمر في تسريب السوائل وريدياً، اضبط معدل التسريب على 1 لتر في 6 ساعات وحافظ على إعطاء الأكسجين بمعدل 6-8 ألتار في الدقيقة .
- راقب حالة المرأة مراقبة دقيقة.
- قم باختبارات مختبرية تتضمن الهيماتوكريت، وتحديد زمرة الدم ونمط Rh والتوافق. إذا كانت التسهيلات متوفرة: تحقق من كهارل المصل وكرياتينين المصل وباهاء الدم.

المشكلة

- نزف مهبلّي يحدث خلال الأسابيع 22 الأولى من الحمل.

التدبير العام

- قم بإجراء تقييم سريع للحالة العامة للمرأة يشمل العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- إذا اشتبه بصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض - 1). حتى وإن كانت علامات الصدمة غير موجودة، ابق الصدمة في حسابك ولا تنسها وأنت تقيم المرأة لأن حالتها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة: من المهم أن تبدأ المعالجة فوراً.
- إذا كانت المرأة في صدمة : فكر جدياً بتمزق حمل منتبذ (الجدول الأعراض - 4 الصفحة الأعراض - 14).
- ابدأ بتسريب وريدي وسرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية - 21).

التشخيص

- فكر جدياً بالحمل المنتبذ عند أي امرأة تعاني من فقر الدم أو مرض التهابي حوضي، أو إجهاض مهدد أو شكوى غير عادية حول ألم بطني.
- ملاحظة : إذا اشتبه بحمل منتبذ : أنجز الفحص باليدين بلطف لأن الحمل المنتبذ المبكر يتمزق بسهولة .
- فكر جدياً بالإجهاض في أي امرأة في سن الإنجاب لديها حيض فانت (تأخر نزف الحيض، مع مضي أكثر من شهر على آخر ظهور للدم منذ آخر حيض) ولديها واحد أو أكثر مما يلي: نزف، معص، انقذاف جزئي لمنجالت الحمل، عنق رحم متوسع أو رحم أصغر من المتوقع.
- إذا كان التشخيص المحتمل هو الإجهاض: حدد، وعالج أي مضاعفات فوراً (الجدول الأعراض - 2، الصفحة الأعراض - 9).

الجدول الأعراض – 1 تشخيص النزف المهبلي في الحمل الباكر

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحيانا	العرض الذي يدفع المرأة لمراجعة الطبيب وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
إجهاض مهدد، الصفحة الأعراض – 10	معص / ألم أسفل البطن الرحم أطرى من السوي	نزف خفيف ^(أ) • • عنق رحم مغلق • رحم متناسب مع التواريخ (المواعيد)
حمل متبذ	إغماء • كتلة مؤلمة في الملحقات • انقطاع الحيض أو • تأخره • إيلا م بحركة عنق الرحم	نزف خفيف • ألم بطني • عنق رحم مغلق • رحم أكبر قليلا من السوي • رحم أطرى من السوي
إجهاض تام الصفحة الأعراض – 12	معص خفيف / ألم أسفل البطن • تاريخ طبي سابق لانقذاف • منتجات الحمل	نزف خفيف • عنق رحم مغلق • رحم أصغر من التواريخ (المواعيد) • رحم أطرى من السوي
إجهاض حتمي الصفحة الأعراض – 11	معص / ألم أسفل البطن . رحم ممض • لا يوجد انقذاف لمنتجات الحمل	نزف غزير ^(ب) • عنق رحم متوسع • رحم يتناسب مع التواريخ (المواعيد)
إجهاض ناقص الصفحة الأعراض – 11	معص / ألم أسفل البطن • انقذاف جزئي لمنتجات الحمل	نزف غزير • عنق رحم متوسع • رحم أصغر من التواريخ (المواعيد)
حمل رحوي الصفحة الأعراض – 15	غثيان / قيء • إجهاض عفوي • معص / ألم أسفل البطن • كيسات مبيضية (سهلة التمزق) • بدء مبكر لمقدمات الارتجاج • لا توجد بيئة على وجود جنين	نزف غزير • عنق رحم متوسع • رحم أكبر من التواريخ (المواعيد) • رحم أطرى من السوي • انقذاف جزئي لمنتجات الحمل التي تشبه التحسب العنقودي

(أ) النزف الخفيف: يحتاج أكثر من 5 دقائق ليشرب حشوة أو قماشة نظيفة.

(ب) النزف الغزير: يحتاج أقل من 5 دقائق ليشرب حشوة أو قماشة نظيفة.

الجدول الأعراض - 2

تشخيص مضاعفات الإجهاض وتدبيرها

الأعراض والعلامات	المضاعفة	التدبير
<ul style="list-style-type: none"> • ألم أسفل البطن • إيلام في المنطقة المقابلة للرجس • رحم ممض • نزف مطول • توعك • حمى • نجيج مهبلية كريه الرائحة • نجيج قيحي من عنق الرحم • إيلام عند تحريك عنق الرحم 	عدوى / إنتان	<p>ابدأ بالمضادات الحيوية (1)</p> <p>بأسرع وقت ممكن قبل محاولة الشفط بالتخلية اليدوية.</p> <p>(الصفحة الإجراءات - 65)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • معص / ألم بطني • إيلام في المنطقة المقابلة للرجس • انتفاخ البطن • بطن صلب (مشدود وقاس) • ألم كتفي • غثيان / قيء • حمى 	إصابات رحمية أو مهبلية أو معوية	<p>قم بفتح البطن لتصليح الإصابة</p> <p>وقم بالشفط بالتخلية اليدوية (الصفحة الإجراءات - 65)</p> <p>في نفس الوقت . اطلب مساعدة إضافية إن لزم الأمر.</p>

(1) أعط الأمبوسيلين 2 غراماً وريدياً كل 24 ساعة + المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات حتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية - 35).

أنماط الإجهاض

الإطار الأعراض - 1

الإجهاض التلقائي: يعرف بأنه فقد حمل قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة (22 سبوعاً حملهياً). أدوار الإجهاض التلقائي قد تتضمن:

- الإجهاض المهدد: (قد يستمر الحمل)
- الإجهاض الحتمي: (لن يستمر الحمل، وسيترقى إلى إجهاض ناقص/ تام)
- الإجهاض الناقص: (تقذف منتجات الحمل بشكل جزئي)
- الإجهاض التام: (تقذف منتجات الحمل بشكل كامل)

الإجهاض المعرض يعرف بأنه عملية ينهي الحمل فيها قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة.

الإجهاض المحفوف بالمخاطر يعرف بأنه إجراء ينجز من قبل أشخاص تنقصهم المهارات الضرورية أو في بيئة تنقصها المعايير الطبية الدنيا أو الاثنين معاً.

الإجهاض الإنتاني يعرف بأنه إجهاض يصحب بمضاعفة هي العدوى. قد ينجم الإنتان عن عدوى إذا سعدت الكائنات الحية من الجهاز التناسلي السفلي بعد إجهاض تلقائي أو غير مأمون. احتمال حدوث الإنتان أكبر إذا وجدت منتجات محتبسة من الحمل، وتم تأخير الشفط. الإنتان مضاعفة كثيراً ما ترافق الإجهاض المحفوف بالمخاطر الذي يتم فيه استعمال الأدوات.

التدبير

إذا اشتبه بإجهاض محفوف بالمخاطر: ابحث عن علامات على العدوى أو عن إصابة الرحم أو المهبل أو الأمعاء (الجدول الأعراض - 2 الصفحة الأعراض - 9) واغسل جوف المهبل بشكل كامل لتزيل أي أعشاب طبية أو أدوية موضعية أو مواد كيميائية.

الإجهاض المهدد

- المعالجة الطبية غير ضرورية عادة.
- انصح المرأة أن تتجنب النشاط العنيف والجماع، إلا أن الراحة في السرير غير ضرورية.

- إذا توقف النزف: تابع في عيادة ما قبل الولادة. أعد التقييم إذا رجع النزف.
- إذا استمر النزف: ينبغي استنصاء إمكانية بقاء الجنين على قيد الحياة (اختبار الحمل/ الفحص بالأموح الفائقة الصوت) أو الحمل المنتبذ بالأموح الفائقة الصوت). قد يشير النزف المستديم، وخاصة بوجود رحم أكبر من المتوقع، إلى حمل رحوي أو توأمي.

لا تعط أدوية كالهرمونات (مثلاً الإستروجينات أو البروجستينات) أو العوامل الموقفة للولادة (مثلاً السالبوتامول أو الادموميثاسين) لأنها لن تمنع الإجهاض.

الإجهاض الحتمي

- إذا كان عمر الحمل أقل من 16 أسبوعاً: خطط لتفريغ محتويات الرحم (الصفحة الإجراءات - 65)؛ وإذا لم يكن التفريغ متوفراً فوراً:
 - أعط الإرغومتريين 0.2 ميلي غرام وريدياً (يعاد بعد 15 دقيقة عند الضرورة) أو الميزوبروستول 400 ميكروغرام عن طريق الفم (يعاد مرة واحدة بعد 4 ساعات عند الضرورة).
 - رتب لتفريغ الرحم بأسرع وقت ممكن.
- إذا كان عمر الحمل أكثر من 16 أسبوعاً :
 - انتظر الانقذاف التلقائي لمنتجات الحمل ثم أفرغ الرحم لتزليل أي منتجات باقية من الحمل (الصفحة الإجراءات - 65)
 - إذا لزم الأمر: سرب الأوكسيتوسين 40 وحدة في 1 لتر من السوائل وريدياً (محلول ملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) بمعدل 40 قطرة/ الدقيقة لتساعد على إنجاز انقذاف منتجات الحمل.
- اضمن متابعة المرأة بعد المعالجة (الصفحة الأعراض - 12).

الإجهاض الناقص

- إذا كان النزف خفيفاً إلى معتدل وعمر الحمل أقل من 16 أسبوعاً: استخدم الأصابع أو ملقطاً حلقيماً (أو ملقط الإسفننج) لإزالة منتجات الحمل البارزة من خلال عنق الرحم.
- إذا كان النزف غزيراً وعمر الحمل أقل من 16 أسبوعاً: أفرغ الرحم.
 - الشفط بالتخلية اليدوية هي الطريقة المفضلة للتفريغ (الصفحة الإجراءات - 65). يجب أن يجرى التفريغ بالكشط الحاد فقط إذا كان الشفط بالتخلية اليدوية غير متوفر (الصفحة الإجراءات - 61).

- إذا كان التفريغ غير ممكن حالياً: أعط الإرغومترين 0.2 ميلي غرام عضلياً (يعاد بعد 15 دقيقة عند الضرورة) أو الميزوبروستول 400 ميكروغرام فمويماً (يعاد مرة واحدة بعد 4 ساعات عند الضرورة).
- إذا كان عمر الحمل أكثر من 16 أسبوعاً :
 - سرب الأوكسيتوسين 40 وحدة في لتر من السوائل وريدياً (المحلول الملحي أو محلول رنجر اللاكتاتي) بمعدل 40 قطرة في الدقيقة حتى يحدث انقذاف منتجات الحمل.
 - إذا لزم الأمر: أعط الميزوبروستول 20 ميكروغراماً عبر المهبل كل 4 ساعات حتى يحدث الانقذاف، لكن لا تعط أكثر من 800 ميكروغرام.
 - أفرغ أي منتجات حملية باقية من الرحم (الصفحة الإجراءات – 65).
 - اضمن متابعة المرأة بعد المعالجة (انظر لاحقاً).

الإجهاض التام

- تفريغ الرحم ليس ضرورياً عادة.
- راقب النزف الغزير.
- اضمن متابعة المرأة بعد المعالجة (انظر لاحقاً).

متابعة المرأة التي حدث عندها إجهاض

- قم بإخبار المرأة التي حدث عندها إجهاض قبل أن تخرجها بأن الإجهاض التلقائي شائع ويحدث عند 15% (1 من 7) من الحمول المعروفة سريرياً على الأقل. طمأن المرأة أيضاً بأن فرصة حمول ناجحة قادمة جيدة ما لم يحدث عندها إنتان أو يحدد سبب للإجهاض، والذي قد يكون له أثر ضائر على الحمول اللاحقة (وهذا نادر).
- قد ترغب بعض النساء بأن تحمل بعد الإجهاض الناقص مباشرة. يجب أن تشجع المرأة على تأخير الحمل اللاحق حتى تشفى بشكل تام.
- من المهم تقديم النصح والإرشاد للمرأة التي حدث لديها إجهاض محفوف بالمخاطر. إذا لم يكن الحمل مستحباً: يمكن البدء بطرق معينة لتنظيم الأسرة (الجدول الأعراض – 3، الصفحة الأعراض 13) فوراً (خلال 7 أيام) بشرط:
- ألا يكون هناك مضاعفات وخيمة تتطلب معالجة إضافية.

- أن تتلقى المرأة نصحاً وإرشاداً ملائماً وتساعد في انتقاء طريقة تنظيم الأسرة الأكثر ملاءمة.

الجدول الأعراض – 3 طرق تنظيم الأسرة

نصائح البدء	نمط منع الحمل
فوراً	• هرموني (أقراص، حقن، غرائس)
فوراً	• عازل ذكري
فوراً	• لولب رحمي (جهيزة داخل الرحم)
إذا وجدت عدوى أو اشتبه بها، أخر العمل الجراحي حتى استكمال الشفاء	• إذا وجد عدوى أو اشتبه بها، أخر العمل الجراحي حتى استكمال الشفاء
إذا كان الهيموغلوبين أقل من 7 غرامساً/ دل أآخر العمل الجراحي حتى يتحسن فقر الدم.	• إذا كان الهيموغلوبين أقل من 7 غرامساً/ دل أآخر العمل الجراحي حتى يتحسن فقر الدم.
• وفر طريقة مؤقتة (مثلاً عازل ذكري)	• وفر طريقة مؤقتة (مثلاً عازل ذكري)
فوراً	• ربط البوق الإرادي
إذا وجدت عدوى أو اشتبه بها، أخر العمل الجراحي حتى استكمال الشفاء	• إذا وجدت عدوى أو اشتبه بها، أخر العمل الجراحي حتى استكمال الشفاء
إذا كان الهيموغلوبين أقل من 7 غرامساً/ دل أآخر العمل الجراحي حتى يتحسن فقر الدم.	• إذا كان الهيموغلوبين أقل من 7 غرامساً/ دل أآخر العمل الجراحي حتى يتحسن فقر الدم.
• وفر طريقة مؤقتة (مثلاً عازل ذكري)	• وفر طريقة مؤقتة (مثلاً عازل ذكري)

حدد، أيضاً، أي خدمات صحية إنجابية أخرى قد تحتاجها المرأة؛ فعلى سبيل المثال قد تحتاج بعض النساء إلى:

- اتقاء الكزاز أو جرعة معززة للكزاز.
- معالجة الأمراض المنقولة جنسياً.
- تحري سرطان عنق الرحم.

الحمل المنتبذ

الحمل المنتبذ هو حمل يحدث للانغراس فيه خارج جوف الرحم. البوق هو الموقع الأكثر شيوعاً للانغراس المنتبذ (في أكثر من 90%).

تختلف الأعراض والعلامات بشكل كبير جداً اعتماداً على تمزق الحمل أو عدمه (الجدول الأعراض – 4 ، الصفحة الأعراض – 14) إن بزل الرديبة المستقيمة الرحمية (راجع بزل الرديبة الصفحة الإجراءات – 69) وسيلة هامة لتشخيص تمزق الحمل المنتبذ، لكنه أقل فائدة من اختبار الحمل المصلي المقرون مع الفحص بتخطيط الصدى. إذا تم الحصول على دم غير متجلط ابدأ التدبير فوراً.

الجدول الأعراض – 4 أعراض وعلامات تمزق الحمل المنتبذ وعدم تمزقه

الحمل المنتبذ المتمزق	الحمل المنتبذ غير المتمزق
ضعف ووهط	• أعراض الحمل الباكر (نزف غير منتظم، غثيان، تورم الثديين، تبدل اللون المزرق للمهبل وعنق الرحم، تلين عنق الرحم . زيادة تواتر البول، ضخامة الرحم الخفيفة)
نبض سريع ضعيف (110 في الدقيقة أو أكثر)	• ألم بطنى وحوضى
هبوط ضغط الدم	• ألم بطنى وحوضى
نقص حجم الدم	• ألم بطنى وحوضى
ألم بطنى وحوضى حاد	• انتفاخ بطنى ⁽¹⁾
انتفاخ بطنى ⁽¹⁾	• إيلام فى الجانب المقابل للجس شحوب
إيلام فى الجانب المقابل للجس شحوب	

(1) قد يشير انتفاخ البطن مع أسمية متراحة إلى دم حر .

التشخيص التفريقي

التشخيص التفريقي الأكثر شيوعاً للحمل المنتبذ هو الإجهاض المهدد. الحالات الأخرى هي: المرض الحوضي الالتهابي الحاد أو المزمن، الكيسات المبيضية (انفتال أو تمزق) والتهاب الزائدة الحاد.

قد يساعد الفحص بالموجات فوق الصوتية (إن توفر) في تفريق الإجهاض المهدد أو الكيسة المبيضية الملتوية عن حمل منتبذ.

التدبير الفوري

- قم بإجراء فحص توافقى للدم ورتب من أجل فتح البطن الفوري. لا تنتظر الدم من أجل إنجاز الجراحة.
- أثناء الجراحة: عاين كلا المبيضين والبوقين:
- إذا وجد ضرر شديد للبوقين : أنجز استئصال البوق (يستأصل البوق النازف ومنتجات الحمل معاً). هذه هي المعالجة المختارة فى معظم الحالات (الصفحة الإجراءات – 109).
- إذا وجد ضرر خفيف فى البوق – وهذا نادر : أنجز فغر البوق (يمكن إزالة منتجات الحمل والمحافظة على البوق)؛ وهذا يجب أن يجرى، فقط، عندما تكون المحافظة على الخصوبة مهمة جداً عند المرأة ، مثل كون اختطار حمل منتبذ آخر عالياً (الصفحة الإجراءات – 111).

نقل الدم الذاتى

عندما يحدث نزف مهم، يمكن لنقل الدم الذاتى أن يجرى إذا كان الدم طازجاً وخالياً من العدوى بشكل أكيد (بتلوث الدم بالصاء وغيره فى الأدوار المتأخرة من الحمل، ويجب ألا يستخدم فى نقل الدم الذاتى). يمكن تجميع الدم قبل الجراحة أو بعد فتسح البطن.

- عندما تكون المرأة على طاولة العمليات وقيل الجراحة والبطن متمدّد بالدم يمكن، أحياناً، غرز إبرة في جدار البطن وتجميع الدم في جهاز تبرع.
- بشكل بديل: افتح البطن:
 - اغرف الدم إلى حوض وصفه من خلال شاش لتزيل الجلطات.
 - نظف الجزء العلوي من كيس للتبرع بالدم بمحلول مطهر وافتحه بصلصة معقمة.
 - اسكب دم المرأة في الكيس وأعد تسريبه خلال جهاز ذي مرشح بالطريق المعتاد.
 - إذا لم يكن كيس التبرع مع مضاد لتجلط متوفراً: أضف سترات الصوديوم 10 ميلي لتر إلى كل 90 ميلي لتر من الدم.

التدبير اللاحق (التالي)

- قبل التخريج: وفر التوعية والنصائح حول مآل الخصوبة. وبسبب زيادة الاختطار الناجم عن حمل منتبذ تال فإن التوعية حول تنظيم الأسرة وتوفير وسيلة لتنظيم الأسرة مهم بشكل خاص (الجدول الأعراض – 3، الصفحة الأعراض – 13).
- صحح فقر الدم بسلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام فموياً كل يوم لمدة 6 أشهر.
- خطط من أجل زيارة للمتابعة خلال 4 أسابيع.

الحمل الرحوي

يتميز الحمل الرحوي بتكاثر شاذ للزغابات المشيمائية.

التدبير الفوري

- إذا كان تشخيص الحمل الرحوي أكيداً، أفرغ الرحم :
 - إن كانت هناك حاجة لتوسيع عنق الرحم: استخدم الإحصار حول عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 1).
 - استخدم الشفط بالتخلية (الصفحة الإجراءات – 65). الشفط بالتخلية اليدوية أكثر أماناً، ويتوافق مع فقد أقل للدم. اختطار الانتقاب باستخدام مكشطة معدنية عالٍ.

- احتفظ بثلاث محاقن معبأة وجاهزة للاستخدام خلال التفريغ. محتويات الرحم كثيرة، ومن الضروري تفريغها بسرعة.
- سرب الأوكسيتوسين 20 وحدة في لتر من السوائل وريدياً (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة لمنع النزف أثناء إجراء التفريغ.

التدبير اللاحق

- أوص بطريقة هرمونية لتنظيم الأسرة مدة سنة على الأقل لمنع الحمل (الجدول الأعراض – 3 الصفحة الأعراض – 13). قد يكون ربط البوق الإرادي مفضلاً إذا كانت المرأة قد أتمت عائلتها.
- تابع كل 8 أسابيع مدة سنة على الأقل باختبارات الحمل البولية بسبب اختطو داء الأرومة الغازية المستديم أو السرطانة المشيمائية. إذا لم يكن اختبار الحمل البولي سلبياً بعد 8 أسابيع أو أصبح إيجابياً مرة ثانية خلال السنة الأولى، أحل المرأة إلى مركز رعاية ثالثة لمزيد من المتابعة والتدبير.

النزف المهبلية في الحمل الآجل والمخاض

المشكلات

- نزف مهبلية بعد الأسبوع 22 من الحمل.
- نزف مهبلية في المخاض قبل الولادة.

الجدول الأعراض – 5 أنماط النزف

نمط النزف	التشخيص المحتمل	التصرف
مخاط ملون بالدم (العلامة)	بدء المخاض	استمر بتدبير المخاض والولادة السويين الصفحة المبادئ السريرية – 57
أي نزف آخر	نزف سابق للولادة	حدد السبب (الجدول الأعراض – 6 الصفحة الأعراض – 18)

التدبير العام

- الإسراع بطلب المساعدة: اطلب المساعدة وبسرعة من كل العاملين الموجودين.
- قم بإجراء تقييم سريع للحالة العامة للمرأة، بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).

لا تجر فحصاً مهبلياً في هذا الدور.

- إذا اشتبه بالصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1). حتى ولو لم تكن علامات الصدمة موجودة، ضع الصدمة في الحسبان ولا تنسها عند تقييم المرأة لاحقاً لأن حالتها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة، من الضروري أن تبدأ المعالجة فوراً.
- ابدأ بتسريب وريدي، وسرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية – 21).

التشخيص

تشخيص النزف السابق للولادة		الجدول الأعراض – 6
التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحيانا	العرض الذي يدفع المرأة لمراجعة الطبيب وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
انفصال المشيمة الباكر (الصفحة الأعراض – 18)	الصدمة رحم ممض مشدود تتأقص أو غياب حركات الجنين ضائقة جنينية أو غياب أصوات الجنين	<ul style="list-style-type: none"> • نزف بعد الأسبوع 12 من الحمل (قد يكون محتبسا داخل الرحم) • ألم بطني متقطع أو ثابت.
رحم متمزق (تمزق الرحم) الصفحة الأعراض – 20	الصدمة توسع البطن / سوائل حرة حدود غير سوية للرحم بطن ممضة أجزاء الجنين مجسوسة بسهولة غياب حركات الجنين وأصوات قلب الجنين نبض الأم سريع	<ul style="list-style-type: none"> • نزف (داخل البطن و/أو مهبل) • ألم بطني وخيم (قد ينقص بعد التمزق)
مشيمة منزاحة الصفحة الأعراض – 21	الصدمة نزف قد يرسب بالاتصال (الجماع) رحم مرتخ مجيء الجنين ليس حوضيا/ قطب الرحم السفلي يبدو فارغا حالة الجنين سوية	<ul style="list-style-type: none"> • نزف بعد الأسبوع 22 من الحمل

التدبير

انفصال المشيمة الباكر

انفصال المشيمة الباكر هو انفصال المشيمة المتوضعة بشكل سوي عن الرحم قبل ولادة الجنين.

- قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط قرب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو وجود جلطة طرية تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).
- انقل الدم عند الضرورة، ويفضل الدم الطازج (الصفحة المبادئ السوريرية – 23).

- إذا كان النزف غزيراً (ظاهراً أو خبيئاً): وُلدَ بأسرع وقت ممكن:
 - إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل تام: وُلدَ بالاستخراج بالتخلية (الشفط) (الصفحة الإجراءات – 27).
 - إذا كانت الولادة المهبليّة ليست وشيكة الحدوث: وُلدَ بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- ملاحظة: في كل حالة انفصال المشيمة باكراً كن مستعداً للنزف التالي للولادة (الصفحة الإجراءات – 25).
 - إذا كان النزف خفيفاً أو معتدلاً: (ليست الأم في خطر فوري): يعتمد التصرف على أصوات قلب الجنين:
 - إذا كانت سرعة قلب الجنين سوية أو غائبة: مزق الأغشية بصنارة سلبية أو بمقاطع كوخز (الصفحة الإجراءات – 17).
 - إذا كانت التقلصات خفيفة: عزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 25).
 - إذا كان عنق الرحم غير مُرضٍ (قاسي، ثخين، مغلق): أنجز القيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
 - إذا كانت سرعة القلب شاذة (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة):
 - أنجز الولادة المهبليّة بسرعة.
 - إذا كانت الولادة المهبليّة مستحيلة: وُلدَ بقيصرية فوراً (الصفحة الإجراءات – 43).

الاعتلال الخثري (فشل التجلط)

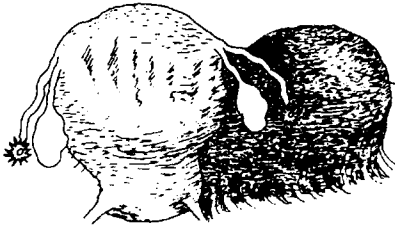
- الاعتلال الخثري سبب ونتيجة لنزف توليدي جسيم، يمكن أن يحرّض بانفصال المشيمة الباكر، موت الجنين في الرحم، الارتجاج، انصمام الصاء وأسباب أخرى كثيرة. تتراوح الصورة السريرية من نزف كبير مع مضاعفات خثارية أو دونها إلى حالة مستقرة سريرياً والتي يمكن أن تكتشف بالاختبار المختبري فقط.
- ملاحظة: يمكن الوقاية من تطور الاعتلال الخثري في الكثير من حالات فقد الدم الحاد إذا تمت المحافظة على حجم الدم بشكل فوري بتسريب السوائل وريدياً (المحلول الملحي أو محلول رنجر اللاكتاتي).
- علاج السبب المحتمل لفشل التجلط:
 - انفصال المشيمة الباكر (الصفحة الأعراض – 18).
 - الارتجاج (الصفحة الأعراض – 43).

- استخدم منتجات الدم للمساعدة على السيطرة على النزف (الصفحة المبدئي السريرية – 23):
 - أعط الدم الكامل الطازج، إن توفر، لإعاضة عوامل التجلط والكريات الحمر.
 - إذا لم يكن الدم الكامل الطازج متوفراً: اختر واحداً مما يلي اعتماداً على التوافر:
 - البلازما المجمدة الطازجة: لإعاضة عوامل التجلط (15 ميلي لستر/ كيلوغرام من وزن الجسم).
 - الكريات الحمر المكثفة لإعاضة الكريات الحمر.
 - الرسابة البردية لإعاضة الفيبرينوجين.
 - ركازات الصفائح (إذا استمر النزف وكان تعداد الصفائح أقل من 20000)

الرحم المتمزق (تمزق الرحم)

قد يحدث النزف من رحم متمزق من المهبل ما لم يسد (يغلق) رأس الجنين الحوض. كما قد يحدث النزف داخل البطن. على كل: لن يحرر تمزق الشدفة السفلية من الرحم في الرباط العريض الدم إلى جوف البطن (الشكل الأعراض – 2).

الشكل الأعراض – 2 لن يحرر تمزق الشدفة السفلية من الرحم داخل الرباط العريض الدم إلى جوف البطن



ورم دموي في الرباط العريض

- استعد حجم الدم بتسريب سوائل وردياً (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) قبل الجراحة.
- عندما تستقر الحالة، أنجز القيصرية فوراً وولد الطفل والمشيمة (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان بالإمكان تصليح الرحم مع اختطار جراحي أقل من استئصال الرحم ولم تكن حواف التمزق نخرة: أصلح الرحم (الصفحة الإجراءات – 95) وهذا سيستغرق وقتاً أقل وبقداً أقل للدم من استئصال الرحم.

يجب مناقشة خيار منع الحمل المستديم مع المرأة بعد شفائها من حالتها الطارئة، وذلك بسبب زيادة اختطار التمزق في الحمل التالية.

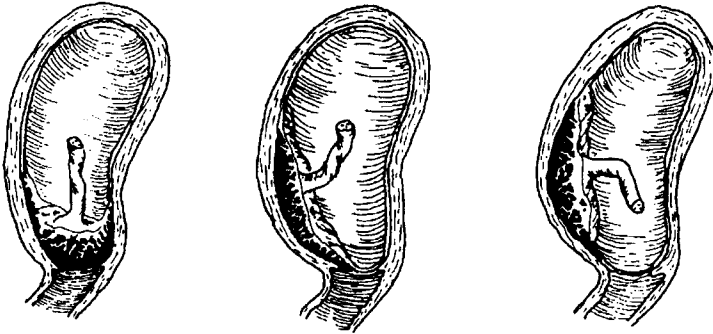
- إذا لم يكن بالإمكان تصليح الرحم : أنجز استئصال الرحم تحت التام (الصفحة الإجراءات - 103). إذا كان التمزق ممتدا خلال عنق الرحم والمهبل، فقد يتطلب الأمر إجراء استئصال الرحم الكامل.

المشيمة المنزاحة

المشيمة المنزاحة هو انفراس المشيمة في عنق الرحم أو قربه (الشكل الأعراض - 3).

انفراس المشيمة في عنق الرحم أو قربه

الشكل الأعراض - 3



أ - انفراس مشيمة سفلي ب - مشيمة منزاحة جزئياً ج - مشيمة منزاحة كلياً

تحذير: لا تجر فحصاً مهبلياً ما لم تجر التحضيرات لقيصرية فورية. قد ينجز فحص دقيق بالمنظار لاستبعاد الأسباب الأخرى للنزف مثل التهاب عنق الرحم، أو الرضخ، أو السلائل العنقية أو خباثة في عنق الرحم. ولكن: لا ينفي وجود هذه الأمراض المشيمة المنزاحة.

- استعد حجم الدم بتسريب سوائل وريديا (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي).

- قيم كمية النزف:

- إذا كان النزف غزيراً ومستمراً : رتب للتوليد بقيصرية بغض النظر عن

- نمو الجنين (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان النزف خفيفاً أو توقف وكان الجنين حياً لكنه خديج : فكر جدياً بالتدبير التوقعي حتى تتم الولادة أو يحدث نزف غزير.
- ابق المرأة في المستشفى حتى الولادة.
- صحح فقر الدم بسلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام فمويماً يومياً مدة 6 أشهر.
- اضمن أن الدم متوفر لنقله عند الضرورة.
- إذا عاد النزف: قرر التدبير بعد المقارنة بين منافع ومخاطر مزيد من التدبير التوقعي للمرأة والجنين مقابل الولادة.

توكيد التشخيص

- إذا كان بالإمكان إجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية يعول عليه: حدد موضع المشيمة. وإذا تأكدت المشيمة المنزاحة وكان الجنين كامل النمو: خطط للولادة (الصفحة الأعراض – 23).
- إذا كان الفحص بالأمواج فوق الصوتية غير متوفر أو أن التقرير لا يعول عليه وعمر الحمل أقل من 37 أسبوعاً، قم بتدبير المشيمة المنزاحة حتى 37 أسبوعاً.
- إذا كان الفحص بالأمواج فوق الصوتية غير متوفر أو أن التقرير لا يعول عليه وعمر الحمل 37 أسبوعاً أو أكثر: افحص تحت إعداد مضاعف لتستبعد المشيمة المنزاحة. يحضّر الإعداد المضاعف للولادة المهيلية أو القيصرية حسب ما يلي:
- جريان وانفتاح خطوط وريدية وتوفر دم متوافق.
- المرأة في غرفة العمليات مع جاهزية الطاقم الجراحي.
- استخدام منظار مهيلي مطهر على مستوى عال لرؤية عنق الرحم.
- إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل جزئي ونسيج المشيمة مرئياً: تأكد من تشخيص المشيمة المنزاحة وخطط للولادة (الصفحة الأعراض – 23).
- إذا لم يكن عنق الرحم متوسعاً: جس، وبحذر، أقبية المهبل:
- إذا شعرت بنسيج إسفنجي: تأكد من تشخيص المشيمة المنزاحة وخطط للولادة (الصفحة الأعراض – 23).
- إذا شعرت برأس جنين مثبت: استبعد المشيمة المنزاحة الكبيرة وجّهز للولادة بالتحريض (الصفحة الإجراءات – 18).

- إذا شعرت بنسيج لين في عنق الرحم: تأكد من تشخيص المشيمة المنزاحة وخطط للولادة (انظر لاحقاً).
- إذا شعرت بالأغشية أو بأجزاء الجنين وكلاهما مركزي أو جانبي: استبعد المشيمة المنزاحة وجهاز للولادة بالتحريض (الصفحة الإجراءات – 17).

الولادة

- خطط للولادة إذا:
 - كان الجنين مكتمل النمو.
 - كان الجنين ميتاً أو مصاباً بشذوذ لا يتوافق مع الحياة (مثلاً انعدام الدماغ).
 - كانت حياة المرأة في خطر بسبب فقد الدم المفرط.
- إذا كان هناك انغراس منخفض للمشيمة (الشكل الأعراض – 3 أ) والنزف خفيف: قد تكون الولادة المهبلية ممكنة، وإلا وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- ملاحظة: المرأة التي لديها مشيمة منزاحة تحت اختطار عالٍ للنزف التالي للولادة والمشيمة الملتصقة، وهي موجودة شائعة في موقع ندبة قيصرية سابقة.
 - إذا تمت الولادة بقيصرية مع وجود نزف من موقع المشيمة:
 - قم بتقوية مواقع النزف بالغرز.
 - سرب الأوكسيتوسين 20 وحدة في لتر من السوائل وريدياً (المحلول الملحي النظامي أو محلول رنغر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة.
 - إذا حدث النزف خلال الفترة التالية للولادة، ابتدئ تدبيراً ملائماً (الصفحة الأعراض – 25)، وهذا قد يتضمن ربط الشريان (الصفحة الإجراءات – 99) أو استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات – 103).

يعرف النزف المهبلّي الذي يتعدى 500 ميلي لتر بعد الولادة بأنه النزف التالي للولادة. على كل هناك بعض المشكلات مع هذا التعريف:

- تقديرات فقد الدم منخفضة بشكل واضح، وهي نصف الفقد الفعلي غالباً. يختلط الدم مع الصاء وأحياناً مع البول. إذ يتشتت (ينتثر) بالاسفنجات والفوط والبياضات وفي الدلو، وعلى الأرض.
- تختلف أهمية الحجم المقدر للدم المفقود حسب مستوى هيموغلوبين المرأة. فالمرأة التي لديها مستوى سوي من الهيموغلوبين سوف تتحمل فقد الدم الذي قد يكون قاتلاً لامرأة مصابة بفقر الدم.

قد يكون فقد الدم كارثياً حتى للمرأة الصحيحة غير المصابة بفقر الدم.

- قد يحدث النزف بمعدل بطيء خلال عدة ساعات، وقد لا تُميز الحالة حتى تدخل المرأة بصدمة فجأة. لا يكشف تقييم الاختطار في الفترة السابقة للولادة المرأة التي سوف تعاني من النزف التالي للولادة بشكل فعال. يجب أن يكون التدبير الفعال للدور الثالث عملياً على كل النساء في المخاض بحيث ينقص وقوع النزف التالي للولادة الناجم عن ونى الرحم (الصفحة المبادئ السريرية – 73). يجب أن تراقب كل النساء بعد الولادة عن قرب لتحديد اللواتي لديهن نزف تال للولادة.

المشكلات

- زيادة النزف المهبلّي خلال أول 24 ساعة بعد الولادة (نزف تالي للولادة فوراً).
- زيادة النزف المهبلّي بعد أول 24 ساعة بعد الولادة (نزف تالي للولادة متأخر).

النزف البطني المستمر أو النزف المفاجئ حالة طارئة؛ تدخل مبكراً وبشكل قوي.

التدبير العام

- **أسرع في طلب المساعدة**، استنهض هم كل العاملين المتواجدين، وبسرعة.
- **قم بتقييم سريع للحالة العامة للمرأة** بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- **إذا اشتبه بالصدمة**: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1) حتى ولو لم تكن علامات الصدمة موجودة، ضع الصدمة في الحسبان ولا تنسها عند تقييم المرأة لاحقاً، لأن حالها قد تسوء بسرعة. **إذا تطورت الصدمة**: من الضروري أن تبدأ المعالجة فوراً.
- **دلك الرحم** لتطرد الدم والجلطات الدموية. سوف تثبط الجلطات الدموية المحجوزة في الدم التقلصات الرحمية الفعالة.
- **أعط 10 وحدات من الأوكسيتوسين عضلياً.**
- **ابدأ بتسريب وريدي** وسرب السوائل وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية – 21).
- **قنطر المثانة.**
- **تحقق من أن المشيمة قد طردت** وافحص المشيمة لتتأكد من أنها كاملة (الجدول الأعراض – 7، الصفحة الأعراض – 27).
- **افحص عنق الرحم والمهبل والعجان** بحثاً عن التمزقات.
- **بعد السيطرة على النزف (24 ساعة بعد توقف النزف)**: حدد الهيموغلوبين أو الهيماتوكريت بحثاً عن فقر الدم.
- **إذا كان الهيموغلوبين أقل من 7 غراماً/ دل أو الهيماتوكريت أقل من 20% (فقر دم وخيم):**
- **أعط سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 120 ميلي غرام فمويماً يومياً مع حمض الفوليك 400 ميكروغرام فمويماً مرة واحدة لمدة 3 أشهر.**
- **بعد 3 أشهر، استمر بإعطاء مضافات سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام فمويماً مع حمض الفوليك 400 ميكروغرام فمويماً مرة واحدة يومياً لمدة 6 أشهر.**
- **إذا كان الهيموغلوبين بين 7-11 غراماً/ دل** : أعط سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام مع حمض الفوليك 400 ميكروغرام فمويماً مرة واحدة يومياً لمدة 6 أشهر.
- **عندما تكون الدودة الشخصية متوطنة (الانتشار 20% وأكثر)**: أعط واحداً من المعالجات المضادة للديدان التالية:
- **البندازول 400 ميلي غرام فمويماً مرة واحدة .**
- **أو ميبندازول 500 ميلي غرام فمويماً مرة واحدة أو 100 ميلي غرام مرتين باليوم لمدة 3 أيام.**

- أو ليفاميزول 2.5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فمويًا مرة واحدة يوميًا لمدة 3 أيام.
- أو بيرانثيل 10 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فمويًا مرة واحدة يوميًا لمدة 3 أيام.
- إذا كانت الدودة الشخصية متوطنة بشدة (بدرجة عالية) (الانتشار 50% أو أكثر): أعد المعالجة المضادة للديدان بعد 12 أسبوعاً من الجرعة الأولى.

التشخيص

تشخيص النزف المهبلي بعد الولادة	7 – الجدول الأعراض	العرض الذي يدفع المريضة لمراجعة الطبيب وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
الصدمة • رحم وان، الصفحة الأعراض – 28	أعراض وعلامات توجد أحياناً	• نزف تال للولادة فوراً ⁽¹⁾ • رحم طري وغير متقلص • نزف تال للولادة فوراً
تمزقات عنق الرحم والمهبل والعجان الصفحة الأعراض – 31	مشيمة تامة • رحم متقلص	• لم تنزل المشيمة خلال 30 دقيقة بعد الولادة
مشيمة منحسنة الصفحة الأعراض – 31	نزف تال للولادة فوراً • رحم متقلص	• جزء من السطح الأمومي للمشيمة مفقود أو أغشية وأوعية متمزقة
شدف مشيمية محتبسة الصفحة الأعراض – 32	نزف تال للولادة فوراً • رحم متقلص	• لا يُشعر بقاع الرحم عند الجس البطني
رحم منقلب الصفحة الأعراض – 33	رحم منقلب يظهر في الفرج • نزف تال للولادة فوراً ⁽²⁾	• ألم خفيف أو شديد
نزف تال للولادة آجل الصفحة الأعراض – 33	النزف متغير (خفيف أو غزير) (مستمر أو غير منتظم) مع رائحة عفنة • فقر الدم	• نزف يحدث بعد أكثر من 24 ساعة من الولادة • الرحم أطرى وأكبر من المتوقع بعد الوقت المنقضي من الولادة
رحم متمزق الصفحة الأعراض – 20	الصدمة • بطن ممض • نبض أمومي سريع	• نزف تال للولادة فوراً (النزف داخل البطن أو/ و مهبل) • ألم بطني وخيم (قد ينقص بعد التمزق)

(1) قد يكون النزف خفيفاً إذا سدت جلطة عنق الرحم أو إذا استلقت المرأة على ظهرها .

(2) قد لا يوجد نزف مع الانقلاب التام .

التدبير

الرحم الوائي

يفشل الرحم الوائي في التقلص بعد الولادة.

- استمر بتدليك الرحم.
- استخدم أقوىة معجلة للولادة، والتي يمكن أن تعطى مع بعض أو بشكل متتابع (الجدول الأعراض – 8).

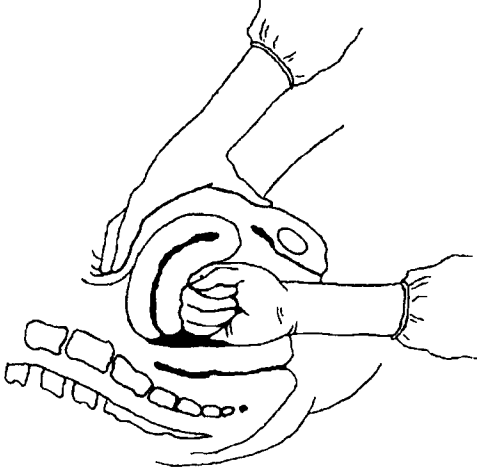
الجدول الأعراض – 8 استخدام الأدوية المعجلة للولادة

الأوكسيتوسين	الإرغومترين / ميثيل الإرغومترين	15 ميثيل بروستاغلاندين F _{2a}
الجرعة والطريق	وردياً : سرب 20 وحدة في لتر من السوائل وردياً بمعدل 60 قطرة في الدقيقة .	عضلياً أو وريدياً (بيضاء) 0.2 ميلي غرام عضلياً: 0.25 ميلي غرام
الجرعة المستمرة	وردياً : سرب 20 وحدة في لتر من السوائل وردياً بمعدل 60 قطرة في الدقيقة	أعد 0.2 ميلي غرام عضلياً بعد 15 دقيقة. عند الحاجة، أعط 0.2 ميلي غرام عضلياً أو وريدياً (بيضاء) كل 4 ساعات
الجرعة القصوى	ليست أكثر من 3 لتر من السوائل المحتوية الأوكسيتوسين وريدياً	5 جرعات (الإجمالي 1 ميلي غرام) 8 جرعات (الإجمالي 2 ميلي غرام)
الاحتياطات / موانع الإعطاء	لا تعطه كدفعة وريدية	مقدمات الارتعاج فرط ضغط الدم المرض القلبي

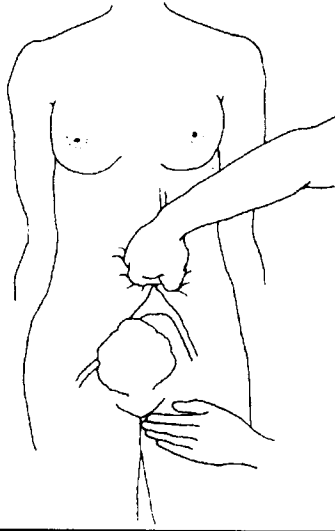
يجب ألا تعطى البروستاغلاندينات داخل الوريد (وردياً) فقد تكون قاتلة.

- توقع الحاجة للدم مبكراً، وانقله عند الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية - 23).
- إذا استمر النزف:
 - تفحص المشيمة ثانية للتأكد أنها تامة.
 - إذا وجدت علامات على شدف مشيمية محتبسة (غياب جزء من السطح الأمومي أو أغشية وأوعية متمزقة): أزل النسيج المشيمي المتبقي (الصفحة الأعراض - 32).
 - قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض - 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة طرية تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض - 19).
 - إذا استمر النزف رغم التدبير المذكور أعلاه:
 - أنجز تطبيق الضغط على الرحم بكلتا اليدين (الشكل الأعراض - 4).
 - أدخل يداً تلبس قفازاً مطهراً على مستوى عالٍ داخل الرحم وشكل قبضة.
 - ضع القبضة في القبو الأمامي وطبق ضغطاً على الجدار الأمامي للرحم.
 - اضغط باليد الأخرى، وبعمق، على البطن خلف الرحم؛ طبق الضغط على الجدار الخلفي للرحم.
 - حافظ على تطبيق الضغط حتى تتم السيطرة على النزف ويتقلص الرحم.

الشكل الأعراض - 4 تطبيق الضغط بكلتا اليدين على الرحم



- بشكل بديل: اضغط الأبهري (الشكل الأعراض - 5):
 - طبق ضغطاً للأسفل بقبضة مغلقة فوق الأبهري البطني مباشرة من خلال جدار البطن.
 - نقطة تطبيق الضغط هي فوق السرة مباشرة وإلى اليسار قليلاً.
 - يمكن الشعور بنبضات الأبهري بسهولة من خلال الجدار الأمامي للبطن في الفترة التالية للولادة فوراً.
 - جس باليد الأخرى النبض الفخذي للتحقق من كفاية تطبيق الضغط:
 - إذا كان النبض مجسوساً أثناء تطبيق الضغط: فالضغط المطبق بواسطة القبضة غير كافٍ.
 - إذا كان النبض غير مجسوس : فالضغط المطبق كافٍ.
 - استمر بتطبيق الضغط حتى تتم السيطرة على النزف.
- الشكل الأعراض - 5 تطبيق الضغط على الأبهري البطني وجس النبض الفخذي



حشو الرحم غير فعال ومضيق للوقت الثمين.

- إذا استمر النزف رغم تطبيق الضغط:
 - أنجز ربط الشريان الرحمي والرحمي المبيضي (الصفحة الإجراءات – 99).
 - إذا استمر نزف مهدد للحياة بعد الربط: أنجز استئصال الرحم تحت التام (الصفحة الإجراءات – 103).

تمزقات عنق الرحم والمهبل أو العجان

- تمزقات قناة الولادة هي ثاني أكثر الأسباب شيوعاً للنزف التالي للولادة. قد تترافق التمزقات مع الرحم الوائي. عادة ما يكون النزف التالي للولادة المترافق مع رحم متقلصة ناجماً عن تمزقات عنقية أو مهبلية.
- افحص المرأة بعناية وأصلح التمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 81) والمهبل والعجان (الصفحة الإجراءات – 83).
 - إذا استمر النزف: قيم حالة التجلط باختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).
- المشيمة المنحسبة**

قد لا يحدث نزف مع المشيمة المنحسبة.

- إذا كنت تستطيع رؤية المشيمة: اطلب من المرأة أن تدفعها خارجاً، وإذا كنت تستطيع أن تشعر بالمشيمة في المهبل، انزعها.
- اضمن أن المثانة فارغة، قطنر المثانة عند الضرورة.
- إذا لم تقذف المشيمة: أعط الأوكسيتوسين 10 وحدات عضلياً إذا لم تكن قد أجريت سابقاً تدبيراً فعالاً للدور الثالث.

لا تعط الإرغومترين لأنه يسبب تقلصات رحمية وانفية، والتي قد تؤخر الانقذاف.

- إذا لم يتم توليد المشيمة بعد التنبيه بالأوكسيتوسين — 30 دقيقة وكان الرحم منقلصاً، حاول إجراء الجر المنضبط للحبل (الصفحة المبادئ السريرية – 74).
- ملاحظة: تجنب جر الحبل العنيف وضغط القاع لأنهما قد يسببان انقلاب الرحم.

- إذا فشل الجر المنضبط للحبل: حاول نزع المشيمة يدوياً (الصفحة الإجراءات – 77).
- ملاحظة: قد يكون النسيج الملتصق بشدة مشيمة ملتصقة. قد تؤدي الجهود لإخراج مشيمة لا تنفصل بسهولة إلى نزف غزير أو انتقاب الرحم، والذي يتطلب استئصال الرحم عادة.
- إذا استمر النزف: قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).
- إذا وجدت علامات على عدوى (حمى، نجيج مهبلي كريه الرائحة)، أعط مضادات حيوية كما في حالة التهاب الرحم (الصفحة الأعراض – 110).

الشفذ المشيمية المحتبسة

قد لا يوجد نزف مع الشفد المشيمية المحتبسة.

- عندما يحتبس جزء من المشيمة – فص أو أكثر – فإنه يمنع الرحم من التقلص بفعالية.
- تحسس (تلمس) داخل الرحم بحثاً عن الشفد المشيمية – الاستكشاف اليدوي للرحم مشابه للطريقة التي وصفت لإزالة المشيمة المنحبسة (الصفحة الإجراءات – 77).
- انزع الشفد المشيمية باليد، أو بملقط البيضاء أو بمكشطة كبيرة.
- ملاحظة: قد يكون النسيج الملتصق جداً مشيمة ملتصقة. قد تؤدي الجهود المبذولة لاستخراج الشفد التي لا تنفصل بسهولة إلى نزف غزير أو انتقاب الرحم، والذي يتطلب استئصال الرحم عادة.
- إذا استمر النزف، قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).

الرحم المنقلب

يقال بأن الرحم انقلب إذا استدار رأساً على عقب خلال ولادة المشيمة. يجب أن يجرى إعادة توضع الرحم فوراً (الصفحة الإجراءات - 91). تصبح الحلقة المتقلصة حول الرحم المنقلب مع مرور الوقت أكثر صلابة ويصبح الرحم أكثر تحفلاً بالدم.

- إذا كانت المرأة تعاني من ألم شديد: أعط البيتيندين 1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم (ليس أكثر من 100 ميلي غرام) عضلياً أو وريدياً ببطء، أو أعط المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً.

ملاحظة: لا تعط الأدوية المعجلة للولادة حتى يصحح الانقلاب.

- إذا استمر النزف، قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض - 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل

جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض - 19).

- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية اتقائياً بعد تصحيح الرحم المنقلب (الصفحة المبادئ السريرية - 35):

- الأمبيسيلين 2 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً؛

- أو السيفازولين 1 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً.

- إذا وجدت علامات على عدوى (حمى، نجيج مهبلي كريه الرائحة)، أعط مضادات حيوية مثل حالة التهاب الرحم (الصفحة الأعراض - 110).

- إذا اشتبه بالنخر: أنجز استئصال الرحم بطريق المهبل، وهذا قد يتطلب إحالة إلى مركز رعاية تالئية.

النزف التالي للولادة الآجل (الثانوي)

- إذا كان فقر الدم وخيماً (الهيموغلوبين أقل من 7 غرام/ دل أو الهيماتوكريت أقل من 20%): رتب لنقل الدم (الصفحة المبادئ السويرية -

23) ووفر حديداً وحمض الفوليك فمويماً (الصفحة الأعراض - 26).

- إذا وجدت علامات على عدوى (حمى، نجيج مهبلي كريه الرائحة)، أعط مضادات حيوية مثل حالة التهاب الرحم (الصفحة الأعراض - 110).

قد يكون النزف التالي للولادة الآجل أو المطول علامة على التهاب الرحم.

- أعط الأوكية المعجلة للولادة (الجدول الأعراض - 8، الصفحة الأعراض - 28).

- إذا كان عنق الرحم متوسعاً: استكشف باليد لتزليل الجلطات الكبيرة

- والشدف المشيمية، الاستكشاف اليدوي للرحم مشابه للطريقة المذكورة لإزالة المشيمة المحتبسة (الصفحة الإجراءات – 77).
- إذا لم يكن عنق الرحم متوسعا، أفرغ الرحم لإزالة الشدف المشيمية (الصفحة الإجراءات – 65).
 - إذا استمر النزف، وهذا نادر، فكر جديا بربط الشريان الرحمي والرحمي المبيضي (الصفحة الإجراءات – 99) أو استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات – 103).
 - أنجز فحصا هيستولوجيا للكشطات أو لنموذج استئصال الرحم إن أمكن، وذلك لاستبعاد ورم الأرومة الغاذية.

المشكلات

- امرأة حامل أو امرأة ولدت حديثاً تعاني من صداع وخيم أو تغييم الرؤية.
- امرأة حامل أو امرأة ولدت حديثاً وجدت فاقدة الوعي أو تعاني من اختلاجات.
- امرأة حامل لديها فرط ضغط الدم.

التدبير العام

- إذا كانت امرأة فاقدة الوعي أو تختلج، اصرخ طلباً للمساعدة. حرك كل العاملين المتواجدين وبشكل عاجل.
- قم بتقييم سريع للحالة العامة للمرأة بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس) بينما تستكشف، وفي نفس الوقت، تاريخ ظهور الأعراض لديها والمرض السابق إما منها أو من أقاربها.
- إذا لم تكن تتنفس أو أن تنفسها سطحي:
 - تفحص المسلك الهوائي وقم بالتنبيب إذا تطلب الأمر.
 - إذا لم تكن تتنفس: ساعد التهوية باستخدام كيس وقناع أمبو أو أعط الأكسجين بمعدل 4 - 6 لترأ في الدقيقة بواسطة أنبوب رغامي.
 - إذا كانت تتنفس: أعط الأكسجين بمعدل 4 - 6 لترأ في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.
- إذا كانت فاقدة الوعي:
 - افحص المسلك الهوائي ودرجة الحرارة.
 - ضعها على جانبها الأيسر.
 - تفحص صلابة الرقبة.
- إذا كانت تختلج :
 - ضعها على جانبها الأيسر لتتنقص اختطار رشف الإفرازات والقيء والدم.
 - احمها من الإصابات (السقوط) لكن لا تحاول تقييدها.
 - وفر مراقبة مستمرة.

- إذا شخص الارتعاج (الجدول الأعراض – 9 الصفحة الأعراض – 38): أعط سلفات المغنيزيوم (الإطار الأعراض – 3 الصفحة الأعراض – 45).
- إذا لم يحدد سبب الاختلاجات: دبر الحالة كارتعاج واستمر في استقصاء الأسباب الأخرى.

تشخيص اضطرابات فرط ضغط الدم

تتضمن اضطرابات فرط ضغط الدم: فرط ضغط الدم الممرض بالحمل، وفرط ضغط الدم المزمن (ارتفاع ضغط الدم قبل الأسبوع 20 الحلمي). غالباً ما يترافق الصداع وتغيم الرؤية والاختلاجات وفقد الوعي مع فرط ضغط الدم في الحمل، لكنها ليست نوعية له بالضرورة. تتضمن الحالات الأخرى التي قد تسبب الاختلاجات أو السبات (الغيبوبة): الصرع والملاريا المصحوبة بمضاعفات، وإصابة الرأس، والتهاب السحايا والتهاب الدماغ.. الخ. انظر الجدول الأعراض – 9 الصفحة الأعراض – 38 لمزيد من المعلومات عن التشخيص.

- ضغط الدم الانبساطي مؤشر جيد على التشخيص لتدبير اضطرابات فرط ضغط الدم في الحمل:
 - يؤخذ ضغط الدم الانبساطي في النقطة التي يخفي فيها الصوت الشرياني:
 - يتم الحصول على قراءة عالية بشكل كاذب إذا كان الكفة لا تحيط بثلاثة أرباع كفاف الذراع على الأقل.
 - يجب أن تستخدم كفة أعرض عندما يكون قطر الذراع أكثر من 30 سم.
 - يقيس ضغط الدم الانبساطي المقاومة المحيطة ولا يتغير بتغير حالة المرأة الانفعالية إلى الدرجة التي يتغير فيها ضغط الدم الانقباضي.
- إذا كان ضغط الدم الانبساطي 90 ميلي متر زئبقي أو أكثر في قراءتين متعاقبتين أخذتا بفاصل 4 ساعات أو أكثر: شخص فرط ضغط الدم. (إذا كان يجب القيام بولادة فورية أو إذا كان ضغط الدم الانبساطي 110 ميلي متر زئبقي أو أكثر، فإن فترة زمنية أقل من 4 ساعات تعتبر مقبولة):
 - إذا حدث فرط ضغط الدم بعد 20 أسبوعاً من الحمل، خلال المخاض أو/و خلال 48 ساعة من الولادة: يصنف على أنه فرط ضغط الدم المحروض بالحمل.
 - إذا حدث فرط ضغط الدم قبل الأسبوع 20 من الحمل: يصنف على أنه فرط ضغط دم مزمن.

البيلة البروتينية

يحول وجود البيلة البروتينية تشخيص فرط ضغط الدم المحرض بالحمل إلى مقدمات الارتعاج. والحالات الأخرى التي تسبب بيلة بروتينية ونتائج إيجابية كاذبة ممكنة؛ وهي العدوى البولية وفقر الدم اللوخي وفشل القلب وعسر المخاض. قد يعطي وجود الدم في البول نتيجة رضخ ناجم عن القثطار وداء البلهارسيات والتلوث بالدم المهبل نتائج إيجابية كاذبة.

اعتيان البول العشوائي مثل اختبار الغميسة (شريط الاختبار) بحثاً عن البروتين وسيلة تحر مفيدة. التبدل من سلمي إلى إيجابي خلال الحمل علامة إنذار (علامة تحذيرية). إذا كانت الغمائم (شرائط الاختبار) غير متوفرة: يمكن تسخين عينة من البول حتى الغليان في أنبوب اختبار نظيف؛ أضف قطرة من حمض الأسيتيك 2% لتتفحص الرسابات المستديمة والتي يمكن تقدير كميتها بنسبة البروتين إلى حجم العينة الكلي. قد تلوث الإفرازات المهبلية أو الصاء النماذج البولية. يجب أن تستخدم نماذج منتصف الجريان النظيفة للمس. من غير الحكمة إجراء قثطرة من أجل هذا، وذلك بسبب اختطار عدوى السبيل البولي.

ضغط الدم الانبساطي وحده مؤشر دقيق عن فرط ضغط الدم في الحمل. على كل، يحدد كل ارتفاع ضغط الدم والبيلة البروتينية مقدمات الارتعاج.

فرط ضغط الدم المحرض بالحمل

قد تتقدم حالة المرأة المصابة باضطرابات فرط الدم المحرض بالحمل من مرض خفيف إلى حالة أكثر خطورة. أصناف فرط ضغط الدم المحرض بالحمل هي:

- فرط ضغط الدم دون بيلة بروتينية أو وذمة.
- مقدمات الارتعاج الخفيفة.
- مقدمات الارتعاج الوخيمة.
- الارتعاج.

الجدول الأعراض - 9 تشخيص الصداع أو تغيم الرؤية أو الاختلاجات أو فقد الوعي

أو ارتفاع ضغط الدم	
التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحيانا
ارتفاع ضغط الدم المزمن الصفحة الأعراض - 49	العرض الذي دفع المريضة لمراجعة المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
ارتفاع ضغط الدم المزمن مع مقدمات ارتعاج خفيفة متراكبة الصفحة الأعراض - 42	<ul style="list-style-type: none"> • ضغط الدم الانبساطي 90 ميلي متر زئبقي أو أكثر قبل أول 20 أسبوع من الحمل • ضغط الدم الانبساطي 90-110 ميلي متر زئبقي قبل الأسبوع 20 من الحمل • بيلة بروتينية حتى +2
ارتفاع ضغط الدم المحرض بالحمل الصفحة الأعراض - 41	<ul style="list-style-type: none"> • قراءتان لضغط الدم الانبساطي 90-110 ميلي متر زئبقي بفاصل 4 ساعات بعد الأسبوع 20 من الحمل • لا توجد بيلة بروتينية
مقدمات ارتعاج ⁽¹⁾ خفيفة الصفحة الأعراض - 42	<ul style="list-style-type: none"> • قراءتان لضغط الدم الانبساطي 90-110 ميلي متر زئبقي بفاصل 4 ساعات بعد الأسبوع 20 من الحمل • بيلة بروتينية حتى + 2
مقدمات ارتعاج وخيمة الصفحة الأعراض - 43	<ul style="list-style-type: none"> • ضغط الدم الانبساطي 110 ميلي متر زئبقي أو أكثر بعد الأسبوع 20 من الحمل. • بيلة بروتينية + 3 أو أكثر. • فرط المنعكسات • صداع (زيادة التواتر، لا يزول بالمسكنات المنتظمة) • تغيم الرؤية • قلة البول (أقل من 400 ميلي لتر بول في 24 ساعة) • ألم أعلى البطن (ألم شرسوفي أو ألم في الربع الأعلى الأيمن) وذمة رئوية
مقدمات الارتعاج الصفحة الأعراض - 43	<ul style="list-style-type: none"> • اختلاجات • ضغط الدم الانبساطي 90 ميلي متر زئبقي أو أكثر بعد الأسبوع 20 من الحمل • بيلة بروتينية +2 أو أكثر
كزاز الصفحة الأعراض - 50	<ul style="list-style-type: none"> • ضرز (عسر فتح الفم والمضغ) • تشنجات في الوجه والرقبة والذراع. • ظهر مقوسة • بطن شبيه بالخشب • تشنجات عنيفة تلقائية

(1) إذا وجد عند امرأة أي واحد من الأعراض والعلامات المذكورة عند مقدمات ارتعاج وخيمة، شخص مقدمات ارتعاج وخيمة..

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي دفع المريضة لمراجعة المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
صرع (2) الصفحة الأعراض – 51		<ul style="list-style-type: none"> اختلاجات تاريخ مرضي سابق لاختلاجات ضغط الدم سوي
ملاريا غير مصحوبة بمضاعفات الصفحة الأعراض – 103	<ul style="list-style-type: none"> طحال متضخم 	<ul style="list-style-type: none"> حمى رعدات / نوافض صداع ألم عضلي / مفصلي
ملاريا وخيمة / مصحوبة بمضاعفات الصفحة الأعراض – 52	<ul style="list-style-type: none"> اختلاجات يرقان 	<ul style="list-style-type: none"> أعراض وعلامات الملاريا غير المصحوبة بمضاعفات سيات فقر الدم
التهاب السحايا (2) (3) التهاب الدماغ (2) (3)	<ul style="list-style-type: none"> اختلاجات تخليط نعاس سيات 	<ul style="list-style-type: none"> صداع رقبة متيبسة رهاب الضوء حمى
شقيقة (4)	<ul style="list-style-type: none"> قياء 	<ul style="list-style-type: none"> صداع تغير الرؤية

(2) إذا لم يكن بالإمكان استبعاد تشخيص الارتعاج : استمر بمعالجة الارتعاج.

(3) افحص السائل النخاعي وأعط معالجة ملائمة لالتهاب السحايا أو التهاب الدماغ.

(4) أعط مسكنات (مثلاً: الباراسيتامول 500 ميلي غرام فمويًا عند اللزوم).

يوجد لدى قسم قليل من النساء المصابات بارتعاج ضغط دم سوي. عالج كل النساء المصابات باختلاجات وكأنهن مصابات بارتعاج حتى يتأكد تشخيص آخر.

تذكر

- لا يوجد في مقدمات الارتعاج الخفيفة أي أعراض.
- زيادة البيلة البروتينية علامة على تفاقم مقدمات الارتعاج.
- لا تعتبر وذمة القدم والطرفين السفليين علامة يعول عليها لمقدمات الارتعاج.

قد لا توجد أعراض في فرط الدم المحرض بالحمل؛ وقد تكون العلامة الوحيدة هي ارتفاع ضغط الدم.

يزداد اختطار المضاعفات، بما فيها الارتعاج ، بشكل كبير في مقدمات الارتعاج الوخيمة.

• تشير الاختلاجات مع علامات مقدمات الارتعاج إلى الارتعاج. هذه الاختلاجات:

- قد تحدث بغض النظر عن وخامة فرط ضغط الدم.
- صعبة التنبؤ وتحدث وبشكل نمطي في غياب فرط المنعكسات والصداع أو التبدلات الإبصارية.
- تحدث بعد الولادة في حوالي 25% من الحالات.
- توتريية رمعية وتشبه اختلاجات الصرع الكبير.
- قد تتكرر بتعاقب سريع، كما في الحالة الصرعية وقد تنتهي بالوفاة.
- لن تلاحظ إذا كانت المرأة وحدها.
- قد تتبع بسبات يدوم دقائق أو ساعات اعتمادا على تواتر الاختلاجات.

لا تعط الإرغومترين لامرأة مصابة بمقدمات الارتعاج أو الارتعاج أو ارتفاع ضغط الدم لأنه قد يزيد اختطار الاختلاجات والحوادث الوعائية الدماغية.

تدبير فرط ضغط الدم المحرض بالحمل

الإطار الأعراض – 2 الوقاية من فرط ضغط الدم المحرض بالحمل

- لا يمنع تقييد الكالوري والسوائل والمدخول من الملح فرط ضغط الدم المحرض بالحمل ويمكن حتى أن يكون ضارا للجنين.
- لم تثبت التأثيرات المفيدة للأسبرين والكالسيوم والعوامل الأخرى في الوقاية من فرط ضغط الدم المحرض بالحمل بعد.
- الكشف والتدبير المبكران للنساء اللواتي لديهن عوامل اختطار مهمان في تدبير فرط ضغط الدم المحرض بالحمل والوقاية من الاختلاجات. يجب أن يتابع هؤلاء النساء بشكل منتظم وأن يعطين تعليمات واضحة حول مواعيد مراجعة مقدم الرعاية الصحية لهن. تنقيف أعضاء العائلة الفوري له أهمية ماثلة، ليس فقط لكي يستوعبوا أهمية علامات تفاقم فرط ضغط الدم المحرض بالحمل، ولكن لأن يزيدوا الدعم الاجتماعي عندما يتطلب الأمر عند الاستشفاء، وتبديل النشاطات العملية أيضا.

فرط ضغط الدم المحرض بالحمل

دبر على أساس مريضة خارجية:

- راقب ضغط الدم والبول (بحثا عن البيلة البروتينية) وحالة الجنين أسبوعيا.
- إذا ازداد ضغط الدم سوءا: دبر كمقدمات ارتعاج خفيفة (الصفحة الأعراض – 42).
- إذا وجدت علامات على تقييد وخيم لنمو الجنين أو احتمال تعرض الجنين للخطر: ادخل المرأة في المستشفى للتقييم واحتمال الولادة المسرعة.
- قم بتوعية المرأة وعائلتها حول علامات الخطر التي تشير إلى مقدمات الارتعاج أو الارتعاج.
- إذا بقيت كل الملاحظات مستقرة، اسمح بالاستمرار بالمخاض والولادة السويين (الصفحة المبادئ السريرية – 57).

مقدمات الارتعاج الخفيفة

الحمل أقل من 37 أسبوعاً

- إذا بقيت العلامات غير متبدلة أو سوية، تابع مرتين في الأسبوع كمریضة خارجية:
- راقب ضغط الدم والبول (بحثاً عن البيلة البروتينية) والمنعكسات وحالة الجنين.
- قم بتوعية المرأة وعائلتها حول علامات الخطر لمقدمات الارتعاج أو الارتعاج.
- شجع على فترات راحة إضافية.
- شجع المرأة على تناول نظام غذائي سوي (يجب عدم تشجيع تقييد الملح).
- لا تعط مضادات الاختلاج أو مضادات فرط ضغط الدم أو المهدئات أو المطمئنات.
- إذا كانت المتابعة كمریضة خارجية غير ممكنة، أدخل المرأة في المستشفى:
 - وفر نظاماً غذائياً سويماً (يجب عدم تشجيع تقييد الملح).
 - راقب ضغط الدم (مرتين يومياً) والبول بحثاً عن البيلة البروتينية (يوميماً).
 - لا تعط مضادات الاختلاج أو مضادات فرط ضغط الدم أو المهدئات أو المطمئنات ما لم يكن يرتفع ضغط الدم أو مستوى البروتين البولي.
 - لا تعط مدرات البول. مدرات البول (ضارة)، وتستطب فقط للاستخدام في مقدمات الارتعاج مع الوذمة الرئوية أو فشل القلب الاحتقاني.
 - إذا تناقص ضغط الدم الانبساطي إلى مستويات سوية، أو بقيت حالتها (حالة المرأة) مستقرة: أرسل المرأة إلى المنزل:
 - انصحها أن ترتاح، وأن تتنبه لتورم مهم أو علامات مقدمات الارتعاج الوخيمة.
 - قم بزيارتها مرتين أسبوعياً لمراقبة ضغط الدم والبول (بحثاً عن البيلة البروتينية) وحالة الجنين ولتقييم أعراض وعلامات مقدمات الارتعاج الوخيمة.
 - إذا ارتفع ضغط الدم الانبساطي مرة ثانية: أعد إدخالها في المستشفى.
 - إذا بقيت العلامات غير متبدلة (إذا لم تتبدل العلامات): احتفظ بالمرأة في المستشفى. استمر بنفس التدبير وراقب نمو الجنين بطول الارتفاق - القاع (ارتفاع القاع عن الارتفاق).

- إذا كان هناك تحديد للنمو: فكر جديا بالولادة المبكرة. وإلا استمر بالاستشفاء حتى الموعد.
- إذا ازداد مستوى بروتين البول: دبر الحالة كمقدمات ارتعاج وخيمة (انظر لاحقا).
- ملاحظة: لا تختفي أعراض وعلامات مقدمات الارتعاج بشكل تام حتى ينتهي الحمل. الحمل أكثر من 37 أسبوعا تماما
- إذا وجدت علامات على احتمال تعرض الجنين للخطر: قيم عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 18) وسرع الولادة:
- إذا كان عنق الرحم يبعث الرضى (طريا، رقيقا، متوسعا بشكل جزئي): مزق الأغشية بصنارة سلبية أو ملقاط كوخر وحرص المخاض باستخدام الأوكسيتوسين أو البروستاغلاندين (الصفحة الإجراءات – 17).
- إذا كان عنق الرحم غير مرض (قاسيا، ثخينا، مغلقا): أنضج عنق الرحم باستخدام البروستاغلاندينات أو قنطار فولي (الصفحة الإجراءات – 24) أو ولد بقبصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

مقدمات الارتعاج الوخيمة والارتعاج

تدبر مقدمات الارتعاج الوخيمة والارتعاج بشكل مشابه مع استثناء بأن الولادة يجب أن تتم خلال 12 ساعة من بدء الاختلاجات في الارتعاج. يجب أن تعالج كل مقدمات الارتعاج الوخيمة بشكل فعال. لا يمكن التعويل على أعراض وعلامات الارتعاج الوشيك (تغميم الرؤية، فرط المنعكسات) ولا يوصى بالتدبير التوقعي.

التدبير خلال اختلاج

- أعط الأنوية المضادة للاختلاج (الصفحة الأعراض – 44).
- اجمع المعدات (المسلك الهوائي، الممص، القناع والكيس، الأكسجين) وأعط الأكسجين بمعدل 4-6 لترا في الدقيقة.
- احم المرأة من الأذية لكن لا تقيد بها بشكل شديد.
- ضع المرأة على جانبها الأيسر لتتقصر اختطار رشف الإفرازات والقيء والدم.
- بعد الاختلاج: ارشف (شفط) الفم والحلق حسب الضرورة.

التدبير العام

- إذا بقي ضغط الدم الانبساطي أكثر من 110 ميلي متر زئبقي: أعط الأدوية المضادة لفرط ضغط الدم (الصفحة الأعراض - 46)، انقص ضغط الدم الانبساطي إلى أقل من 100 ميلي متر زئبقي، لكن ليس أقل من 90 ميلي متر زئبقي.
- ابدأ تسريباً وريدياً وسرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- حافظ على مخطط توازن دقيق للسوائل وراقب كمية السوائل المعطاة والنتاج البولي لتضمن عدم وجود تحميل مفرط من السوائل.
- قشطر المثانة لمراقبة النتاج البولي والبييلة البروتينية.
- إذا كان النتاج البولي أقل من 30 ميلي لتر في الساعة:
 - أوقف سلفات المغنيزيوم وسرب سوائل وريدية (المحلول الملحي أو محلول رنجر اللاكتاتي) بمعدل 1 لتر في 8 ساعات
 - راقب تطور الوذمة الرئوية.
- لا تترك المرأة وحدها إطلاقاً. قد يسبب الاختلاج المتبوع برشف القيء موت المرأة والجنين.
- راقب العلامات الحيوية والمنعكسات وسرعة قلب الجنين كل ساعة.
- تسمع قاعدتي الرئتين كل ساعة بحثاً عن الخراخر التي تشير إلى وذمة رئوية. إذا سمعت خراخر : أوقف السوائل وأعط الفروسميد 40 ميلي غرام وريدياً مرة واحدة.
- قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض - 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض - 19).

الأدوية المضادة للاختلاج

العامل الرئيسي في المعالجة المضادة للاختلاج هو الإعطاء الكافي للأدوية المضادة للاختلاج. كثيراً ما تنجم الاختلاجات عند امرأة في المستشفى عن المعالجة الناقصة في معظم الأحيان. سلفات المغنيزيوم هي الدواء المختار للموقاية من الاختلاجات ومعالجتها في مقدمات الاختلاج الوخيمة والارتجاج. لخص الإعطاء في الإطار

الأعراض - 3 الصفحة الأعراض - 45.

إذا لم تكن سلفات المغنيزيوم متوفرة: يمكن استخدام الديازيبام رغم وجود اختطار كبير لحدوث خمود تنفسي عند الوليد، لأن الديازيبام يمر إلى المشيمة بحرية. نادراً ما تسبب جرعة وحيدة من الديازيبام لإجهاض اختلاج خموداً تنفسياً عند الوليد. يزيد الإعطاء الوريدي المستمر المديد اختطار الخمود التنفسي عند الأطفال الذين يعانون مسبقاً من تأثيرات الإقفار (نقص التروية الدموية) المشيمي الرحمي والولادة

المبتسرة. قد يدوم التأثير عدة أيام. لخص إعطاء الديازيبام في الإطار الأعراض –
4 الصفحة الأعراض – 46.

الإطار الأعراض – 3 جدول إعطاء سلفات المغنزيوم في مقدمات
الارتعاج الوخيمة والارتعاج

جرعة التحميل

- محلول سلفات المغنزيوم 20%، 4 غرامات وريدياً خلال 5 دقائق.
- تتبع، وبسرعة، بـ 10 غرامات من محلول سلفات المغنزيوم 50%، 5 غرامات في كل آلية حقناً عضلياً عميقاً مع 1 مل ليغنونكاين 2% في نفس المحقنة. اضمن أنه تم تطبيق طريقة طاهرة عند إعطاء سلفات المغنزيوم حقناً عضلياً عميقاً. نبه المرأة إلى أنها ستشعر بالدفء عند إعطاء سلفات المغنزيوم.
- إذا رجعت الاختلاجات بعد 15 دقيقة: أعط 2 غراماً سلفات المغنزيوم (محلول 50%) وريدياً خلال 5 دقائق.

جرعة المداومة

- 5 غرامات من محلول سلفات المغنزيوم 50% + 1 ميلي لتر من الليغنونكاين 2% عضلياً كل 4 ساعات في الأليتين بشكل متناوب.
- استمر بالمعالجة بسلفات المغنزيوم مدة 24 ساعة بعد الولادة أو بعد آخر اختلاج – أيهما يحدث أخيراً.

قبل إعادة الإعطاء اضمن أن:

- سرعة التنفس 16 مرة في الدقيقة على الأقل.
 - منعكسات الرضفة موجودة.
 - النتاج البولي 30 ميلي لتر في الساعة مدة 4 ساعات على الأقل.
- لا تعط الدواء أو أخره إذا:

- تراجعت سرعة التنفس إلى أقل من 16 مرة في الدقيقة.
- غابت منعكسات الرضفة.
- تراجع النتاج البولي إلى أقل من 30 ميلي لتر في الساعة خلال 4 ساعات السابقة.

احتفظ بالدرىاق جاهزاً:

- في حالة توقف التنفس:
ساعد التهوية (قناع وكيس، جهاز تخدير، تنبيب). أعط غلوكونات الكالسيوم 1 غراماً (10 ميلي لتر من المحلول 10%) وريدياً وببطء حتى يبدأ التنفس، وذلك لتناقص تأثيرات سلفات المغنزيوم.

الإطار الأعراض - 4 جدول إعطاء الديازيبام في مقدمات الارتعاج الوخيمة والارتعاج

<p>ملاحظة: استخدم الديازيبام عند عدم توفر سلفات المغنيزيوم فقط.</p> <p>الإعطاء الوريدي</p> <p>جرعة التحميل</p> <ul style="list-style-type: none"> • الديازيبام 10 ميلي غرام وريديا ببطء خلال دقيقتين. • إذا رجعت الاختلاجات، أعد جرعة التحميل. <p>جرعة المداومة</p> <ul style="list-style-type: none"> • الديازيبام 40 ميلي غرام في 500 ميلي لتر من السوائل وريديا (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي)، عاير لتحافظ على المرأة مهدنة لكن يقظة. • قد يحدث خمود تنفسي عند الأم عندما تتجاوز الجرعة 30 ميلي غرام في ساعة واحدة. ساعد التهوية (قناع مع كيس، جهاز تخدير، تنبيب) عند الضرورة. لا تعط أكثر من 100 ميلي غرام خلال 24 ساعة. <p>الإعطاء المستقيمي</p> <ul style="list-style-type: none"> • أعط الديازيبام عن طريق المستقيم عندما يكون فتح الخط الوريدي غير ممكن. جرعة التحميل 20 ميلي غرام في محقنة 10 ميلي لتر. انزع الإبرة، زلق الأسطوانة واغرس المحقنة داخل المستقيم إلى نصف طولها. فرغ المحتويات واترك المحقنة في مكانها. امسك الألبتين مع بعض مدة 10 دقائق لتمنع انقذاف الدواء. بشكل بديل: قد يستل الدواء في المستقيم من خلال قنطار. • إذا لم تتم السيطرة على الاختلاجات خلال 10 دقائق: أعط 10 ميلي غرام أخرى في الساعة أو أكثر اعتمادا على حجم المرأة واستجابتها السريرية.
--

الأدوية المضادة لفرط ضغط الدم

- إذا كان ضغط الدم الانبساطي 110 ميلي متر زئبقي أو أكثر: أعط أدوية مضادة لفرط ضغط الدم لتحافظ على الضغط الانبساطي بين 90 ميلي متر زئبقي و 100 ميلي متر زئبقي لتمنع النزف الدماغي (المخي). الهيدرالازين Hydralazine هو الدواء المختار.
- أعط الهيدرالازين 5 ميلي غرام وريديا ببطء كل 5 دقائق حتى ينخفض ضغط الدم. أعد كل ساعة حسب الحاجة أو أعط الهيدرالازين 12.5 ميلي غرام عضليا كل ساعتين حسب الحاجة.
- إذا كان الهيدرالازين غير متوفر أعط:
 - اللابيتولول 10 ميلي غرام وريديا:
 - إذا كانت الاستجابة غير كافية: (يبقى ضغط الدم الانبساطي فوق 110 ميلي متر زئبقي) بعد 10 دقائق: أعط اللابيتولول 20 ميلي غرام وريديا.
 - قم بزيادة الجرعة حتى 40 ميلي غرام ثم إلى 80 ميلي غرام إذا لم يتم الحصول على استجابة مرضية بعد 10 دقائق من كل جرعة.

- أو: النيفيديبين 5 ميلي غرام تحت اللسان:
- إذا كانت الاستجابة غير كافية (يبقى ضغط الدم الانبساطي فوق 110 ميلي متر زئبقي) بعد 10 دقائق: أعط 5 ميلي غرام أخرى تحت اللسان.
- ملاحظة: هناك خوف حول احتمال التأثير مع سلفات المغنيزيوم، والذي قد يؤدي إلى هبوط ضغط الدم.

الولادة

يجب أن تجرى الولادة حالما تستقر حالة المرأة فوراً. تأجيل الولادة لزيادة نمو الجنين سيعرض حياة كل من الأم والجنين للخطر. يجب أن تجرى الولادة بغض النظر عن العمر الحملي.

يجب أن تجرى الولادة خلال 24 ساعة من بدء الأعراض في مقدمات الارتعاج الوخيمة. أما في الارتعاج فيجب أن تجرى الولادة خلال 12 ساعة من بدء الاختلاجات.

- قيم عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 18).
- إذا كان عنق الرحم يبعث الرضى (طرياً، رقيقاً، متوسعاً بشكل جزئي): مزق الأغشية بصنارة سلوية أو ملقاط كوخر وحرص المخاض باستخدام الأوكسيتوسين أو البروستاغلاندين (الصفحة الإجراءات – 17).
- إذا لم تكن الولادة متوقعة خلال 12 ساعة (بالنسبة للارتعاج) أو 24 ساعة (بالنسبة لمقدمات الارتعاج الوخيمة) ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا وجدت شدوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة): ولّد بالقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان عنق الرحم لا يبعث الرضى (قاسياً، ثخيناً، مغلقاً) والجنين حي، ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا لم يتوفر تخدير مأمون للقيصرية أو إذا كان الجنين ميتاً أو خديجاً جداً لأن يبقى حياً:
- حاول الولادة المهبلية؛
- إذا كان عنق الرحم لا يبعث الرضى (قاسياً، ثخيناً، مغلقاً): أنضج عنق الرحم باستخدام الميزوبروستول، أو البروستاغلاندينات أو قثطار فولي (الصفحة الإجراءات – 24).
- ملاحظة: إذا أنجزت القيصرية ضمن:
- أنه تم استبعاد الاعتلال الخثري؛

- توفر تخدير عام مأمون. يترافق التخدير النخاعي مع اختطار هبوط ضغط الدم. يمكن إنفاص هذا الاختطار إذا سربت سوائل وريدية كافية (500-1000 ميلي لتر) قبل إعطاء المخدر (الصفحة الإجراءات – 11).

لا تستخدم تخديراً موضعياً أو الكينامين عند امرأة مصابة بمقدمات الارتعاج أو الارتعاج.

الرعاية التالية للولادة

- يجب أن تستمر المعالجة المضادة للاختلاج مدة 24 ساعة بعد الولادة أو بعد آخر اختلاج – أيهما حدث آخرأ.
- استمر بالمعالجة المضادة لفرط ضغط الدم طالما كان ضغط الدم الانبساطي 110 ميلي متر زئبقي أو أكثر.
- استمر بمراقبة النتاج البولي.

الإحالة إلى رعاية المستوى الثالثي

فكر جدياً بإحالة المرأة التي لديها:

- قلة البول التي تستمر 48 ساعة بعد الولادة.
- فشل التخثر (مثلاً اعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19) أو انحلال الدم، ارتفاع إنزيمات الكبد وانخفاض الصفائح (متلازمة HELLP).
- سبات مستديم يدوم أكثر من 24 ساعة بعد الاختلاج.

مضاعفات فرط ضغط الدم المحرض بالحمل

- قد تسبب المضاعفات نتائج ضائرة على الأم والفترة المحيطة بالولادة. يجب أن تبذل الجهود لمنع المضاعفات لأنها غالباً ما تكون صعبة المعالجة، وذلك بالتشخيص المبكر والتدبير المناسب. يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية مدركين أن التدبير قد يؤدي إلى مضاعفات أيضاً. دبر المضاعفات على الشكل التالي:
- إذا كان تقييد نمو الجنين وخيماً: سرّع الولادة.
 - إذا وجد نعاس متزايد أو سبات: اشنتبه بالنزف الدماغي:
 - انقص ضغط الدم ببطء لتتقص اختطار النزف الدماغي.
 - وفر معالجة داعمة.

- إذا اشتبه بفشل القلب أو الكلية أو الكبد: وفر معالجة داعمة وراقب.
- إذا أظهر اختبار للتجلط فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكلت جلطة طرية تتحطم بسهولة: اشتبه باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).
- إذا كانت لدى المرأة خطوط وريدية وقناطر فإنها معرضة للعدوى؛ استخدم طرقاً مناسبة للوقاية من العدوى (الصفحة المبادئ السريرية – 17) وراقب بدقة بحثاً عن علامات العدوى.
- إذا كانت المرأة تتلقى سوائل وريدية فإنها تحت اختطار التحميل المفرط الدوراني. حافظ على مخطط توازن دقيق للسوائل وراقب كمية السوائل المعطاة والنتاج البولوي.

فرط ضغط الدم المزمن

- شجع على الفترات الإضافية من الراحة.
- تحافظ المستويات العالية من ضغط الدم على التروية الكلوية والمشيحية في فرط ضغط الدم المزمن، ولذلك سيؤدي إنقاص ضغط الدم إلى تناقص التروية. يجب ألا يخفض ضغط الدم إلى أخفض من مستوياته قبل الحمل. لا توجد بينة على أن المعالجة الهجومية لإنقاص ضغط الدم إلى مستويات سوية تحسن النتيجة الجنينية أو الأمومية:
 - إذا كانت المرأة تتلقى دواء خافضاً لضغط الدم المرتفع قبل الحمل، والمرض تحت السيطرة الجيدة: استمر بنفس الدواء إن كان مقبولاً أثناء الحمل.
 - إذا كان ضغط الدم الانبساطي 110 ميلي متر زئبقي أو أكثر أو ضغط الدم الانقباضي 160 ميلي متر زئبقي أو أكثر: عالج بالأدوية المضادة لفرط ضغط الدم (الصفحة الأعراض – 46).
 - إذا وجدت بيلة بروتينية أو علامات وأعراض أخرى: فكر جدياً بمقدمات الارتعاج المتراكبة، ودبر الحالة كمقدمات ارتعاج خفيفة (الصفحة الأعراض – 42).
- راقب نمو الجنين وحالته.
- إذا لم توجد مضاعفات: ولد حسب الميعاد.
- إذا تطورت مقدمات الارتعاج: دبر كمقدمات ارتعاج خفيفة (الصفحة الأعراض – 42) أو كمقدمات ارتعاج وخيمة (الصفحة الأعراض – 43).
- إذا وجدت شذوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة): اشتبه بالضائقة الجنينية (الصفحة الأعراض – 95).
- إذا كان تقييد نمو الجنين وخيماً وتاريخ الحمل مضبوط: قيم عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 18) وفكر جدياً بالولادة:

- ملاحظة:** تقييم الحمل بفائق الصوت في الحمل الآجل ليس مضبوطاً.
- إذا كان **عنق الرحم يبعث الرضى** (طرياً، رقيقاً، متوسعاً بشكل جزئي): مزق الأغشية بصنارة سلوية أو ملقاط كوخر وحرص المخاض باستخدام الأوكسيتوسين أو البروستاغلاندين (**الصفحة الإجراءات – 17**).
 - إذا كان **عنق الرحم لا يبعث الرضى** (قاسياً، ثخيناً، مغلقاً): أنضح عنق الرحم باستخدام البروستاغلاندينات أو قنطار فولي (**الصفحة الإجراءات – 24**).
 - راقب بحثاً عن المضاعفات بما في ذلك انفصال المشيمة الباكر (**الصفحة الأعراض – 18**) ومقدمات الارتعاج المتراكبة (انظر مقدمات الارتعاج الخفيفة **الصفحة الأعراض – 42**).

الكزاز

- قد تدخل المطثية الكزازية *Clostridium tetani* جوف الرحم عبر أدوات أو أيدي غير نظيفة، خاصة خلال الإجهاضات التي تتم علي أيد أناس جهلة أو الولادات التي تتم بعيداً عن المراكز الصحية. يعدى الوليد عادة من أدوات غير نظيفة تستخدم في قطع الحبل أو من مواد ملوثة توضع كضمانات تقليدية على الحبل. يجب أن تبدأ المعالجة بأسرع وقت ممكن :
- سيطر على التشنجات بالديازيبام 10 ميلي غرام وريدياً ببطء خلال دقيقتين. إذا كانت التشنجات وخيمة: قد تحتاج المرأة لأن تشل وتوضع على مهوية وهذا قد يكون ممكناً فقط في مركز رعاية ثالثة.
 - وفر رعاية عامة:
 - ضع المرأة في غرفة هادئة، لكن راقب مراقبة دقيقة.
 - تجنب المنبهات غير الضرورية.
 - حافظ على التمييه والتغذية.
 - عالج العدوى الثانوية.
 - أعط ضد ذيفان الكزاز 3000 وحدة عضلياً لتعادل الذيفان الممتص.
 - امنع المزيد من إنتاج الذيفان:
 - أزل سبب الإنتان (مثلاً: أزرع النسيج المعدي من جوف الرحم في إجهاض إنثاني).
 - أعط بنزيل البنسلين 2 مليون وحدة وريدياً كل 4 ساعات لمدة 48 ساعة. ثم أعط الأمبيسلين 500 ميلي غرام فموياً 3 مرات باليوم لمدة 10 أيام.

الإطار الأعراض – 5 التمنيع ضد الكزاز

عندما تملك الأم مناعة فاعلة، تمر الأضداد من خلال المشيمة وتحصن الوليد. تعتبر امرأة ما محصنة إذا كانت تلقت جرعتين من اللقاح بفواصل 4 أسابيع على الأقل وبفاصلة 4 أسابيع على الأقل بين آخر جرعة لقاح وانتهاء الحمل، أما المرأة التي تلقت سلسلة من اللقاح (5 حقن) منذ أكثر من 10 سنوات قبل الحمل الحالي فيجب أن تعطى جرعة معززة. يوصى بجرعة معززة عند معظم النساء في كل حمل. إذا تعرضت امرأة ممنعة لإجهاض غير مأمون أو ولادة غير تصحيحية: أعطها حقنة معززة من ذوفان الكزاز 0.5 ميلي لتر عضليا. وإذا لم تكن ممنعة من قبل: أعطها مصلا مضادا للكزاز 1500 وحدة عضليا واتبعه بحقنة معززة من 0.5 ميلي لتر عضليا بعد 4 أسابيع.

الصرع

قد تراجع المرأة المصابة بصرع المركز الصحي باختلاجات في الحمل. يسوء الصرع – مثل أي مرض مزمن – عند بعض النساء أثناء الحمل، لكنه يتحسن عند أخريات. على كل، قد لا يتأثر الصرع بالحمل عند معظم النساء.

• راقب المرأة عن قرب، وعموما فإن المرأة المصابة بصرع لديها زيادة اختطار:

– لفرط ضغط الدم المحرض بالحمل.

– المخاض المبتسر.

– لولادة أطفال مع أوزان ولدان منخفضة.

– لولادة أطفال مع تشوهات خلقية.

– وفيات الفترة المحيطة الولادة.

• توجه نحو السيطرة على الصرع بأصغر جرعة من دواء وحيد. تجنب الأدوية في الحمل الباكر التي تترافق مع تشوهات خلقية (مثل حمض فالبرويك)

• إذا كانت المرأة تختلج: أعط الديازيبام 10 ميلي غرام وريديا ببطء خلال دقيقتين، وأعد ذلك إذا رجعت الاختلاجات بعد 10 دقائق.

• إذا استمرت الاختلاجات (حالة صرعية): سرب الفينيتوين 1 غرام (18 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم تقريبا) في 50–100 ميلي لتر من المحلول الملحي

النظامي خلال 30 دقيقة (يجب ألا يتجاوز التركيز النهائي 10 ميلي غرام/ميلي لتر).

ملاحظة: يمكن استخدام المحلول الملحي النظامي فقط لتسريب الفينيتوين. ستسبب كل السوائل الوريدية الأخرى تبلور الفينيتوين.

- افتح خطأً وريدياً متدفقاً بالمحلول الملحي قبل تسريب الفينيتوين - وبعده.

- لا تسرب الفينيتوين بمعدل يزيد عن 50 ميلي غرام في الدقيقة بسبب اختطار ضربات القلب اللا منتظمة، وهبوط ضغط الدم والحمود التنفسي.

- أكمل الإعطاء خلال ساعة من التحضير.

- إذا كان معروفاً أن المرأة مصابة بالصرع: أعطها نفس الدواء الذي كانت تتناوله. تابعها بانتظام واضبط جرعة الدواء حسب الاستجابة.
- إذا كان معروفاً أن المرأة مصابة بالصرع لكن لا يمكن معرفة تفاصيل الدواء الذي تتناوله: أعطها الفينيتوين 100 ميلي غرام فموياً ثلاث مرات في اليوم. تابعها بانتظام واضبط جرعة الدواء حسب الحالة السريرية.
- قد ينجم عوز حمض الفوليك عن الأدوية المضادة للاختلاج، أعط حمض الفوليك 600 مكروغرام فموياً مرة واحدة يومياً مع إعطاء المعالجة المضادة للاختلاج في الحمل.
- قد يسبب الفينيتوين عوز عوامل التجلط المعتمدة على الفيتامين K عند الوليد، ويمكن التقليل من ذلك بإعطاء فيتامين K 1 ميلي غرام عضلياً للوليد.
- يستطب تقييم الأسباب المستبطنة للاختلاجات إذا كانت الاختلاجات ذات بدء حديث وهذا قد يكون ممكناً على مستوى رعاية ثالثة فقط.

الملاريا الوخيمة/ المصحوبة بمضاعفات

قد تشخص الملاريا الوخيمة في الحمل خطأً على أنها ارتعاج. إذا أصيبت امرأة حامل تعيش في منطقة ملاريا بحمي وصداع أو اختلاجات، وكان من غير الممكن استبعاد الملاريا، فمن الضروري معالجة المرأة من أجل كلاً من الملاريا والارتعاج.

المرأة الحامل المصابة بملاريا وخيمة معرضة بشكل خاص لنقص سكر الدم والوذمة الرئوية وفقر الدم والسبات.

الأدوية المضادة للملاريا

يبقى الكينين الخط الأول للمعالجة في كثير من البلدان، وقد يكون استخدامه مأموناً طيلة الحمل. لكن يعتبر كل من الأرتيسينات وريدياً والأرتيميثير عضلياً هي الأدوية المختارة – في حال توفرها – في الأثلوثين الثاني والثالث. يجب أن يوازن منافع استخدامها في الأثلوث الأول بدل الكينين (أفضل تحمليه، أقل إحداثاً لنقص سكر الدم) مقارنة بقله التأثيرات الموثقة على نتائج الحمل.

ثنائي هيدروكلوريد الكينين

جرعة التحميل

- سرب ثنائي هيدروكلوريد الكينين 20 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم في سوائل وريديية (دكستروز 5%، المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) خلال 4 ساعات:

- لا تعط بلعة وريديية من الكينين إطلاقاً.

- إذا كان معروفاً، وبشكل أكيد، أن المرأة أخذت جرعة كافية من الكينين

- (1.2 غراماً) خلال 12 ساعة السابقة: لا تعط جرعة التحميل. حضر جرعة المداومة (انظر لاحقاً).

- إذا كان تاريخ المعالجة غير معروف أو غير واضح، أعط جرعة التحميل من الكينين.

- استخدم 100-500 ميلي لتر من السوائل الوريديية اعتماداً على حالة توازن السوائل.

- انتظر 4 ساعات قبل إعطاء جرعة المداومة.

جرعة المداومة

- سرب ثنائي هيدروكلوريد الكينين 10 ميلي غرام/ كيلو غرام مسن وزن الجسم خلال 4 ساعات. أعد كل 8 ساعات (أي تسريب الكينين مدة 4 ساعات، عدم تسريب مدة 4 ساعات، ثم تسريب مدة 4 ساعات.. إلخ).
- ملاحظة: راقب مستويات غلوكوز الدم بحثاً عن نقص سكر الدم كل ساعة أثناء تلقي المرأة للكينين وريدياً (الصفحة الأعراض – 55).

- استمر بمخطط جرعات المداومة حتى تصبح المرأة واعية وقادرة على البلع ثم أعط:

- ثنائي هيدروكلوريد الكينين أو الكينين سلفات 10 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم فمويماً كل 8 ساعات لتكمل 7 أيام من المعالجة.

- أو: أعط - في المناطق التي يكون فيها السلفادوكسين/ البيريميثامين فعالاً - السلفادوكسين/ البيريميثامين 3 أقراص كجرعة وحيدة.

الأرتيسينات وريديا

جرعة التحميل

- أعط الأرتيسينات 2.4 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريديا كجرعة وحيدة في اليوم الأول من المعالجة.

جرعة المداومة

- أعط الأرتيسينات 1.2 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم وريديا كجرعة وحيدة مرة واحدة يومياً ابتداء من اليوم الثاني من المعالجة.
- استمر بمخطط جرعات المداومة حتى تصبح المرأة واعية وقادرة على البلع ثم أعط الأرتيسينات 2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فمويماً مرة واحدة لتكمل 7 أيام من المعالجة.

الأرتيميثير عضلياً

جرعة التحميل

- أعط الأرتيميثير 3.2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً كجرعة وحيدة في اليوم الأول من المعالجة.

جرعة المداومة

- أعط الأرتيميثير 1.6 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً مرة يومياً ابتداء من اليوم الثاني من المعالجة.
- استمر بمخطط جرعات المداومة حتى تصبح المرأة واعية وقادرة على البلع ثم أعط الأرتيسينات 2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فمويماً مرة واحدة يومياً حتى تكمل 7 أيام من المعالجة.

الاختلاجات

- إذا حدثت الاختلاجات، أعط الديازيبام 10 ميلي غرام وريديا ببطء خلال دقيقتين.
- إذا تم تشخيص الارتعاج، أمنع الاختلاجات التالية بسلفات المغنيزيوم (الإطار الأعراض - 3، الصفحة الأعراض - 45).
- إذا استبعد الارتعاج، أمنع الاختلاجات التالية بالفينيتوين (انظر لاحقاً).

الفينيتوين

جرعة التحميل

- سرب الفينيتوين 1 غرام (18 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم تقريباً) في 50-100 ميلي لتر محلول ملحي خلال 30 دقيقة (يجب ألا يتجاوز التركيز النهائي 10 ميلي غرام في الملي لتر).

ملاحظة: يمكن استخدام المحلول الملحي فقط لتسريب الفينيتوين. كل السوائل الوريدية الأخرى تسبب تبلور الفينيتوين.

- افتح خطأ وريديا بتدفق المحلول الملحي قبل تسريب الفينيتوين وبعده.
- لا تسرب الفينيتوين بمعدل يزيد عن 50 ميلي غرام في الدقيقة بسبب اختطار ضربات القلب اللانظمة، وهبوط ضغط الدم والخمود التنفسي.
- أكمل الإعطاء خلال ساعة من التحضير.

جرعة المداومة

- أعط الفينيتوين 100 ميلي غرام وريديا ببطء خلال دقيقتين أو فمويًا كل 8 ساعات مبتدئا بعد 12 ساعة من جرعة التحميل على الأقل.

توازن السوائل

- حافظ على مخطط توازن دقيق للسوائل وراقب كمية السوائل المعطاة والنتاج البولي لتضمن أنه لا يوجد تحميل مفرط للسوائل. قيم الحالة السريرية بانتظام.

ملاحظة: المرأة المصابة بملاريا وخيمة معرضة لتحميل مفرط بالسوائل.

- إذا تطورت الوذمة الرئوية:
 - ضع المرأة بوضعية الجلوس.
 - أعط الأوكسجين بمعدل 4 التار في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.
 - أعط الفروسميد 40 ميلي غرام وريديا كجرعة مفردة.
- إذا كان النتاج البولي قليلا (أقل من 30 ميلي لتر في الساعة):
 - قس كريتينين المصل.
 - ميه بسوائل وريديا (المحلول الملحي، محلول رنغر اللاكتاتي).
- إذا لم يتحسن النتاج البولي: أعط الفروسميد 40 ميلي غرام وريديا كجرعة مفردة وراقب النتاج البولي.
- إذا استمر النتاج البولي قليلا (أقل من 30 ميلي لتر في الساعة خلال 4 ساعات) وكان كريتينين المصل أكثر من 2.9 ميلي غرام/دل: أحل المرأة إلى مركز رعاية ثالثة لتدبير الفشل الكلوي.

نقص سكر الدم

نقص سكر الدم شائع، ويحدث في أي وقت خلال المرض خاصة بعد ابتداء المعالجة بالكينين. قد لا توجد أعراض.

- راقب مستويات جلوكوز الدم باستخدام اختبار أوراق الاختيار بالغمس كل 4 ساعات.
- **ملاحظة:** إذا كانت المرأة تتلقى الكينين وريدياً: راقب مستويات جلوكوز الدم كل ساعة.
- إذا تم كشف نقص سكر الدم: أعط 50 ميلي لتر من الدكستروز 50% وريدياً. اتبعه بالدكستروز (5 أو 10 %) 500 ميلي لتر مسربة خلال 8 ساعات.
- **ملاحظة:** راقب مستويات جلوكوز الدم واضبط التسريب تبعاً للحالة .
- راقب توازن السوائل بعناية (الصفحة الأعراض – 55).

فقر الدم

- غالباً ما تترافق الملاريا المصحوبة بمضاعفات بفقر الدم.
- راقب مستويات الهيموغلوبين يومياً.
- انقل الدم حسب الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية – 23).
- راقب توازن السوائل (الصفحة الأعراض – 55).
- أعط الفروسמיד 20 ميلي غرام وريدياً أو فموياً مع كل وحدة دم.
- أعط سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام فموياً مع حمض الفوليك 400 مكروغرام فموياً مرة واحدة يومياً حتى التخريج.

المشكلات

- طور الخفاء أطول من 8 ساعات .
- توسع عنق الرحم إلى يمين خط اليقظة على مخطط الولادة .
- تعاني المرأة من آلام المخاض منذ 12 ساعة أو أكثر دون ولادة (مخاض مطول).

التدبير العام

- قم بتقييم سريع لحالة المرأة والجنين ووفر رعاية داعمة (الصفحة المبادئ السريرية - 57).
- اختبر البول بحثاً عن الكيتونات وعالج بسوائل وريدية إذا كانت تعاني من فرط كيتون الجسم .
- راجع مخطط الولادة (الصفحة المبادئ السريرية - 65).

التشخيص

الجدول الأعراض - 10 تشخيص التقدم غير المقبول للمخاض

التشخيص	الموجودات
مخاض كاذب الصفحة الأعراض - 64	عنق الرحم غير متوسع لا توجد تقلصات مجسوسة
طور خفاء مطول الصفحة الأعراض - 64	عنق الرحم غير متوسع أكثر من 4 سم بعد 8 ساعات من التقلصات المنتظمة
طور فعال مطول الصفحة الأعراض - 65	عنق الرحم متوسع إلى يمين خط اليقظة على مخطط الولادة (الشكل الأعراض - 6 الصفحة الأعراض - 59)
لا تناسب رأسي حوضي الصفحة الأعراض - 65	• توقف ثانوي لتوسع عنق الرحم ونزول جزء المجيء بوجود تقلصات جيدة
انسداد الصفحة الأعراض - 66	• توقف ثانوي لتوسع عنق الرحم ونزول جزء المجيء مع رأس كبير، تطابق من الدرجة الثالثة، عنق الرحم مطبق بشكل ضعيف على جزء المجيء، عنق الرحم متوذم، انتفاخ القطعة الرحمية السفلية، تشكل شريط انكماشى. ضائقة جنينية وأمومية (الشكل الأعراض - 7 الصفحة الأعراض - 61)
نشاط رحمي غير كاف الصفحة الأعراض - 66	• أقل من 3 تقلصات في 10 دقائق، تدوم الواحدة أقل من 40 ثانية (الشكل الأعراض - 8، الصفحة الأعراض - 63)
سوء مجيء أو سوء توضع الصفحة الأعراض - 69	• المجيء بغير القمة والقذال أمامي
طور انفذاف مطول الصفحة الأعراض - 67	• عنق الرحم متوسع بشكل تام والمرأة تحت على الدفع (الكبس) لكن لا يوجد نزول

يظهر الشكل الأعراض – 6 الصفحة الأعراض – 59 مخططاً مبسطاً للولادة

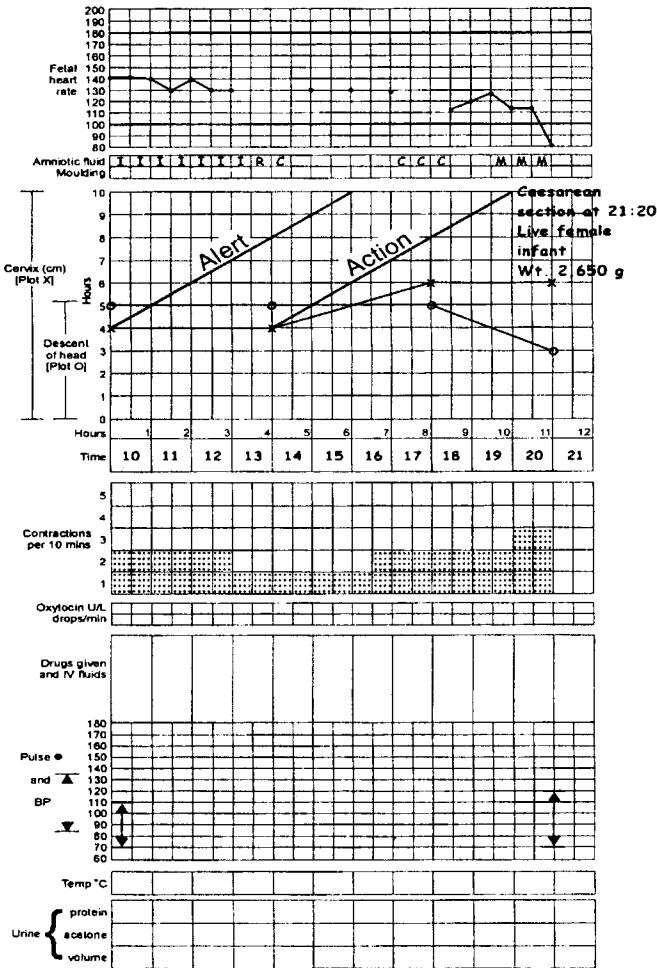
لطور فعال مطول للمخاض:

- أدخلت المرأة في المستشفى بمخاض فعال الساعة 10 صباحاً:
 - رأس الجنين مجسوس 5/5 .
 - عنق الرحم متوسع 4 سم .
 - تقلصات غير كافية (تقلصتان في 10 دقائق، تدوم كل واحدة، أقل من 20 ثانية)
- في الساعة 2 ظهراً :
 - ما زال رأس الجنين مجسوساً 5/5 .
 - عنق الرحم متوسع 4 سم وإلى يمين خط اليقظة .
 - تمزقت الأغشية بشكل تلقائي والصاء رائق (صاف).
 - تقلصات رحمية غير كافية (واحدة في 10 دقائق، تدوم أقل من 20 ثانية).
- في الساعة 6 مساء :
 - ما زال رأس الجنين مجسوساً 5/5 .
 - عنق الرحم متوسع 6 سم .
 - ما زالت التقلصات غير كافية (تقلصتان في 10 دقائق تدوم كل واحدة أقل من 20 ثانية).
- في الساعة 9 مساء :
 - سرعة قلب الجنين 80 في الدقيقة .
 - الصاء مبقع بالعقي .
 - لا يوجد تقدم إضافي في المخاض .
- أنجزت القيصرية في 9,20 مساء بسبب ضائقة جنينية .
- لاحظ أن مخطط الولادة لم يملأ بشكل ملائم. كان تشخيص المخاض المطول واضحاً الساعة 2 ظهراً، وكان يجب أن يعزز المخاض بالأوكسيتوسين في ذلك الوقت.

مخطط للولادة يظهر الطور الفعال المطول للمخاض

الشكل الأعراض - 6

Name Mrs. M Gravida 1 Para 0+0 Hospital number 1248
 Date of admission 14.5.2000 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 13:30 hours



الشكل الأعراض – 7 الصفحة الأعراض – 61 هو مخطط مبسط للولادة يظـهر توقف التوسع والنزول في الطور الفعال للمخاض . تشير الضائقة الجنينية وتطابق من الدرجة الثالثة مع توقف التوسع والنزول في الطور الفعال للمخاض بوجود تقلصات رحمية غير كافية إلى ولادة معرقله.

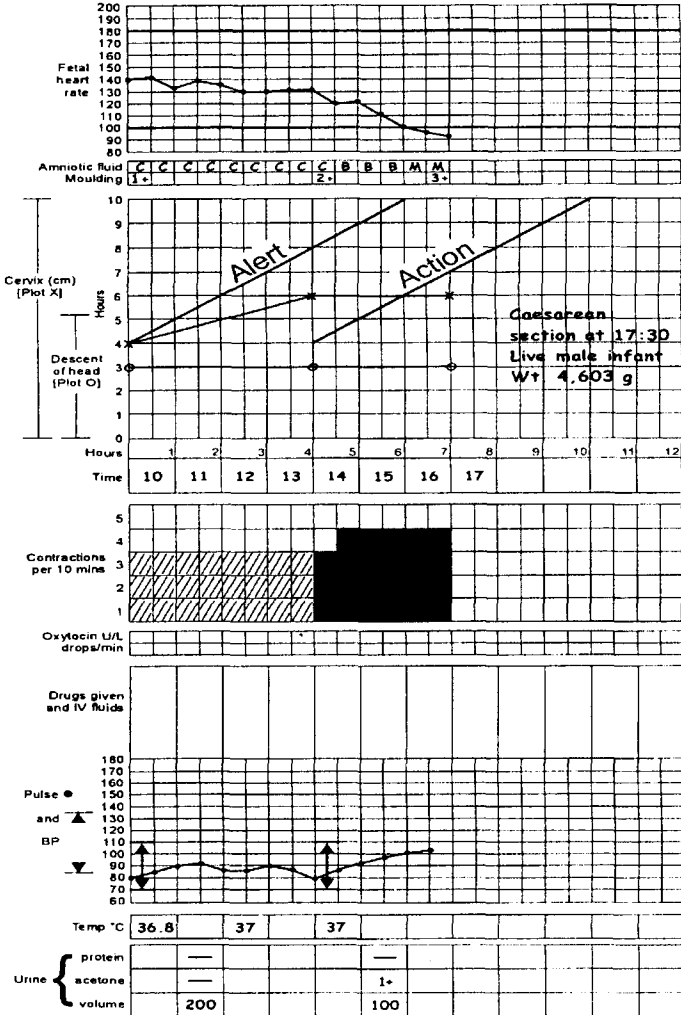
- أدخلت المرأة بمخاض فعال الساعة 10 صباحاً :
 - رأس الجنين مجسوس 5/3 .
 - عنق الرحم متوسع 4 سم .
 - 3 تقلصات في 10 دقائق ، تدوم كل واحدة 20-40 ثانية.
 - صاء رائق ينزح .
 - تطابق درجة أولى.
- الساعة 2 ظهراً:
 - ما زال رأس الجنين مجسوساً 5/3 .
 - عنق الرحم متوسع 6 سم وإلى يمين خط اليقظة .
 - تحسن خفيف في التقلصات (ثلاثة في 10 دقائق، تدوم كل واحدة 40 ثانية).
 - تطابق درجة ثانية.
- الساعة 5 مساءً :
 - ما زال رأس الجنين مجسوساً 5/3 .
 - ما زال عنق الرحم متوسعاً 6 سم .
 - تطابق من الدرجة الثالثة .
 - سرعة قلب الجنين 92 في الدقيقة .
- أنجزت القيصرية الساعة 5,30 مساء .

مخطط للولادة يظهر ولادة معرقله

الشكل الأعراض - 7

Name Mrs. H Gravida 4 Para 3+0 Hospital number 6639

Date of admission 20.5.2000 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



يظهر الشكل الأعراض – 8 الصفحة الأعراض – 63 مخطط مبسطاً للولادة فيها تقدم ضعيف للمخاض نتيجة عدم كفاية التقلصات الرحمية والتي صححت بالأوكسيتوسين:

- أدخلت المرأة بمخاض فعال الساعة 10 صباحاً .
 - رأس الجنين مجسوس 5/5 .
 - عنق الرحم متوسع 4 سم .
 - تقلصتان في 10 دقائق، تدوم كل واحدة أقل من 20 ثانية .
- الساعة 12 ظهراً :
 - ما زال رأس الجنين مجسوساً 5/5 .
 - ما زال عنق الرحم متوسعاً 4 سم وإلى يمين خط اليقظة .
 - لا يوجد تحسن في التقلصات .
- الساعة 2 ظهراً :
 - شُخص تقدم ضعيف في المخاض ناجم عن عدم كفاءة التقلصات الرحمية.
 - تم تعزيز (تزييد) المخاض بإعطاء 10 وحدات من الأوكسيتوسين في لتر من السوائل وريدياً بمعدل 15 قطرة في الدقيقة.
 - تمت زيادة الأوكسيتوسين حتى توطد نمط جيد من التقلصات.
 - تحسنت التقلصات وترافقت مع نزول جزء المجيء وترقي توسع عنق الرحم.
- حدثت ولادة مهبلية تلقائية في الساعة 8 مساءً.

الستدبير

المخاض الكاذب

افحص بحثاً عن عدوى السبيل البولي أو غيره (الجدول الأعراض – 13، الصفحة الأعراض – 100) أو عن الأغشية المتمزقة (الصفحة الأعراض – 135) وعالج حسب الحالة.

إذا لم تجد أياً مما ذكر، خرج المرأة وشجعها على العودة إذا رجعت علامات المخاض.

طور الخفاء المطول

يوضع تشخيص طور الخفاء المطول بشكل ارتجاعي . عندما تتوقف التقلصات يقال بأن المرأة كان لديها مخاض كاذب؛ وعندما تصبح التقلصات منتظمة وسيترقى التوسع أكثر من 4 سم يقال بأن المرأة كان لديها طور الخفاء.

يؤدي تشخيص المخاض الكاذب أو طور الخفاء المطول خطأ إلى تحريض أو تعزيز غير ضروريين، والذي قد يفشل. وهذا ما قد يؤدي إلى قيصرية غير ضرورية والتهاب السلى .

إذا كانت امرأة في طور الخفاء لأكثر من 8 ساعات، ولديها علامة ضعيفة على التقدم، أعد تقييم الحالة بتقييم عنق الرحم :

- إذا لم يحدث تبدل في امحاء أو توسع عنق الرحم، ولم توجد ضائقة جنينية، راجع التشخيص، فقد لا تكون المرأة في مخاض.
- إذا حدث تبدل في امحاء أو توسع عنق الرحم : مزق الأغشية بصنارة سلوية أو ملقاط كوخر، وحرص المخاض باستخدام الأوكسيتوسين أو البروستاغلاندينات (الصفحة الإجراءات – 17).
- أعد التقييم كل 4 ساعات .
- إذا لم تدخل المرأة الطور الفعال بعد 8 ساعات من تسريب الأوكسيتوسين: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا وجدت علامات على عدوى (حمى، نجيج مهبلي كريه الرائحة):
- عزز المخاض فوراً بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 25)
- أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
- الأمبيسيلين 2 غرام وريدنيا كل 6 ساعات.

- بالإضافة إلى الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريديا كل 24 ساعة.
- إذا ولدت المرأة عن طريق المهبل: أوقف استخدام المضادات الحيوية بعد الولادة.
- إذا خضعت المرأة لقيصرية: استمر بإعطاء المضادات الحيوية مع إعطاء المترونيدازول 500 ميلي غرام وريديا كل 8 ساعات حتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة.

الطور الفعال المطول

- إذا لم توجد علامات على اللاتناسب الرأسي الحوضي أو الانسداد وكاتت الأغشية سليمة: مزق الأغشية بصنارة سلبية أو ملقاط كوخر (الصفحة الأعراض – 17).
- قيم التقلصات الرحمية:
 - إذا كانت التقلصات غير فعالة (غير مؤثرة) (أقل من 3 تقلصات في 10 دقائق، تدوم كل واحدة أقل من 40 ثانية): اشتهب بنشاط رحمي غير كفاء (الصفحة الأعراض – 66).
 - إذا كانت التقلصات فعالة (3 تقلصات في 10 دقائق ، تدوم كل واحدة أكثر من 40 ثانية): اشتهب باللائتناسب الرأسي الحوضي أو الانسداد أو سوء التوضع أو سوء المجيء (انظر لاحقا).
- قد تحسن الطرق العامة لدعم المخاض التقلصات وتسرع التقدم (الصفحة المبادئ السريرية – 57).

اللائتناسب الرأسي الحوضي

- يحدث اللائتناسب الرأسي الحوضي عندما يكون الجنين كبيرا جدا أو يكون حوض الأم صغيرا جدا. قد تتوقف الولادة أو تتعرقل إذا استمر المخاض مع اللائتناسب الرأسي الحوضي. أفضل اختبار لتحديد إن كان الحوض غير ملائم هو تجربة المخاض، بينما يملك قياس الحوض السريري قيمة محدودة.
- إذا تأكد اللائتناسب الرأسي الحوضي (الجدول الأعراض – 10، الصفحة الأعراض – 57): ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
 - إذا كان الجنين ميتا :
 - ولد بحج القحف (الصفحة الإجراءات – 57).
 - إذا كان الجراح غير خبير بحج القحف: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

الانسداد

- ملاحظة: ينتج تمزق رحم غير منتدب عن ولادة معرقله عادة.
- إذا كان الجنين حياً؛ وعنق الرحم متوسعاً بشكل تام ، والرأس بوضع صفو أو أقل: وُلد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات – 27)
 - إذا وجد استطباب للاستخراج بالتخلية وبضع الارتفاق بسبب انسداد نسبي، وكان رأس الجنين في الموقع 2:
 - وُلد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات – 27) وبضع الارتفاق (الصفحة الإجراءات – 53).
 - إذا لم يكن الجراح خبيراً ببضع الارتفاق: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
 - إذا كان الجنين حياً لكن عنق الرحم غير متوسع بشكل تام أو رأس الجنين عالياً جداً للاستخراج بالتخلية: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
 - إذا كان الجنين ميتاً:
 - وُلد بحج القحف (الصفحة الإجراءات – 57).
 - إذا كان الجراح غير خبير بحج القحف: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

النشاط الرحمي غير الكافي

إذا كانت التقلصات غير كافية وتم استبعاد اللاتناسب الرأسي الحوضي والانسداد: السبب الأكثر احتمالاً للمخاض المتداول هو النشاط الرحمي غير الكافي.

التقلصات غير الفعالة أقل شيوعاً في متكررة الحمل من الخروس ولذلك: يجب بذل كل الجهود لاستبعاد اللاتناسب في متكررة الحمل قبل التعزيز بالأوكسيتوسين.

- مزق الأغشية بصنارة سلبية أو ملقاط كوخر وعزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 17).
- أعد التقييم بالفحص المهبل بعد ساعتين من نمط تقلص جيد مع توطيد تقلصات قوية:
- إذا لم يحدث تقدم بين الفحصين: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

– إذا استمر التقدم: استمر بتسريب الأوكسيتوسين وأعد الفحص بعد ساعتين. استمر بمتابعة التقدم بعناية.

طور الانقذاف المطول: (تطاول طور الانقذاف)

تزيد جهود الأم المبذولة للانقذاف من الاختطار الجنيني بإنقاص توصيل الأوكسجين إلى المشيمة. اسمح "بدفع تلقائي" من قبل الأم، لكن لا تشجع على الجهود المطولة وحبس النفس .

• إذا تم استبعاد سوء المجيء والانسداد الصريح، عزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 25).

• إذا لم يحدث نزول بعد التعزيز :

– إذا لم يكن الرأس فوق الارتفاق العاني بأكثر من 5/1 أو الحافة العظمية الموجهة لرأس الجنين في مجيء الجنين: ولّد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات – 27) أو بالملقط (الصفحة الإجراءات – 33).

– إذا كان الرأس بين 5/1 و 5/3 فوق الارتفاق العاني أو الحافة العظمية الدليلة لرأس الجنين بين مجيء الجنين 0 و 2 :

– ولّد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات – 27) وبضع الارتفاق (الصفحة الإجراءات – 53).

– إذا لم يكن الجراح خبيراً ببضع الارتفاق: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

– إذا كان الرأس فوق الارتفاع العاني بأكثر من 5/3 أو الحافة العظمية الدليلة لرأس الجنين أعلى من مجيء الجنين 2: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

أسوء التوضع هي توضع شاذة لقمة رأس الجنين (على اعتبار الفذال هو النقطة المرجع) بالنسبة لحوض الأم.
أسوء المجيء هي كل مجيئات الجنين غير القمية .

المشكلة

- الجنين في وضعية شاذة أو مجيء شاذ قد يؤدي إلى ولادة مطولة أو معرقة.

التدبير العام

- قم بإجراء تقييم سريع للحالة العامة للمرأة بما في ذلك العلامات السريرية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
 - قيّم حالة الجنين :
 - تسمع سرعة قلب الجنين بعد إحدى التقلصات مباشرة .
 - عد سرعة قلب الجنين لدقيقة كاملة مرة على الأقل كل 30 دقيقة خلال الطور الفعال، وكل 5 دقائق خلال الدور الثاني .
 - إذا وجدت شذوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة): اشتبته بضائقة جنينية (الصفحة الأعراض - 95).
 - إذا كانت الأغشية قد تمزقت: لاحظ لون الصاء النازح:
 - يشير وجود عقي ثخين إلى الحاجة للمراقبة للصيقة واحتمال التدخل لتدبير الضائقة الجنينية (الصفحة الأعراض - 95).
 - غياب السائل النازح بعد تمزق الأغشية مؤشر على نقص حجم الصاء والذي قد يترافق مع ضائقة جنينية .
 - وفر رعاية داعمة ومشجعة (الصفحة المبادئ السريرية - 57) .
 - راجع تقدم المخاض باستخدام مخطط للولادة (الصفحة المبادئ السريرية - 65).
- ملاحظة: راقب المرأة عن قرب. تزيد أسوء المجيء من اختطار تمزق الرحم بسبب احتمال الولادة المعرقة.

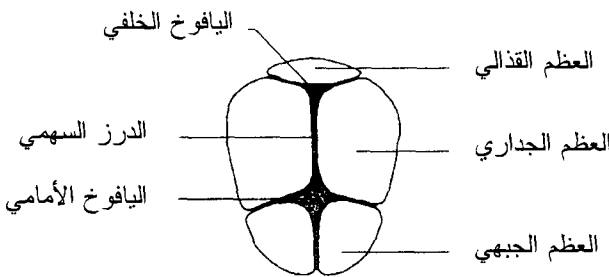
التشخيص

تحديد جزء المجيء

- المجيء الأكثر شيوعا هو قمة رأس الجنين. إذا لم تكن القمة هي جزء المجيء : انظر الجدول الأعراض - 12 الصفحة الأعراض - 73.
- إذا كانت القمة هي جزء المجيء: استخدم معالم الجنين لتحديد موضع رأس الجنين (الشكل الأعراض - 9).

معالم جمجمة الجنين

الشكل الأعراض - 9

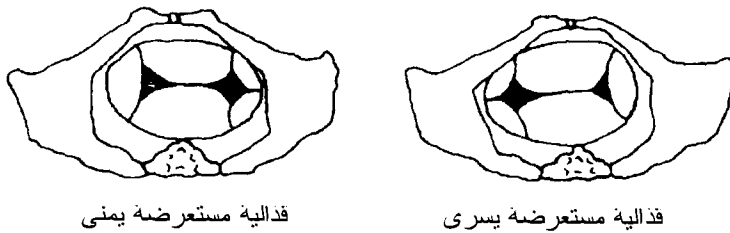


تحديد وضعية رأس الجنين

- يندمج رأس الجنين في حوض الأم بوضعية قذالية مستعرضة في الحالة السوية، حيث يكون قذال الجنين مستعرضا في حوض الأم (الشكل الأعراض - 10).

الوضعية القذالية المستعرضة

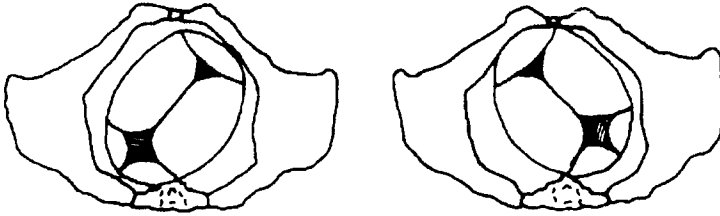
الشكل الأعراض - 10



- عند النزول : يدور رأس الجنين بحيث يكون قذال الجنين أماميا في حوض الأم (الشكل الأعراض - 11). يجب أن يدبر فشل الوضعية القذالية المستعرضة في الدوران إلى وضعية قذالية أمامية على أنه وضعية قذالية خلفية (الشكل الأعراض - 75).

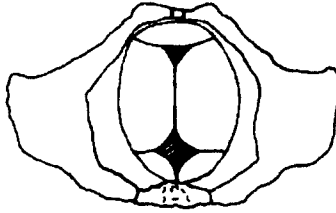
الوضعية القذالية الأمامية

الشكل الأعراض - 11



قذالية أمامية يسرى

قذالية أمامية يمنى

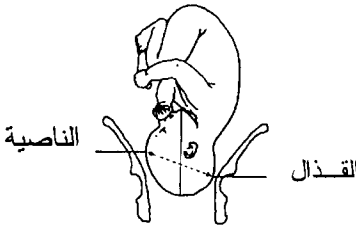


قذالية أمامية

- ملامح آخر من ملامح المجيء السوي هو القمة المنثنية جيداً (الشكل الأعراض - 12) بحيث يكون قذال الجنين أخفض في المهبل من الناصية.

القمة المنثنية جيداً

الشكل الأعراض - 12



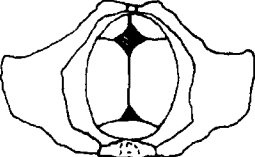
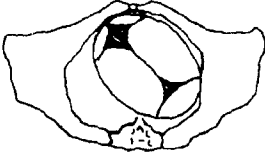

الناصية

القذال

- إذا كان رأس الجنين مثنياً جيداً والقذال أمامي أو القذال مستعرض (في المخاض الباكر): ابدأ الولادة (الصفحة المبادئ السريرية - 71).
- إذا لم يكن رأس الجنين قذالي أمامي: حدد سوء التوضع ودبره (الجدول الأعراض - 11 الصفحة الأعراض - 72).
- إذا لم يكن رأس الجنين هو جزء المجيء أو أن رأس الجنين غير مثني جيداً: حدد سوء المجيء ودبره (الجدول الأعراض - 12، الصفحة الأعراض - 73).

الجدول الأعراض - 11

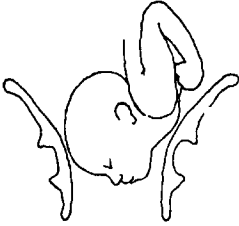
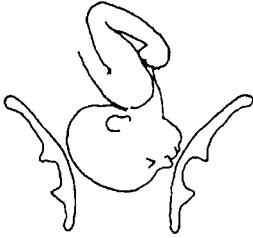
تشخيص التوضع السيء

الشكل	الأعراض والعلامات
<p>الشكل الأعراض - 13</p>  <p>قذال خلفي</p>	<p>وضعية قذالية خلفية تحدث عندما يكون قذال الجنين خلفياً بالنسبة لحوض الأم (الشكل الأعراض - 13، والشكل الأعراض - 14)</p> <p>14</p> <p>في الفحص البطني: يكون الجزء السفلي من البطن مسطحاً، وأطراف الجنين مجسوسة أمامياً، وقد يسمع قلب الجنين في الخاصرة.</p>
<p>الشكل الأعراض - 14</p>  <p>قذال خلفي أيسر</p>	<p>في الفحص المهبلي: يكون اليافوخ الخلفي أسلم العجز وقد يشعر باليافوخ الأمامي، وبسهولة، إذا كان الرأس غير مثني.</p> <p>للتدبير العلاجي انظر الصفحة الأعراض - 75.</p>
<p>الشكل الأعراض - 15</p>  <p>قذال خلفي أيسر</p>	<p>الوضعية القذالية المستعرضة: تحدث عندما يكون قذال الجنين مستعرضاً في حوض الأم (الشكل الأعراض - 15). إذا استمرت الوضعية القذالية المستعرضة في الجزء التالي من الدور الأول من المخاض فيجب أن تدبر كوضعية قذالية خلفية (الصفحة الأعراض - 75).</p> <p>(75).</p>

تشخيص المجيء السيء

الجدول الأعراض - 12

الشكل	الأعراض والعلامات
الشكل 16 - الأعراض	مجيء جبهي: ينجم عن التمدد الجزئي لرأس الجنين، ولذلك يكون القذال أعلى من الناصبية (الشكل الأعراض - 16) في الفحص البطني: يكون أكثر من نصف رأس الجنين فوق الارتفاق العاني والقذال مجسوس في مستوى أعلى من الناصبية. في الفحص المهبل: يُشعر باليافوخ الأمامي والحاجين؛ من أجل التدبير: انظر (الصفحة الأعراض - 76).
الشكل 17 - الأعراض	المجيء الوجهي: ينجم عن فرط تمدد رأس الجنين، ولذلك لا يكون القذال ولا الناصبية مجسوسين في الفحص المهبل (الشكل الأعراض - 17، والشكل الأعراض - 18).
الشكل 18 - الأعراض	في الفحص البطني: قد يشعر بتلم بين القذال والظهر. في الفحص المهبل: يُجس الوجه: تدخل إصبع الفاحص في الفم بسهولة ويُشعر بالفكين العظميين. من أجل التدبير: انظر الصفحة الأعراض - 77.



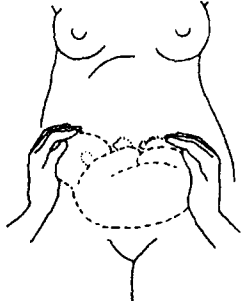
تشخيص المجيء السيء

تابع الجدول الأعراض - 12

الشكل	الأعراض والعلامات
<p>الشكل الأعراض - 19</p> 	<p>المجيء المركب: يحدث عندما يتدلى الذراع على طول جزء المجيء، يوجد كل من الذراع المتدلي ورأس الجنين في الحوض في نفس الوقت (الشكل الأعراض - 19). من أجل التدبير انظر الصفحة الأعراض 78.</p>
<p>الشكل الأعراض - 20</p> 	<p>المجيء المقعدي: يحدث عندما تكون الأليتان و/أو القدم هي أجزاء المجيء. في الفحص البطني: يُشعر بالرأس في أعلى البطن، والمقعد في حرف الحوض. يحدد موضع التسمع قلب الجنين أعلى من المتوقع في المجيء القمي. في الفحص المهبل خلال المخاض: يُشعر بالأليتين أو/و القدم. العقي الأسود التخمين سوي. من أجل التدبير انظر الصفحة الأعراض 79.</p>
<p>الشكل الأعراض - 21</p> 	<p>المجيء المقعدي الكامل (المثني): يحدث عندما يكون كلا الساقين مثنيين عند الوركين والركبتين (الشكل الأعراض - 20).</p>
<p>الشكل الأعراض - 22</p> 	<p>المجيء المقعدي الصريح (المتمدد): يحدث عندما يكون كلا الساقين مثنيين عند الوركين ومبسوطتين عند الركبتين (الشكل الأعراض - 21). المجيء المقعدي القدي: يحدث عندما تكون ساق متمددة عند الورك والركبة (الشكل الأعراض - 22).</p>

تابع الجدول الأعراض - 12

تشخيص المجيء السيء

الشكل	الأعراض والعلامات
<p>الشكل الأعراض - 23</p> 	<p>المجيء الكتفي والوضعة المستعرضة: يحدث عندما يكون المحور الطويل للجنين مستعرضاً (الشكل الأعراض - 23). الكتف هو جزء المجيء بشكل نمطي.</p> <p>في الفحص البطني: لا يمكن الشعور برأس الجنين ولا بالأليتين عند الارتفاق العاني ويشعر بالرأس في الخاصرة عادة.</p> <p>في الفحص المهبل: قد يشعر بكتف، ولكن ليس دائماً، قد تتدلى ذراع وقد يشعر بمرفق أو ذراع أو يد في المهبل.</p> <p>من أجل التدبير انظر الصفحة الأعراض - 81.</p>

التدبير

الوضعية القذالية الخلفية

يحدث دوران تلقائي إلى الوضعية الأمامية في 90% من الحالات. قد تحدث ولادة معطلة عندما لا يدور الرأس و/أو ينزل. قد تصحب الولادة بمضاعفات: تمزقات في العجان أو امتداد بضع الفرج.

- إذا وجدت علامات على الانسداد أو إذا كانت سرعة قلب الجنين شاذة (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة) في أي دور: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات - 43).
- إذا كانت الأغشية سليمة: مزق الأغشية بصنارة سلوية أو ملقاط كوخر (الصفحة الإجراءات - 17).
- إذا لم يكن عنق الرحم متوسعاً بشكل تام، ولم توجد علامات على الانسداد: عزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات - 25).
- إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل تام لكن لا يوجد نزول في طور الانقذاف: قيم بحثاً عن علامات الانسداد (الجدول الأعراض - 10، الصفحة الأعراض - 57):
- إذا لم توجد علامات على الانسداد: عزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات - 25).

- إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل تام وكان :
 - رأس الجنين مجسوساً أكثر من 5/3 فوق الارتفاق العاني أو الحافة العظمية الموجهة للرأس فوق مجيء الجنين -2: أنجز القيصرية (الصفحة الإجراءات - 43).
 - كان رأس الجنين بين 5/1 و 5/3 فوق الارتفاق العاني أو الحافة العظمية الموجهة للرأس بين مجيء الجنين 0 و -2:
 - وُلد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات - 27) وبوضع الارتفاق (الصفحة الإجراءات - 53).
 - إذا كان الجراح غير خبير بوضع الارتفاق: أنجز القيصرية (الصفحة الإجراءات - 43).
 - رأس الجنين ليس أكثر من 5/1 فوق الارتفاق العاني أو الحافة العظمية الموجهة لرأس الجنين في مجيء الجنين (0): وُلد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات - 27) وبالملقط (الصفحة الإجراءات - 33).

المجيء الجبهي

- يكون الدموج مستحيلاً والولادة المعطلة شائعة عادة في المجيء الجبهي. يمكن أن يحدث، وبشكل نادر، تحويل تلقائي إلى مجيء قمي أو مجيء وجهي، وخاصة عندما يكون الجنين صغيراً أو عندما يكون الجنين ميتاً مع تعطن. من غير المعتاد (من النادر) أن يحدث التحويل التلقائي مع جنين حي وسطي الحجم حالما تتمزق الأغشية.
- إذا كان الجنين حياً: وُلد بقيصرية.
 - إذا كان الجنين ميتاً و:
 - عنق الرحم غير متوسع بشكل كامل: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات - 43).
 - عنق الرحم متوسع بشكل كامل:
 - وُلد بحج القحف (الصفحة الإجراءات - 57).
 - إذا لم يكن الجراح خبيراً بحج القحف: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات - 43).

لا تولد مجيئاً جبهيّاً بالاستخراج بالتخلية أو بتطبيق الملقط عند مخرج الحوض أو ببضع الارتفاق.

المجيء الوجهي

يخدم الذقن كنقطة مرجعية في وصف وضعية الرأس. من الضروري تمييز الوضعيات الذقنية الأمامية المفضلة والتي يكون فيها الذقن أماميا بالنسبة لحوض الأم (الشكل الأعراض - 24، أ) عن الوضعيات الذقنية الخلفية (الشكل الأعراض - 24، ب).

المجيء الوجهي

الشكل الأعراض - 24



المخاض المطول شائع. قد يحدث نزول الرأس وخروجه بالانثناء في الوضعية الذقنية الأمامية. وعلى كل يحصر الرأس المنبسط بشكل كامل في الوضعية الذقنية الخلفية بالعجز، وهذا يمنع النزول، وتتعطل الولادة.

الوضعية الذقنية الأمامية

- إذا كان عنق الرحم متوسعا بشكل كامل:
 - اسمح بمباشرة الولادة السوية (الصفحة المبادئ السريرية - 71).
 - إذا كان هناك تقدم بطيء ولا توجد علامات على الاتسداد (الجدول الأعراض - 10، الصفحة الأعراض - 57): عزز المخاض بالأكسيتوسين (الصفحة الإجراءات - 25).
 - إذا كان النزول لا يبعث الرضى: ولد بالملقط (الصفحة الإجراءات - 33).
- إذا كان عنق الرحم غير متوسع بشكل كامل ولا توجد علامات على الاتسداد: عزز المخاض بالأكسيتوسين (الصفحة الإجراءات - 25). راجع التقدم مثل حالة المجيء الفمي.

الوضعية الذقنية الخلفية

- إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل كامل: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان عنق الرحم غير متوسع بشكل كامل: راقب النزول والدوران والتقدم.
- إذا وجدت علامات على الامتداد، ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان الجنين ميتاً:
 - ولّد بحج القحف (الصفحة الإجراءات – 57).
 - إذا لم يكن الجراح خبيراً بحج القحف: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

لا تقم بالاستخراج بالتخلية في المجيء الوجهي .

المجيء المركب

- يمكن أن تحدث الولادة التلقائية فقط إذا كان الجنين صغيراً جداً أو ميتاً ومتعظناً.
- تحدث الولادة المتعطلّة في دور الانقذاف.
- إرجاع الذراع المتدلّية ممكن أحياناً :
 - ساعد المرأة على أن تتخذ وضعية التجبية (الشكل الأعراض – 25).
 - ادفع الذراع إلى أعلى حافة الحوض، واحجزه هناك حتى يدفع تلقائياً الرأس إلى داخل الحوض.
 - بالتدبير لولادة سوية (الصفحة المبادئ السريرية – 71).

وضعية التجبية

الشكل الأعراض – 25



- إذا فشل الإجراء أو كان الحبل متدلّياً: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

المجيء المقعدي

المخاض المطول مع مجيء مقعدي مؤشر على القيصرية العاجلة. يجب أن يعتبر فشل المخاض في التقدم علامة على اللاتناسب المحتمل (الجدول الأعراض – 10 الصفحة الأعراض – 57).

تواتر المجيء المقعدي كبير في المخاض المبتر

المخاض الباكر

- مثالياً: يجب أن تتم كل ولادة مقعدية في مستشفى مع مؤهلات جراحية.
- حاول إجراء التحويل الخارجي (الصفحة الإجراءات – 15) إذا :
 - تجلى المجيء المقعدي في الأسبوع 37 أو بعده (فقبل الأسبوع 37 من المحتمل كثيراً لتحويل ناجح أن يعود تلقائياً إلى مجيء مقعدي):
 - كانت الولادة المهبلية ممكنة .
 - كانت الأغشية سليمة والصاء كافياً .
 - لم توجد مضاعفات (مثلاً تقييد نمو الجنين، نزف رحمي، ولادة سابقة بقيصرية، شذوذات جنينية، حمل توأمي، فرط ضغط الدم، موت الجنين).
- إذا نجح التحويل الخارجي: باشر الولادة السوية (الصفحة المبادئ السريرية – 71).
- إذا فشل التحويل الخارجي: باشر الولادة المقعدية عن طريق المهبل (انظر لاحقاً) أو القيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

الولادة المقعدية عن طريق المهبل

- الولادة المقعدية عن طريق المهبل (الصفحة الإجراءات – 37) بيدد مقدم رعاية صحية ماهر مأمونة وسهلة ضمن الظروف التالية:
 - مجيء مقعدي كامل (الشكل الأعراض – 20، الصفحة الأعراض – 74) أو صريح (الشكل الأعراض – 21 الصفحة الأعراض – 74).
 - القياس السريري للحوض ملائم.
 - الجنين ليس كبيراً جداً.
 - لا توجد قيصرية سابقة بسبب لا تناسب رأسي حوضي.
 - الرأس منتني.

- أفحص المرأة بانتظام وسجل التقدم على مخطط للولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 65).
- إذا تمزقت الأغشية: افحص المرأة فوراً لتستبعد تدلي الحبل.
- ملاحظة: لا تمزق الأغشية.
- إذا تدلى الحبل، والولادة ليست وشيكة: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا وجدت شذوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة) أو مخاض متطول: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- ملاحظة: العقي شائع في الولادة المقعدية وليس علامة على ضائقة جنينية إذا كانت سرعة قلب الجنين سوية.

يجب ألا تكبس المرأة حتى يتوسع عنق الرحم بشكل كامل . يجب أن يتم توكيد التوسع الكامل بالفحص المهبل.

القيصرية للمجيء المقعدي

القيصرية (الصفحة الإجراءات – 43) أكثر مأمونية من الولادة المقعدية عن طريق المهبل ويوصى بها في الحالات التالية:

- مجيء قدمي مضاعف.
 - حوض صغير أو مشوه.
 - جنين كبير جداً.
 - قيصرية سابقة بسبب لا تناسب رأسي حوضي.
 - رأس مفرط التمدد (البسط) أو غير منتثي.
- ملاحظة: لا تحسن القيصرية الاختيارية النتيجة في الولادة المقعدية المبتسرة.

المضاعفات

تتضمن المضاعفات الجنينية في المجيء المقعدي ما يلي:

- تدلي الحبل.
- رضح الولادة كنتيجة للذراع أو الرأس المنبسطة، والتوسع غير الكامل لعنق الرحم أو اللا تناسب الرأس الحوضي.
- الاختناق من تدلي الحبل، أو انضغاط الحبل، أو انفصال المشيمة أو الواس المتوقف.

- ضرر الأعضاء البطنية
- كسر العنق.

المجيء الكتفي والوضعة المستعرضة

- إذا كانت المرأة في المخاض الباكر والأغشية سليمة: حاول إجراء التحويل الخارجي (الصفحة الإجراءات – 15).
- إذا نجح التحويل الخارجي : باشر الولادة السوية (الصفحة المبادئ السريرية – 71).
- إذا فشل التحويل الخارجي أو كان غير مستحسن: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- راقب علامات تدلي الحبل. إذا تدلى الحبل والولادة ليست وشيكة: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- ملاحظة : قد يحدث تمزق الرحم إذا تركت المرأة دون مراقبة (الصفحة الأعراض – 20).

في الممارسة الحديثة : تولد الوضعة المستعرضة المستديرة بقيصرية سواء كان الجنين حياً أو ميتاً.

عسر ولادة الكتف (الكتفان ملتصقان)

المشكلة

- تمت ولادة رأس الجنين إلا أن الكتفين ملتصقان ولا يمكن توليدهما.

التدبير العام

- كن جاهزاً لعسر ولادة الكتف في كل الولادات، خاصة إذا توقعت طفلاً كبيراً:
- اطلب عدة أشخاص جاهزين للمساعدة.

لا يمكن التكهّن بعسر ولادة الكتف.

التشخيص

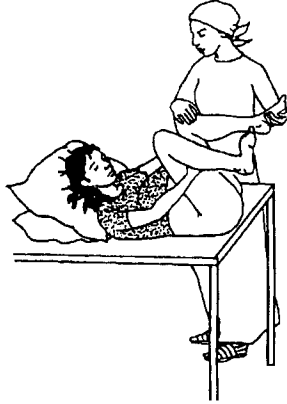
- تمت ولادة رأس الجنين لكن يبقى مطبقاً، وبقوة، على الفرج.
- يتراجع الذقن ويضغط على العجان.
- يفشل جر الرأس في توليد الكتف، والذي يُمسك (يثبت) خلف الارتفاق العاني.

التدبير

- قم بإجراء بضع ملائم للفرج (الصفحة الإجراءات -71) لتتقص انسداد النسيج الرخو ولتوفر حيزاً للتداول.
- اطلب من المرأة – وهي على ظهرها – أن تثني فخذها وأن تحضن ركبتيها إلى صدرها أبعد قدر ممكن (الشكل الأعراض – 26، الصفحة الأعراض – 84). اطلب من اثنتين مساعدين أن يدفعوا ركبتيها المثبتين إلى صدرها بقوة.

اطلب من مساعدين أن يدفعوا ركبتيها المثبتتين إلى
صدرها بقوة

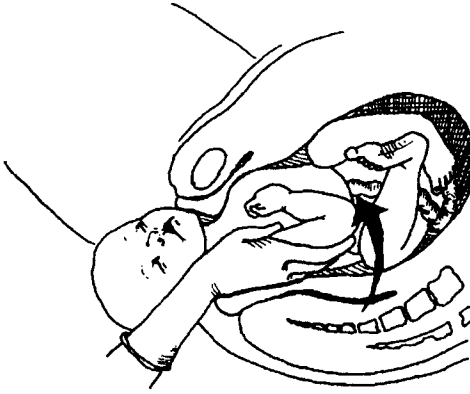
الشكل الأعراض — 26



- بعد لبس قفازين مطهرين على مستوى عالٍ :
 - طبق جراً ثابتاً مستمراً باتجاه الأسفل على رأس الجنين لتحرك الكتف والذي هو أمامي تحت الارتفاق العاني.
 - ملاحظة : تجنب الجر المفرط على الرأس، لأن هذا قد يؤدي إلى أذية الضفيرة العضدية.
 - احضر مساعداً ليطبق في نفس الوقت ضغطاً فوق العانة باتجاه الأسفل ليساعد على ولادة الكتف.
 - ملاحظة : لا تطبق ضغطاً على القاع، فهذا سيحشر الكتف أكثر وقد يؤدي إلى تمزق الرحم.
- إذا لم يولد الكتف بعد :
 - اغرز يداً — بعد لبس قفازين مطهرين على مستوى عالٍ — داخل المهبل.
 - طبق ضغطاً على الكتف الذي هو أمامي باتجاه قص الطفل لتدور الكتف وتنفص قطر الكتف.
 - طبق، عند الحاجة، ضغطاً على الكتف الذي هو خلفي باتجاه القص.
- إذا لم يولد الكتف بعد رغم الإجراءات السابقة :
 - اغرس يداً داخل المهبل .

- امسك عضد الذراع الذي هو خلفي وجرّ الذراع عبر الصدر، مبقياً على الذراع مثنياً عند المرفق. وهذا سيوفر مجالاً (مكاناً) للكتف الذي هو أمامي ليتحرك تحت الارتفاق العاني (الشكل الأعراض - 27).

الشكل الأعراض - 27 مسك عضد الذراع الذي هو خلفي وجرّ الذراع عبر الصدر



- إذا فشلت كل الإجراءات السابقة لتوليد الكتف: هناك خيارات أخرى تتضمن:
 - كسر الترقوة لإنقاص عرض الكتفين وتحرير الكتف الذي هو أمامي.
 - تطبيق جر بصنارة في الإبط لاستخراج الذراع التي هي خلفية.

المشكلة

- امرأة في حالة مخاض لديها رحم مفرط التضخم، أو أن الارتفاع (الطول) الارتفاعي – القاعي أكبر من المتوقع لمدة الحمل.

التدبير العام

- ضع المرأة بوضعية الجلوس.
- تأكد من مضبوطة العمر الحمل المحسوب، إن أمكن.

التشخيص

- إذا شعر بجنين واحد فقط في الفحص البطني: فكر جدياً بوجود خطأ في المواعيد (التواريخ)، أو جنين وحيد كبير (الصفحة الأعراض – 88) أو فرط الصاء (الصفحة الأعراض – 88).
- إذا شعر بأقصاب أو أجزاء جنينية متعددة في الفحص البطني: اشتبه بحمل متعدد. تتضمن العلامات الأخرى للحمل المتعدد:
 - رأس الجنين صغير بالنسبة للرحم.
 - الرحم أكبر من العمر الحمل المتوقع.
 - أكثر من قلب جنين واحد يسمع بساعة الجنين الدوبلرية.
- ملاحظة: لا يمكن استخدام ساعة الجنين السمعية لتوكيد التشخيص لأنه يمكن سماع قلب واحد في مناطق مختلفة.
- استخدم الفحص بفائق الصوت إن توفر، من أجل:
 - تحديد عدد الأجنة ومجيباتها وأحجامها.
 - تقييم حجم الصاء.
- إذا لم تكن خدمة فائق الصوت متوفرة: أنجز الفحص الشعاعي (منظر أمامي – خلفي) لمعرفة عدد الأجنة ومجيباتها.

التدبير

الجنين الوحيد الكبير

- دبر كحالة مخاض سوي (الصفحة المبادئ السريرية – 57).
- توقع وحضر نفسك لحدوث ولادة مطولة ومعرقة (الصفحة الأعراض – 57) وعسر ولادة الكتف (الصفحة الأعراض – 83) والسنزف التالي للولادة (الصفحة الأعراض – 25).

فرط الصاء

- اسمح للولادة أن تتقدم وراقب التقدم مستخدماً مخطط للولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 65).
- إذا كانت المرأة غير مرتاحة بسبب التمدد الرحمي: اشفط الأمينوسي (الصاء) المفرط:
 - جس لتحديد موضع الجنين.
 - حضرّ الجلد بمطهر (الصفحة المبادئ السريرية – 22).
 - في ظروف طاهرة: ادخل إبرة نخاعية قياس 20 من خلال جداري البطن والرحم واسحب المروود.
 - اشفط السائل مستخدماً محقنة كبيرة. وبشكل بديل: اربط جهاز تسريب بالإبرة واسمح للسائل أن ينزح ببطء إلى حاوية.
 - عندما تزول الضائقة الناجمة عن فرط التضخم: أعد المروود وانزع الإبرة.
- إذا استطب تمزيق الأغشية لأسباب أخرى: فرق الأغشية بصنارة سلوية، أو ملقاط كوخر (الصفحة الإجراءات – 17).
- تحقق من تدلي الحبل عند تمزيق الأغشية. إذا تدلى الحبل والولادة ليست وشيكة: ولد بقبصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

الحمل المتعدد

الطفل الأول

- يبدأ بتسريب وريدي وسرب سوائل وريدية ببطء (الصفحة المبادئ السريرية – 21).
- راقب الأجنة بالسمع المتقطع لسرعات قلوبهم. إذا وجدت شنوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة) اشنتبه بضائقة جنينية (الصفحة الأعراض – 95).
- افحص المجيء:
- إذا كان المجيء قميأ: اسمح للولادة بالتقدم كمجيء قمي مفرد (الصفحة المبادئ السريرية – 57) وراقب تقدم المخاض باستخدام مخطط الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 65).
- إذا كان المجيء مقعدياً: طبق نفس الدلائل الإرشادية الخاصة بمجيء مقعدي مفرد (الصفحة الأعراض – 79) وراقب تقدم المخاض باستخدام مخطط الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 65).
- إذا وجدت وضعة مستعرضة: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

اترك ملقاطاً في النهاية الأمومية للحبل السري ولا تحاول توليد المشيمة حتى تتم ولادة آخر طفل.

الطفل الثاني أو الإضافي (الأطفال الإضافيون)

- بعد أن تتم ولادة الطفل الأول فوراً:
- جس البطن لتحديد وضعة الطفل الإضافي.
- صحح الوضعة الطولانية بالتحويل الخارجي (الصفحة الإجراءات – 15).
- افحص سرعة (سرعات) قلب الجنين (قلوب الأجنة).
- أنجز فحصاً مهلبياً لتحديد فيما إذا:
- كان الحبل متدياً (الصفحة الأعراض – 97).
- كانت الأغشية سليمة أو متمزقة.

المجيء القمي

- إذا لم يكن الرأس مدموجاً: ناور الرأس داخل الحوض يدوياً (اليدان على البطن) إن أمكن.
- إذا كانت الأغشية سليمة: مزق الأغشية بصنارة سلبية أو ملقاط كوخر.
- افحص سرعة قلب الجنين بين التقلصات.

- إذا كانت التقلصات غير كافية بعد ولادة الطفل الأول: عزز المخاض بالأوكسيتوسين باستخدام تصعد سريع (الجدول الإجراءات – 8، الصفحة الإجراءات – 23) لتحديث تقلصات جيدة (3 تقلصات في 10 دقائق، تدوم كل واحدة أكثر من 40 ثانية).
- إذا لم تحدث ولادة تلقائية خلال ساعتين من التقلصات الجيدة أو إذا وجدت شذوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة) ولد بقيصرية (الإجراءات – 43).

المجيء المقعدي

- إذا تأكد أن الطفل ليس أكبر من الطفل الأول، وكان العنق غير متقلص فكر بالولادة المهبلية (الصفحة المبادئ السريرية – 71).
- إذا كانت التقلصات غير كافية أو غير موجودة بعد ولادة الطفل الأول: قم بزيادة تسريب الأوكسيتوسين بمعدل سريع (الجدول الإجراءات – 8، الصفحة الإجراءات – 23) لتحديث تقلصات جيدة (3 تقلصات في 10 دقائق تدوم كل واحدة أكثر من 40 ثانية).
- إذا كانت الأغشية سليمة وكان المقعد نازلاً: مزق الأغشية بصنارة سلوية أو ملقاط كوخر (الصفحة الإجراءات – 17).
- افحص سرعة قلب الجنين بين التقلصات ، إذا وجدت شذوذات في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة. ولد بالاستخراج المقعدي (الصفحة الإجراءات – 42).
- إذا كانت الولادة المهبلية غير ممكنة: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- الوضعة المستعرضة
- إذا كانت الأغشية سليمة: حاول إجراء التحويل الخارجي (الصفحة الإجراءات – 15).
- إذا فشل التحويل الخارجي وكان العنق متوسعاً بشكل كامل والأغشية ما زالت سليمة: حاول تحويل القدمين الداخلي.
- ملاحظة: لا تحاول إجراء تحويل القدمين الداخلي إذا كان مقدم الخدمة غير مدرب أو كانت الأغشية متمزقة والصاء قد نزع، أو إذا كان الرحم منتدباً. لا تستمر إذا لم يدر الطفل بسهولة.
- ادخل يداً تلبس قفازاً مطهراً على مستوى عالٍ داخل الرحم واقبض على قدم الطفل.
- أدر الطفل بلطف للأسفل.
- ابدأ بالاستخراج المقعدي (الصفحة الإجراءات – 42).

- افحص سرعة قلب الجنين بين التقلصات.
- إذا فشل التحويل الخارجي، وكان تحويل القدمين الداخلي غير مستحسن أو فشل: ولد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- أعط الأوكسيتوسين 10 وحدات عضليا أو أعط الإرغومترين 0.2 ميلي غرام عضليا خلال دقيقة بعد ولادة آخر طفل واستمر بالتدبير الفعال للدور الثالث لتتنقص فقد الدم بعد الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 73).

المضاعفات

- تتضمن المضاعفات الأمومية للحمل المتعدد :
 - فقر الدم
 - الإجهاض
 - فرط ضغط الدم المرض بالحمل ومقدمات الارتعاج
 - فرط السائل الأمينوسي (الصاء)
 - تقلصات ضعيفة خلال المخاض
 - المشيمة المنحسبة
 - النزف التالي للولادة
- تتضمن المضاعفات المشيمية والجنينية :
 - انفصال المشيمة الباكر
 - المشيمة المنزاحة
 - القصور المشيمي
 - ولادة مبتسرة
 - انخفاض وزن الولادة
 - المجيء السيء
 - تدلي الحبل
 - شذوذات خلقية

المشكلة

- امرأة بحالة مخاض لديها رحم متندب من جراحة رحمية سابقة.

التدبير العام

- ابدأ بتسريب وريدي وسرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- إن أمكن : حدد سبب تندب الرحم. تترك القيصرية والجراحات الرحمية الأخرى (مثلاً تصليح تمزق سابق في الرحم، استئصال حمل منتبذ منغرز في القرنين) ندبة في جدار الرحم. قد تضعف هذه الندبة جدار الرحم مؤدية إلى تمزق الرحم خلال الولادة (الإطار الأعراض - 6).

تمزق الندبات الرحمية

الإطار الأعراض - 6

- الندبات العمودية: قد تتمزق الندبات العمودية قبل المخاض أو خلال طور الخفاء.
- الندبات المستعرضة: تتمزق، وبشكل نمطي، خلال المخاض الفعال أو خلال طور الانقذاف.
- قد يمتد التمزق لمسافة قصيرة فقط داخل عضلة الرحم مع ألم خفيف أو نزف. قد يبقى الجنين والمشيمة في الرحم وقد يبقى الجنين حياً عدة دقائق أو ساعات.

التدبير النوعي

أظهرت الدراسات أن 50% تقريباً من الحالات التي فيها ندبات بسبب قيصرية مستعرضة سفلية يمكن توليدها عن طريق المهبل. وقد سجل أن تواتر تمزق الندبات المستعرضة السفلية أقل من 1% في المخاض مع اختبار ولادة متأن.

اختبار الولادة

- اضمن أن الظروف مناسبة لاختبار الولادة، وعلى الأخص:
 - الجراحة السابقة كانت قيصرية مستعرضة سفلية.
 - الجنين بمجيء قمي سوي.

- يمكن القيام بقيصرية عاجلة فوراً – إن تطلب الأمر.
- وإذا لم تتوفر هذه الظروف، أو أن لدى المرأة قصة لقيصرتين على القطعة الرحمية السفلية أو رحم متمزق: ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- راقب تقدم المخاض باستخدام مخطط الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 65).
- إذا تجاوز المخاض خط اليقظة على مخطط الولادة : شخص سبب التقدم البطيء واتخذ فعلاً ملائماً:
- إذا وجد تقدم بطيء في المخاض ناجم عن تقلصات رحمية غير كافية (الجدول الأعراض – 10، الصفحة الأعراض – 57): مزق الأغشية بصنارة سلوية أو ملقاط كوخز وعزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 17).
- إذا وجدت علامات على اللاتناسب الرأسي الحوضي أو الاسداد (الجدول الأعراض – 10): ولّد بقيصرية فوراً (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا وجدت علامات على تمزق رحمي وشيك (نبض الأم سريع، ألم بطني مستديم، ومضض فوق العانة، ضائقة جنينية): ولّد بقيصرية فوراً (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا اشتبه بتمزق الرحم : ولّد بقيصرية فوراً (الصفحة الإجراءات – 43) وصلح الرحم (الصفحة الإجراءات – 95) أو أنجز استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات – 103).

المشكلات

- سرعة قلب الجنين شاذة (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة/ الدقيقة).
- صاء مبقع بعقي ثخين.

التدبير العام

- اجلس المرأة منتصبه أو ضعها على جانبها الأيسر .
- أوقف الأوكسيتوسين إذا كان يعطى .

سرعة قلب الجنين الشاذة

الإطار الأعراض - 7 سرعة قلب الجنين الشاذة

- قد تبطئ سرعة قلب الجنين السوية خلال التقلصات، لكن عادة ما تعود إلى السواء عند ارتخاء الرحم فوراً.
- توحى سرعة قلب الجنين البطيئة جداً مع غياب التقلصات أو الاستدامة بالبطء بعد التقلصات بضائقة جنينية.
- قد تكون سرعة قلب الجنين السريعة استجابة لحمى عند الأم أو أدوية تسبب سرعة قلب الأم السريعة (مثلاً: الأدوية المبطئة للولادة) فرط ضغط الدم، أو التهاب السلى. يجب أن تعتبر سرعة قلب الجنين السريعة - مع غياب سرعة قلب الأم السريعة - علامة على ضائقة جنينية.

- إذا تم تحديد سبب أمومي (مثلاً حمى عند الأم، أدوية): ابتدئ التدبير المناسب.
- إذا لم يحدد سبب أمومي، وبقيت سرعة قلب الجنين شاذة طوال 3 تقلصات على الأقل: اجر فحصاً مهلبياً لتتحقق من العلامات الإيضاحية للضائقة:
 - إذا وجد نزف مع ألم متقطع أو ثابت: اشتببه بانفصال المشيمة الباكر (الصفحة الأعراض - 18).
 - إذا وجدت علامات على عدوى (حمى، نجيج مهلبى كريحه الرائحة): أعط المضادات الحيوية كما في التهاب السلى (الصفحة الأعراض - 139).
 - إذا كان الحبل تحت جزء المجيء أو في المهبل: دبر كتدلي الحبل (الصفحة الأعراض - 97).

- إذا استمرت شذوذات سرعة قلب الجنين أو وجدت علامات إضافية على الضائقة: (سائل مبقع بعقي ثخين) : خطط للولادة :
- إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل كامل ورأس الجنين ليس أعلى مسن الارتفاق العاني بأكثر من 5/1 أو الحافة العظمية الموجهة للرأس في مجيء الجنين 0: ولّد بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات - 27) أو بالملقط (الصفحة الإجراءات - 33).
- إذا لم يكن عنق الرحم متوسعاً بشكل كامل أو أن رأس الجنين أعلى من الارتفاق العاني بأكثر من 5/1 أو الحافة العظمية الموجهة للرأس فوق مجيء الجنين 0: ولّد بقبصرية (الصفحة الإجراءات - 43).

العقي

- كثيراً ما يلاحظ العقي الذي يبقع الصاء حالما ينضج الجنين، ووجوده ليس مؤشراً على ضائقة جنينية. إن درجة خفيفة من العقي دون شذوذات في سرعة قلب الجنين إشارة إلى الحاجة إلى التيقظ.
- **يوحي العقي الثخين** بمرور العقي في صاء ناقص (قليل)، وقد يشير إلى الحاجة إلى تسريع الولادة والتعامل العقي في المسلك الهوائي العلوي الوليدي عند الولادة وذلك للوقاية من شفت العقي (الصفحة الأعراض - 143).
- **في المجيء المقدي**، يمر العقي في المخاض بسبب انضغاط بطن الجنين خلال الولادة؛ وهذه ليست علامة على ضائقة ما لم تحدث في المخاض الباكر.

المشكلات

- يتوضع الحبل السري في قناة الولادة تحت جزء المجيء الجنيني.
- الحبل السري مرني في المهبل بعد تمزق الأغشية .

التدبير العام

- أعط الأكسجين بمعدل 4-6 ألتار في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.

التدبير النوعي

الحبل النابض

إذا كان الحبل نابضاً فالجنين حي.

- شخّص دور المخاض بفحص مهبلي فوري (الجدول المبادئ السريرية - 8 ، الصفحة المبادئ السريرية - 60).
- إذا كانت المرأة في الدور الأول من المخاض: قم بما يلي في كل الحالات:
 - أدخل يداً - تلبس قفازاً مطهراً على مستوى عالٍ - داخل المهبل وادفع جزء المجيء للأعلى لتخفف الضغط على الحبل وتزيح جزء المجيء من الحوض.
 - ضع اليد الأخرى على البطن في الناحية فوق العانة لتحافظ على جزء المجيء خارج الحوض.
 - انزع اليد من المهبل حالما يمسك جزء المجيء وبقوة فوق حافة الحوض. ابق اليد على البطن حتى القيصرية.
 - أعط السال بوتامول - إن توفر - 0.5 ميلي غرام وريدياً ببطء خلال دقيقتين لتتقص التقلصات.
 - أنجز القيصرية فوراً (الصفحة الإجراءات - 43).
- إذا كانت المرأة في الدور الثاني من المخاض :
 - سرع الولادة ببضع الفرج (الصفحة الإجراءات - 71) والاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات - 27) أو بالملقط (الصفحة الإجراءات - 33).

- إذا كان المجرء مقعدياً: أنجز الاستخراج المقعدي (الصفحة الإجراءات – 42) وطبق ملقطاً طويلاً أو ملقط بايبر على الرأس بعد خروجه (الصفحة الإجراءات – 41).
- حضر لإنعاش الوليد (الصفحة الأعراض – 142).

الحبل ليس نابضاً

إذا لم يكن الحبل نابضاً، فالجنين ميت. ولّد بالطريقة التي تراها الأكثر مأمونية للمرأة.

المشكلة

- امرأة تعاني من حمى (درجة الحرارة 38 م أو أكثر) خلال الحمل أو الولادة.

التدبير العام

- شجع على الراحة في السرير .
- شجع على زيادة المدخول من السوائل عن طريق الفم .
- استخدم مروحة أو اسفنجة باردة لتساعد على إنقاص درجة الحرارة .

التشخيص

الجدول الأعراض – 13 تشخيص الحمى خلال الحمل والولادة

عرض التجلطي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي	أعراض وعلامات توجد أحيانا	التشخيص المحتمل
<ul style="list-style-type: none"> • عسر التبول • زيادة تواتر وإحاح التبول 	<ul style="list-style-type: none"> • ألم خلف العانة / فوق العانة • ألم بطني 	<ul style="list-style-type: none"> • التهاب المثانة • الصفحة الأعراض – 101
<ul style="list-style-type: none"> • عسر التبول • نوافض / حمى مستدقة (صاعدة بحدّة) • زيادة تواتر وإحاح التبول • ألم بطني 	<ul style="list-style-type: none"> • ألم خلف العانة / فوق العانة • ألم في القطن / مضض • مضض في القفص الصدري • قهم • غثيان / قيء 	<ul style="list-style-type: none"> • التهاب الحويضة والكلية الحاد • الصفحة الأعراض – 102
<ul style="list-style-type: none"> • نجيج مهبلي كريبه الرائحة في الأسابيع 22 الأولى • حمى • رحم ممض 	<ul style="list-style-type: none"> • ألم أسفل البطن • إيلام ارتدادي • نزف مطول • نجيج عنقي قيحي 	<ul style="list-style-type: none"> • إجهاض إثنائي • الجدول الأعراض – 2 • الصفحة الأعراض – 9
<ul style="list-style-type: none"> • حمى / نوافض • نجيج مائي كريبه الرائحة بعد الأسبوع 22 • ألم بطني 	<ul style="list-style-type: none"> • تاريخ طبي سابق يفقد للسوائل • رحم ممض • سرعة قلب الجنين سريعة • نزف مهبلي خفيف 	<ul style="list-style-type: none"> • التهاب السلى • الصفحة الأعراض – 139
<ul style="list-style-type: none"> • حمى • عسر التنفس • سعال مع بلغم • ألم صدري 	<ul style="list-style-type: none"> • تصلد • احتقان الحلق (حلق محتقن) • تنفس سريع • غطائط / خراخر 	<ul style="list-style-type: none"> • التهاب رئوي • الصفحة الأعراض – 129
<ul style="list-style-type: none"> • حمى • نوافض / رعدات • صداع • ألم عضلي / مفصلي 	<ul style="list-style-type: none"> • طحال متضخم 	<ul style="list-style-type: none"> • ملاريا غير مصحوبة مضاعفات • الصفحة الأعراض – 103
<ul style="list-style-type: none"> • أعراض وعلامات الملاريا • غير المصحوبة بمضاعفات • سبات • فقر الدم 	<ul style="list-style-type: none"> • اختلاجات • يرقان 	<ul style="list-style-type: none"> • ملاريا وخيمة مصحوبة بمضاعفات • الصفحة الأعراض – 52
<ul style="list-style-type: none"> • حمى • صداع • سعال جاف • دعث • قهم • طحال متضخم 	<ul style="list-style-type: none"> • تخليط • ذهول 	<ul style="list-style-type: none"> • التيفية⁽¹⁾

(1) أعط الأمبيسلين 1 غرام فمويا 4 مرات باليوم أو أعط الأموكسيسيلين 1 غرام فمويا 3 مرات باليوم مدة 14 يوماً. سوف تعتمد المعالجة البديلة على أنماط التحسس المحلي.

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	عرض للتجلي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
التهاب الكبد (2)	<ul style="list-style-type: none"> • ألم عضلي / مفصلي • شرى • طحال متضخم 	<ul style="list-style-type: none"> • حمى • دعث • قهم • غثيان • بول أسود وبراز شاحب • يرقان • كبد متضخم

(2) وفر معالجة داعمة وراقب .

التدبير

عدوى السبيل البولي

افتراض أن عدوى في السبيل البولي تصيب كل مستويات السبيل من الكؤوس الكلوية إلى الصماخ الإحليلي.

الاختبارات

يمكن استخدام أشربة الاختبار والفحص المجهرى وزرع البول لتحديد وجود عدوى في السبيل البولي؛ لكنها لن تفرق بين التهاب المثانة والتهاب الحويضة والكلية الحاد.

- أشربة الاختبار استراز الكرية البيضاء يمكن أن تستخدم لكشف كريات الدم البيضاء، واختبار مرجعة النترات يمكن أن يستخدم لكشف مجموعة النترات.
- قد يظهر الفحص المجهرى لنموذج بولي الكريات البيضاء في اللزنة والجراثيم – وأحياناً الكريات الحمر.
- يجب أن يجرى اختبار زرع البول والتحسس إن توفر وذلك لتحديد الكائنات الحية وتحسسها للمضادات الحيوية.

ملاحظة : يتطلب فحص البول نموذج منتصف الجريان النظيف للمس للتقليل من احتمال التلوث.

التهاب المثانة

التهاب المثانة هو عدوى المثانة .

- علاج بالمضادات الحيوية (الصفحة المبادئ السريرية – 35) :
- الأموكسيسيلين 500 ميلي غرام فموياً 3 مرات يومياً مدة 3 أيام.

- أو التريميثوبريم/ السلفاميثوكسازول حبة واحدة (160/ 800 ميلي غرام) فموياً مرتين يومياً مدة 3 أيام.
- إذا فشلت المعالجة: قم بزرع البول والتحسس إن توفر، وعالج بمضاد حيوي مناسب للكائن الحي.
- إذا رجعت العدوى مرتين أو أكثر:
- قم بزرع البول والتحسس إن توفر. وعالج بمضاد حيوي مناسب للكائن الحي.
- للاتقاء من عدوى إضافية: أعط مضادات حيوية فموياً مرة يومياً عند النوم بقية الحمل وأسبوعين بعد الولادة. أعط:
- التريميثوبريم/ السلفاميثوكسازول حبة واحدة (160/ 800 ميلي غرام) أو
- الأموكسيسيلين 250 ميلي غرام.
- ملاحظة: يستنطب الالتقاء بعد العدوى الراجعة وليس بعد عارض وحيد.
- التهاب الحويضة والكلية الحاد**
- عدوى حادة للسبيل البولي العلوي، وخاصة حويضة الكلية، وقد يصيب المتن الكلوي أيضاً.
- إذا وجدت الصدمة أو اشتبه بها: ابتدئ المعالجة الفورية (الصفحة الأعراض – 1).
- قم بزرع البول والتحسس، إن أمكن، وعالج بمضاد حيوي مناسب للكائن الحي.
- إذا كان زرع البول غير متوفر: عالج بالمضادات الحيوية حتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
- الأميسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- حالما تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة: أعط الأموكسيسيلين 1 غرام فموياً 3 مرات يومياً حتى تكمل 14 يوماً من المعالجة.
- ملاحظة: يُتوقع الاستجابة السريرية خلال 48 ساعة. إذا لم تحدث استجابة سريرية خلال 72 ساعة: أعد تقييم النتائج والتغطية بالمضادات الحيوية.
- للاتقاء من عدوى إضافية: أعط مضادات حيوية فموياً مرة يومياً عند النوم بقية الحمل ولأسبوعين بعد الولادة: أعط:
- التريميثوبريم/ السلفاميثوكسازول حبة واحدة (160-800 ميلي غرام)؛

- أو الأموكسيسيلين 250 ميلي غرام.
- اضمن التميمه (تعويض السوائل) الكافي عن طريق الفم أو الوريد .
- أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام فمويا عند الحاجة لمعالجة الألم وتخفيض درجة الحرارة .
- إذا وجدت تقلصات مجسوسة ونجيج مخاطي مبقع بالدم: اشتبته بمخاض مبتسر (الصفحة الأعراض – 122).

الملاريا غير المصحوبة بمضاعفات

- هناك نوعان من طفيليات الملاريا، المتصورة النشيطة والمتصورة المنجلية، مسوولان عن معظم الحالات. قد تسبب ملاريا المتصورات المنجلية المصحوبة بأعراض عند الحامل مرضا وخيما والموت إن لم يتم تمييزها ومعالجتها مبكرا. عندما تتجلى الملاريا كمرض حاد بحمي، فإنه لا يمكن تفريقها بشكل يعول عليه عن العديد من الأسباب الأخرى للحمى على أرضية سريرية. يجب أن تعتبر الملاريا التشخيص الأكثر احتمالا عند حامل مصابة بحمي وتعرضت للملاريا.
- المرأة التي ليس لديها مناعة سابقة ضد الملاريا (تعيش في منطقة غير ملاريا) معرضة لمضاعفات أكثر وخامة للملاريا (الصفحة الأعراض – 52).
 - المرأة التي لديها مناعة مكتسبة ضد الملاريا تحت اختطار عال لتطور فقر دم وخيم وولادة أطفال ناقصي الوزن عند الولادة.

الاختبارات

- إذا لم تكن التسهيلات لإجراء الاختبارات متوفرة : ابدأ المعالجة بالأدوية المضادة للملاريا اعتمادا على الشك السريري (مثلا الصداع، الحمى، الألم المفصلي).
- سوف تؤكد الاختبارات التالية – عند توفرها – التشخيص:
 - الفحص المجهرى لفلم ثخين أو رقيق الدم:
 - الفلم الثخين للدم أكثر حساسية في كشف الطفيليات (غياب الطفيليات لا يستبعد الملاريا).
 - يساعد الفلم الرقيق للدم في استعراف أنواع الطفيلي.
 - اختبارات كشف المستضد السريع.

ملاريا المتصورات المنجلية

ملاريا المتصورات المنجلية الحادة، غير المصحوبة بمضاعفات

ملاريا المتصورات المنجلية المقاومة للكلوركوين منتشرة، وقد تحدث المقاومة لأدوية أخرى (مثلاً الكينين، السلفادوكسين/ البيريميثامين، الميفلوكوين) أيضاً. ولذلك: من المهم اتباع توصيات الدلائل الإرشادية المحلية الخاصة بالمعالجة. تتضمن الأدوية التي يمنع إعطاؤها أثناء الحمل: البريماكين، التتراسيكلين والدوكسيسيكليين والهالوفانترين. تتوفر حالياً معطيات قليلة حول استخدام الأتوفوكون/ برغوانيل والأرتيميثينر/ اللوميفانترين في الحمل ليوصى باستخدامها في هذا الوقت.

منطقة طفيليات المتصورة المنجلية الحساسة للكلوركوين

- أعط أساس الكلوركوين 10 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فموياً يومياً لمدة يومين، اتبعها بـ 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم في اليوم الثالث.
- ملاحظة: يعتبر الكلوركوين مأموناً في الأثلوث الثلاثة من الحمل.

منطقة طفيليات المتصورة المنجلية المقاومة للكلوركوين

- يمكن استخدام السلفادوكسين/ البيريميثامين أو ملح الكينين (ثنائي هيدروكلوريد أو سلفات) فموياً لمعالجة الملاريا المقاومة للكلوركوين طوال الحمل. تتضمن خيارات المعالجة:
- السلفادوكسين/ البيريميثامين 3 حبات بالفم كجرعة مفردة.
 - ملاحظة: يجب ألا يستخدم السلفادوكسين/ البيريميثامين إذا كانت المرأة أرجية (متحسسة) للسلفوناميدات.
 - أو ملح الكينين 10 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم بالفم ثلاث مرات يومياً لمدة 7 أيام.

ملاحظة: إذا كانت المطاوعة مع 7 أيام من الكينين غير ممكنة أو كانت التأثيرات الجانبية وخيمة: أعط الكينين 3 أيام مع السلفادوكسين/ البيريميثامين 3 أقراص بالفم كجرعة مفردة فسي اليوم الأول من المعالجة (توفير السلفادوكسين/ البيريميثامين مفيد، تراجع الدلائل الإرشادية الوطنية).

يمكن استخدام الميفلوكوين أيضاً لمعالجة المتصورة المنجلية المصحوبة بأعراض في الحمل إذا كانت المعالجة بالكينين أو السلفادوكسين/ البيريميثامين غير مناسبة بسبب مقاومة الدواء أو موانع الإيعاء الشخصية.

ملاحظة: يجب أن يفكر الأطباء السريريون جيداً عند استخدام الميفلوكوين في الحمل الباكر بسبب المعطيات المحدودة للمأمونية في الأثلوث الأول من الحمل.

- في مناطق الطفيليات الحساسة للميفلوكوين: أعط الميفلوكوين 15 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم بالفم كجرعة مفردة .

- في مناطق المقاومة الطارئة (المكتشفة): أعط الميفلوكين 15 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم، اتبعها بـ 10 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بعد 24 ساعة.

منطقة ملاريا المتصورات المنجلية المقاومة لعدة أدوية

- توجد ملاريا المتصورات المنجلية المقاومة لعدة أدوية (مقاومة للكوروكين والسلفادوكسين/ البيريمتامين والكينين أو الميفلوكين) في مناطق معينة مما يحد من خيارات المعالجة. راجع الدلائل الإرشادية الوطنية للمعالجة. تتضمن خيارات المعالجة:
- ملح الكينين (ثنائي هيدروكلوريد أو سلفات) 10 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم 3 مرات يومياً لمدة 7 أيام .
 - أو ملح الكينين 10 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم 3 مرات يومياً لمدة 7 أيام مع الكلينداميسين 300 ميلي غرام 4 مرات يومياً لمدة 5 أيام.
 - ملاحظة: يمكن استخدام توليفة الكينين/ الكلينداميسين في المناطق المقاومة للكينين.
 - أو الأرتيسينات 4 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم بجرعة تحميل مقسمة في اليوم الأول، تتبع بـ 2 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم مرة يومياً لمدة 6 أيام .
 - ملاحظة: يمكن استخدام الأرتيسينات في الأتلاتين الثاني والثالث لمعالجة الملاريا. غير المصحوبة بمضاعفات لكن هناك معطيات قليلة حول التوصية باستخدامه في الأتلات الأول وعلى كل قد يستخدم الأرتيسينات إذا لم يتوفر بديل مناسب.

ملاريا المتصورات النشيطة

منطقة طفيليات المتصورات النشيطة الحساسة للكوروكين

الكوروكين وحده هو الدواء المختار في مناطق ملاريا المتصورات النشيطة الحساسة للكوروكين ومناطق ملاريا المتصورات النشيطة والمنجلية الحساسة للكوروكين. أما عندما توجد متصورات منجلية مقاومة للكوروكين فدير كعدوى مختلطة (الصفحة الأعراض - 106).

- أعط أساس الكوروكين 10 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم مرة يومياً لمدة يومين ثم اتبعه بـ 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم بالفم في اليوم الثالث.

منطقة طفيليات المتصورات النشيطة المقاومة للكوروكين

سجلت المتصورات النشيطة المقاومة للكوروكين في بلدان عديدة ، وهناك معطيات محدودة لتحديد المعالجة المثالية. وقبل التفكير الجدي بأدوية الخط الثاني لمعالجة فشل الكوروكين، يجب على الأطباء السريريين أن يستبعدوا المطاوعة الضعيفة للمريض وعدوى جديدة بالمتصورات المنجلية. إذا لم يكن الاختبار التشخيصي متوفراً: دبر كعدوى مختلطة (انظر لاحقاً). تتضمن خيارات معالجة ملاريا المتصورات النشيطة المقاومة للكوروكين المثبتة :

- ملح الكينين (ثنائي هيدروكلوريد أو سلفات) 10 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم بالفم مرتين يومياً لمدة 7 أيام.
- **ملاحظة:** جرعة الكينين أقل من تلك المستخدمة لمالريا المتصورات المنجلية؛ تشخيص الأنواع ضروري.
- أو الميفلوكين 15 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم بالفم كجرعة مفردة.
- أو السلفادوكسين/ البيريثامين 3 أقراص بالفم كجرعة مفردة.
- **ملاحظة:** لا يوصى بإعطاء السلفادوكسين/ البيريثامين بشكل عام لأنه يعمل على التخلص من طفيليات المتصورات النشيطة ببطء.
- أو الأرتيسينات 4 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم بالفم بجرعة تحميل مقسمة في اليوم الأول، تتبع بـ 2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم يومياً لمدة 6 أيام.

معالجة الأدوار الكبدية لمالريا المتصورات النشيطة

قد تبقى مالريا المتصورات النشيطة هاجعة في الكبد. ومن وقت لآخر : تتحرر هذه الأدوار الهاجعة إلى الدم لتسبب عدوى جديدة بالمتصورات النشيطة مصحوبة بأعراض. يمكن استخدام البريماكين للتخلص من الأدوار الكبدية ، لكن استخدامه غير مقبول أثناء الحمل. يجب أن يستخدم البريماكين بعد الولادة. تختلف أنظمة الجرعات حسب المنطقة الجغرافية. استخدم الجرعة الموصى بها في الدلائل الإرشادية الوطنية.

مناطق مالريا المتصورات النشيطة والمنجلية المختلطة

تختلف درجات أنواع المالريا وأنماط التحسس الدوائي لها في مناطق الانتقال المختلط. الرجوع إلى الدلائل الإرشادية الوطنية ضروري.. إذا كان التشخيص المجهري متوفراً؛ يمكن وصف معالجة نوعية؛ أما عند عدم توفره، فتتضمن الخيارات:

- افترض أن العدوى ناجمة عن المتصورة المنجلية وعالج تبعاً لذلك (اتبع الدلائل الإرشادية الوطنية).
- في مناطق المتصورة المنجلية المقاومة للكلوروكين، لكنها حساسة للسلفادوكسين/ البيريثامين والمتصورة النشيطة الحساسة للكلوروكين، عالج بجرعة معيارية من الكلوروكين وجرعة معيارية من السلفادوكسين/ البيريثامين.

المشكلة

- امرأة لديها حمى (درجة الحرارة 38 م أو أكثر) تحدث بعد الولادة بأكثر من 24 ساعة.

التدبير العام

- شجع على الراحة في السرير.
- شجع على التمهيه (تعويض السوائل) الكافي عن طريق الفم أو الوريد.
- استعمل مروحة أو اسفنجة باردة لتساعد على تخفيض درجة الحرارة.
- إذا اشتبه بالصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1). حتى لو لم تكن علامات الصدمة موجودة، احتفظ بالصدمة في الذاكرة عند تقييم المرأة لاحقاً لأن حالتها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة، من المهم أن تبدأ المعالجة فوراً.

الجدول الأعراض – 14 تشخيص الحمى التالية للولادة

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحيانا	العرض الذي تراجع المريضة بسببه المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
التهاب الرحم الصفحة الأعراض – 110	نزف رحمى خفيف ⁽¹⁾ صدمة	• حمى/ نوافض • ألم أسفل البطن • مطرزات مهبلية قيحية • كربية الرائحة • رحم ممض
خراج حوضي الصفحة الأعراض – 110	استجابة ضعيفة للمضادات الحيوية تورم في الملحقات أو جيبية دوغلاس قيح يتم الحصول عليه من بزل الرذبة المستقيمة الرحمية	• ألم وتمدد أسفل البطن • حمى سريعة الارتفاع • ومستديمة / نوافض • رحم ممض
التهاب الصفاق الصفحة الأعراض – 111	إيلام في المنطقة المقابلة للجنس تمدد البطن قهم غثيان / قيء صدمة	• حمى منخفضة الدرجة/ • نوافض • ألم أسفل البطن • غياب الأصوات المعوية
تحفل الثدي الصفحة الأعراض – 111	ثديان قاسيان متضخمان كلا الثديين مصاب	• ممض وألم في الثدي • 3-5 أيام بعد الولادة
التهاب الثدي الصفحة الأعراض – 112	التهاب مسبوق بتحفل يصاب ثدي واحد عادة	• ممض وألم في الثدي • منطقة حمرة إسفينية الشكل في الثدي • 3-4 أسابيع بعد الولادة
خراج الثدي الصفحة الأعراض – 113	تورم متموج في الثدي قيح نازح	• ثدي قاس ممض جدا • حمامي شديدة
خراج الجرح أو تورم مصلي في الجرح أو ورم دموي في الجرح الصفحة الأعراض – 113	حمامي خفيفة تمتد فوق حافة الشق	• جرح ممض بشكل غير عادي مع نجيج دموي أو مصلي
التهاب النسيج الخلوي تحت الجرح الصفحة الأعراض – 114	جرح مثيريس (قاس) نجيج قيحي منطقة حمرة حول الجرح	• جرح ممض ومؤلم • حمامي ووذمة فوق حافة الشق
التهاب المثانة الصفحة الأعراض – 101	ألم خلف العانة / فوق العانة ألم بطني	• عسر التبول • زيادة تواتر إلحاح البول

(1) النزف الخفيف: يحتاج أكثر من 5 دقائق لكل حشوة أو قطعة قماش تتقع.

تشخيص الحمى التالية للولادة		الجدول الأعراض – 14 (تابع)
التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي تراجع المريضة بسببه المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
التهاب الحويضة والكلبية الحاد الصفحة الأعراض – 102	ألم خلف العانة / فوق العانة	• عسر التبول
	مضض قطني	• حمى سريعة الارتفاع / • نوافض
مضض في القفص الصدري قلة شهية غثيان / قيء	مضض في عضلة الريلة	• زيادة تواتر وإحاح البول • ألم بطني
	مضض في عضلة الريلة	• حمى ترتفع بسرعة رغم المضادات الحيوية
التهاب رئوي الصفحة الأعراض – 129	تصلد	• حمى
	احتقان الحلق	• عسر التنفس
التهاب رئوي ⁽³⁾	تنفس سريع	• سعال وبلغم
	غطائظ / خراخر	• ألم صدري
ملايا غير مصحوبة بمضاعفات الصفحة الأعراض – 103	تحدث بعد العملية بشكل نمطي	• حمى
	طحال متضخم	• خفوت الأصوات التنفسية
ملايا وخيمة / مصحوبة بمضاعفات الصفحة الأعراض – 52	طحال متضخم	• حمى
	اختلاجات	• نوافض/ رعدات
التهاب الكبد ⁽⁵⁾	يرقان	• صداع
	تخليط	• ألم عضلي/ مفصلي
التهاب الكبد ⁽⁴⁾	تخليط	• أعراض وعلامات الملاريا
	ذهول	• غير المصحوبة بمضاعفات
التهاب الكبد ⁽⁴⁾	تخليط	• سبات
	ذهول	• فقر الدم
التهاب الكبد ⁽⁴⁾	تخليط	• حمى
	ذهول	• صداع
التهاب الكبد ⁽⁴⁾	تخليط	• سعال جاف
	ذهول	• دعث
التهاب الكبد ⁽⁴⁾	تخليط	• قهم
	ذهول	• طحال متضخم
التهاب الكبد ⁽⁵⁾	ألم عضلي/ مفصلي	• حمى
	شرى	• دعث
التهاب الكبد ⁽⁵⁾	طحال متضخم	• قهم
	طحال متضخم	• غثيان
التهاب الكبد ⁽⁵⁾	طحال متضخم	• بول غامق وبراغ شاحب
	طحال متضخم	• يرقان
التهاب الكبد ⁽⁵⁾	طحال متضخم	• كبد متضخم
	طحال متضخم	• كبد متضخم

(2) أعط اليبارين تسريباً.

(3) شجع السير والتنفس العميق، المضادات الحيوية ليست ضرورية.

(4) أعط الأميسيبيلين 1 غرام فموياً 4 مرات باليوم أو الأموكسيسيلين 1 غرام فموياً 3 مرات باليوم لمدة 14 يوماً. سوف

تعتمد المعالجة البديلة على أنماط التحسس المحلية.

(5) وفر معالجة داعمة وراقب.

التدبير

التهاب الرحم

التهاب الرحم هو عدوى الرحم التالية للولادة، وهو سبب رئيسي لموت الأمهات. قد تؤدي المعالجة المتأخرة أو غير الكافية لالتهاب الرحم إلى خراج حوضي، والتهاب الصفاق وصدمة إنتانية وختار الوريد العميق وانصمام رئوي وعدوى حوضية مزمنة مع ألم حوضي راجع وعسر الجماع، وإحصار البوق والعقم .

- نقل الدم عند الضرورة، استخدم كريات حمر مكدسة إن توفرت (الصفحة المبادئ السريرية – 23).
- أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تنخفض الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):

- الأمبيسيلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات .
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات .
- إذا استمرت الحمى بعد ابتداء المضادات الحيوية بـ 72 ساعة، أعد التقييم وعدل التشخيص .

ملاحظة: المضادات الحيوية الفموية ليست ضرورية بعد إيقاف المضادات الحيوية الوريدية.

- إذا اشتبه بقطع مشيمية محتبسة، اجر استكشافاً إصبعياً للرحم لإزالة الجلطات والقطع الكبيرة. استخدم ملقط البيضة أو مكشطة كبيرة إن لزم الأمر.
- إذا لم يحدث تحسن مع الإجراءات المحافظة وهناك علامات على التهاب الصفاق العام (حمى، إيلام في المنطقة المقابلة للجس، ألم بطني): أجر فتح البطن لتنزح القيح.
- إذا كان الرحم نحرأً أو إنتانياً؛ أجر استئصال الرحم تحت التام (الصفحة الأعراض – 103)

الخراج الحوضي

- أعط توليفة من المضادات الحيوية قبل نزح الخراج ، واستمر حتى تنخفض الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35).
- الأمبيسيلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.

- إذا كان الخراج متموجاً في الرديئة: انزح القيح من خلال الرديئة المستقيمة الرحمية (الصفحة الإجراءات – 69). إذا استمرت الحمى المستدفقة: افتح البطن.

التهاب الصفاق

- وفر مصاً أنفياً معدياً.
- سرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية – 21).
- أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تنخفض الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35).
- الألبيسيلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- عند الضرورة : افتح البطن لغسل الصفاق (الشطف).

تحفل الثدي

تحفل الثدي هو تفاقم التحفل الوريدي واللمفي الذي يحدث قبل الإرضاع، وهو ليس نتيجة لفرط تضخم الثدي باللبن .

الإرضاع من الثدي

- إذا كانت المرأة ترضع طفلها من ثديها لكن الطفل لا يستطيع المص شجع الأم على عصر اللبن باليد أو بمضخة.
- إذا كانت المرأة ترضع طفلها من ثديها ويستطيع أن يمص:
 - شجع المرأة على أن ترضع من ثديها بنواتر أكبر باستخدام كلا الثديين عند كل رضعة.
 - اشرح للمرأة كيف تمسك الطفل وتساعد على ضمه.
 - قد تتضمن الإجراءات المساعدة:
 - تطبيق كمادات دافئة على الثديين قبل الإرضاع منهما مباشرة أو تشجيع المرأة على أن تأخذ وابلاً دافئاً.
 - تدليك عنق المرأة وظهرها.

- قد تتضمن الإجراءات المساعدة بعد الإطعام :
- دعم الثديين بمحزم أو حمالة للثديين.
- تطبيق كمادة باردة على الثديين بين الإطعامات لإنقاص التورم والألم.
- إعطاء الباراسيتامول 500 ميلي غرام فموياً عند اللزوم.
- تابع بعد 3 أيام من ابتداء التدبير لتضمن الاستجابة.

عدم الإرضاع من الثدي

- إذا لم تكن المرأة ترضع من ثديها:
 - ادعم الثديين بمحزم أو حمالة للثديين.
 - طبق كمادات باردة على الثديين لإنقاص التورم والألم.
 - تجنب التدليك أو تطبيق الحرارة على الثديين.
 - تجنب تنبيه الحلمتين.
 - أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام فموياً عند اللزوم.
 - تابع بعد 3 أيام من ابتداء التدبير لتضمن الاستجابة.

عدوى الثدي

التهاب الثدي

- عالج بالمضادات الحيوية (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
 - الكلوكساسيلين 500 ميلي غرام فموياً 4 مرات يومياً لمدة 10 أيام.
 - أو الإريثروميسين 250 ميلي غرام فموياً 3 مرات يومياً لمدة 10 أيام.
- شجع المرأة على:
 - الاستمرار بالإرضاع من الثدي.
 - دعم الثديين بمحزم أو حمالة للثديين.
 - تطبيق كمادات باردة على الثديين بين الإطعامات لإنقاص التورم والألم.
- أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام بالفم عند اللزوم.
- تابع بعد 3 أيام من ابتداء التدبير لتضمن الاستجابة.

- أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام بالفم عند اللزوم.
- تابع بعد 3 أيام من ابتداء التدبير لتضمن الاستجابة.

خراج الثدي

- علاج بالمضادات الحيوية (الصفحة المبادئ السريرية – 35) :
 - الكلوكساسيلين 500 ميلي غرام فمويا 4 مرات يوميا لمدة 10 أيام.
 - أو الإريثروميسين 250 ميلي غرام فمويا 3 مرات يوميا لمدة 10 أيام.
- انزح الخراج :
 - التخدير العام (مثلا: الكيتامين الصفحة الإجراءات – 13) مطلوب عادة.
 - اجعل الشق متشععا يمتد من قرب الحافة السنخية باتجاه محيط الثدي لتجنب إصابة القنوات الناقلة للبن .
 - استخدم إصبعًا - بعد لبس قفازات مطهرة تطهيرا جيدا - أو ملقطا للنسيج لتحطم جيبات القيح.
 - قم بحشو الجوف بالشاش بشكل رخو.
 - انزع حشوة الشاش بعد 24 ساعة واستبدلها بحشوة شاش أصغر .
- إذا بقي قيح في الجوف : ضع حشوة شاش صغيرة في الجوف وأخرج الحافة من خلال الجرح كفتيلة لتسهل نزح أي قيح متبق .
- شجع المرأة على :
 - الاستمرار في الإرضاع من الثدي حتى لو وجد تجمع للقيح .
 - دعم الثديين بمحزم أو حمالة للثديين.
 - تطبيق كمادات باردة على الثديين بين الإطعامات لإنقاص التورم والألم.
- أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام بالفم عند اللزوم.
- تابع بعد 3 أيام من ابتداء التدبير لتضمن الاستجابة.

عدوى الجروح العجانية والبطنية

خراج الجرح، والتورم المصلي في الجرح والورم الدموي في الجرح

- إذا وجد قيح أو سائل: افتح الجرح وانزحه.
- أزل الجلد المنعدى أو الغرز تحت الجلد ونضر الجرح. لا تنزع الغرز اللفافية.

- إذا وجد خراج دون التهاب النسيج الخلوي تحت الجلد: المضادات الحيوية غير مطلوبة.
- ضع ضماداً رطباً على الجرح واطلب من المرأة أن تعود لتبديل الضماد كل 24 ساعة .
- أرشد المرأة إلى ضرورة التصحح الجيد مع لبس قطع قماش أو رفاند نظيفة وأن تبدلها كثيراً .

التهاب الهلل في الجرح والتهاب اللقافة الناخر

- إذا وجد قيح أو سائل : افتح وانزع الجرح.
- انزع الجلد المنعدى والغرز تحت الجلد ونضر الجرح، لا تزل الغرز اللقافية.
- إذا كانت العدوى سطحية ولا تصيب النسيج العميقة : راقب خوفاً من تطور خراج، وأعط توليفة من المضادات الحيوية (الصفحة المبادئ السريرية – 35) :
 - الأمبيسيلين 500 ميلي غرام بالفم 4 مرات باليوم لمدة 5 أيام
 - مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم 3 مرات باليوم لمدة 5 أيام.
- إذا كانت العدوى عميقة، وتصيب العضلات وتسبب نخرًا (التهاب اللقافة الناخر): أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى يزول النسيج النخر، وتتنخفض الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35) :
 - البنسلين ج 2 مليون وحدة وريدياً كل 6 ساعات .
 - مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات .
 - حالما تنخفض الحمى لمدة 48 ساعة أعط :
 - الأمبيسيلين 500 ميلي غرام بالفم 4 مرات باليوم لمدة 5 أيام
 - مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم 3 مرات باليوم لمدة 5 أيام
- ملاحظة : يتطلب التهاب اللقافة الناخر إنضاراً جراحياً واسعاً. أنجز غلقاً ثانوياً بعد 2-4 أسابيع اعتماداً على انصراف العدوى.
- إذا كان لدى المرأة عدوى وخيمة أو التهاب اللقافة الناخر : أدخلها في المستشفى للتدبير وبدل ضماد الجرح مرتين يومياً.

المشكلة

- تعاني المرأة من ألم بطني في الأسابيع 22 الأولى من الحمل. قد يكون الألم البطني العرض الأول لمضاعفات خطيرة مثل الإجهاض أو الحمل المنتبذ.

التدبير العام

- قم بتقييم سريع للحالة العامة للمرأة بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- إذا اشتبه بالصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1). حتى لو لم تكن علامات الصدمة موجودة، احتفظ بالصدمة في الذاكرة عند تقييم المرأة لاحقاً لأن حالتها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة، من المهم أن تبدأ المعالجة فوراً.

ملاحظة: يجب الاشتباه بالتهاب الزائدة في أي امرأة لديها ألم بطني. يمكن لالتهاب الزائدة أن تلتبس مع المشكلات الأخرى الأكثر شيوعاً في الحمل والتي تسبب ألماً بطنياً (مثلاً: الحمل المنتبذ، انفصال المشيمة الباكر، كيسات مبيضية مفتولة، التهاب الحويضة والكلية).

التشخيص

الجدول الأعراض – 15 تشخيص الألم البطني في الحمل الباكر

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي تراجع المريضة من أجله المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
117 – الصفحة الأعراض –	كيسة مبيضية (1) التهاب الزائدة	• ألم بطني • كتلة فسي الملحقات عند الفحص المهبلي • ألم أسفل البطن • حمى منخفضة الدرجة • إيلام في المنطقة المقابلة للجس
117 – الصفحة الأعراض –	تمدد البطن قهم قياء / غثيان علوص شللي زيادة كريات الدم البيضاء لا توجد كتلة أسفل البطن موقع الألم أعلى من المتوقع	• ألم أسفل البطن • حمى منخفضة الدرجة • إيلام في المنطقة المقابلة للجس
101 – الصفحة الأعراض –	التهاب المثانة ألم فوق العانة / خلف العانة	• عسر التبول • زيادة تواتر وإلحاح البول • ألم بطني
102 – الصفحة الأعراض –	التهاب الحويضة والكلية الحاد مضض في القفص الصدري قهم غثيان / قيء	• عسر التبول • حمى سريعة الارتفاع/ • نوافض • زيادة تواتر وإلحاح البول • ألم بطني
111 – الصفحة الأعراض –	التهاب الصفاق إيلام في المنطقة المقابلة للجس تمدد البطن قهم غثيان / قيء صدمة	• حمى منخفضة الدرجة / • نوافض • ألم أسفل البطن • غياب الأصوات المعوية
13 – الصفحة الأعراض –	حمل منتبذ إغماء كتلة ممضة في الملحقات ضهي مضض عند تحريك عنق الرحم	• ألم بطني • نزف خفيف • عنق رحم مغلق • الرحم أكبر قليلاً من السوي • الرحم أطرى من السوي

(1) قد تكون الكيسات المبيضية غير مصحوبة بأعراض (لا أعراضية) وقد تكتشف أحياناً لأول مرة بالفحص الفيزيائي.

(2) النزف الخفيف: يحتاج أكثر من 5 دقائق ليقع حشوة أو قطعة قماش نظيفة.

التدبير

الكيسات المبيضية

قد تسبب الكيسات المبيضية ألماً بطنياً ناجم عن لوي أو تمزق. تتعرض الكيسات المبيضية بشكل شائع جداً للوي والتمزق خلال الأثلوث الأول.

- إذا كانت المرأة تعاني من ألم وخيم : اشتبه باللوي أو التمزق. أنجز فتح البطن فوراً.

ملاحظة: إذا كانت الموجودات في فتح البطن توحي بخباثة (مناطق صلبة في الورم، نمو يمتد خارج جدار الكيسة): يجب أن يرسل النموذج إلى الفحص الهيستولوجي فوراً، ويجب أن تحال المرأة إلى مركز للرعاية الثالثة للتقييم والتدبير.

- إذا كانت الكيسة أكثر من 10 سم وغير مصحوبة بأعراض :
 - إذا اكتشفت خلال الأثلوث الأول : راقب النمو والمضاعفات.
 - إذا اكتشفت خلال الأثلوث الثاني : أزلها بفتح البطن للوقاية من المضاعفات.

- إذا كانت الكيسة بين 5-10 سم : تابع. قد تحتاج فتح البطن إذا ازداد حجم الكيسة أو فشلت في النقيهر.

- إذا كانت الكيسة أقل من 5 سم : فإنها سوف تتراجع من ذاتها ولا تتطلب معالجة .

التهاب الزائدة

- أعط توليفة من المضادات الحيوية قبل الجراحة واستمر بها حتى بعد الجراحة وحتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):

- الأمبيسيلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.

- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- اجر استكشافاً جراحياً فوراً (بغض النظر عن دور الحمل) ومع استئصال الزائدة إذا تطلب الأمر.

ملاحظة: قد يؤدي تأخير التشخيص والمعالجة إلى تمزق الزائدة، والتي قد تسبب التهاب الصفاق المعمم.

- إذا وجدت علامات التهاب الصفاق (حمى، إيلام في المنطقة المقابلة للجس، ألم بطني): أعط المضادات الحيوية مثل حالة التهاب الصفاق (الصفحة الأعراض – 111).
- ملاحظة: يزيد وجود التهاب الصفاق احتمال الإجهاض والولادة المبكرة.
- إذا كانت المرأة تعاني من ألم شديد: أعط البيبتيدين 1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم (ولكن ليس أكثر من 100 ميلي غرام) عضلياً أو وريدياً ببطء أو أعط المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً.
- قد تحتاج لإعطاء الأدوية المخففة للطلق للوقاية من الولادة المبكرة (الجدول الأعراض – 17 ، الصفحة الأعراض – 123).

المشكلات

- تعاني المرأة من ألم بطني بعد الأسبوع 22 الحملي.
- تعاني المرأة من ألم بطني خلال أول 6 أسابيع بعد الولادة.

التدبير العام

- قم بتقييم سريع للحالة العامة للمرأة بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
 - إذا اشتبه بالصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض - 1).
حتى لو لم تكن علامات الصدمة موجودة، احتفظ بالصدمة في الذاكرة عند تقييم المرأة لاحقاً لأن حالتها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة، من المهم أن تبدأ المعالجة فوراً.
- ملاحظة: يجب الاشتباه بالتهاب الزائدة عند أي امرأة تعاني من ألم بطني. ويمكن للتهاب الزائدة أن يختلط مع المشكلات الأكثر شيوعاً في الحمل والتي تسبب ألماً بطنياً. إذا حدث التهاب الزائدة في المراحل المتأخرة من الحمل: يمكن للعدوى أن تحوّل بالرحم الحامل. يتناقص حجم الرحم بسرعة بعد الولادة مما يسمح للعدوى بأن تنتشر أكثر داخل جوف الصفاق؛ وفي هذه الحالات يتجلى التهاب الزائدة كالتهاب الصفاق المتعمم.

الألم البطني في المراحل المتأخرة من الحمل وبعد الولادة
تشخيص الألم البطني في الحمل الآجل وبعد
الولادة

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي تراجع المريضة بسببه المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
ولادة مبسرة محتملة الصفحة الأعراض – 122	توسع عنق الرحم وإمحاؤه نزف مهبلي خفيف ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> • تقلصات مجسوسة • نجيج مخاطي مبقع بالدم (العلامة) أو نجيج مائي قبل الأسبوع 37
ولادة ناضجة محتملة الصفحة المبادئ السريرية – 57	توسع عنق الرحم وإمحاؤه نزف مهبلي خفيف	<ul style="list-style-type: none"> • تقلصات مجسوسة • نجيج مخاطي مبقع بالدم (العلامة) أو نجيج مائي قبل الأسبوع 37
انفصال المشيمة الباكر الصفحة الأعراض – 18	صدمة رحم ممض/ مشدود تقلص أو غياب حركات الجنين ضائقة جنينية أو غياب أصوات قلب الجنين	<ul style="list-style-type: none"> • ألم بطني متقطع أو ثابت • نزف بعد الأسبوع 22 من الحمل (قد يكون منحسباً في الرحم)
تمزق الرحم (رحم متمزقة) الصفحة الأعراض – 20	صدمة تمدد البطن / سوائل حرة حياط شاذ للرحم بطن ممضة أجزاء الجنين مجسوسة بسهولة غياب حركات الجنين وأصوات قلبه نبض الأم سريع	<ul style="list-style-type: none"> • ألم بطني وخيم (قد ينقص بعد تمزق) • نزف (داخل البطن و/ أو مهبلي)
التهاب السلى الصفحة الأعراض – 139	تاريخ طبي يفقد للسوائل رحم ممض سرعة قلب الجنين سريعة نزف مهبلي خفيف	<ul style="list-style-type: none"> • ألم بطني • نجيج مهبلي مائي كريه الرائحة بعد الأسبوع 22 من الحمل • حمى/ نوافض
التهاب المثانة الصفحة الأعراض – 101	ألم فوق العانة / خلف العانة	<ul style="list-style-type: none"> • ألم بطني • عسر التبول • زيادة عدد مرات البول والإلحاح

(1) النزف الخفيف: يحتاج أكثر من 5 دقائق لينتقع حشوة أو قطعة قماش نظيفة.

(تابع) الجدول الأعراض – 16 تشخيص الآلم البطنى فى الحمل الآجل وبعد الولادة

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذى تراجع المريضة بسببه المركز الصحى وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطى
التهاب الحويضة والكلية الحاد الصفحة الأعراض – 102	آلم فوق العانة/ خلف العانة مضض / آلم قطنى مضض فى القفص الصدرى قلة الشهية غثيان/ قيء	<ul style="list-style-type: none"> • عسر التبول • آلم بطنى • حمى سريعة الارتفاع/ • نوافض • زيادة عدد مرات وإلحاح البول
التهاب الزائدة الصفحة الأعراض – 117	تمدد البطن قهم غثيان / قيء توقف حركات الأمعاء زيادة كريات الدم البيضاء لا توجد كتلة أسفل البطن موقع الآلم أعلى من المتوقع	<ul style="list-style-type: none"> • آلم أسفل البطن • حمى منخفضة الدرجة • إيلام ارتدادى
التهاب الرحم الصفحة الأعراض – 110	نزف مهبلى خفيف صدمة	<ul style="list-style-type: none"> • آلم أسفل البطن • حمى / نوافض • مفرزات مهبلية قيحية كريهة الرائحة • رحم مضض
خراج حوضى الصفحة الأعراض – 110	استجابة ضعيفة للمضادات الحيوية تورم فى الملحقات أو جيبية دوغلاس قيح ببذل الرذبة المستقيمة الرحمية	<ul style="list-style-type: none"> • آلم أسفل البطن وتمدد البطن • حمى سريعة الارتفاع ومستديمة • رحم ممرض
التهاب الصفاق الصفحة الأعراض – 111	إيلام فى المنطقة المقابلة للحس تمدد البطن قهم غثيان/ قيء صدمة	<ul style="list-style-type: none"> • آلم أسفل البطن • حمى منخفضة الدرجة/ • نوافض • غياب الأصوات المعوية
كيسة مبيضية ⁽²⁾ الصفحة الأعراض – 117	كتلة منفصلة مضضة مجسوسة أسفل البطن نزف مهبلى خفيف	<ul style="list-style-type: none"> • آلم بطنى • كتلة فى الملحقات عند الفحص المهبلى

(2) قد تكون الكيسات المبيضية غير مصحوبة بأعراض وقد تكتشف أول مرة بالفحص الفيزيائى .

المخاض المبتر (الولادة قبل الأوان)

تترافق الولادة قبل الأوان مع وفيات ومراضة في الفترة المحيطة بالولادة. يتألف تدبير الولادة قبل الأوان من تخفيف شدة المخاض (محاولة إيقاف التقلصات الرحمية) أو السماح للمخاض بأن يتقدم. ترتبط المشكلات الأومية بشكل رئيسي بالتدخلات التي تتم لإيقاف التقلصات (انظر لاحقاً).

حاول جاهداً معرفة العمر الحمل للجنين بدقة.

إيقاف الولادة

يهدف هذا التدخل إلى تأخير الولادة حتى يبدأ تأثير الستيرويدات القشرية (انظر لاحقاً).

- حاول إيقاف الولادة إذا :
 - كان الحمل أقل من 37 أسبوعاً.
 - كان توسع عنق الرحم أقل من 3 سم.
 - لا يوجد التهاب السلي أو مقدمات الارتعاج أو نزف فعال.
 - لا توجد ضائقة جنينية.
- أكد تشخيص الولادة قبل الأوان بالتأكد من امحاء أو توسع عنق الرحم خلال ساعتين.
- إذا كان الحمل أقل من 37 أسبوعاً: أعط الستيرويدات القشرية للأم لتحسن نضج رئة الجنين وفرص بقاء الوليد حياً:
 - البيتاميتازون 12 ميلي غرام عضلياً: جرعتان بفواصل 12 ساعة.
 - أو الديكساميتازون 6 ميلي غرام عضلياً: 4 جرعت بفصل 6 ساعات.
- ملاحظة : لا تستخدم الستيرويدات القشرية عند وجود عدوى صريحة.
- أعط دواء مخففاً للطلق (الجدول الأعراض - 17) وراقب حالة الأم والجنين (النبض، ضغط الدم، علامات الضائقة التنفسية، التقلصات الرحمية، فقد الصاء أو الدم، سرعة قلب الجنين، توازن السوائل، غلوكوز الدم .. إلخ).
 - ملاحظة : لا تعط دواء مخففاً للطلق لأكثر من 48 ساعة.

إذا استمرت الولادة قبل الأوان رغم استخدام أدوية مخففة للطلق: رتب لتلقى الطفل رعاية في أفضل مرفق للخدمة مع تسهيلات للوليد.

الجدول الأعراض - 17 أدوية مخففة للطلق⁽¹⁾ لإيقاف التقلصات الرحمية

التأثيرات الجانبية والاحتياطات	الجرعة التالية	جرعة الإبتداء	الدواء
إذا ازدادت سرعة قلب الأم (أكثر من 120 في الدقيقة): أنقص معدل التسريب، إذا كانت الأم مصابة بفقر الدم : استخدمه بحذر.	إذا استمرت التقلصات : قم بزيادة معدل التسريب بمعدل 10 قطرات كل 30 دقيقة حتى تتوقف التقلصات أو يتجاوز معدل نبض الأم 120 في الدقيقة	10 ميلي غرام في لتر من السوائل الوريدية ابدأ التسريب الوريدي بمعدل 10 قطرات / الدقيقة.	السالبوتامول
إذا استخدمت الستيرويدات والسالبوتامول: قد تحدث وذمة رئوية أمومية. حدد كمية السوائل. حافظ على توازن السوائل وأوقف الدواء.	إذا توقفت التقلصات : حافظ على نفس سرعة التسريب لمدة 12 ساعة على الأقل بعد آخر تقلص		
إذا كان الحمل أكثر من 32 أسبوعاً: تجنب استخدامه للوقاية من الغلق المبسر للقناة الشريانية الجنينية. لا تستخدمه لأكثر من 48 ساعة.	25 ميلي غرام كل 6 ساعات لمدة 48 ساعة	100 ميلي غرام جرعة تحميل بالفم أو المستقيم	الإندوميثاسين

(1) الأدوية البديلة: تتضمن: الترتوالين والنفيديين والريثودرين.

السماح للولادة بالتقدم

- اسمح للولادة بالتقدم إذا كان :
 - الحمل أكثر من 37 أسبوعاً؛
 - عنق الرحم متوسعا أكثر من 3 سم؛
 - هناك نزف فعال؛
 - الجنين في ضائقة أو ميتاً أو مصاباً بشذوذات أو غير قابل للحياة؛
 - هناك التهاب السلى أو مقدمات الارتعاج.
 - راقب تقدم المخاض باستخدام مخطط الولادة (الصفحة المبادئ السريرية - 65).
- ملاحظة:** تجنب الولادة بالاستخراج بالتخلية لأن اختطار النزف داخل القحف عند الطفل الخديج عال.
- حضر لتدبير الطفل الخديج أو ناقص وزن الولادة وتوقع الحاجة للإنعاش (الصفحة الأعراض - 141).

الأمم البطنية في المراحل المتأخرة من الحمل وبعد الولادة

المشكلة

- امرأة تعاني من قصر النفس أثناء الحمل أو المخاض أو بعد الولادة.

التدبير العام

- قم بإجراء تقييم سريع للحالة العامة للأم بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- اجلس المرأة منتصبه أو على جانبها الأيسر.
- ابدأ بتسريب وريدي وسرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية – 21).
- أعط الأوكسجين بمعدل 4-6 ألتار في الدقيقة من خلال قناع أو قنينة أنفية.
- احصل على قيم الهيموغلوبين باستخدام مقياس الهيموغلوبين أو أي طريقة أخرى بسيطة .

التشخيص

الجدول الأعراض – 18

تشخيص عسر التنفس

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي رجعت بسببه الحامل المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
فقر الدم اللوخي الصفحة الأعراض – 127	• نوام وتعب • أظفار مسطحة أو مقعرة	• عسر التنفس • شحوب الملتحمة واللسان والأظفار و/ أو الراحيتين • الهيموغلوبين 7 غرامات في اللتر أو أقل • الهيماتوكريت 20% أو أقل
فشل القلب نتيجة فقر الدم الصفحة الأعراض – 127	• وذمة • سعال • خراخر • تورم الساقين • كبد متضخم • بروز أوردة العنق	• أعراض وعلامات فقر الدم اللوخي
فشل القلب نتيجة مرض قلبي الصفحة الأعراض – 128	• ضربات القلب غير منتظمة • قلب متضخم • خراخر • زراق (ازرقاق) • سعال • تورم الساقين • كبد متضخم • بروز أوردة العنق	• عسر التنفس • نفخة انبساطية و/أو • نفخة انقباضية خشنة مع هدير مجسوس
التهاب رئوي الصفحة الأعراض – 129	• تصلد بالقرع • احتقان الحلق • تنفس سريع • خراخر/ غطانات	• عسر التنفس • حمى • سعال مع تقشع • ألم صدري
ربو قصبي الصفحة الأعراض – 129	• سعال مع بلغم • خراخر/ غطانات	• عسر التنفس • أزيز
وذمة رئوية متصاحبة مع مقدمات الارتعاج ⁽¹⁾	• أصوات تنفسية خشنة • سعال مزبد	• عسر التنفس • فرط ضغط الدم • بيلة بروتينية

(1) اسحب السوائل وأعط الفروسميد 40 ميلي غرام وريدياً مرة واحدة (الصفحة الأعراض – 44)

التدبير العلاجي

فقر الدم الوخيم

- نقل الدم حسب الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية - 23):
 - استخدم الكريات المكدسة.
 - إن كان تشبذ الدم غير متوفر؛ اتركه معلقا حتى تترسب الكريات، سرب الخلايا ببطء وتخلص من المصل المتبقي.
 - أعط الفروسמיד 40 ميلي غرام ورديا مع كل وحدة من الكريات المكدسة.
- إذا اشتبه بملاريا المتصورات المنجلية: عالج الحالة كملاريا وخيمة (الصفحة الأعراض - 52).
- أعط سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 120 ميلي غرام بالفم مع حمض الفوليك 400 مكروغرام بالفم مرة واحدة يوميا لمدة 6 أشهر خلال الحمل. استمر مدة 3 أشهر بعد الولادة.
- إذا كانت الدودة الشصية متوطنة (الانتشار 20% أو أكثر): أعط إحدى المعالجات التالية المضادة للديدان:
 - البندازول 400 ميلي غرام فمويا مرة واحدة .
 - أو: ميبندازول 500 ميلي غرام فمويا مرة واحدة أو 100 ميلي غرام مرتين باليوم لمدة 3 أيام .
 - أو: ليفاميزول 2.5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم فمويا مرة باليوم لمدة 3 أيام.
 - أو: البيرانتيل 10 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم فمويا مرة باليوم ولمدة 3 أيام .
- إذا كانت الدودة الشصية متوطنة بشدة (الانتشار 50% أو أكثر)، أعد المعالجة المضادة للديدان بعد 12 أسبوعا من الجرعة الأولى.

فشل القلب

فشل القلب الناجم عن فقر الدم

- نقل الدم ضروري دائما تقريبا في فشل القلب الناجم عن فقر الدم (الصفحة المبادئ السريرية - 23):
 - استخدم الكريات المكدسة أو المرسبة بالتشغيل كما وصف في فقر الدم الوخيم (أعلاه).
 - أعط الفروسמיד 40 ميلي غرام ورديا مع كل وحدة من الكريات المكدسة.

فشل القلب الناجم عن مرض قلبي

- علاج فشل القلب الحاد. قد تتضمن الأدوية المستخدمة :
 - المورفين 10 ميلي غرام عضلياً كجرعة مفردة .
 - أو الفروسميد 40 ميلي غرام وريدياً تعاد عند الضرورة .
 - أو الديجوكسين 0.5 ميلي غرام عضلياً كجرعة مفردة .
 - أو النيتروغليسرين 0.3 ميلي غرام تحت اللسان، تعاد بعد 15 دقيقة إن لزم الأمر.
- أحل إلى مستوى أعلى عند الضرورة.

تدبير فشل القلب أثناء المخاض

- أجلس المريضة منتصبه أو ضعها على جانبها الأيسر .
- حدد تسريب السوائل الوريدية لتتقصر اختطار التحميل المفرط الدوراني وحافظ على مخطط دقيق لتوازن السوائل.
- اضمن تسكيناً كافياً (الصفحة المبادئ السريرية – 37).
- إذا تطلب الأمر تسريب الأوكسيتوسين: استخدم تركيزاً أعلى بمعدل أبطأ للمحافظة على مخطط توازن السوائل (مثلاً قد يضاعف التركيز إذا أنقصت القطرات في الدقيقة إلى النصف (الجدول الإجراءات – 7، الصفحة الإجراءات – 22) ملاحظة : لا تعط الارغومترين .
- اطلب من المرأة أن تتجنب الجهود المستمرة الموجهة للأسفل خلال دور الانقذاف إن أمكن.
- إذا كان إنقاص حمل العمل عن المرأة ضرورياً أثناء الولادة: أنجز بضع الفرج (الصفحة الإجراءات – 71) وساعد الولادة بالاستخراج بالتخلية (الصفحة الإجراءات – 27) أو بالملقط (الصفحة الإجراءات – 33).
- اضمن التدبير الفعال للدور الثالث (الصفحة المبادئ السريرية – 73).

ليس فشل القلب استطباً باللقيصرية.

تدبير فشل القلب خلال القيصرية

- استخدم تخديراً موضعياً إرشاحياً مع تهدئة واعية (الصفحة الإجراءات – 7).
- تجنب التخدير النخاعي.

- ولد الطفل والمشيمة (الصفحة الإجراءات - 43) .
- ### الالتهاب الرئوي

- يؤثر الالتهاب الرئوي على متن الرئة ويصيب القصيبات التنفسية والأسناخ. هناك فقد للسعة الرئوية، والتي هي أقل تحملا عند المرأة الحامل.
- قد يكون تصوير الصدر ضروريا لتأكيد تشخيص الالتهاب الرئوي.
- أعط 500 ميلي غرام من أساس الإريثروميسين بالفم 4 مرات يوميا لمدة 7 أيام.
- أعط إنشاقا بخاريا .
- فكر باحتمال السل في المناطق التي ينتشر فيها.

الربو القصبي

- يتسبب الربو القصبي في مضاعفات في 3-4% من الحمل. يترافق الحمل مع تفاقم الأعراض في ثلث النساء المصابات.
- إذا حدث تشنج قصبي: أعط الموسعات القصبية (مثلا السالبيوتامول 4 ميلي غرام فمويا كل 4 ساعات أو 250 مكروغراما ضبويا كل 15 دقيقة حتى 3 جرعات).
- إذا لم تحدث استجابة للموسعات القصبية: أعط الستيرويدات القشرية مثل الهيدروكورتيزون وريديا: 2 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم كل 4 ساعات حسب الضرورة.
- إذا وجدت علامات على عدوى (التهاب القصبات): أعط الأمبيسلين 2 غرام وريديا كل 6 ساعات.
- تجنب استخدام البروستاغلاندينات. للوقاية من النزف التالي للولادة ولمعالجته : أعط الأوكسيتوسين 10 وحدات عضليا أو أعط الإرغومترين 0.2 ميلي غرام عضليا.
- بعد أن تعالج السورة الحادة : استمر بالمعالجة بالموسعات القصبية الاستنشاقية والستيرويدات القشرية الاستنشاقية للوقاية من رجعة النوبات الحادة.

المشكلة

- لا يُشعر بحركات الجنين بعد الأسبوع 22 من الحمل أو خلال المخاض.

التدبير العام

- طمئن المرأة ووفر دعماً معنوياً (الصفحة المبادئ السريرية – 7).
- افحص سرعة قلب الجنين :
 - إذا كانت الأم تتلقى مهدئات؛ انتظر حتى يزول تأثير الدواء ثم أعد الفحص.
 - إذا لم يسمع قلب الجنين : اطلب من عدة أشخاص آخرين أن يستمعوا، أو استخدم السماعة الدوبلرية، إن توفرت.

التشخيص

التشخيص		الجدول الأعراض – 19
التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي تراجع المرأة الحامل بسببه المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
انفصال المشيمة الباكر الصفحة الأعراض – 18	صدمة رحم ممض/ مشدود ضائقة جنينية أو غياب أصوات قلب الجنين	• تناقص/ غياب حركات الجنين • ألم بطني متقطع أو ثابت • نزف بعد الأسبوع 22 الحملي (قد يكون محتبساً داخل الرحم)
تمزق الرحم (رحم متمزق) الصفحة الأعراض – 20	صدمة تمدد البطن / سوائل حرة حدود الرحم غير طبيعية بطن ممضنة أجزاء الجنين مجسوسة بسهولة نبض الأم سريع	• غياب حركات الجنين • وأصوات قلب الجنين • نزف (داخِل البطن أو/ و مهبلي) • ألم بطني وخيم (قد ينقص بعد التمزق)
ضائقة جنينية الصفحة الأعراض – 95	سائل مبقع بعقي ثخين	• تناقص/ غياب حركات الجنين • سرعة قلب الجنين شاذة (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة)
موت الجنين الصفحة الأعراض – 132	أعراض توقف الحمل تناقص الارتفاع الارتفاقي القاعي. تناقص نمو الرحم .	• غياب حركات الجنين • وأصوات قلب الجنين

موت الجنين

قد يكون الموت داخل الرحم نتيجة تقييد نمو الجنين أو عدوى الجنين أو حادثة على الحبل أو شدوذات خلقية. وفي الأماكن التي يكون فيها الزهري منتشرًا هناك نسبة كبيرة من موت الجنين تنجم عن هذا المرض.

- إذا توفرت الأشعة: تأكد من موت الجنين بعد 5 أيام . تتضمن العلامات: تراكم عظام الجمجمة، فرط ثني العمود الفقري، فقاعات غازية في القلب والأوعية الكبيرة، وذمة الفروة.
- بشكل بديل، إذا توفر الفحص بالأمواج فوق الصوت، أكد موت الجنين، تتضمن العلامات: غياب نشاط قلب الجنين، شكل شاذ لرأس الجنين، نقص أو غياب السائل الأمنيوسي (الصماء)، و جنين مطوي (مثنى).

- أشرح المشكلة للمرأة وعائلتها (الصفحة المبادئ السريرية – 7). ناقش معهم خيارات التدبير الفعال أو المتوقع.
- إذا تم التخطيط للتدبير المتوقع:
 - انتظر البدء التلقائي للمخاض خلال الأسابيع الأربعة التالية.
 - طمن المرأة أنه في 90% من الحالات يقذف الجنين تلقائياً خلال فترة الانتظار دون مضاعفات.
- إذا تناقصت الصفحات أو مر أربعة أسابيع دون حدوث مخاض تلقائي، فكر بالتدبير الفعال.
- إذا تم التخطيط للتدبير الفعال : قيم عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 18):
 - إذا كان عنق الرحم يبعث الرضى (طرياً، رقيقاً، متوسطاً جزئياً) : حرّض المخاض باستخدام الأوكسيتوسين أو البروستاغلاندينات (الصفحة الإجراءات – 18).
 - إذا لم يكن عنق الرحم يبعث الرضى : (قاس، ثخين، مغلق): أنضج عنق الرحم باستخدام البروستاغلاندينات أو قنطار فولبي (الصفحة الإجراءات – 24).
- ملاحظة: لا تمزق الأغشية بسبب اختطار العدوى.
 - ولد بقبصرية كمالذ أخير فقط.
- إذا لم يحدث مخاض تلقائي خلال 4 أسابيع وتناقصت الصفحات وعنق الرحم غير مرضٍ (قاس، ثخين، مغلق): أنضج عنق الرحم باستخدام الميزوبروستول:
 - ضع 25 مكروغراماً من الميزوبروستول في أعلى المهبل، وأعد بعد 6 ساعات عند الضرورة.
 - إذا لم تحدث استجابة بعد جرعتين من 25 مكروغراماً: زد الجرعة إلى 50 مكروغراماً كل 6 ساعات.
- ملاحظة: لا تستخدم أكثر من 50 مكروغراماً في المرة الواحدة ولا تتجاوز 4 جرعات.

لا تستخدم الأوكسيتوسين خلال 8 ساعات من استخدام الميزوبروستول. راقب التقلصات الرحمية وسرعة قلب الجنين عند كل النساء اللواتي يخضعن لتحريض المخاض بالبروستاغلاندينات.

- إذا وجدت علامات على عدوى (حمى ، نجيج مهبلي كريه الرائحة): أعط المضادات الحيوية كما في التهاب الرحم (الصفحة الأعراض – 110).
- إذا أظهر اختبار للتجلط فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة طرية تتحطم بسهولة : اشتبه باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).

المشكلة

- نحيج مهبلي مائي قبل الأسبوع 22 الحمل.

التدبير العام

- أكد مضبوطة العمر الحمل المحسوب، إن أمكن .
- استخدم منظراً مطهراً بشكل جيد لتقييم النحيج المهبلي (الكمية، اللون، الرائحة) واستبعد سلس البول .

لا تجر فحصاً مهلبياً إصبغياً إذا كانت المرأة تعاني من نزف في وقت متأخر من الحمل (بعد الأسبوع 22) .

التشخيص

الجدول الأعراض – 20

تشخيص النجيج المهبل

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحياناً	العرض الذي راجعت المرأة الحامل بسببه المركز الصحي وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
تمزق الأغشية السابق للولادة الصفحة الأعراض – 136	• تدفق مفاحي أو تسرب متقطع للسائل • السائل مرني فسي مدخل المهبل • لا توجد تقلصات خلال ساعة	• نجيج مهبل مائي
التهاب السلى الصفحة الأعراض – 139	• تاريخ طبي لفقد السوائل • رحم ممض • سرعة قلب الجنين سريعة • نزف مهبل خفيف ⁽¹⁾	• نجيج مهبل مائي كريه الرائحة بعد الأسبوع 22 • حمى/ نوافض • ألم بطني
التهاب المهبل/ التهاب عنق الرحم ⁽²⁾	• حكة • نجيج لبني/ مزبد • ألم بطني • عسر التبول	• نجيج مهبل كريه الرائحة • لا يوجد تاريخ طبي لفقد السوائل
النزف التالي للولادة الصفحة الأعراض – 17	• ألم بطني • فقد حركات الجنين • نزف مهبل مطول شديد	• نجيج مهبل دموي
ولادة ناضجة محتملة الصفحة المبادئ السريرية – 57 أو ولادة مبيتسرة محتملة الصفحة الأعراض – 122	• توسع عنق الرحم واماواه • تقلصات	• نجيج مهبل مائي أو مخاطي • مبقع بالدم (العلامة)

(1) النزف الخفيف: يحتاج أكثر من 5 دقائق لينقع حشوة أو قطعة قماش نظيفة.

(2) حدد السبب وعالج تبعاً لذلك.

الاستدبير

تمزق الأغشية السابق للمخاض

تمزق الأغشية السابق للمخاض هو تمزق الأغشية قبل أن يبدأ المخاض، ويمكن أن يحدث عندما يكون الجنين خديجاً (مبتسر أو قبل الأسبوع 37) أو عندما يكون ناضجاً (في مواعده).

تأكيد التشخيص

- تؤكد الرائحة المميزة للصاء التشخيص.
- إذا لم يكن تمزق الأغشية حديثاً أو أن التسرب كان تدريجياً: قد يكون توكيد التشخيص صعباً:
- ضع رفادة مهبلية فوق الفرج وافحصه بعد ساعة بالنظر والشم (الشكل والرائحة).
- استخدم منظراً مطهراً تطهيراً جيداً للفحص المهبل:
- قد يبدو السائل قادمًا من عنق الرحم أو يشكل بركة في القبو الخلفي.
- اطلب من المرأة أن تسعل، وهذا قد يسبب تدفق السائل.

لا تجر فحصاً مهلبياً إصبعياً لأنه لا يساعد على توطيد التشخيص وقد يجلب العدوى.

- قم باختبارات – إن توفرت:
- اختبار النيترازين، يعتمد على حقيقة أن الإفرازات المهبلية والبول حمضية بينما الصاء قلوي. ضع قطعة من ورقة النيترازين في مرقئ ولمسها مع السائل المجمع على نصلة المنظار. يشير التبدل من الأصفر إلى الأزرق إلى القلوية (وجود الصاء). يعطي الدم وبعض الإفرازات المهبلية نتائج إيجابية كاذبة.
- اختبار التسرخس، انثر كمية من السائل على شريحة واتركه حتى يجف. افحص بالمجهر. يتبلور الصاء، وقد يترك نمط ورقة السرخس. السلبيات الكاذبة شائعة.

التدبير العلاجي

- إذا وجد نزف مهبلي دون ألم بطني ثابت أو متقطع: اشتبه بانفصال المشيمة الباكر (الصفحة الأعراض – 18).
- إذا وجدت علامات على عدوى: (حمى، نجيج مهبلي كريه الرائحة): أعط المضادات الحيوية كما في معالجة حالة التهاب السلى (الصفحة الأعراض – 139).
- إذا لم توجد علامات على عدوى وكان عمر الحمل أقل من 37 أسبوعاً عندما تكون رتتا الجنين أكثر احتمالاً لأن تكون غير ناضجة (مبتسرة):
- أعط المضادات الحيوية لتتقص معدل وفيات العدوى عند الأم والوليد ولتأخر الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):

- أساس الإريثروميسين 250 ميلي غرام بالفم ثلاث مرات باليوم لمدة 7 أيام.
- مع الأموكسيسيلين 500 ميلي غرام بالفم ثلاث مرات باليوم لمدة 7 أيام.
- فكر بالنقل إلى المرفق الأكثر ملاءمة لرعاية الوليد إن أمكن.
- أعط الستيرويدات القشرية للأم لتحسن نضج رئتي الجنين :
- البيتاميتازون 12 ميلي غرام عضلياً جرعتين بفواصل 12 ساعة.
- أو الديكساميتازون 6 ميلي غرام عضلياً 4 جرعات بفواصل 6 ساعات.
- ملاحظة: يجب ألا تستخدم الستيرويدات القشرية عند وجود عدوى صريحة.
- ولد في الأسبوع 37.
- إذا وجدت تقلصات مجسوسة ونجيج مخاطي مبقع بالدم. اشتباه بالولادة المبتسرة.
- إذا لم توجد علامات على عدوى والحمل بعمر 37 أسبوعاً أو أكثر:
 - إذا تمزقت الأغشية منذ أكثر من 18 ساعة، أعط مضادات حيوية اتقاء (الصفحة المبادئ السريرية – 35) لكي تساعد على إنقاص العدوى بالعقديات من المجموعة B عند الوليد .
 - الأمبيسيلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات .
 - أو البنسلين ج 2 مليون وحدة وريدياً كل 6 ساعات حتى الولادة.
 - إذا لم توجد علامات على عدوى بعد الولادة، أوقف المضادات الحيوية
 - قيم عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 18):
 - إذا كان عنق الرحم يبعث الرضا (طرياً، رقيقاً، متوسعاً جزئياً)، حرّض المخاض باستخدام الأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 17).
 - إذا لم يكن عنق الرحم يبعث الرضا (قاس، ثخين، مغلق): أنضج عنق الرحم باستخدام البروستاغلاندينات وسرب الأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 43).

التهاب السلى

- أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى الولادة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
 - الأمبسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
 - مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - إذا ولدت المرأة عن طريق المهبل، أوقف المضادات الحيوية بعد الولادة.
 - إذا أُجري للمرأة قيصرية، استمر بالمضادات الحيوية، وأعط المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات حتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة.
- قيم عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 18):
 - إذا كان عنق الرحم يبعث الرضا (طرياً، رقيقاً، متوسعاً جزئياً): حوِّض المخاض باستخدام الأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 17).
 - إذا لم يكن عنق الرحم يبعث الرضا (قاس، ثخين، مغلق)، أنضج عنق الرحم باستخدام البروستاغلاندينات وسرب الأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 24) أو وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا اشتبه بالتهاب الرحم (نجيج مهبلي كريه الرائحة، حمى): أعط المضادات الحيوية (الصفحة الأعراض – 110).
- إذا اشتبه بإنتان وليدي: رتب لزرع الدم وإعطاء المضادات الحيوية (الصفحة الأعراض – 149).

المشكلات

- لدى الوليد حالات أو مشكلات خطيرة:
 - لا يتنفس، أو يلهث.
 - يتنفس بصعوبة (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة) (انجذاب الصدر للداخل، خفخة) (صوت شبيه بصوت الخنزير).
 - زراق (ازرقاق).
 - خديج، أو وزن الولادة منخفض جداً (أقل من 32 أسبوعاً حملهياً أو أقل من 1500 غرام) .
 - نوام.
 - انخفاض الحرارة.
 - اختلاجات.
- لدى الوليد حالات أو مشكلات أخرى تتطلب رعاية في غرفة الولادة :
 - وزن ولادة منخفض (1500 - 2500 غرام).
 - عدوى جرثومية محتملة في وليد سوي ظاهرياً، والذي عانت أمه من تمزق الأغشية السابق للولادة أو المطول .
 - زهري خلقي محتمل عند وليد كانت لدى أمه اختبار سيرولوجي إيجابي للزهري أو أنها خالية من الأعراض .

التدبير الفوري

- تتطلب ثلاث حالات تدبيراً فورياً : عدم التنفس (أو اللهاث)، الزراق (ازرقاق) أو التنفس بصعوبة (الصفحة الأعراض – 146).

عدم التنفس أو اللهاث

التدبير العام

- جفف الطفل، انزع الثياب الرطبة، ودر الطفل بثياب جافة دافئة.
- امسك الحبل بمقاط (ألقط الحبل) واقطعه فوراً — إن لم يكن قد قُطع من قبل.

- انقل الطفل إلى سطح ثابت دافئ تحت سخان مشع لإنعاشه.
- التزم بالممارسات المعيارية لمنع العدوى عند حمل الوليد وإنعاشه (الصفحة المبادئ السريرية – 17).

الإنعاش

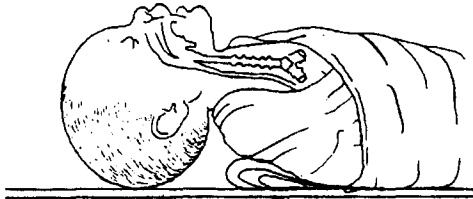
الإطار الأعراض – 8 معدات الإنعاش

- لتجنب التأخر خلال حالة طارئة، من المهم أن تضمن أن المعدات بحالة جيدة قبل أن يصبح الإنعاش مطلوباً:
- يجب أن يكون لديك أفنعة ذات أحجام مناسبة طبقاً للحجم المتوقع للطفل (الحجم 1 للوليد السوي الوزن، والحجم 0 للوليد الصغير).
 - سد القناع بجعل راحة يدك سداً محكمة واعصر الكيس:
 - إذا شعرت بضغط على يدك : فالكيس يحدث ضغطاً كافياً.
 - إذا انتفخ الكيس ثانية بعد رفع القبضة: فالكيس يعمل بشكل مناسب.

فتح المسلك الهوائي

- وضعية الوليد (الشكل الأعراض – 28):
 - ضع الطفل على ظهره.
 - ضع الرأس بوضعية بسط خفيفة لتفتح المسلك الهوائي .
 - حافظ على الطفل مدثراً أو مغطى، ما عدا الوجه وأعلى الصدر .

الشكل الأعراض – 28 الوضعية الصحيحة للرأس من أجل التهوية، لاحظ أن العنق أقل بسطاً مما هو عند البالغ



- نظف المسلك الهوائي بمص الفم أولاً ثم المنخرين ، إذا وجد دم أو عقي في فم الطفل أو أنفه مصه فوراً لمنع الشفط (الرشف).
- ملاحظة : لا تمص عميقاً في الحلق، لأن ذلك قد يسبب بطء قلب الطفل أو قد يوقف تنفس الطفل.
- أعد تقييم الطفل :
- إذا بدأ الوليد بالبكاء أو التنفس: لا حاجة لمزيد من التصرف الفوري، ابدأ الرعاية الأولية الوليد (الصفحة المبادئ السريرية – 76).
- إذا بقي الطفل لا يتنفس: ابدأ التهوية (انظر لاحقاً).

تهوية الوليد

- أعد التحقق من وضعية الوليد. يجب أن يكون العنق مبسوطاً قليلاً (الشكل الأعراض – 28، الصفحة الأعراض – 142).
- ضع القناع وافحص السداد (الشكل الأعراض – 29).
- ضع القناع على وجه الوليد. يجب أن يغطي الذقن والفم والأنف.
- شكّل سداداً بين القناع والوجه.
- اعصر الكيس بإصبعين فقط أو بكامل اليد اعتماداً على حجم الكيس.
- افحص السداد بالتهوية مرتين وراقب ارتفاع الصدر.

التهوية بالكيس والقناع

الشكل الأعراض – 29



- حالما تضمن أن السداد وحركة الصدر موجودة : قم بتهوية الوليد. حافظ على المعدل الصحيح (40 تنفساً في الدقيقة تقريباً) والضغط الصحيح (راقب الصدر: الارتفاع والنزول السهل).
- إذا كان صدر الطفل يرتفع: ضغط التهوية كاف بشكل مناسب .
- إذا لم يكن صدر الطفل يرتفع:
- أعد التحقق من وضعية الوليد وصحتها عند الضرورة (الشكل الأعراض – 28، الصفحة الأعراض – 142).
- أعد وضع القناع على وجه الطفل لتحسن السداد بين القناع والوجه.
- اعصر الكيس بشكل أقوى لزيادة ضغط التهوية.
- أعد مص الفم والأنف لتزيل المخاط والدم أو العقي من المسلك الهوائي.
- إذا تلتقت أم الوليد البيتيدين أو المورفين قبل الولادة: فكر بإعطاء النالوكسون بعد توطين العلامات الحيوية (الإطار الأعراض – 9، الصفحة الأعراض – 145).
- قم بالتهوية مدة دقيقة ثم توقف، وقيم بسرعة فيما إذا كان الوليد يتنفس بشكل تلقائي :
- إذا كان التنفس سوياً (30-60 نفساً في الدقيقة) ولا توجد علامات على انجذاب الصدر للداخل، ولا توجد نخير لمدة دقيقة: لا حاجة لمزيد من الإنعاش، ابدأ بالرعاية الأولية للوليد (الصفحة المبادئ السريرية – 76).
- إذا لم يكن الوليد يتنفس، أو كان التنفس ضعيفاً: استمر بالتهوية حتى يبدأ التنفس التلقائي.
- إذا بدأ الوليد بالبكاء: أوقف التهوية واستمر بمراقبة التنفس مدة 5 دقائق بعد توقف البكاء.
- إذا كان التنفس سوياً (30-60 نفساً في الدقيقة) ولا يوجد انجذاب للصدر نحو الداخل ولا توجد أصوات نخير لمدة دقيقة: لا حاجة لمزيد من الإنعاش ابدأ الرعاية الأولية للوليد (الصفحة المبادئ السريرية – 76).
- إذا كان تواتر التنفس أقل من 30 نفساً في الدقيقة: استمر بالتهوية.
- إذا وجد انجذاب وخيم للصدر نحو الداخل: قم بالتهوية بالأوكسجين إن توفّر (الإطار الأعراض – 10، الصفحة الأعراض – 147). رتب لنقل الطفل للمرفق الأكثر ملاءمة لرعاية الولدان المرضى.

- إذا لم يكن الوليد يتنفس بشكل منتظم بعد 20 دقيقة من التهوية:
- انقل الطفل إلى المرفق الأكثر ملاءمة لرعاية الولدان المرضى.
- خلال النقل: حافظ على الوليد دافئاً ومهوى إن لزم الأمر.
- إذا لم يكن هناك لهات أو تنفس على الإطلاق بعد 20 دقيقة من التهوية، أوقف التهوية، فالطفل ميت منذ كان في رحم أمه. وفر دعماً عاطفياً للعائلة (الصفحة المبادئ السريرية – 7).

الإطار الأعراض – 9 تضاد (مناهضة) الخمود التنفسي عند الوليد الناجم عن الأدوية المخدرة

إذا تلتقت الأم البيتيدين أو المورفين: النالوكسون هو الدرياق لمناهضة الخمود التنفسي عند الوليد الناجم عن هذه الأدوية. ملاحظة: لا تعط النالوكسون للولدان الذين يشتبه بأن لدى أمهاتهم معاقرة حديثة للأدوية المخدرة.

- إذا وجدت علامات الخمود التنفسي: ابدأ الإنعاش فوراً:
- بعد توطيد العلامات الحيوية: أعط النالوكسون 0.1 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً للوليد.
- قد يعطى النالوكسون عضلياً بعد الإنعاش الناجح إذا كان لدى الرضيع دوران محيطي كاف. قد يتطلب الأمر إعادة الجرعة للوقاية من الخمود التنفسي الراجع.
- إذا لم توجد علامات الخمود التنفسي، لكن أعطي البيتيدين أو المورفين خلال 4 ساعات من الولادة: راقب الطفل متوقعاً علامات الخمود التنفسي وعالج كما ذكر أعلاه إن حدث.

الرعاية بعد الإنعاش الناجح

- الوقاية من فقد الحرارة
- ضع الطفل وجلده بتماس مع جلد صدر الأم وغط جسده ورأسه.
- بشكل بديل، ضع الطفل تحت سخان مشع.
- افحص الوليد وعد مرات التنفس في الدقيقة:
- إذا كان الطفل أزرق أو يعاني من عسر التنفس (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة، انجذاب الصدر للداخل وخففة): أعط

الأكسجين عبر قنطار أنفي أو أجسام مخروطية (انظر لاحقاً).

- قس درجة حرارة الطفل الإبطية
 - إذا كانت درجة الحرارة 36 م أو أكثر: احتفظ بالطفل وجلده على تماس مع جلد صدر أمه وشجع على الإرضاع من الثدي .
 - إذا كانت درجة الحرارة أقل من 36 م: أعد تدفئة الطفل (الصفحة الأعراض – 148).
- شجع الأم على البدء بالإرضاع من الثدي. الوليد الذي يحتاج للإعاش تحت اختطار أعلى لتطور نقص سكر الدم:
 - إذا كان المص جيداً: فالوليد قد شفي جيداً.
 - إذا لم يكن المص جيداً: انقل الطفل إلى المرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى.
- اضمن المراقبة المتكررة للوليد خلال 24 ساعة القادمة؛ فإذا رجعت علامات عسر التنفس، رتب لنقل الطفل إلى المرفق الأكثر ملاءمة لرعاية الولدان المرضى.

الزراق وعسر التنفس

- إذا كان الطفل أزرق أو يعاني من عسر التنفس (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة، انجذاب الصدر للداخل وخفخة)، أعط الأكسجين عبر قنطار أنفي أو أجسام مخروطية.
 - مص الفم والأنف لتضمن أن المسلك الهوائي سالك.
 - أعط الأكسجين بمعدل 0.5 لتر في الدقيقة عبر قنطار أنفي أو مخروط أنفي (الإطار الأعراض – 10، الصفحة الأعراض – 147).
 - انقل الطفل إلى المرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى.
- تأكد من المحافظة على الطفل دافئاً؛ دثر الطفل بقماس جاف طري، وغطه ببطانية وضمن أن رأسه مغطى لتمنع فقد الحرارة.

الإطار الأعراض - 10 استخدام الأكسجين

تذكر عند استخدام الأكسجين :

- يجب أن يستخدم الأكسجين الإضافي لعسر التنفس أو الزراق فقط .
 - إذا كان لدى الطفل انجذاب وخيم للصدر نحو الداخل، أو أنه يلهث ليتنفس أو كان زرقائياً بشكل متواصل: قم بزيادة تركيز الأكسجين عبر قنطار أنفي أو مخروط أنفي أو مقنعة الأكسجين.
- ملاحظة: تراقق الاستخدام غير المنضبط للأكسجين الإضافي للأطفال الخدج مع اختطار العمى.

التقييم

يتجلى الكثير من الحالات الخطيرة عند الولدان - العدوى الجرثومية، التشوهات، الاختناق الوخيم، وداء العشاء الهيليني نتيجة الولادة المبكرة - بطريقة متشابهة بعسر التنفس والنوم وضعف الإرضاع أو عدم الإرضاع.

من الصعب التمييز بين الحالات دون طرق تشخيصية. ومع ذلك : يجب أن تبدأ المعالجة فوراً - حتى دون تشخيص واضح لسبب نوعي. يجب أن يشتمل على الأطفال الذين يعانون من أي من هذه المشكلات لديهم حالة خطيرة، ويجب أن ينقلوا دون تأخير إلى المرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى.

التدبير

الطفل الخديج الذي ولد في وقت سابق للأوان بفترة طويلة أو المنخفض وزن الولادة جداً

إذا كان الطفل صغيراً جداً (أقل من 1500 غرام أو أقل من 32 أسبوعاً): فإن المشكلات الصحية الوخيمة محتملة، وتتضمن: عسر التنفس والعجز (عدم القدرة على) عن الرضاعة، يرقاناً وخيماً، وعدوى. الطفل معرض لانخفاض الحرارة دون حماية حرارية نوعية (مثلاً: الحاضنة).

يتطلب الولدان الصغار جداً رعاية خاصة، ويجب أن ينقلوا إلى المرفق الملائم لرعاية الأطفال المرضى والصغار بأسرع وقت. قبل النقل وأثناءه:

- تأكد من المحافظة على الطفل دافئاً؛ دثر الطفل بقماش جاف طري، وغطه ببطانية وضمن أن رأسه مغطى لمنع فقد الحرارة.

- إذا كانت قصة الأم تشير إلى احتمال عدوى جرثومية: أعط الجرعة الأولى من المضادات الحيوية:
 - الجنتاميسين 4 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم عضلياً (أو أعط الكاناميسين) .
 - مع الأمبيسيلين 100 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم عضلياً (أو أعط البنزيل بنسلين)
- إذا كان الطفل أزرق أو يعاني من عسر التنفس (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة، انجذاب الصدر للداخل وخففة): أعط الأكسجين عبر قنطار أنفي أو أجسام مخروطية (الصفحة الأعراض – 146).

النوم

إذا كان الطفل يميل للنوم (ناقص التأثير العضلي، ولا يتحرك) فمن المحتمل جداً أن الطفل لديه مرض وخيم ويجب أن ينقل إلى المرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى.

انخفاض الحرارة

قد يحدث انخفاض الحرارة بسرعة عند طفل صغير جداً أو طفل كان يعالج بوسائل الإنعاش أو فصل عن أمه؛ فقد تنخفض الحرارة في هذه الحالات، وبسرعة، إلى أقل من 35 م. أعد تدفئة الطفل بأسرع وقت ممكن.

- إذا كان الطفل مريضاً بشدة أو انخفضت حرارته للغاية (الحرارة الإبطية أقل من 35م)

- استخدم الطرق المتوفرة للبدء بتدفئة الطفل (حاضنة، سخان مشع، غرفة دافئة، سرير مسخن).

- انقل الطفل، وبالسرعة الممكنة، للمرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى أو الخدج.

- إذا كان الطفل أزرق أو يعاني من عسر التنفس (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة، انجذاب الصدر للداخل أصوات نخير تنفسي): أعط الأكسجين عبر قنطار أنفي أو أجسام مخروطية. (الصفحة الأعراض – 146).

- إذا لم يكن الطفل عليلاً جداً، والحرارة الإبطية 35 ° م أو أكثر:
 - تأكد من المحافظة على الطفل دافئاً؛ دثر الطفل بقماش جاف طري، وغطه ببطانية واضمن أن رأسه مغطى لتمنع فقد الحرارة.
 - شجع الأم على الإرضاع من الثدي حالما يصبح الطفل جاهزاً.

- راقب درجة الحرارة الإبطية كل ساعة حتى تصبح سوية.
- بشكل بديل: يمكن وضع الطفل في حاضن أو تحت سخان مشع.

الاختلاجات

- الاختلاجات في الساعة الأولى من الحياة نادرة، وقد تنجم عن التهاب السحايا، واعتلال الدماغ/ وانخفاض الحرارة الوخيم.
- تأكد من المحافظة على الطفل دافئاً؛ دثر الطفل بقماش جاف طري، وغطه ببطانية واضمن أن رأسه مغطى لمنع فقد الحرارة.
 - انقل الطفل، وبالسرية الممكنة، للمرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى أو الخدج.

الطفل الخديج أو المنخفض وزن الولادة بشكل معتدل

- قد يبدأ الأطفال الخدج (33-38 أسبوعاً) أو المنخفضو وزن الولادة (1500-2500 غرام) بشكل معتدل بإظهار المشكلات بعد الولادة فوراً.
- إذا لم يوجد عند الطفل عسر التنفس وبقي دافئاً بشكل ملائم طالما جلده على تماس مع جلد أمه :
 - ابق الطفل مع أمه .
 - شجع الأم على ابتداء الإرضاع من الثدي خلال أول ساعة إن أمكن.
 - إذا كان لون الطفل أزرق أو يعاني من عسر التنفس (أقل من 30 أو أكثر من 60 نفساً في الدقيقة، انجذاب الصدر للداخل وخففة): أعط الأكسجين عبر قنطار أنفي أو أجسام مخروطية. (الصفحة الأعراض - 146).
 - إذا انخفضت الحرارة الإبطية تحت 35 م: أعد تدفئة الطفل (الصفحة الأعراض - 148).

تمزق الأغشية المبترس أو المطول ووليد دون أعراض

- فيما يلي دلالات إرشادية مقترحة ويمكن تعديلها حسب الوضع المحلي:
- إذا كان لدى الأم علامات سريرية على عدوى جرثومية، أو إذا كانت الأغشية قد تمزقت منذ أكثر من 18 ساعة قبل الولادة، حتى ولو لم يكن عند الأم علامات سريرية على عدوى.
 - أبق الطفل مع أمه وشجعها على الاستمرار بالإرضاع من الثدي.

- قم بالتنسيق مع المرفق الملائم الذي يرعى الولدان المرضى لتجري زرعاً للدم، وابدأ بإعطاء الوليد المضادات الحيوية.
- إذا لم تتحقق هذه الظروف، لا تعالج بالمضادات الحيوية، راقب الطفل لمدة ثلاثة أيام بحثاً عن علامات على عدوى.
 - دع الطفل مع أمه وشجعها على استمرار الرضاعة بالثدي؛
 - إذا حدثت علامات على عدوى خلال 3 أيام، قم بالتنسيق مع المرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى لتجري زرعاً للدم، وابدأ بإعطاء الوليد المضادات الحيوية.

الزهري الخلقي

- إذا ظهرت على الوليد علامات الزهري، انقل الطفل إلى المرفق الملائم لرعاية الولدان المرضى. تتضمن علامات الزهري ما يلي:
 - وذمة متعممة.
 - طفح جلدي.
 - نفاطات على الراحتين والأخمصين.
 - التهاب الأنف.
 - أورام لقمية شرجية.
 - طحال/ كبد متضخم.
 - شلل طرف واحد.
 - يرقان.
 - شحوب.
 - يمكن رؤية الملتويات بالفحص بالساحة المظلمة للآفة أو لسوائل الجسم أو للسائل النخاعي.
- إذا كان لدى الأم اختبار سيريولوجي إيجابي للزهري أو كانت مصابة بأعراض، إلا أن الوليد لا يظهر علامات الزهري، سواء عولجت الأم أم لا: أعط البنزاثين بنسولين 50000 وحدة/ كيلوغرام من وزن الجسم عضلياً كجرعة مفردة.

القسم الثالث
الإجراءات

الاستعدادات	الاحتياطات
<ul style="list-style-type: none"> التوسيع والكشط الشطف بالتخلية اليدوية 	<ul style="list-style-type: none"> تأكد من عدم وجود أرجبة لليغنوكاينين أو الأدوية ذات العلاقة لا تحقن داخل وعاء المضاعفات عند الأم نادرة وقد تتضمن الورم النووي

- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17).
- حضر 20 ميلي لتر من محلول الليغنوكاينين 0.5% دون أدرينالين (الصفحة المبادئ السريرية - 39).
- استخدم إبرة 3.5 سنتيمتر مقياس 22 أو 25 لحقن محلول الليغنوكاينين.
- عند استخدام خُطاف لمسك عنق الرحم، احقن أولاً 1 ميلي لتر من محلول الليغنوكاينين 0.5% داخل الشفة الأمامية أو الخلفية لعنق الرحم والتي تكشفت (ظهرت) بالمنظار (يستخدم الموقع الساعة 10 أو الساعة 12 عادة) .
- ملاحظة: يفضل استخدام لمقاط حلقي (اسفنجي) في الإجهاض الناقص، لأن احتمال تمزق عنق الرحم أقل مما في الخطاف مع الجر، ولا يتطلب استخدام الليغنوكاينين للموضعة .
- استخدم جراً وحركة خفيفتين عندما يكون الخطاف أو الملقط الحلقي عمودياً على عنق الرحم (أحد السنين على الفتحة الخارجية والآخر على وجه عنق الرحم) للمساعدة على تحديد المنطقة بين ظهارة عنق الرحم الملساء والنسيج المهلي؛ وهذا هو موقع غرز الإبرة حول عنق الرحم .
- اغرز الإبرة تحت الظهارة مباشرة .
- فكرة مفيدة: يقترح بعض الأطباء الممارسين اتباع الخطوة التالية لتشغل انتباه المرأة عن غرز الإبرة : ضع رأس (طرف) الإبرة فوق الموقع المختار للغرز مباشرة واطلب من المرأة أن تسعل. وهذا سوف "يدفع" الإبرة تحت سطح النسيج مباشرة.
- ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط: انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبداً إن شُفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حقن الليغنوكاينين داخل الوريد.

- احقن 2 ميلي لتر من محلول الليغنوكايبين تحت الظهر مباشرة - وليس أعمق من 3 ميلي متر في موقع الساعة 3، 5، 7 و 9 (الشكل الإجراءات - 1). مواقع الحقن المثالية هي في الساعة 2 و 10. عندما توضع بشكل صحيح يمكن ملاحظة تورم و ابيضاض (شحوب) النسيج.
- في نهاية طاقم الحقن، انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكرا لتوفر وقتا كافيا للتأثير.

الشكل الإجراءات - 1 مواقع حقن إحصار حول عنق الرحم



الجدول الإجراءات - 2

استطبابات واحتياطات إحصار العصب الفرجي

الاحتياطات	الاستطبابات
<ul style="list-style-type: none"> • تأكد من عدم وجود أرجية للليغنونوكايين أو الأذوية ذات العلاقة • لا تحقن داخل وعاء 	<ul style="list-style-type: none"> • ولادة مقعدة أو بالأدوات • خزع الفرج وتصليح التمزقات العجانية • حج القحف أو بزل القحف • النزح اليديوي للمشيمة

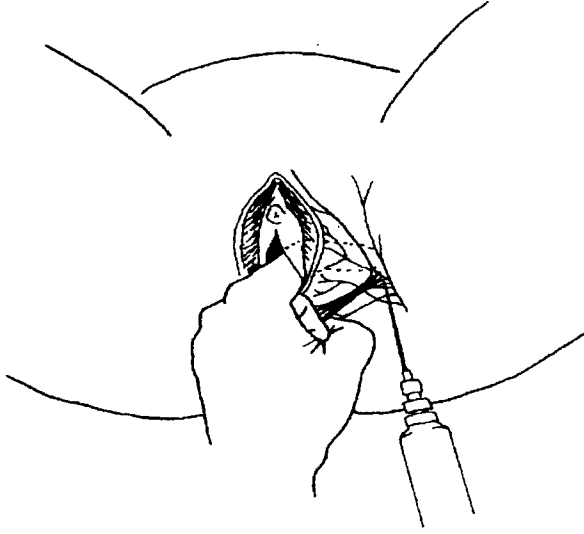
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17).
- حضّر 40 ميلي لتر من محلول الليغنونوكايين 0.5% دون أدرينالين (الصفحة المبادئ السريرية - 39).
- ملاحظة: من الأفضل أن يقتصر إحصار العصب الفرجي على 30 ميلي لتر من المحلول، وبذلك تبقى 10 ميلي لتر الإضافية لتحقن داخل العجان خلال تصليح التمزقات إن تطلب الأمر.
- استخدم إبرة 15 سنتيمتر مقياس 22 لحقن الليغنونوكايين.
- الهدف هو العصب الفرجي لأنه يمر خلال الثلثة الوركية الصغيرة. هناك أسلوبان:
 - من خلال العجان .
 - من خلال المهبل .
- لا يتطلب الأسلوب العجاني أدوات نوعية؛ أما المأى المهبل فيحتاج مرشدة خاصة للإبرة (trumpet) إن توفرت، حيث توفر حماية لأصابع مقدم الخدمة الصحية.

الأسلوب العجاني

- رشّح جلد العجان في جانبي المهبل باستخدام 10 ميلي لتر من محلول الليغنونوكايين.
- ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط: انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبداً إن شُفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حقن الليغنونوكايين داخل الوريد.

- ضع إصبعين - بعد لبس قفازين مطهرين على مستوى عالٍ - في المهبل ووجه الإبرة خلال النسيج العجاني إلى رأس الشوكة الإسكية اليسرى للمرأة (الشكل الإجراءات - 2 ، الصفحة الإجراءات - 4).

الشكل الإجراءات - 2 الأسلوب العجاني



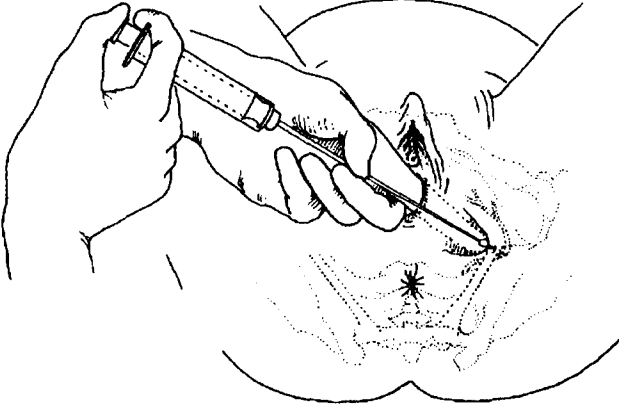
- احقن 10 ميلي لتر من محلول الليغنوكاين في الزاوية بين الشوكة الإسكية والأحدوبة الإسكية.
- مرر الإبرة من خلال الرباط العجزي الشوكي واحقن 10 ميلي لتر أخرى من محلول الليغنوكاين.
- أعد الإجراء في الجانب المقابل .
- إذا أنجز بضع الفرج: رشّح موقع الخزع بالطريقة المعتادة في هذا الوقت (الصفحة الإجراءات - 71).
- في نهاية طاقم الحَقْن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط ، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكراً لتوفر وقتاً كافياً للتأثير.

الأسلوب المهبل

- استخدم الإبهام الأيسر بعد لبس قفازات مطهرة على مستوى عالٍ لتجس الشوكة الإسكية اليسرى للمرأة من خلال جدار المهبل (الشكل الإجراءات - 3).

الشكل الإجراءات - 3 الأسلوب المهبل دون مرشدة للإبرة



- استخدم اليد اليمنى لتدفع مرشدة الإبرة للأمام باتجاه الشوكة اليسرى، مع إبقاء الأنملة اليسرى في نهاية مرشدة الإبرة.
- أدخل مرشدة الإبرة تحت رأس الشوكة الإسكية مباشرة.

تذكر أن تبقى الأنملة قريبة من نهاية مرشدة الإبرة. لا تضع الأنملة خلف نهاية مرشدة الإبرة ، فقد تحدث إصابة وخزة الإبرة بسهولة.

- ادفع للأمام إبرة 15 سنتيمتر مقياس 22 مع محقنة مربوطة من خلال المرشدة.
 - انتقب المخاطية المهبلية حتى تخترق الإبرة الرباط العجزي الشوكي.
- ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم تقي أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط: انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبداً إن شُفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حقن الليغنتوكاين داخل الوريد.

- احقن 10 ميلي لتر من محلول الليغنوكايبين.
- اسحب الإبرة داخل المرشدة وأعد توضع المرشدة فوق الشوكة الإسكية مباشرة.
- انقب المخاطية المهبلية واشفط ثانية لتتأكد من عدم ثقب وعاء.
- احقن 5 ميلي لتر أخرى من محلول الليغنوكايبين.
- أعد الإجراء على الجانب الآخر باستخدام السبابة اليمنى لتجس الشوكة الإسكية اليمنى عند المرأة . استخدم اليد اليسرى لتدفع الإبرة ومرشدة الإبرة للأمام وتحقن محلول الليغنوكايبين .
- إذا أتممت خزع الفرج : رشح موقع خزع الفرج بالطريقة المعتادة في مثل هذه الحالة (الصفحة الإجراءات – 71).
- في نهاية مجموعة الحَقن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكراً لتوفر وقتاً كافياً للتأثير.

التخدير الموضعي من أجل القيصرية

الإجراءات - 7

التخدير الموضعي بديل مأمون للتخدير العام أو بالكيتامين أو التخدير النخاعي، وذلك عند عدم توفر هذه المخدرات (أو عند عدم توفر الأشخاص المدربين على استخدامها).

يتطلب التخدير الموضعي من أجل القيصرية أن يستصح مقدم الخدمة الصحية المرأة وأن يطمئنها طيلة الإجراء. يجب أن يبقى مقدم الخدمة الصحية في ذاكرته أن المرأة يقظة، ويجب أن يستخدم الأدوات ويتعامل مع النسيج بأكثر درجة من التأني.

الجدول الإجراءات - 3 استطببات واحتياطات التخدير الموضعي من أجل القيصرية

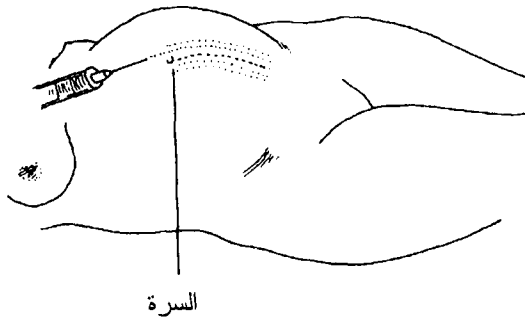
الاحتياطات	الاستطببات
تجنب استخدامه لامرأة مصابة بالارتعاج أو مقدمات الارتعاج الوخيمة أو تعرضت لفتح البطن سابقاً	• القيصرية (خاصة عند امرأة مصابة بفشل القلب)
تجنب استخدامه لامرأة سميكة أو خائفة أو لديها أرجية للليغنونوكابين والأدوية ذات العلاقة	• تجنب استخدامه إذا لم يكن الجراح خبيراً بالقيصرية
لا تحقن داخل وعاء	• لا تحقن داخل وعاء

- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وابدأ بتسريب وريدي (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- حضر 200 ميلي لتر من الليغنونوكابين 5% مع الأدرينالين 1:200000 (الصفحة المبادئ السريرية - 39). ستحتاج عادة أقل من نصف هذا الحجم (80 ميلي لتر تقريباً) في الساعة الأولى.
- إذا كان الجنين حياً: أعط البيتيدين 1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم (لكن ليس أكثر من 100 ميلي غرام) وريدياً ببطء (أو أعط المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً) والبروميثازين 25 ميلي غرام وريدياً بعد الولادة .
- بشكل بديل: قد يعطى البيتيدين والبروميثازين قبل الولادة : ولكن قد يحتاج الطفل للنالوكسون 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً عند الولادة.
- إذا كان الجنين ميتاً: أعط البيتيدين 1 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم (لكن ليس أكثر من 100 ميلي غرام) وريدياً ببطء (أو أعط المورفين 0.1 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم عضلياً) والبروميثازين 25 ميلي غرام وريدياً.

تحدث مع المرأة وطمئنها طيلة الإجراء.

- رشح شريطاً من الجلد والنسيج تحت الجلد في كل جانب من الشق المتوقع، بعرض إصبعين بينهما مستخدماً إبرة 10 سنتيمتر (الشكل الإجراءات - 4).
ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط: انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبداً إن شُفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حقن الليغنونكاين داخل الوريد.

الشكل الإجراءات - 4 إرشاح الجلد والنسيج تحت الجلد بمخدر موضعي من أجل القيصرية



- أحدث انتبازاً طويلاً من محلول الليغنونكاين بطول 3-4 سنتيمتر على كل جانب من الخط المتوسط (الناصف) من الارتفاق العاني إلى نقطة تعلق 5 سنتيمتر فوق السرة.
- رشح محلول الليغنونكاين إلى داخل طبقات جدار البطن. يجب أن تبقى الإبرة موازية للجلد تقريباً. انتبه حتى لا تخرق الصفاق وتدخل الإبرة إلى داخل الرحم، لأن جدار البطن رقيق جداً عند الولادة.
- في نهاية مجموعة الحقن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكراً لتوفر وقتاً كافياً للتأثير.

ملاحظة: عندما يستخدم التخدير الموضعي: اجر شقاً على الخط المتوسط يكون أطول 4 سنتيمتر مما هو عليه عند استخدام التخدير العام. يجب ألا يستخدم شق فانيستيل لأنه أطول، ويتطلب كمية أكبر من الليغنونكاين أكثر ويكون التباعد أضعف.

يمكن توقع أن يدوم أثر البنج حوالي 60 دقيقة.

ابدأ بالقيصرية (الصفحة الإجراءات - 43) واحتفظ بذهنك بما يلي:

- لا تستخدم حشوات بطنية، استخدم المبادئ بأقل قدر ممكن وبأقل جهد.
- احقن 30 ميلي لتر من محلول الليغنوكاين خلف الصفاق الرحمي الحشوي أبعد ما يمكن عن الأربطة المدورة. لا حاجة لمزيد من البنج. الصفاق حساس للألم بينما عضل الرحم ليس كذلك.
- أخبر المرأة بأنها ستشعر ببعض الانزعاج من الجر عند توليد الطفل؛ وهذا ليس أكثر مما يحدث خلال الولادة المهبلية عادة.
- انزع المشيمة بالجر المنضبط للحبل (الصفحة المبادئ السريرية - 73).
- أصلح الرحم دون نزعه من البطن.
- قد يحتاج الأمر المزيد من التخدير الموضعي لتصليح جدار البطن.

التخدير النخاعي (تحت العنكبوتية)

الإجراءات - 11

الجدول الإجراءات - 4

الاحتياطات	الاستنباطات
<ul style="list-style-type: none"> • تأكد من عدم وجود أرجية معروفة لليغنونوكاينين أو الأدوية ذات العلاقة • تجنب استخدامه عند المرأة المصابة بنقص حجم الدم غير المصحح أو فقر الدم الوخيم، أو اضطرابات التجلط، أو النزف، أو العدوى الموضعية أو مقدمات الارتعاج الوخيمة، أو الارتعاج أو فشل القلب نتيجة مرض قلبي. 	<ul style="list-style-type: none"> • القيصرية • فتح البطن • التوسع والكشط • النزح البديوي للمشيمة • تصليح الدرجة الثالثة والرابعة من التمزقات المعجانة.

- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وابدأ بتسريب وريدي (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- سرب 500-1000 ميلي لتر من السوائل الوريدية (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) لتمهد التحميل عند المرأة ولتجنب هبوط ضغط الدم. يجب أن يتم ذلك 30 دقيقة قبل التخدير.
- حضر 1.5 ميلي لتر من المخدر الموضعي: 5% ليغنونوكاينين في 5% دكستروز. أضف 0.25 ميلي لتر من الأدرينالين (1 : 1000) إذا تطلب الأمر أن يكون المخدر فعالاً لفترة أطول من 45 دقيقة.
- اطلب من المرأة أن تستلقي على جانبها (أو أن تجلس منتصبه)، ضامنساً أن العمود الفقري مثني جيداً. اطلب من المرأة أن تثني رأسها على صدرها وأن تدور ظهرها قدر الإمكان.
- حدد - وإن تطلب الأمر: علم - الموقع المقترح للحقن. سيقطع خط عمودي من العرف الحرقفي باتجاه الأعلى العمود الفقري للمرأة بين شوكتي الفقرتين القطنيتين الرابعة والخامسة. اختر هذا الحيز أو الحيز الذي فوقه مباشرة.

العقامة أساسية. لا تلمس رأس الإبرة النخاعية أو جذع الإبرة بيدك. امسك الإبرة من محورها فقط.

- احقن محلول الليغنونوكاينين 1% باستخدام إبرة دقيقة لتخدر جلد المرأة .
- أدخل إبرة نخاعية متوفرة (مقياس 22 أو 23) في الخط المتوسط خلال الانتثار بزواوية قائمة على الجلد في المستوى العمودي.
- ملاحظة: تميل الإبر الرفيعة للانحناء.

- إذا ارتطمت الإبرة بعظم، فقد لا تكون على الخط المتوسط. اسحب الإبرة وأعد غرزها موجهاً إياها إلى الأعلى قليلاً باتجاه سرّة المرأة.
 - قدّم (ادفع) الإبرة النخاعية باتجاه الحيز تحت العنكبوتية. ستشعر بفقد تام للمقاومة حالما تخترق الإبرة الرباط الأصفر.
 - حالما تصبح الإبرة في الرباط الأصفر قدم الإبرة ببطء خلال الجافية ستشعر بفقد خفيف آخر للمقاومة حالما تخترق الجافية.
 - أزل المروود، السائل النخاعي يجب أن يتدفق خارج الإبرة.
 - إذا لم يخرج السائل النخاعي: أعد غرز المروود ودور الإبرة بلطف؛ انزع المروود لترى هل يتدفق السائل. إذا فشلت مرتين، حاول في حيز آخر.
 - احقن 1-1.25 ميلي لتر من محلول المخدر الموضعي. ستحتاج المرأة الحامل التي لم تولد إلى جرعة صغيرة من الدواء لأن الحيز تحت العنكبوتية المتوفر ينقص نتيجة الأوردة فوق الجافية المتحفة.
 - ساعد المرأة على الاضطجاع على ظهرها. اجعل طاولة العمليات مائلة إلى اليسار أو ضع وسادة أو بياضات مطوية تحت أسفل الظهر من الجهة اليمنى لتتقصر متلازمة الاستلقاء الخافض للضغط.
 - أعد فحص ضغط الدم عند المرأة. هبوط ضغط الدم محتمل. إذا وجد هبوط ضغط واضح: أعط المرأة المزيد من السوائل الوريدية (500 ميلي لتر بسرعة).
 - إذا لم يرفع ذلك ضغط دمها: أعط الإيفيدرين 0.2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً بعلاوات مقدارها 3 ميلي غرام.
 - إذا استمر ضغط الدم بالهبوط بعد إعطاء بلعات الإيفيدرين وريدياً لأربع مرات: أعط الإيفيدرين 30 ميلي غرام عضلياً.
 - أعط الأكسجين بمعدل 6-8 ألتار في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.
 - بعد حقن محلول المخدر الموضعي: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.
- خدر مبكراً لتوفر وقتاً كافياً للتأثير.**
- بعد الجراحة: حافظ على المرأة منبطحة (مسطحة) لمدة 6 ساعات على الأقل مع وسادة واحدة فقط تحت رأسها لمنع الصداع التالي لبزل النخاع. يجب ألا تجلس منتصباً وألا تجهد نفسها خلال هذه الفترة.

الجدول الإجراءات - 5 استطببات واحتياطات التخدير بالكيتامين

الاحتياطات	الاستطببات
<p>قد يسبب الكيتامين إذا استخدم بمفرده هلاوس غير سارة. تجنب استخدامه عند المرأة التي لديها تاريخ للذهان. لمنع الهلاوس: أعط الديازيبام 10 ميلي غرام وريدياً بعد ولادة الطفل.</p> <p>لا يوفر الكيتامين بحد ذاته ارتخاء عضلياً، ولذلك قد يحتاج شق القيصرية لأن يكون أطول.</p> <p>يجب ألا يستخدم الكيتامين عند النساء المصابات بارتفاع ضغط الدم أو بمقدمات الارتعاج أو بالارتعاج أو بمرض قلبي.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • أي إجراء قصير نسبياً (أقل من 60 دقيقة) وارتخاء العضلات غير مطلوب (مثلاً، تصليح تمزقات العجان أو تمزقات عنق الرحم الواسعة، النزح اليديوي للمشيمة، القيصرية، نزح خراج الثدي) • مناسب كموازير إذا تعطل جهاز الإنشاق (أو مزود الغاز لآلة بويل للتخدير) أو إذا استخدم التخدير العام دون استخدام جهاز الإنشاق.

- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وابدأ بتسريب وريدي (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- قد يعطى الكيتامين عضلياً أو وريدياً أو تسريباً. تختلف جرعة الكيتامين.
 - سوف تحتاج معظم النساء 6-10 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم عضلياً. يحدث التخدير الجراحي خلال 10 دقائق ويدوم حتى 30 دقيقة.
 - بشكل بديل: أعط 2 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً ببطء خلال دقيقتين (يدوم التأثير في هذه الحالة 15 دقيقة فقط)
 - يتم وصف تسريب الكيتامين لاحقاً، وهذا مناسب للقيصرية.
 - عندما تحتاج لتفريغ إضافي للأم: أعط الكيتامين 1 ميلي غرام/ كيلوغرام من جسم الوزن وريدياً.

يجب ألا يستخدم التخدير بالكيتامين عند النساء اللواتي يعانين من ارتفاع ضغط الدم أو مقدمات الارتعاج أو الارتعاج أو مرض قلبي.

تسريب الكيثامين

التمهيد للتخدير

- أعط سلفات الأتروبين 0.6 ميلي غرام عضلياً قبل الجراحة بـ 30 دقيقة.
- أعط الديازيبام 10 ميلي غرام وردياً وقت الحقن لتمنع الهلوس (من أجل القيصرية: أعط الديازيبام بعد ولادة الطفل).
- أعط الأكسجين بمعدل 6-8 ألتار في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.

التحريض والمدأومة

- افحص العلامات الحيوية عند المرأة (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- ادخل مبعد الفك في الفم لتمنع انسداد المسلك الهوائي باللسان.
- يتم الوصول إلى تحريض التخدير بإعطاء الكيثامين 2 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم ببطء خلال دقيقتين. سيوفر هذا تخديراً كافياً في الإجراءات القصيرة التي تدوم أقل 15 دقيقة.
- للإجراءات الأطول: سرب الكيثامين 200 ميلي غرام في لتر دكستروز بمعدل 2 ميلي غرام في الدقيقة (أي 20 قطرة في الدقيقة).
- افحص مستوى التخدير قبل البدء بالجراحة. اقرص موقع الشق بملقط، إذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين ثم أعد الاختبار.
- راقب العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة) كل 10 دقائق خلال الإجراء.

الرعاية بعد الإجراء (التالية للإجراء)

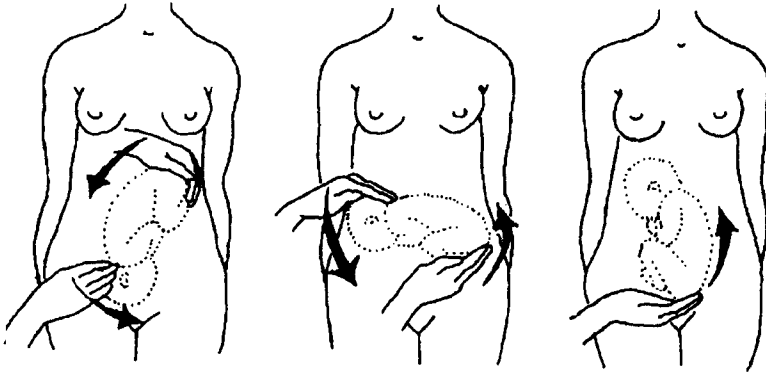
- أوقف تسريب الكيثامين وأعط مسكناً تالياً للجراحة مناسباً لنمط الجراحة المنجزة (الصفحة المبادئ السريرية – 37).
- استمر بالمراقبة كل 30 دقيقة حتى تصبح المرأة واعية تماماً. قد يستمر التخدير بالكيثامين حتى 60 دقيقة ليزول.

- راجع الاستطبابات، لا تنجز هذا الإجراء قبل الأسبوع 37.
- اطلب من المرأة أن تضطجع على ظهرها وارفع طرف السرير من ناحية القدمين.
- اصغ وسجل سرعة قلب الجنين، إذا وجدت شذوذاً في سرعة قلب الجنين (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة)، لا تقم بالتحويل الخارجي.
- جس البطن لتؤكد المجيء ووضعية رأس الجنين وظهره ووركيه.
- حرك المقعد، ارفع - وبلطف - جزء الجنين الأدنى من مدخل الحوض بجذبه فوق العظم العاني (الشكل الإجراءات - 5 أ، الصفحة الإجراءات - 16).
- اجذب رأس الجنين قرب الأليتين إلى بعضهما لتحصل على تدوير أمامي. دور الجنين يبطء بتوجيه الرأس بلفه للأمام بينما ترفع الأليتين (الشكل الإجراءات - 5 ب - ج - الصفحة الإجراءات - 16).
- اصغ إلى سرعة قلب الجنين، إذا اكتشفت شذوذاً فيه:
 - اطلب من المرأة أن تستدير إلى جانبها الأيسر.
 - أعط الأكسجين بمعدل 6-8 لترات في الدقيقة عبر قناع أو قنية أنفية.
 - أعد التقييم بعد 15 دقيقة.
- إذا كان الإجراء ناجحاً: اطلب من المرأة أن تبقى مستلقية مدة 15 دقيقة. استنصحها لتعود إذا حدث نزف أو ألم أو إذا اعتقدت أن الطفل قد عاد إلى مجيئه السابق.
- إذا لم ينجح الإجراء: حاول ثانية بلفه للخلف (الشكل الإجراءات - 5 د).
- إذا فشل الإجراء أيضاً (بقي فاشلاً) وكانت سرعة قلب الجنين جيدة: قد تزيد موقفات الولادة من فرص التحويل الناجح.
 - أعط: التريبتالين 250 مكروغرام وريدياً ببطء، خلال 5 دقائق.
 - أو السالبوتامول 0.5 ميلي غرام وريدياً ببطء خلال 5 دقائق.
- إذا فشل الإجراء أيضاً (بقي فاشلاً) حاول إجراء التحويل مرة أخرى بعد أسبوع أو إذا قدمت المرأة بمخاض باكر مع وضعة مستعرضة أو مقعدية.
- إذا وجدت شذوذاً في سرعة قلب الجنين:
 - أدر المرأة إلى جانبها الأيسر .

- أعد تقييم سرعة قلب الجنين كل 5 دقائق .
- إذا لم تستقر سرعة قلب الجنين خلال الثلاثين دقيقة التالية: ولّد بـقيصرية (الصفحة الإجراءات - 43).

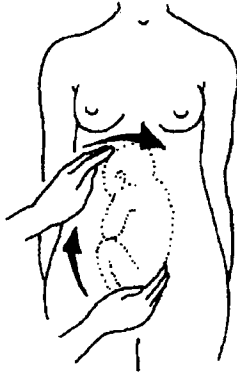
الشكل الإجراءات - 5

التحويل الخارجي لمجيء مقعدي



ج- إتمام الدرجة للأمام

أ- تحريك المقعد
ب - التدوير اليدوي للأمام باستخدام كلتا اليدين: واحدة لدفع المقعد والأخرى لتوجيه القمة



د- اللف للخلف

النزف المهبلي في الحمل الآجل والمخاض

المشكلات

- نزف مهبلي بعد الأسبوع 22 من الحمل.
- نزف مهبلي في المخاض قبل الولادة.

الجدول الأعراض – 5 أنماط النزف

نمط النزف	التشخيص المحتمل	التصرف
مخاط ملون بالدم (العلامة)	بدء المخاض	استمر بتدبير المخاض والولادة السويين الصفحة المبادئ السريرية – 57
أي نزف آخر	نزف سابق للولادة	حدد السبب (الجدول الأعراض – 6 الصفحة الأعراض – 18)

التدبير العام

- الإسراع بطلب المساعدة: اطلب المساعدة وبسرعة من كل العاملين الموجودين.
- قم بإجراء تقييم سريع للحالة العامة للمرأة، بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).

لا تجر فحصاً مهبلياً في هذا الدور.

- إذا اشتبه بالصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1). حتى ولو لم تكن علامات الصدمة موجودة، ضع الصدمة في الحسبان ولا تنسها عند تقييم المرأة لاحقاً لأن حالتها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة، من الضروري أن تبدأ المعالجة فوراً.
- ابدأ بتسريب وريدي، وسرب سوائل وريدية (الصفحة المبادئ السريرية – 21).

التشخيص

التشخيص المحتمل	أعراض وعلامات توجد أحيانا	التشخيص المحتمل
انفصال المشيمة الباكر (الصفحة الأعراض – 18)	الصدمة رحم ممض مشدود تناقص أو غياب حركات الجنين ضائقة جنينية أو غياب أصوات الجنين	العرض الذي يدفع المرأة لمراجعة الطبيب وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي
رحم متمزق (تمزق الرحم) الصفحة الأعراض – 20	الصدمة توسع البطن / سوائل حرة حدود غير سوية للرحم بطن ممضة أجزاء الجنين مجسوسة بسهولة غياب حركات الجنين وأصوات قلب الجنين نبض الأم سريع	نزف بعد الأسبوع 12 من الحمل (قد يكون محتبسا داخل الرحم) ألم بطني متقطع أو ثابت.
مشيمة منزاحة الصفحة الأعراض – 21	الصدمة نزف قد يرسب بالاتصال (الجماع) رحم مرتخ مجيء الجنين ليس حوضياً/ قطبي الرحم السفلي يبدو فارغاً حالة الجنين سوية	نزف (داخل البطن و/أو مهبل) ألم بطني وخيم (قد ينقص بعد التمزق)
		نزف بعد الأسبوع 22 من الحمل

التدبير

انفصال المشيمة الباكر

انفصال المشيمة الباكر هو انفصال المشيمة المتوضعة بشكل سوي عن الرحم قبل ولادة الجنين.

- قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط قرب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو وجود جلطة طرية تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).
- انقل الدم عند الضرورة، ويفضل الدم الطازج (الصفحة المبادئ السويرية – 23).

- إذا كان النزف غزيراً (ظاهراً أو خبيئاً): وُلد بأسرع وقت ممكن:
 - إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل تام: وُلد بالاستخراج بالتخلية (الشفط) (الصفحة الإجراءات – 27).
 - إذا كانت الولادة المهبلية ليست وشيكة الحدوث: وُلد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- ملاحظة: في كل حالة انفصال المشيمة باكر كن مستعداً للنزف التالي للولادة (الصفحة الإجراءات – 25).
 - إذا كان النزف خفيفاً أو معتدلاً: (ليست الأم في خطر فوري): يعتمد التصرف على أصوات قلب الجنين:
 - إذا كانت سرعة قلب الجنين سوية أو غائبة: مزق الأغشية بصنارة سلوية أو بمقاط كوخز (الصفحة الإجراءات – 17).
 - إذا كانت التقلصات خفيفة: عزز المخاض بالأوكسيتوسين (الصفحة الإجراءات – 25).
 - إذا كان عنق الرحم غير مُرضٍ (قاسي، ثخين، مغلق): أنجز القيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
 - إذا كانت سرعة القلب شاذة (أقل من 100 أو أكثر من 180 ضربة في الدقيقة):
 - أنجز الولادة المهبلية بسرعة.
 - إذا كانت الولادة المهبلية مستحيلة: وُلد بقيصرية فوراً (الصفحة الإجراءات – 43).

الاعتلال الخثري (فشل التجلط)

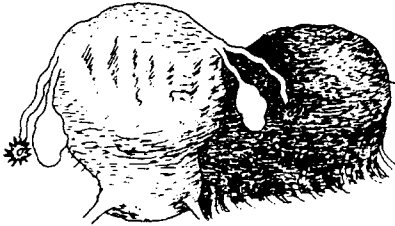
- الاعتلال الخثري سبب ونتيجة لنزف توليدي جسيم، يمكن أن يحرّض بانفصال المشيمة الباكر، موت الجنين في الرحم، الارتجاج، انصمام الصاء وأسباب أخرى كثيرة. تتراوح الصورة السريرية من نزف كبير مع مضاعفات خثارية أو دونها إلى حالة مستقرة سريرياً والتي يمكن أن تكتشف بالاختبار المختبري فقط.
- ملاحظة: يمكن الوقاية من تطور الاعتلال الخثري في الكثير من حالات فقد الدم الحاد إذا تمت المحافظة على حجم الدم بشكل فوري بتسريب السوائل وريدياً (المحلول الملحي أو محلول رنجر اللاكتاتي).
- عالج السبب المحتمل لفشل التجلط:
 - انفصال المشيمة الباكر (الصفحة الأعراض – 18).
 - الارتجاج (الصفحة الأعراض – 43).

- استخدم منتجات الدم للمساعدة على السيطرة على النزف (الصفحة المبدئي السريرية – 23):
- أعط الدم الكامل الطازج، إن توفر، لإعاضة عوامل التجلط والكريات الحمر.
- إذا لم يكن الدم الكامل الطازج متوفراً: اختر واحداً مما يلي اعتماداً على التوافر:
- البلازما المجمدة الطازجة: لإعاضة عوامل التجلط (15 ميلي لتر/ كيلوغرام من وزن الجسم).
- الكريات الحمر المكثفة لإعاضة الكريات الحمر.
- الرسابة البردية لإعاضة الفيبرينوجين.
- ركازات الصفائح (إذا استمر النزف وكان تعداد الصفائح أقل من 20000)

الرحم المتمزق (تمزق الرحم)

قد يحدث النزف من رحم متمزق من المهبل ما لم يسد (يغلق) رأس الجنين الحوض. كما قد يحدث النزف داخل البطن. على كل: لن يحرر تمزق الشدفة السفلية من الرحم في الرباط العريض الدم إلى جوف البطن (الشكل الأعراض – 2).

الشكل الأعراض – 2 لن يحرر تمزق الشدفة السفلية من الرحم داخل الرباط العريض الدم إلى جوف البطن



ورم دموي في الرباط العريض

- استعد حجم الدم بتسريب سوائل وردياً (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) قبل الجراحة.
- عندما تستقر الحالة، أنجز القيصرية فوراً وولد الطفل والمشيمة (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان بالإمكان تصليح الرحم مع اختطار جراحي أقل من استئصال الرحم ولم تكن حواف التمزق نخرة: أصلح الرحم (الصفحة الإجراءات – 95) وهذا سيستغرق وقتاً أقل وقللاً أقل للدم من استئصال الرحم.

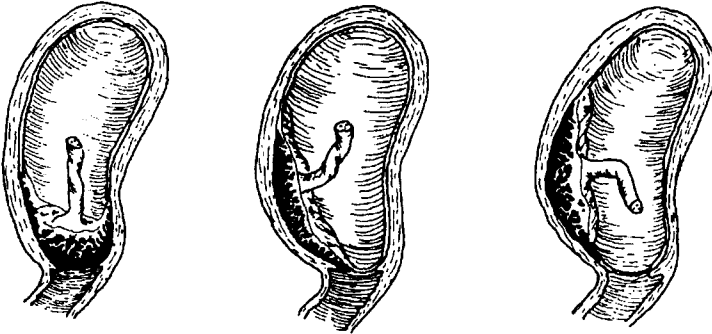
يجب مناقشة خيار منع الحمل المستديم مع المرأة بعد شفائها من حالتها الطارئة، وذلك بسبب زيادة اختطار التمزق في الحمل التالية.

- إذا لم يكن بالإمكان تصليح الرحم : أنجز استئصال الرحم تحت التام (الصفحة الإجراءات - 103). إذا كان التمزق ممتدا خلال عنق الرحم والمهبل، فقد يتطلب الأمر إجراء استئصال الرحم الكامل.

المشيمة المنزاحة

المشيمة المنزاحة هو انغراس المشيمة في عنق الرحم أو قربه (الشكل الأعراض - 3).

الشكل الأعراض - 3 - انغراس المشيمة في عنق الرحم أو قربه



أ - انغراس مشيمة سفلي ب - مشيمة منزاحة جزئياً ج - مشيمة منزاحة كلياً

تحذير: لا تجر فحصاً مهبلياً ما لم تجر التحضيرات لقيصرية فورية. قد ينجز فحص دقيق بالمنظار لاستبعاد الأسباب الأخرى للنزف مثل التهاب عنق الرحم، أو الرضخ، أو السلائل العنقية أو خبائثة في عنق الرحم. ولكن: لا ينفي وجود هذه الأمراض المشيمة المنزاحة.

- استعد حجم الدم بتسريب سوائل وريديا (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي).

- قيم كمية النزف:

- إذا كان النزف غزيراً ومستمراً : رتب للتوليد بقيصرية بغض النظر عن

- نمو الجنين (الصفحة الإجراءات – 43).
- إذا كان النزف خفيفاً أو توقف وكان الجنين حياً لكنه خديج : فكر جدياً بالتدبير التوقعي حتى تتم الولادة أو يحدث نزف غزير.
- ابق المرأة في المستشفى حتى الولادة.
- صحح فقر الدم بسلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميليغرام فموياً يومياً مدة 6 أشهر.
- اضمن أن الدم متوفر لنقله عند الضرورة.
- إذا عاد النزف: قرر التدبير بعد المقارنة بين منافع ومخاطر مزيد من التدبير التوقعي للمرأة والجنين مقابل الولادة.

توكيد التشخيص

- إذا كان بالإمكان إجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية يعول عليه: حدد موضع المشيمة. وإذا تأكدت المشيمة المنزاحة وكان الجنين كامل النمو: خطط للولادة (الصفحة الأعراض – 23).
- إذا كان الفحص بالأمواج فوق الصوتية غير متوفر أو أن التقرير لا يعول عليه وعمر الحمل أقل من 37 أسبوعاً، قم بتدبير المشيمة المنزاحة حتى 37 أسبوعاً.
- إذا كان الفحص بالأمواج فوق الصوتية غير متوفر أو أن التقرير لا يعول عليه وعمر الحمل 37 أسبوعاً أو أكثر: افحص تحت إعداد مضاعف لتستبعد المشيمة المنزاحة. يحضّر الإعداد المضاعف للولادة المهبلية أو القيصرية حسب ما يلي:
- جريان وانفتاح خطوط وريدية وتوفر دم متوافق.
- المرأة في غرفة العمليات مع جاهزية الطاقم الجراحي.
- استخدام منظار مهبلي مطهر على مستوى عال لرؤية عنق الرحم.
- إذا كان عنق الرحم متوسعاً بشكل جزئي ونسيج المشيمة مرئياً: تأكد من تشخيص المشيمة المنزاحة وخطط للولادة (الصفحة الأعراض – 23).
- إذا لم يكن عنق الرحم متوسعاً: جس، وبحذر، أقبية المهبل:
- إذا شعرت بنسيج إسفنجي: تأكد من تشخيص المشيمة المنزاحة وخطط للولادة (الصفحة الأعراض – 23).
- إذا شعرت برأس جنين مثبت: استبعد المشيمة المنزاحة الكبيرة وجس للولادة بالتحريض (الصفحة الإجراءات – 18).

- إذا شعرت بنسيج لين في عنق الرحم: تأكد من تشخيص المشيمة المنزاحة وخطط للولادة (انظر لاحقاً).
- إذا شعرت بالأغشية أو بأجزاء الجنين وكلاهما مركزي أو جانبي: استبعد المشيمة المنزاحة وجهاز الولادة بالتحريض (الصفحة الإجراءات – 17).

الولادة

- خطط للولادة إذا:
 - كان الجنين مكتمل النمو.
 - كان الجنين ميتاً أو مصاباً بشذوذ لا يتوافق مع الحياة (مثلاً انعدام الدماغ).
 - كانت حياة المرأة في خطر بسبب فقد الدم المفرط.
- إذا كان هناك انغراس منخفض للمشيمة (الشكل الأعراض – 3 أ) والنزف خفيف: قد تكون الولادة المهبلية ممكنة، وإلا ولّد بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- ملاحظة: المرأة التي لديها مشيمة منزاحة تحت اختطار عالٍ للنزف التالي للولادة والمشيمة الملتصقة، وهي موجودة شائعة في موقع ندبة قيصرية سابقة.
 - إذا تمت الولادة بقيصرية مع وجود نزف من موقع المشيمة:
 - قم بتقوية مواقع النزف بالغرز.
 - سرب الأوكسيتوسين 20 وحدة في لتر من السوائل وردياً (المحلول الملحي النظامي أو محلول رنجر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة.
 - إذا حدث النزف خلال الفترة التالية للولادة، ابتدئ تدبيراً ملائماً (الصفحة الأعراض – 25)، وهذا قد يتضمن ربط الشريان (الصفحة الإجراءات – 99) أو استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات – 103).

- يعرف النزف المهبلي الذي يتعدى 500 ميلي لتر بعد الولادة بأنه السنزف التالي للولادة. على كل هناك بعض المشكلات مع هذا التعريف:
- تقديرات فقد الدم منخفضة بشكل واضح، وهي نصف الفقد الفعلي غالباً. يختلط الدم مع الصاء وأحياناً مع البول. إذ يتشنت (ينتثر) بالاسفنجات والقوط والبياضات وفي الدلو، وعلى الأرض.
 - تختلف أهمية الحجم المقدر للدم المفقود حسب مستوى هيموغلوبين المرأة. فالمرأة التي لديها مستوى سوي من الهيموغلوبين سوف تتحمل فقد الدم الذي قد يكون قاتلاً لامرأة مصابة بفقر الدم.

قد يكون فقد الدم كارثياً حتى للمرأة الصحيحة غير المصابة بفقر الدم.

- قد يحدث النزف بمعدل بطيء خلال عدة ساعات، وقد لا تميز الحالة حتى تدخل المرأة بصدمة فجأة.
- لا يكشف تقييم الاختطار في الفترة السابقة للولادة المرأة التي سوف تعاني من النزف التالي للولادة بشكل فعال. يجب أن يكون التدبير الفعال للدور الثالث عملياً على كل النساء في المخاض بحيث ينقص وقوع النزف التالي للولادة الناجم عن وني الرحم (الصفحة المبادئ السريرية - 73). يجب أن تراقب كل النساء بعد الولادة عن قرب لتحديد اللواتي لديهن نزف تال للولادة.

المشكلات

- زيادة النزف المهبلي خلال أول 24 ساعة بعد الولادة (نزف تالي للولادة فوراً).
- زيادة النزف المهبلي بعد أول 24 ساعة بعد الولادة (نزف تالي للولادة متأخر).

النزف البطيء المستمر أو النزف المفاجئ حالة طارئة؛ تدخل مبكراً وبشكل قوي.

التدبير العام

- **أسرع في طلب المساعدة**، استنهض همم كل العاملين المتواجدين، وبسرعة.
- قم بتقييم سريع للحالة العامة للمرأة بما في ذلك العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس، درجة الحرارة).
- إذا اشتبه بالصدمة: ابدأ المعالجة فوراً (الصفحة الأعراض – 1) حتى ولو لم تكن علامات الصدمة موجودة، ضع الصدمة في الحسبان ولا تنسها عند تقييم المرأة لاحقاً، لأن حالها قد تسوء بسرعة. إذا تطورت الصدمة: من الضروري أن تبدأ المعالجة فوراً.
- ذلك الرحم لتطرد الدم والجلطات الدموية. سوف تثبط الجلطات الدموية المحجوزة في الدم التقلصات الرحمية الفعالة.
- أعط 10 وحدات من الأوكسيتوسين عضلياً.
- ابدأ بتسريب وريدي وسرب السوائل وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية – 21).
- قنطر المثانة.
- تحقق من أن المشيمة قد طردت وافحص المشيمة لتتأكد من أنها كاملة (الجدول الأعراض – 7، الصفحة الأعراض – 27).
- افحص عنق الرحم والمهبل والعجان بحثاً عن التمزقات.
- بعد السيطرة على النزف (24 ساعة بعد توقف النزف): حدد الهيموغلوبين أو الهيماتوكريت بحثاً عن فقر الدم.
- إذا كان الهيموغلوبين أقل من 7 غراماً/دل أو الهيماتوكريت أقل من 20% (فقر دم وخيم):
- أعط سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 120 ميلي غرام فمويماً يومياً مع حمض الفوليك 400 ميكروغرام فمويماً مرة واحدة لمدة 3 أشهر.
- بعد 3 أشهر، استمر بإعطاء مضافات سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام فمويماً مع حمض الفوليك 400 ميكروغرام فمويماً مرة واحدة يومياً لمدة 6 أشهر.
- إذا كان الهيموغلوبين بين 7-11 غراماً/دل : أعط سلفات الحديدوز أو فومارات الحديدوز 60 ميلي غرام مع حمض الفوليك 400 ميكروغرام فمويماً مرة واحدة يومياً لمدة 6 أشهر.
- عندما تكون الدودة الشخصية متوطنة (الانتشار 20% وأكثر): أعط واحداً من المعالجات المضادة للديدان التالية:
- البنيدازول 400 ميلي غرام فمويماً مرة واحدة .
- أو ميبندازول 500 ميلي غرام فمويماً مرة واحدة أو 100 ميلي غرام مرتين باليوم لمدة 3 أيام.

- أو ليفاميزول 2.5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فمويًا مرة واحدة يوميًا لمدة 3 أيام.
- أو بيرانتيل 10 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم فمويًا مرة واحدة يوميًا لمدة 3 أيام.
- إذا كانت الدودة الشخصية متوطنة بشدة (بدرجة عالية) (الانتشار 50% أو أكثر): أعد المعالجة المضادة للديدان بعد 12 أسبوعاً من الجرعة الأولى.

التشخيص

الجدول الأعراض – 7		تشخيص النزف المهبلي بعد الولادة
العرض الذي يدفع المريضة لمراجعة الطبيب وأعراض وعلامات أخرى توجد بشكل نمطي	أعراض وعلامات توجد أحياناً	التشخيص المحتمل
• نزف تال للولادة فوراً ⁽¹⁾	• الصدمة	• رحم وان، الصفحة الأعراض – 28
• رحم طري وغير متقلص	• مشيمة تامة	• تمزقات عنق الرحم والمهبل والعجان الصفحة الأعراض – 31
• نزف تال للولادة فوراً	• رحم متقلص	• مشيمة منحسبة الصفحة الأعراض – 31
• لم تنزل المشيمة خلال 30 دقيقة بعد الولادة	• نزف تال للولادة فوراً	• مشيمة متقلص
• جزء من السطح الأمومي للمشيمة مفقود أو أغشية وأوعية متمزقة	• نزف تال للولادة فوراً	• شدف مشيمية محتبسة الصفحة الأعراض – 32
• لا يُشعر بقاع الرحم عند الجس البطني	• رحم منقلب يظهر في الفرج	• رحم منقلب الصفحة الأعراض – 33
• ألم خفيف أو شديد	• نزف تال للولادة فوراً ⁽²⁾	
• نزف يحدث بعد أكثر من 24 ساعة من الولادة	• النزف متغير (خفيف أو غزير) (مستمر أو غير منتظم) مع رائحة عفنة فقر الدم	• نزف تال للولادة آجل الصفحة الأعراض – 33
• الرحم أطرى وأكبر من المتوقع بعد الوقت المنقضي من الولادة	• الصدمة	• رحم متمزق الصفحة الأعراض – 20
• نزف تال للولادة فوراً (النزف داخل البطن أو/ و مهبلي)	• بطن ممض	
• ألم بطني وخيم (قد ينقص بعد التمزق)	• نبض أمومي سريع	

(1) قد يكون النزف خفيفاً إذا سدت حلقة عنق الرحم أو إذا استلقت المرأة على ظهرها .

(2) قد لا يوجد نزف مع الانقلاب التام .

التدبير

الرحم الوائي

يفشل الرحم الوائي في التقلص بعد الولادة.

- استمر بتدليك الرحم.
- استخدم أقوى معجلة للولادة، والتي يمكن أن تعطى مع بعض أو بشكل متتابع (الجدول الأعراض – 8).

الجدول الأعراض – 8 استخدام الأدوية المعجلة للولادة

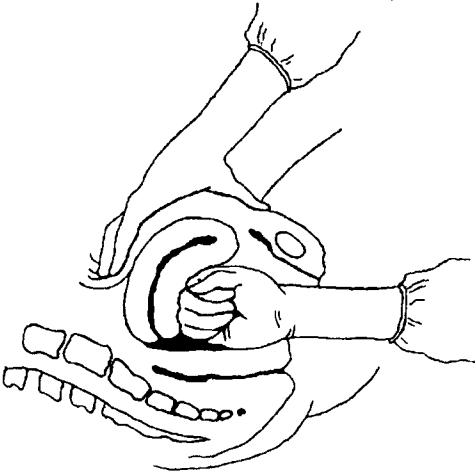
الأوكسيتوسين	الإرغومتريين / ميثيل الإرغومتريين	15 ميثيل بروتستاغلاندين F _{2a}
الجرعة والطريق	وردياً : سرب 20 وحدة في لتر من السوائل وردياً بمعدل 60 قطرة في الدقيقة .	عضلياً : 0.25 ميلي غرام
الجرعة المستمرة	وردياً : سرب 20 وحدة في لتر من السوائل وردياً بمعدل 60 قطرة في الدقيقة	أعد 0.2 ميلي غرام عضلياً بعد 15 دقيقة. عند الحاجة، أعط 0.2 ميلي غرام عضلياً أو وردياً (ببطء) كل 4 ساعات
الجرعة القصوى	ليست أكثر من 3 لتر من السوائل المحتوية الأوكسيتوسين وردياً	5 جرعات (الإجمالي 1 ميلي غرام) 8 جرعات (الإجمالي 2 ميلي غرام)
الاحتياطات / موانع الإعطاء	لا تعطه كدفعة ورديية	مقدمات الارتعاج فرط ضغط الدم المرض القلبي

يجب ألا تعطى البروستاغلاندينات داخل الوريد (وردياً) فقد تكون قاتلة.

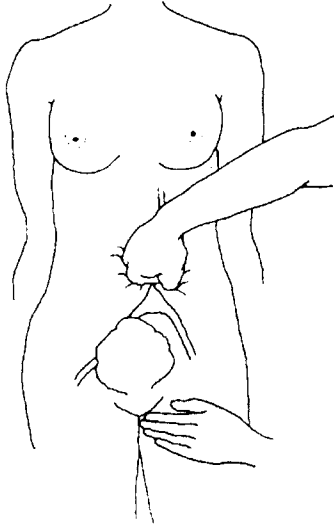
- توقع الحاجة للدم مبكراً، وانقله عند الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية - 23).
- إذا استمر النزف:
 - تفحص المشيمة ثانية للتأكد أنها تامة.
 - إذا وجدت علامات على شدف مشيمية محتبسة (غياب جزء من السطح الأمومي أو أغشية وأوعية متمزقة): أزل النسج المشيمي المتبقي (الصفحة الأعراض - 32).
 - قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانبا السرير (الصفحة الأعراض - 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة طرية تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض - 19).
- إذا استمر النزف رغم التدبير المذكور أعلاه:
 - أنجز تطبيق الضغط على الرحم بكلتا اليدين (الشكل الأعراض - 4).
 - أدخل يدا تلبس قفازا مطهرا على مستوى عالٍ داخل الرحم وشكل قبضة.
 - ضع القبضة في القبو الأمامي وطبق ضغطاً على الجدار الأمامي للرحم.
 - اضغط باليد الأخرى، وبعمق، على البطن خلف الرحم؛ طبق الضغط على الجدار الخلفي للرحم.
 - حافظ على تطبيق الضغط حتى تتم السيطرة على النزف ويتقلص الرحم.

تطبيق الضغط بكلتا اليدين على الرحم

الشكل الأعراض - 4



- بشكل بديل: اضغط الأبهري (الشكل الأعراض 5 -):
 - طبق ضغطاً للأسفل بقبضة مغلقة فوق الأبهري البطني مباشرة من خلال جدار البطن.
 - نقطة تطبيق الضغط هي فوق السرة مباشرة وإلى اليسار قليلاً.
 - يمكن الشعور بنبضات الأبهري بسهولة من خلال الجدار الأمامي للبطن في الفترة التالية للولادة فوراً.
 - جس باليد الأخرى النبض الفخذي لتتحقق من كفاية تطبيق الضغط:
 - إذا كان النبض مجسوساً أثناء تطبيق الضغط: فالضغط المطبق بوساطة القبضة غير كاف.
 - إذا كان النبض غير مجسوس : فالضغط المطبق كافٍ.
 - استمر بتطبيق الضغط حتى تتم السيطرة على النزف.
- الشكل الأعراض 5 - تطبيق الضغط على الأبهري البطني وجس النبض الفخذي



حشو الرحم غير فعال ومضیعة للوقت الثمين.

- إذا استمر النزف رغم تطبيق الضغط:
 - أنجز ربط الشريان الرحمي والرحمي المبيضي (الصفحة الإجراءات – 99).
 - إذا استمر نزف مهدد للحياة بعد الربط: أنجز استئصال الرحم تحت التام (الصفحة الإجراءات – 103).

تمزقات عنق الرحم والمهبل أو العجان

تمزقات قناة الولادة هي ثاني أكثر الأسباب شيوعاً للنزف التالي للولادة. قد تترافق التمزقات مع الرحم اللواني. عادة ما يكون النزف التالي للولادة المترافق مع رحم متقلصة ناجماً عن تمزقات عنقية أو مهبلية.

- افحص المرأة بعناية وأصلح التمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 81) والمهبل والعجان (الصفحة الإجراءات – 83).
- إذا استمر النزف: قيم حالة التجلط باختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).

المشيمة المنحسبة

قد لا يحدث نزف مع المشيمة المنحسبة.

- إذا كنت تستطيع رؤية المشيمة: اطلب من المرأة أن تدفعها خارجاً، وإذا كنت تستطيع أن تشعر بالمشيمة في المهبل، انزعها.
- اضمن أن المثانة فارغة، قنطر المثانة عند الضرورة.
- إذا لم تقذف المشيمة: أعط الأوكسيتوسين 10 وحدات عضلياً إذا لم تكن قد أجريت سابقاً تدبيراً فعالاً للدور الثالث.

لا تعط الإرغومترين لأنه يسبب تقلصات رحمية وانفية، والتي قد تؤخر الانقذاف.

- إذا لم يتم توليد المشيمة بعد التنبيه بالأوكسيتوسين — 30 دقيقة وكان الرحم متقلصاً، حاول إجراء الجر المنضبط للحبل (الصفحة المبادئ السريرية – 74).
- ملاحظة: تجنب جر الحبل العنيف وضغط القاع لأنهما قد يسببان انقلاب الرحم.

- إذا فشل الجر المنضبط للحبل: حاول نزع المشيمة يدوياً (الصفحة الإجراءات – 77).
- ملاحظة: قد يكون النسيج الملتصق بشدة مشيمة ملتصقة. قد تؤدي الجهود لإخراج مشيمة لا تنفصل بسهولة إلى نزف غزير أو انتقاب الرحم، والذي يتطلب استئصال الرحم عادة.
- إذا استمر النزف: قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).
- إذا وجدت علامات على عدوى (حمى، نجيج مهيلي كريه الرائحة)، أعط مضادات حيوية كما في حالة التهاب الرحم (الصفحة الأعراض – 110).

الشفف المشيمية المحتبسة

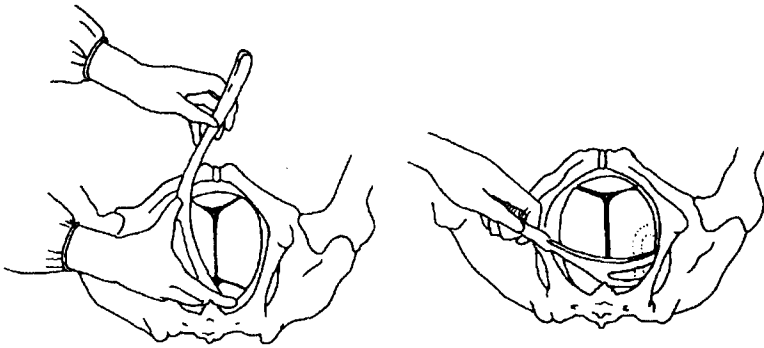
قد لا يوجد نزف مع الشفف المشيمية المحتبسة.

- عندما يحتبس جزء من المشيمة – فص أو أكثر – فإنه يمنع الرحم من التقلص بفعالية.
- تحسس (تلمس) داخل الرحم بحثاً عن الشفف المشيمية – الاستكشاف اليدوي للرحم مشابه للطريقة التي وصفت لإزالة المشيمة المنحبسة (الصفحة الإجراءات – 77).
 - انزع الشفف المشيمية باليد، أو بملقط البيضة أو بمكشطة كبيرة.
 - ملاحظة: قد يكون النسيج الملتصق جداً مشيمة ملتصقة. قد تؤدي الجهود المبذولة لاستخراج الشفف التي لا تنفصل بسهولة إلى نزف غزير أو انتقاب الرحم، والذي يتطلب استئصال الرحم عادة.
 - إذا استمر النزف، قيم حالة التجلط باستخدام اختبار التجلط جانب السرير (الصفحة الأعراض – 2). يوحى فشل تشكل جلطة بعد 7 دقائق أو تشكل جلطة تتحطم بسهولة باعتلال خثري (الصفحة الأعراض – 19).

- راجع الاستطابات:
- مجيء قمي أو مجيء وجهي، والدقن أمامي أو رأس محتبس بعد نزوله في مجيء مقدي (الصفحة الإجراءات - 41).
- عنق الرحم متوسع بشكل تام.
- الرأس في مجيء الجنين 2+ أو 3+ أو مجسوس 5/0.
- وكحد أدنى: يجب أن يكون الدرز السهمي على الخط الناصف (المتوسط) ومستقيماً مما يضمن الوضعية القذالية الأمامية أو الوضعية القذالية الخلفية.
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً، استخدم إحصار العصب الفرجي عند الضرورة (الصفحة الإجراءات - 3).
- جمع الملقط قبل التطبيق وتأكد من أن أجزاءه منسجمة مع بعض ويقفل جيداً.
- ضع مادة مزلقة على نصلات الملقط.
- أدخل إصبعين من اليد اليمنى - بعد لبس قفازات مطهرة تطهيراً جيداً - داخل المهبل جانب رأس الجنين. أدخل النصلة اليسرى بلطف بين الرأس والإصبعين لتستقر على جانب الرأس (الشكل الإجراءات - 10).

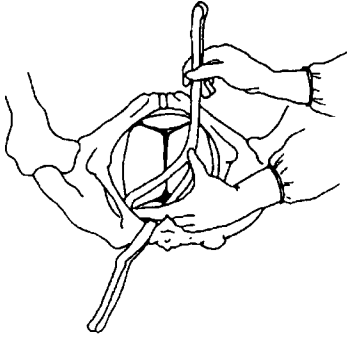
التطبيق بين الجداريين، وبين الخدين هو التطبيق المأمون الوحيد.

الشكل الإجراءات - 10 تطبيق النصلة اليسرى من الملقط



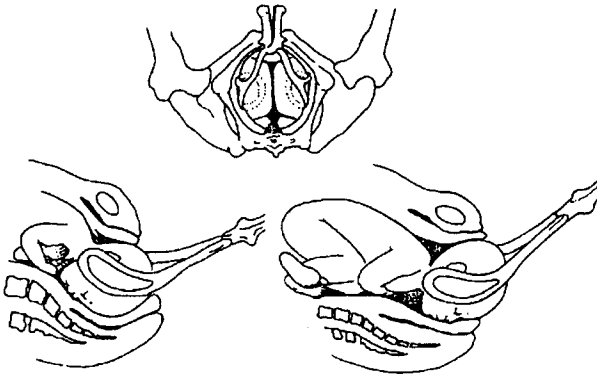
- أعد نفس المناورة على الجانب الآخر باستخدام اليد اليسرى والنصلة اليمنى من الملقط (الشكل الإجراءات - 11 الصفحة الإجراءات - 34).

الشكل الإجراءات - 11 تطبيق النصلة اليمنى من الملقط



- احفظ المقبضين واقفل الملقط.
- تشير الصعوبة في القفل إلى أن التطبيق غير صحيح. وفي هذه الحالة: انزع النصلتين وأعد فحص وضعية الرأس، وأعد التطبيق عندما يتأكد التدوير فقط.
- بعد القفل: طبق جراً ثابتاً للأسفل والخارج مع كل تقلص (الشكل الإجراءات - 12).

الشكل الإجراءات - 12 القفل وتطبيق الجر



- افحص بين التقلصات:
 - سرعة قلب الجنين.
 - تطبيق الملقط.

- وعندما يتكفل الرأس (يصبح في وضع يشبه الإكليل) قم بإجراء بضع ملائم للفرج (الشكل الإجراءات – 71).
- اسحب الرأس ببطء خارج المهبل بين التقلصات.
- يجب أن ينزل الرأس مع كل سحبة. يجب أن تحتاج إلى سحبين أو ثلاثة فقط.

الفشل

- يفشل الملقط إذا:
 - لم يتقدم رأس الجنين مع كل سحبة.
 - لم يولد الجنين بعد 3 سحبات مع عدم النزول أو بعد 30 دقيقة.
- يجب أن يعتبر كل تطبيق محاولة للملقط. لا تستمر إذا لم يحدث نزول مع كل سحبة.
- إذا فشلت الولادة بالملقط: إجر القيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).

لا يعد بضع الارتفاق خياراً عند فشل الملقط.

المضاعفات

المضاعفات الجنينية

- تتطلب أذية (إصابة) الأعصاب الوجهية المراقبة. هذه الإصابة محدودة ذاتياً عادة.
- قد تحدث انتهاكات في الوجه والفروة. نظف وافحص الانتهاكات لتحديد فيما إذا كانت بحاجة للخياطة.
- تتطلب كسور الوجه والجمجمة المراقبة.

المضاعفات الأمومية

- قد تحدث تمزقات السبيل التناسلي. افحص المرأة بعناية وأصلح أي تمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 81) أو المهبل (الصفحة الإجراءات – 83) وأصلح بضع الفرغ (الصفحة الإجراءات – 73).
- قد يحدث تمزق الرحم ويتطلب معالجة فورية (الصفحة الإجراءات – 95).

- راجع الاستطباقات. تأكد من أن كل الظروف لولادة مقعدية مأمونة عن طريق المهبل متوفرة.
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وابدأ تسريباً وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. استخدم إحصار العصب الفرجي عند الضرورة (الصفحة الإجراءات - 3).
- أنجز كل المناورات بلطف دون الاستخدام المفرط للقوة.

المقعدى الكامل أو الصريح

الشكل الإجراءات - 13 المجيء المقعدى



ب . المقعدى
الصريح
(المنبسط)



أ . المقعدى
الكامل
(المنثى)

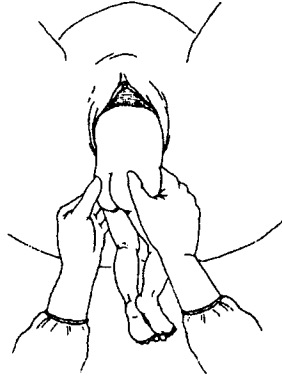
توليد الأليتين والساقين

- حالما تدخل الأليتان المهبل ويتوسع عنق الرحم بشكل كامل : أخبر المرأة أنه يمكنها أن تحزق (تكبس للأسفل) مع التقلصات.
- إذا كان العجان مضغوطاً (مشدوداً ومتوتراً) جداً: أنجز بضع الفرج (الصفحة الإجراءات - 71).
- دع الأليتين تخرجان حتى أسفل الظهر ثم يظهر لوحا الكتفين.
- امسك الأليتين بيد واحدة، وبلطف، لكن لا تسحب.
- إذا لم تخرج الساقان (لم تولد) تلقائياً : ولد ساقاً واحدة في كل مرة:
 - اضغط خلف الركبة لتجني الساق.
 - اقبض على الكاحل وولد القدم والساق.
 - أعد ذلك من أجل الساق الأخرى.

لا تسحب الطفل أثناء توليد الساقين.

- أمسك الطفل من الوركين، كما هو مبين في الشكل الإجراءات – 14. لا تمسك الطفل من الخاصرتين أو البطن لأن ذلك قد يسبب ضرراً للكلى أو الكبد.

الشكل الإجراءات – 14 أمسك الطفل من الوركين، لكن لا تسحب



توليد الذراعين

الذراعان مجسوسان على الصدر

- اسمح للذراعين أن يتحررا (يخرجا) تلقائياً، واحداً بعد الآخر، ساعد عند الضرورة فقط.
- بعد الولادة التلقائية لأول ذراع: ارفع الأليتين باتجاه بطن الأم لتمكّن الذراع الأخرى من الخروج تلقائياً.
- إذا لم تخرج الذراع تلقائياً: ضع إصبعاً أو إصبعين في المرفق واحن الذراع، ساحباً اليد للأسفل فوق وجه الطفل.

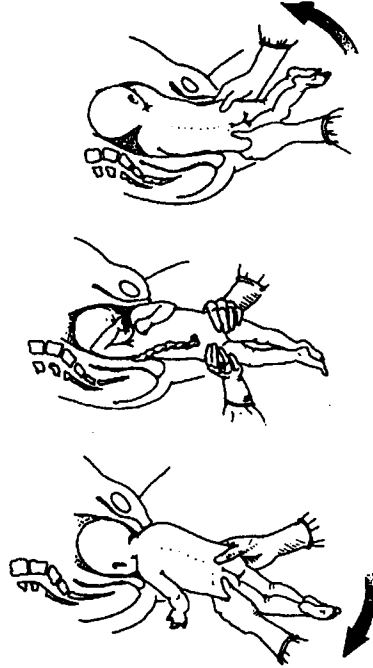
الذراعان مبسوطتان فوق الرأس أو مطويتان حول العنق

استخدم مناورة لوفسيت (الشكل الإجراءات – 15):

- أمسك الطفل من وركيه وأدره نصف دائرة، محتفظاً بالظهر أعلى ما يمكن، وطبق جراً للأسفل في نفس الوقت. وبذلك فإن الذراع التي كانت خلفية تصبح أمامية ويمكن استخراجها تحت القوس العانية.

- ساعد على ولادة الذراع وضع إصبعاً أو إصبعين على الجزء العلوي من الذراع.
- اسحب الذراع للأسفل فوق الصدر والمرفق مثني واليد تمر بلطف فوق الوجه.
- لتستخرج الذراع الأخرى: أدر ظهر الطفل بمقدار نصف دائرة محتفظاً بالظهر أعلى ما يمكن وطبق جراً للأسفل واستخرج الذراع الثانية بنفس الطريقة تحت القوس العانية.

الشكل الإجراءات - 15 مناورة لوفسيت



جسم الطفل لا يمكن تدويره

إذا كان جسم الطفل لا يمكن تدويره لتوليد الذراع التي هي أمامية أولاً: استخرج الكتف الذي هو خلفي (الشكل الإجراءات - 16):

- امسك الطفل وارفعه للأعلى من الكاحلين.
- حرك صدر الطفل باتجاه الساق الداخلية للمرأة. يجب أن يستخرج الكتف الذي هو خلفي.
- استخرج الذراع واليد.
- ادفع ظهر الطفل بالكاحلين، وسيولد الكتف الذي هو أمامي الآن.
- استخرج الذراع واليد.

الشكل الإجراءات – 16

استخراج الكتف الذي هو خلفي



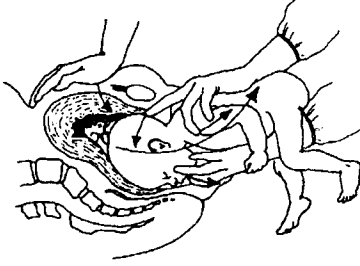
توليد الرأس

ولّد الرأس بمناورة موريسي سميلي فييت (الشكل الإجراءات – 17 الصفحة الإجراءات – 41) كما يلي:

- ضع وجه الطفل للأسفل وطول جسمه فوق يدك وذراعك.
 - ضع الإصبع الأولى والثالثة من هذه اليد على العظم الوجني للطفل، وضع الإصبع الثانية في فم الطفل لتسحب الفك للأسفل وتنتهي الرأس.
 - استخدم اليد الأخرى لتمسك كتفي الطفل.
 - اثن – مستخدماً إصبعين من هذه اليد – رأس الطفل، وبلطف، باتجاه الصدر، مطبقاً ضغطاً للأسفل على الفك لتنتزل رأس الطفل حتى يظهر خط الشعر.
 - اسحب، بلطف، لتولد الرأس.
- ملاحظة: اطلب من مساعد أن يدفع فوق العظم العاني للأم أثناء ولادة الرأس، سيساعد هذا على بقاء رأس الطفل مثنياً.
- ارفع الطفل مع إبقاء الذراعين منفرجين، حتى يصبح الفم والأنف حرّين.

الشكل الإجراءات - 17

مناورة موريسي سمبلي فيت



الرأس المحتبس (الملتصق)

- قنطر المثانة.
- اطلب من مساعد موجود أن يمسك الطفل عند تطبيق ملقط طويل أو ملقط بايبر.
- تأكد من أن عنق الرحم متوسع بشكل كامل .
- دثر الطفل بقماش أو فوطة واسنده .
- ضع النصلة اليسرى من الملقط .
- ضع النصلة اليمنى واقفل المقبضين .
- استخدم الملقط لتنتهي رأس الطفل وولّد الرأس.
- إذا كنت غير قادر على استخدام الملقط : طبق ضغطاً ثابتاً فوق العظم العاني للألم لتنتهي رأس الطفل وادفعه من خلال الحوض.

المقعدى القدمي

يجب أن يستخرج طفل المجيء المقعدى القدمي (الشكل الإجراءات - 18) بقيصرية عادة (الصفحة الإجراءات - 43).

الشكل الإجراءات - 18 المجيء المقعدى القدمي المفرد، مع ساق واحدة منبسطة عند الورك والركبة



- حدد الولادة المهبلية لطفل المجيء المقعدي القدمي بـ :
 - المخاض المتقدم مع توسع كامل لعنق الرحم.
 - الطفل الخديج الذي من غير المحتمل أن يبقى حياً بعد الولادة.
 - استخراج طفل آخر (أطفال آخرين).
- لتستخرج الطفل عن طريق المهبل :
 - اقبض على كاحلي الطفل بيد .
 - إذا قدمت قدم واحدة فقط : أدخل يداً ترتدي قفازات مطهرة تطهيراً جيداً داخل المهبل واسحب بلطف القدم الأخرى للأسفل.
 - اسحب ، وبلطف ، الطفل للأسفل من الكاحلين.
 - استخراج الطفل حتى تظهر الأليتان .
 - قم باستخراج الذراعين (الصفحة الإجراءات - 38).

الاستخراج المقعدي

- أدخل يداً - بعد لبس قفازين مطهرين تطهيراً جيداً - داخل الرحم وامسك قدم الطفل.
- امسك القدم واسحبها خارج المهبل .
- مارس جراً على القدم حتى تظهر الأليتان .
- قم باستخراج الذراعين (الصفحة الإجراءات - 38) .
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية اتقائياً بعد استخراج المقعد (الصفحة المبادئ السريرية - 35).
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً.
- أو السيفازولين 1 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً.

الرعاية التالية للولادة

- مص المفرزات من فم الطفل وأنفه.
- ألقط الحبل واقطعه.
- أعط 10 وحدات من الأوكسيتوسين عضلياً خلال دقيقة من الولادة واستمر بالتدبير الفعال للدور الثالث (الصفحة المبادئ السريرية - 73).
- افحص المرأة بعناية وأصلح أي تمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات - 81) والمهبل (الصفحة الإجراءات - 83) أو أصلح بضع الفرج (الصفحة الإجراءات - 73).

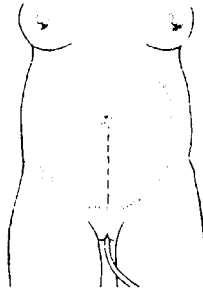
- راجع الاستطبابات. تأكد أن الولادة المهبلية غير ممكنة.
- تحقق من حياة الجنين بالسمع إلى سرعة قلب الجنين وابتحث عن مجيء الجنين .
- راجع مبادئ الرعاية الجراحية (الصفحة المبادئ السريرية - 47).
- استخدم إرشاحاً موضعياً بالليغنونوكابين (الصفحة الإجراءات - 7) أو الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13) أو التخدير النخاعي (الصفحة الإجراءات - 11) أو التخدير العام:
- التخدير الموضعي بديل مأمون للتخدير العام أو للتخدير بالكيتامين أو للتخدير النخاعي عند عدم توفر هذه المبنجات أو عدم وجود الأشخاص المدربين على استخدامها.
- يتطلب استخدام التخدير الموضعي من أجل القيصرية أن يقدم مقدم الخدمة الصحية النصائح إلى المرأة ويطمئنها طيلة الإجراء. يجب أن يستخدم مقدم الخدمة الصحية الأدوات وأن يتعامل مع النسيج بلطف قدر الإمكان، وأن يحتفظ بذاكرته بأن المريضة يقظة وواعية.
- ملاحظة: في حالة فشل القلب: استخدم تخديراً موضعياً إرشاحياً مع تهدئة واعية. تجنب التخدير النخاعي.
- ابدأ بالتسريب الوريدي (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- حدد إذا كان الشق العمودي العالي (الصفحة الإجراءات - 50) مستطباً:
- قطعة سفلية بعيدة المنال نتيجة التصاقات كثيفة من قيصرات سابقة.
- وضعة مستعرضة (مع ظهر الجنين للأسفل) وفيها لا يمكن إنجاز شق قطعة الرحم السفلية بشكل مأمون.
- تشوهات جنينية (توأمان ملتصقان).
- أورام ليفية ضخمة فوق القطعة السفلية.
- قطعة سفلية وعائية بشدة (موعاة بشدة) نتيجة مشيمة منزاحة.
- سرطانة عنق الرحم.
- إذا كان رأس الطفل عميقاً في الحوض كما في الولادة المعرقلّة : حضّر المهبل للولادة المساعدة بالقيصرية (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- ضع طاولة العمليات بشكل مائل إلى اليسار، أو وضع وسادة أو بطانيات مطوية تحت الجهة اليمنى وأسفل ظهر المرأة لتتقصر متلازمة الاستلقاء الخافض للضغط.

فتح البطن

- قم بإجراء شق عمودي على الخط الناصف تحت السرة إلى شعر العانة خلال الجلد إلى مستوى اللقافة (الشكل الإجراءات – 19).
- ملاحظة : إذا أنجزت القيصرية تحت التخدير الموضعي: قم بإجراء شق الخط الناصف الذي يكون أطول بأربع سنتيمتر تقريباً مما هو مستخدم في التخدير العام. يجب ألا يستخدم شق فينيسنيل لأنه أطول والتباعد أضعف ويتطلب تخديراً موضعياً أكثر.

موقع الشق البطني

الشكل الإجراءات – 19



- قم بإجراء شق عمودي 2-3 سنتيمتر في اللقافة.
- امسك حافة اللقافة بالملقط وأطل الشق للأعلى وللأسفل باستخدام المقص.
- استخدم الأصابع أو المقص لفصل العضلات المستقيمة (عضلات جدار البطن).
- استخدم الأصابع لإحداث فتحة في الصفاق قريبة من السرة. واستخدم المقص لتطيل الشق للأعلى وللأسفل حتى ترى الرحم كاملاً. استخدم المقص – وبعبارة لتجنب إصابة المثانة – لتفصل الطبقات وتفتح الجزء السفلي من الصفاق.
- ضع مبعاداً للمثانة فوق العظم العاني .
- استخدم الملقط لتلقط الصفاق الرخو المغطي للسطح الأمامي للقطعة السفلية للرحم وشق بمقص.
- وسع الشق بوضع المقص بين الرحم والمصليبة الرخوة واقطع 3 سنتيمتر في كل جهة بشكل مستعرض.
- استخدم إصبعين لتدفع المثانة للأسفل بعيداً عن النقطة السفلية للرحم. أعد وضع مبعاد المثانة فوق العظم العاني والمثانة.

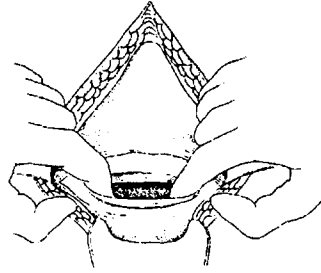
فتح الرحم

- استخدم مشرطا لتحداث شقا عرضيا 3 سنتيمتر في القطعة السفلية للرحم. يجب أن يكون أسفل المستوى الذي شقت به المصلية المثنائية الرحمية بـ 1 سنتيمتر لتجنب المثانة للأسفل.
- وسع الشق بوضع إصبع عند كل حافة واسحب بلطف للأعلى وللجانِب فسي نفس الوقت (الشكل الإجراءات - 20).
- إذا كانت القطعة السفلية للرحم ثخينة وضيقة: وسع الشق بشكل هلال مستخدما مقصا بدلا من الأصابع لتجنب تمديد الأوعية الرحمية.

من الضروري أن يكون الشق الرحمي كبيرا لدرجة تكفي لاستخراج رأس الطفل وجسمه دون تمزق الشق.

تكبير الشق الرحمي

الشكل الإجراءات - 20



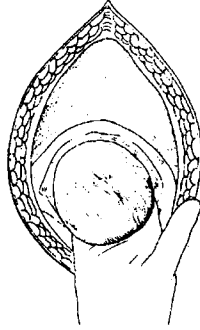
استخراج الطفل والمشيمة

- لاستخراج الطفل، ضع إحدى اليدين داخل جوف الرحم بين الرحم ورأس الطفل.
- اقتبض بالأصابع على رأس الطفل واثته .
- ارفع رأس الطفل، بلطف من خلال الشق (الشكل الإجراءات - 21، الصفحة الإجراءات - 46) منتبها لعدم امتداد الشق للأسفل باتجاه عنق الرحم.
- اضغط باليد الأخرى، وبلطف، على البطن فوق قمة الرحم لتساعد على استخراج الرأس.
- إذا كان رأس الطفل عميقا في الحوض أو المهبل: اطلب من مساعد (يرتدي قفازات مطهرة تطهيرها جيدا) أن يصل إلى داخل المهبل ليدفع رأس الطفل

من خلال المهبل ، ثم ارفع الرأس واستخرجه (الشكل الإجراءات - 22).

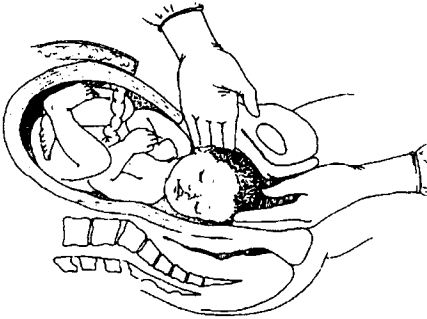
استخراج رأس الطفل

الشكل الإجراءات - 21



استخراج الرأس المدموج بعمق

الشكل الإجراءات - 22



- مص المفرزات من فم الطفل وأنفه بعد أن يولد.
- استخراج الكتفين والجسم.
- أعط الأوكسيتوسين 20 وحدة في 1 لتر من السوائل الوريدية (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة لمدة ساعتين.
- لقط الحبل السري واقطعه .
- أعط الطفل للمساعد من أجل الرعاية الأولية (الصفحة المبادئ السريرية - 76).
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية انتقائياً بعد لقط الحبل وقطعه (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً.

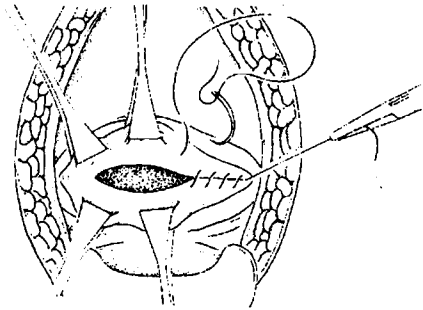
- أو السيفازولين 1 غرام وريديا.
- حافظ على جر خفيف على الحبل وذلك (افرك) الرحم من خلال البطن.
- استخرج المشيمة والأغشية.

غلق الشق الرحمي

- ملاحظة: إذا وجد رحم كوفيليه (متورم ومتبدل اللون بالدم) أثناء القيصرية، أغلقه بالطريقة السوية وراقب.
- أمسك زاويتي الشق الرحمي بملقاط.
- أمسك الحافة السفلية للشق بملقاط. تأكد أنها مفصولة عن المثانة.
- ابحث - وبغناية - عن أي امتدادات للشق الرحمي.
- أصلح الشق وأي امتدادات بخياطة اقتفالية متواصلة بغرز من خيط كرومي 0 (أو متعدد الغليكول) (الشكل الإجراءات - 23).
- إذا وجد أي نزف إضافي من موقع الشق: أغلق بخياطة شبيهة بالثمانية. لا حاجة لخياطة روتينية للطبقة الثانية في الشق الرحمي.

غلق الشق الرحمي

الشكل الإجراءات - 23



غلق البطن

- تفحص، وبدقة - الشق الرحمي قبل غلق البطن. تأكد أنه لا يوجد نزف وأن الرحم ثابت، استخدم اسفنجة لتزليل أي جلطات داخل البطن.
- ابحث وبغناية عن إصابات في المثانة، وأصلح ما تجده (الصفحة الإجراءات - 97).
- أغلق اللفافة بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
ملاحظة: لا حاجة لغلق صفاق المثانة أو الصفاق البطني.
- إذا وجدت علامات على عدوى: دك النسيج تحت الجلد بشاش وضع غرزاً بخيوط جراحية كرومية من قياس صفر (أو متعددة الغليكول). أغلق الجلد بغلق آبل بعد زوال العدوى.
- إذا لم توجد علامات على عدوى: أغلق الجلد بخياطة تنجيدية عمودية بنيلون 0-3 (أو حرير) وطبق ضماداً معقماً.
- اضغط، بلطف، فوق الرحم لتزليل الجلطات من الرحم والمهبل.

المشكلات أثناء الجراحة

عدم السيطرة على النزف

- ذلك الرحم .
- إذا كان الرحم وانياً : استمر بتسريب الأوكسيتوسين وأعط الإرغومسترين 0.2 ميلي غرام عضلياً والبروستاغلاندينات، إن توفرت. يمكن إعطاء هذه الأدوية مع بعض أو بشكل متتابع (الجدول الأعراض - 8، الصفحة الأعراض - 28).
- انقل دمًا عند الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية - 23).
- اطلب من مساعد أن يضغط بأصابعه فوق الأبهري لينقص النزف إلى حين إيجاد (تحديد) مصدر النزف وإيقافه.
- إذا لم تتم السيطرة على النزف: أربط الشريان الرحمي أو الرحمي المبيضي (الصفحة الإجراءات - 99) أو استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات - 103).

الطفل المقعدي

- إذا كان الطفل مقعدياً: امسك قدماً واستخرجها من خلال الشق.
- أتم الولادة مثل الولادة المقعدية عن طريق المهبل (الصفحة الإجراءات – 37).
- استخرج الساقين والجسم حتى الكنفيين، ثم استخرج الذراعين.
- اثن الرأس باستخدام مناورة موريسي سميلي فيت (الصفحة الإجراءات – 40).

الطفل المستعرض

ظهر الطفل للأعلى

- إذا كان الظهر للأعلى (قرب قمة الرحم): أدخل يدك داخل الرحم وأوجد كاحلي الطفل.
- أمسك الكاحلين واسحبهما بلطف من خلال الشق لتستخرج الساقين وأتمم الولادة كما في الطفل المقعدي (الصفحة الإجراءات – 38).

ظهر الطفل للأسفل

- إذا كان الظهر للأسفل: الشق الرحمي العمودي العالي هو الشق المفضل (الصفحة الإجراءات – 50).
- بعد إجراء الشق – أدخل يدك داخل الرحم وأوجد القميين. اسحبهما من خلال الشق وأتمم الولادة كما في الطفل المقعدي (الصفحة الإجراءات – 38).
- ستحتاج عدة طبقات من الخياطة لإصلاح الشق العمودي (الصفحة الإجراءات – 50).

المشيمة المنزاحة

- إذا وجدت مشيمة أمامية وإطنة مقابلة: شق خلالها واستخرج الجنين.
- بعد ولادة الطفل: إذا لم تفصل المشيمة يدوياً: فالتشخيص هو مشيمة ملتصقة. وهي موجودة شائعة في موقع ندبة قيصرية سابقة. قد يصبح من الضروري استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات – 103).
- المرأة التي لديها مشيمة منزاحة لديها اختطار عالٍ للنزف التالي للولادة. إذا وجد نزف في موقع المشيمة: قم بتقوية مواقع النزف بخيوط جراحية كرومية (أو متعددة الغليكول).

- راقب النزف في الفترة التالية للولادة مباشرة واتخذ إجراء مناسباً (الصفحة الأعراض – 25).

الرعاية التالية للإجراء

- راجع مبادئ الرعاية التالية للجراحة (الصفحة المبادئ السريرية – 52).
- إذا حدث نزف:
 - ذلك الرحم لتتردد الدم والجلطات الدموية. سيثبط وجود جلطات دموية التقلصات الرحمية الفعالة.
 - أعط الأوكسيتوسين 20 وحدة في لتر من السوائل الوريدية (أو المحلول الملحي أو محلول رنجر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة والإرغومترين 0.2 ميلي غرام عضلياً والبروستاغلاندينات (الجدول الأعراض – 8، الصفحة الأعراض – 28). يمكن لهذه الأدوية أن تعطي مع بعض أو بشكل متتابع.
 - إذا وجدت علامات على عدوى أو أن لدى المرأة حمى حالياً: أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
 - الأمبيسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
 - مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
 - أعط الأدوية المسكنة المناسبة (الصفحة المبادئ السريرية – 37).

الشق العمودي العالي (الكلاسيكي أو التقليدي)

- افتح البطن من خلال شق على الخط الناصف جانب السرة، يجب أن يكون ثلث الشق تقريباً فوق السرة وثلثاه تحته.
- استخدم مشرطاً لإجراء الشق:
 - افحص موضع الأربطة المدورة وتأكد أن الشق على الخط الناصف (قد ينتهي الرحم إلى أحد الجانبين).
 - قم بإجراء الشق الرحمي على الخط الناصف فوق قاع الرحم.
 - يجب أن يكون طول الشق 12-15 سنتيمتر تقريباً. ويجب ألا يتجاوز حده السفلي الطية الرحمية المثانية للصفاف.

- اطلب من مساعد يرتدي قفازات مطهرة تطهيراً جيداً أن يطبق ضغطاً على الحواف المقطوعة ليسيطر على النزف.
- اقطع إلى مستوى الأغشية ثم مدد الشق باستخدام المقص.
- بعد تمزيق الأغشية: امسك قدم الطفل واستخرج الطفل.
- استخرج المشيمة والأغشية.
- أمسك حواف الشق بملقط أليس أو غرين أرميتاج.
- أغلق الشق مستخدماً ثلاث طبقات من الخياطة على الأقل:
- أغلق الطبقة الأولى الأقرب إلى الجوف – لكن تجنب الساقط – بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
- أغلق الطبقة الثانية من العضلة الرحمية مستخدماً خياطة متقطعة بخيط جراحي كرومي (أو متعدد الغليكول).
- أغلق الألياف السطحية والمصلية باستخدام خياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي (أو متعدد الغليكول) وإبرة غير راضحة.
- أغلق البطن كما في قيصرية القطعة السفلية (الصفحة الإجراءات – 48).

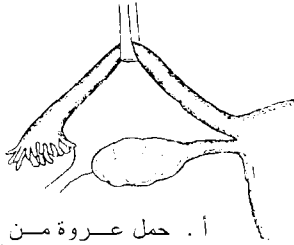
يجب ألا يسمح للمرأة بالتعرض للمخاض في الحمل اللاحقة.

ربط البوق أثناء القيصرية

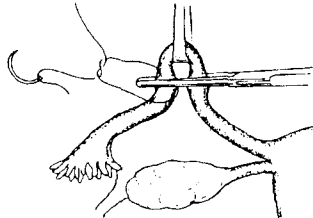
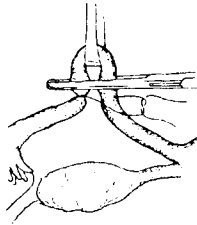
- يمكن أن يجرى ربط البوق بعد القيصرية فوراً إذا طلبت المرأة ذلك قبل بدء المخاض (خلال الزيارات السابقة للولادة). يجب إعطاء المشورة والنصح الكافي واتخاذ القرار والموافقة المستتيرة قبل إجراءات التعقيم الطوعي، وهذا غير ممكن عادة خلال المخاض والولادة.
- تأكد من الحصول على موافقة ورضا المريضة.
 - امسك الجزء الأخير للعائني المتوسط من البوق بملقط أليس أو بابكوك.
 - احمل عروة البوق بطول 2.5 سم (الشكل الإجراءات – 24- أ، الصفحة الإجراءات – 52).
 - أهرس قاعدة العروة بملقط الشريان واربطها بخيط جراحي بسيط 0 (الشكل الإجراءات – 24، ب، الصفحة الإجراءات – 52).

- استئصال العروة (قطعة بطول 1 سنتيمتر) من خلال المنطقة المهروسة (الشكل الإجراءات – 24 ج-د).
- أعد الإجراء على الجهة الأخرى.

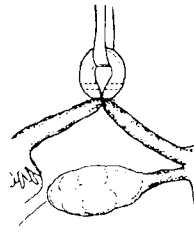
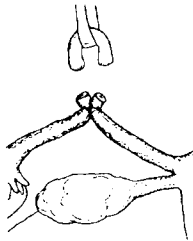
الشكل الإجراءات – 24 ربط البوق



أ . حمل عروة من البوق.



ب . هرس قاعدة العروة بملقط وربطها بطريقة شبيهة بالثمانية.



د . استئصال عروة البوق.

ج . منطقة مهروسة (يشار إلى خط الاستئصال بخط منقط).

يؤدي بضع الارتفاق العاني إلى زيادة مؤقتة في قطر الحوض (حتى 2 سنتيمتر) وذلك بتقسيم أربطة الارتفاق جراحياً تحت التخدير الموضعي. يجب أن يجرى هذا الإجراء بالاشتراك مع الاستخراج بالتخلية فقط (الصفحة الإجراءات – 27). بضع الارتفاق بالاشتراك مع الاستخراج بالتخلية إجراء منقذ للحياة في المناطق التي لا تكون فيها القيصرية سهلة الإجراء أو متوفرة فوراً. لا يترك بضع الارتفاق أي ندبة رحمية، ولا يزداد اختطار تمزق الرحم في المخاضات القادمة. وعلى كل، يجب أن توزن منافع الإجراء مع مخاطره. تتضمن المخاطر: إصابة الإحليل والمثانة، والعدوى، والألم، وصعوبة المشي لفترة مديدة، ولذلك يجب أن يجرى بضع الارتفاق عندما لا يوجد بديل مأمون فقط.

• راجع الاستطباقات:

- الحوض الضيق؛
- المجيء المقعدي؛
- الدور الثاني المطول؛
- فشل النزول بعد تعزيز مناسب للمخاض؛
- فشل أو توقع الفشل للاستخراج بالمحجم وحده.

• راجع ظروف بضع الارتفاق:

- الجنين على قيد الحياة؛
- عنق الرحم متوسع بشكل تام؛
- الرأس في مجيء الجنين – 2 أو أكثر من 5/3 فوق الارتفاق العاني؛
- لا يوجد تراكم للرأس فوق الارتفاق؛
- القيصرية غير متوفرة فوراً أو غير سهلة.
- مقدم الخدمة الصحية خبير في بضع الارتفاق.

• راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية – 17).

• وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. استخدم التخدير بالإرشاح الموضعي بالليغونوكاين

(الصفحة المبادئ السريرية – 38).

• اطلب من مساعدين أن يدعموا ساقَي المرأة بفخذيها والركبتان مثنيتان. يجب

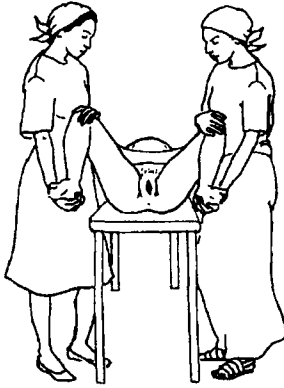
ألا يبعد الفخذان أكثر من 45° عن الخط الناصف (الشكل الإجراءات – 25،

الصفحة الإجراءات – 54).

قد يسبب تبعيد الفخذين أكثر من 45 ° عن الخط الناصف تمزق الحالب والمثانة.

وضعية المرأة أثناء بضع الارتفاق

الشكل الإجراءات – 25



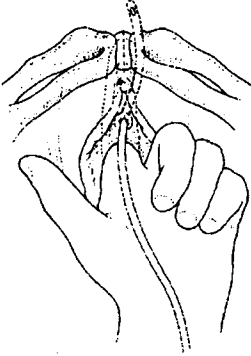
- أنجز بضع الفرج الناصف الوحشي (الصفحة الإجراءات – 71). إذا كان بضع الفرج موجودا مسبقا: كبره لتقلل من تمطط جدار المهبل والحالب.
- رشح الأوجه الأمامية والعلوية والسفلية للارتفاق بمحلول الليغنوكايبين 5% (الصفحة المبادئ السريرية – 39).
- ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط، انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبدا إذا شفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حدث حقن داخل الوريد.
- في نهاية طاقم الحقن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكرا لتوفر وقتا كافيا للتأثير.

- اغرز قنطارا قاسيا لتستعرف الإحليل.
- طبق محلولاً مطهراً على الجلد فوق العانة (الصفحة المبادئ السريرية –

- بعد لبس قفازات مطهرة على مستوى عال: ضع السبابة في المهبل وادفع القنطار - وهو في الإحليل - عن الخط الناصف (الشكل الإجراءات - 26).

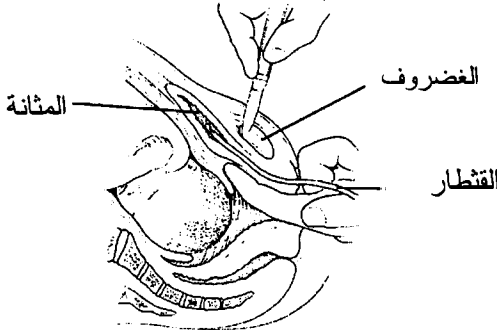
الشكل الإجراءات - 26 دفع الإحليل إلى إحدى الجهتين بعد غرز القنطار



- باليد الأخرى: استخدم مشرطاً ثخيناً مثبت النصلة لتجري شقاً عمودياً طعنياً فوق الارتفاق.
- اقطع عبر الغضروف الواصل بين العظمين العانيين - وأنت على الخط الناصف - حتى تشعر بضغط نصلة المشرط على الإصبع الموجودة في المهبل.
- اقطع الغضروف باتجاه الأسفل نحو قاعدة الارتفاق ثم أدر النصلة واقطع للأعلى باتجاه قمة الارتفاق.
- حالما ينقسم الارتفاق بكامل طوله : سوف يفترق العظام العانيان.

تقسيم الغضروف

الشكل الإجراءات - 27



- بعد انفصال الغضروف: انزع القطنار لتقلل من رضح الإحليل.
- وُلد بالاستخراج بالمحجم (الصفحة الإجراءات – 27). بسبب نزول الرأس تباعد الارتفاق 1 أو 2 سنتيمتر.
- بعد الولادة: قنطر المثانة بقنطار مثانة ذاتي التثبيت يمكن استبقاؤه في المثانة لفترة.
- لا حاجة لغلغ الشق الطعني ما لم يحدث نزف.

الرعاية التالية للإجراء

- إذا وجدت علامات على عدوى أو أن المرأة تعاني من الحمى حالياً، أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تصبح خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
 - الأمبيسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
 - مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات .
- أعط الأدوية المسكنة الملائمة (الصفحة المبادئ السريرية – 37).
- طبق اتساراً مطاطياً عبر مقدمة الحوض من العرف الحرقفي في جهة إلى العرف الحرقفي الآخر لتثبيت الارتفاق وتنقص الألم.
- اترك القطنار في المثانة لمدة 5 أيام على الأقل.
- شجع المرأة على أن تشرب الكثير من السوائل لتضمن نتاجاً بولياً جيداً.
- شجع على الراحة في السرير مدة 7 أيام بعد التخريج من المستشفى.
- شجع المرأة على البدء بالسير مع المساعدة عندما تكون جاهزة لذلك.
- إذا سجل صعوبة في السير المديد أو ألم: عالج بالمعالجة الفيزيائية (يحدث في 2% من الحالات).

إنقاص حجم رأس الجنين بحج القحف يجعل الولادة المهبلية ممكنة في حالات معينة من الولادة المعرقلّة مع جنين ميت، ويجنب المخاطر المرافقة للولادة بقيصرية. يمكن أن يستخدم بزل القحف لإنقاص حجم الرأس المصاب بموه الرأس لجعل الولادة المهبلية ممكنة.

- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. أعط - عند الضرورة - الدياتريام وريدياً بطء أو استخدم إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3).

حج القحف (ثقب الجمجمة)

- راجع الاستطباقات.
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وطبق محلولاً مطهراً على المهبل (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- أنجز بضعا للفرج إن تطلب الأمر (الصفحة الإجراءات - 71).

المجيء الرأسي

- قم بإجراء شق صليبي (بشكل صليب) على الفروة (الشكل الإجراءات - 28).

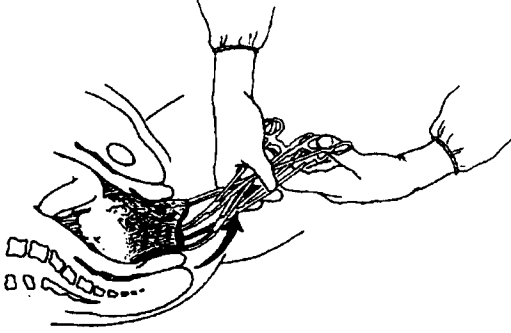
الشكل الإجراءات - 28 الشق الصليبي على الفروة



- افتح القبو القحفي في النقطة العظمية الأخفض والأكثر مركزية بمحجاج (أو بمقص مؤنّف كبير أو بمشرط ثقيل) في المجيء الوجهي: انقب الحاجين.
- أدخل المحجاج داخل قحف الجنين وقطع المحتويات داخل القحف.

- امسك حواف الجمجمة بملقط كبير مسنن (مثلاً: كوخر) وطبق جراً على محور قناة الولادة (الشكل الإجراءات – 29).

الشكل الإجراءات – 29 الاستخراج بجر الفروة



- حالما ينزل الرأس: سيسبب ضغط الحوض العظمي انخساف الجمجمة منقصاً بذلك قطر القحف.
- إذا لم يستخرج الرأس بسهولة: أنجز القيصرية (الصفحة الإجراءات – 43).
- بعد الولادة: افحص المرأة بعناية واصلح أي تمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 81) أو المهبل (الصفحة الإجراءات – 83) أو أصلح بضع الفرج (الصفحة الإجراءات – 73).
- اترك قشطاراً ذاتي التثبيت في المكان حتى يتم التأكد من عدم وجود إصابة مثالية.
- تأكد من أن مدخول السوائل والنتاج البولي كافيان.

المجيء المقعدي مع رأس محتبس

- قم بإجراء شق خلال الجلد في قاعدة العنق.
- أدخل محجاجاً (أو مقصاً مؤنفاً كبيراً، أو مشرطاً ثقيلًا) خلال الشق وشكل نفقاً تحت الجلد حتى تصل إلى القذال .
- اتقب القذال وافتح فجوة بأوسع ما يمكن.
- طبق جراً على الجذع لتخسف الجمجمة أثناء نزول الرأس.

بزل القحف (بزل الجمجمة)

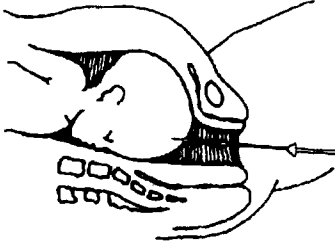
- راجع الاستطباقات.
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وطبق محلولاً مطهراً على المهبل (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- قم بإجراء بضع كبير للفرج إذا تطلب الأمر (الصفحة الإجراءات - 71).

عنق الرحم المتوسع بشكل تام

- أدخل إبرة نخاعية كبيرة الثقب من خلال عنق الرحم المتوسع ومن خلال خط الدرز السهمي أو يوافيخ الجمجمة (الشكل الإجراءات - 30).
- اشفط السائل النخاعي حتى تنخسف جمجمة الجنين وتسمح للولادة السوية أن تتم.

بزل القحف مع عنق الرحم متوسع

الشكل الإجراءات - 30



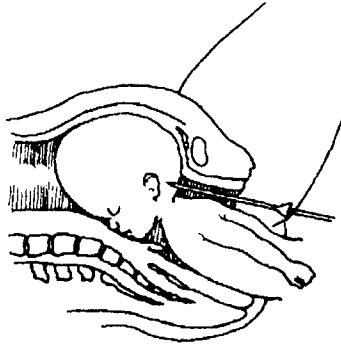
عنق الرحم المغلق

- جس لتحديد موضع رأس الجنين.
- طبق محلولاً مطهراً على الجلد فوق العانة (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- أدخل إبرة نخاعية كبيرة الثقب من خلال الجدار البطني وجدار الرحم ومن خلال موه الرأس.
- اشفط السائل النخاعي حتى تنخسف الجمجمة وتسمح للولادة السوية أن تتم.

الرأس القادم لاحقاً خلال الولادة المقعدية

- بعد ولادة بقية الجسم: أدخل إبرة نخاعية كبيرة الثقب من خلال عنق الرحم المتوسع والثقب العظمي (الشكل الإجراءات – 31).
- اشفط السائل النخاعي واستخرج الرأس القادم لاحقاً كما في المجيء المقعدي (الصفحة الإجراءات – 40).

الشكل الإجراءات – 31 بزل القحف في الرأس القادم لاحقاً



خلال القيصرية

- بعد إجراء الشق الرحمي، أدخل إبرة نخاعية كبيرة الثقب من خلال جمجمة موه الرأس.
- اشفط السائل النخاعي حتى تتخسف جمجمة الجنين.
- استخرج الطفل والمشيمة بقيصرية (الصفحة الإجراءات – 45).

الرعاية التالية للإجراء

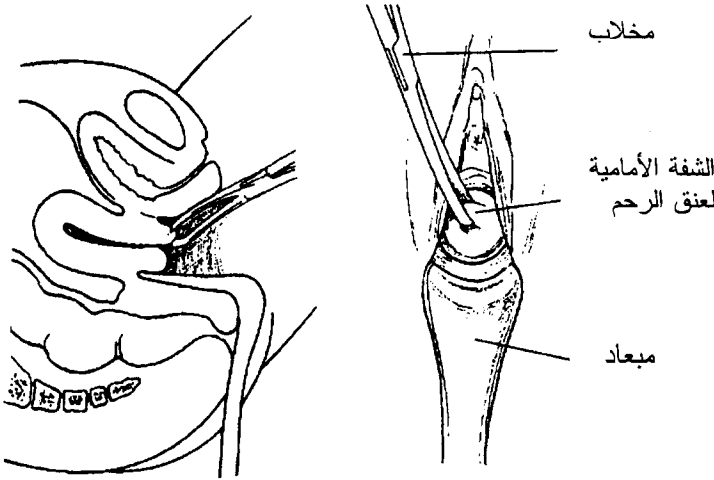
- بعد الولادة : افحص المرأة بدقة وأصلح أي تمزقات في عنق الرحم (الصفحة الإجراءات – 81) أو المهبل (الصفحة الإجراءات – 83) أو أصلح بضع الفرج (الصفحة الإجراءات – 73).
- اترك قنطراً ذاتي التثبيت في المكان حتى يتم التأكد من عدم وجود إصابة مثنائية.
- تأكد من أن مدخول السوائل والنتاج البولي كافيان.

الطريقة المفضلة لتفريغ الرحم هي الشفط بالتخلية اليدوية (الصفحة الإجراءات – 65)، أما التوسيع والكشط فيجب أن يجري فقط عندما يكون الشفط بالتخلية اليدوية غير متوفرة.

- راجع الاستطببات (الصفحة الإجراءات – 65).
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية – 17).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً، وأعط البيتيندين عضلياً أو وريدياً قبل الإجراء. استخدم الإحصار حول عنق الرحم – عند الضرورة – (الصفحة الإجراءات – 1).
- أعط 10 وحدات من الأوكسيتوسين عضلياً أو 0.2 ميلي غرام من الإرغومترين عضلياً قبل الإجراء لتجعل عضلة الرحم أقوى ولتتقص اختطار الانتقاب.
- أنجز فحصاً حوضياً باليدين لتقييم حجم الرحم وموضعه وحالة الأقيبة.
- طبق محلولاً مطهراً على المهبل وعنق الرحم (خاصة الفوهة) (الصفحة المبادئ السريرية – 22).
- افحص عنق الرحم بحثاً عن التمزقات أو منتجات الحمل البارزة. إذا وجدت منتجات الحمل في المهبل أو عنق الرحم: انزعها باستخدام ملقط حلقي (أو اسفنجي).
- أقبض، بلطف، على الشفة الأمامية من عنق الرحم بمخلاب أو بخطاف وحيد السن (الشكل الإجراءات – 32، الصفحة الإجراءات – 62).
- ملاحظة: يفضل في الإجهاض الناقص الملقط الحلقي (الاسفنجي) لأن احتمال تمزق عنق الرحم بالجر أقل من الخطاف. ولا يتطلب استخدام الليغنوكايبين للموضعة.
- إذا استخدم خطاف لقبض عنق الرحم: احقن أولاً 1 ميلي لتر من محلول الليغنوكايبين 0.5% داخل الشفة الأمامية أو الخلفية لعنق الرحم والذي كُشف بالمنظار (يستخدم موقع الساعة 10 أو الساعة 12 عادة).
- تحتاج للتوسيع في حالات الإجهاض الفائت فقط أو عندما تبقى بعض منتجات الحمل المحتبسة في الرحم لعدة أيام:
 - أدخل، وبتأن، القنية أو المكشطة الأكبر مقياساً.
 - استخدم موسعات متدرجة فقط إذا لم تمر القنية أو المكشطة. ابدأ بالموسع الأصغر وانه بالموسع الأكبر الذي يضمن توسيعاً كافياً (10 – 12 ميلي متر عادة) (الشكل الإجراءات – 33، الصفحة الإجراءات – 62).
 - كن حذراً حتى لا تمزق عنق الرحم أو تحدث فتحة كاذبة.

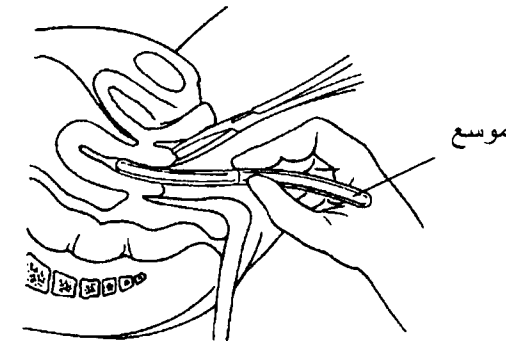
الشكل الإجراءات - 32

إدخال ميعاد ومسك الشفة الأمامية لعنق الرحم



الشكل الإجراءات - 33

توسيع عنق الرحم



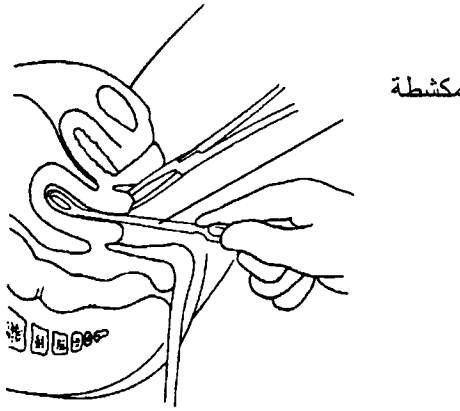
- أدخل بلطف مسباراً رحمياً من خلال عنق الرحم لتقييم طول الرحم واتجاهه.

الرحم طري جداً في الحمل، ويمكن أن يصاب بسهولة خلال هذا الإجراء.

- أفرغ محتويات الرحم بملقط حلقي أو مكشطة كبيرة (الشكل الإجراءات - 34، الصفحة الإجراءات 63) أكشط بتأن جدران الرحم حتى يتم الشعور بحس صريير (أو حز).

الشكل الإجراءات - 34

كشط الرحم



- أنجز فحصاً حوضياً باليدين لتتحقق من حجم وقساوة الرحم.
- افحص المادة التي استخرجت بالتخلية (الصفحة الإجراءات - 67)، أرسل المادة إلى الفحص الهيستوباثولوجي (النسجي المرضي) إذا تطلب الأمر.

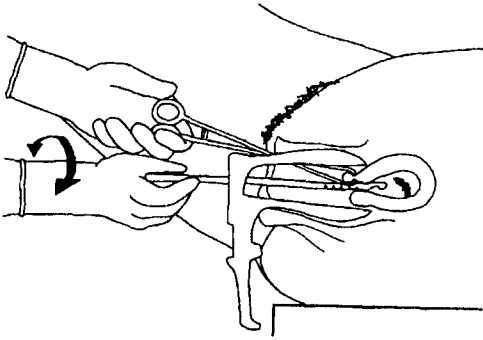
الرعاية التالية للإجراء

- أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام بالفم عند الضرورة.
- شجع المرأة على الأكل والشرب والمشي والتنقل عندما ترغب.
- قدم خدمات صحية أخرى إن أمكن، مثل الاتقاء من الكزاز، تقديم النصيح والمشورة، خطة تنظيم الأسرة (الصفحة الأعراض - 12).
- خرج الحالات غير المصحوبة بمضاعفات خلال 1-2 ساعة.
- انصح المرأة أن تراقب الأعراض والعلامات التي تتطلب اهتماماً فورياً:
 - المغص المطول (أكثر من عدة أيام).
 - النزف المطول (أكثر من أسبوعين).
 - النزف الأكثر من نزف الحيض السوي.
 - ألم وخيم أو متزايد.
 - حمى، نوافض، دعث.
 - إغماء.

- راجع الاستطبابات (الإجهاض الحتمي قبل الأسبوع 16، الإجهاض الناقص، الحمل الرحوي أو النزف التالي للولادة الآجل الناجم من قطع مشيمية محتبسة).
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً، وأعط الباراسيتامول قبل الإجراء بـ 30 دقيقة.
- نادراً ما تحتاج لإحصار حول عنق الرحم (الصفحة الإجراءات - 1).
- حضر محقنة الشفط بالتخلية اليدوية:
 - جمّع المحقنة.
 - أغلق صمام القرّاصة.
 - اسحب المكبس حتى يقلل أذرع المكبس.
- ملاحظة: من أجل الحمل الرحوي وعندما يعتقد أن محتويات الرحم كثيرة:
 - جهاز ثلاث محاقن جاهزة للاستعمال.
- حتى ولو كان النزف خفيفاً: أعط الأوكسيتوسين 10 وحدات عضلياً أو الإريغومترين 0.2 ميلي غرام عضلياً قبل الإجراء لتجعل عضلة الرحم أقسى وتقلص اختطار الانتقاب.
- أنجز فحصاً حوضياً باليدين لتقييم حجم الرحم وموضعه وحالة الأقيبة.
- طبق محلولاً مطهراً على المهبل وعنق الرحم (خاصة الفوهة) (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- افحص عنق الرحم بحثاً عن التمزقات أو منتجات الحمل البارزة. إذا وجدت منتجات الحمل في المهبل أو عنق الرحم: انزعها باستخدام ملقط حلقي (أو إسفنجي).
- اقبض، بلطف، على الشفة الأمامية من عنق الرحم بمخلاب أو بخطاف وحيد السن.
- ملاحظة: يفضل في الإجهاض الناقص الملقط الحلقي (الإسفنجي) لأن احتمال تمزق عنق الرحم بالجر أقل من الخطاف. ولا يتطلب استخدام الليغوكاين للموضوعة.
- إذا استخدم خطاف لقبض عنق الرحم: احقن أولاً 1 ميلي لتر من محلول الليغوكاين 0.5% داخل الشفة الأمامية أو الخلفية لعنق الرحم والذي كُشف بالمنظار (يستخدم موقع الساعة 10 أو الساعة 12 عادة).
- تحتاج للتوسيع في حالات الإجهاض الفائق فقط أو عندما تبقى بعض منتجات الحمل المحتبسة في الرحم لعدة أيام:
 - أدخل، وبتأن، القنية أو المكشطة الأكبر مقياساً.

- استخدم موسعات متدرجة فقط إذا لم تمر القنية أو المكشطة. ابدأ بالموسع الأصغر وانته بالموسع الأكبر الذي يضمن توسيعاً كافياً (10 - 20 ميلي متر عادة) (الشكل الإجراءات - 33، الصفحة الإجراءات - 62).
- كن حذراً حتى لا تمزق عنق الرحم أو تحدث فتحة كاذبة.
- اغرز - وأنت تطبق جراً خفيفاً على عنق الرحم - قنية من خلال عنق الرحم إلى داخل جوف الرحم وراء الفوهة الغائرة مباشرة (الشكل الإجراءات - 35) (يساعد تدوير القنية - بينما تطبق ضغطاً خفيفاً - قمة القنية على المرور خلال قناة عنق الرحم).

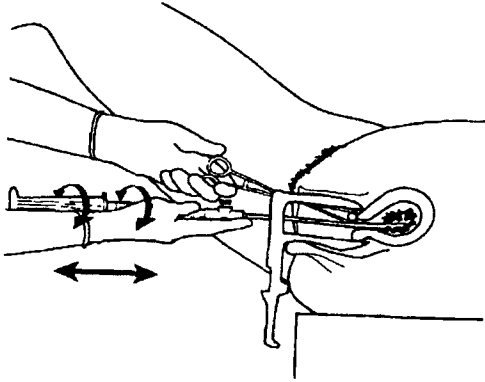
الشكل الإجراءات - 35 غرز القنية



- ادفع القنية ببطء داخل جوف الرحم حتى تلامس القاع، لكن ليس أكثر من 10 سنتيمتر. قس عمق الرحم بالنقاط المرئية على القنية ثم اسحب القنية قليلاً.
- قم بوصل محقنة الشفط بالتخلية اليدوية المحضرة إلى القنية بمسك المخلاب (أو الخطاف) ونهاية القنية في يد والمحقنة بالأخرى.
- أطلق صمام القراصنة (صمامات) في المحقنة لنقل الخلاء من خلال القنية إلى جوف الرحم.
- أفرغ المحتويات الباقية بالتدوير الخفيف للمحقنة من جهة إلى أخرى (من موقع الساعة 10 إلى 12) ثم حرك القنية بلطف وبيبطه للخلف فصاعداً في جوف الرحم (الشكل الإجراءات - 36، الصفحة الإجراءات - 67).
- ملاحظة: لتجنب فقد الخلاء: لا تسحب فتحة القنية خلف فوهة عنق الرحم. إذا فقد الخلاء أو إذا امتلأ أكثر من نصف المحقنة: أفرغها ثم أعد توطيد الخلاء.
- ملاحظة: تجنب مسك المحقنة من أذرع المكبس خلال توطيد التخلية والقنية في الرحم. إذا أزيل إقفال أذرع المكبس فقد ينزلق المكبس إلى الخلف بشكل

عارض داخل المحقنة دافعا المادة للخلف داخل الرحم.

الشكل الإجراءات - 36 تفريغ محتويات الرحم



- تحقق من علامات الإتمام:
 - رغبة حمراء أو قرنفلية، لكن لا يشاهد مزيد من النسيج في القنية.
 - الشعور بحس صرير (حز) عندما تمر القنية فوق سطح الرحم المفرغ.
 - يتقلص الرحم حول القنية (يقبض عليها).
- اسحب القنية. افصل المحقنة وضع القنية في محلول مزيل للتلوث.
- أفرغ محتويات محقنة الشفط بالتخلية اليدوية والصمام مفتوح داخل مصفاة بدفع المكبس.
- ملاحظة: ضع المحقنة الفارغة في صينية أو حاوية مطهرة على مستوى عال حتى تتأكد أن الإجراء قد اكتمل.
- أنجز فحصا باليدين للتحقق من حجم الرحم وقساوته.
- عاين - وبسرعة - النسيج المزال من الرحم:
 - من أجل الكمية ووجود منتجات الحمل.
 - لتضمن التفريغ التام.
 - لتبحث عن حمل رحوي (نادر).
- عند الضرورة: أرشح النسيج واعصره لتزيل جلطات الدم الزائدة ثم ضعه في حاوية ماء نظيف أو محلول ملحي أو حمض الأسيتيك الخفيف (الخل) لفحصه. قد ترسل النماذج النسيجية إلى مختبر التشريح المرضي أيضا عندما يستطب ذلك.

- إذا لم تر منتجات الحمل:
- قد تكون كل منتجات الحمل قد مرت قبل إنجاز الشفط بالتخلية اليدوية (إجهاض تام).
- قد يبدو جوف الرحم فارغاً لكنه لم يفرغ بشكل تام : أعد التفريغ .
- قد لا يكون النزف المهبلي ناجماً عن إجهاض ناقص (مثلاً: نزف اختراقي، كما قد يكون ناجماً عن مانعات الحمل الهرمونية أو الأورام الليفية الرحمية).
- قد يكون الرحم شاذاً (أي قد تكون القنية غرزت في الجانب غير الحامل من رحم مزدوج).
- ملاحظة: يزيد غياب منتجات الحمل عند امرأة لديها أعراض الحمل احتمال الحمل المنتبذ بقوة (الصفحة الأعراض - 13) .
- اغرز منظراً داخل المهبل بلطف وابتحث عن الدم. إذا بقي الرحم طرياً وليس صغيراً، أو إذا وجد نزف مستديم نشيط، أعد التفريغ.

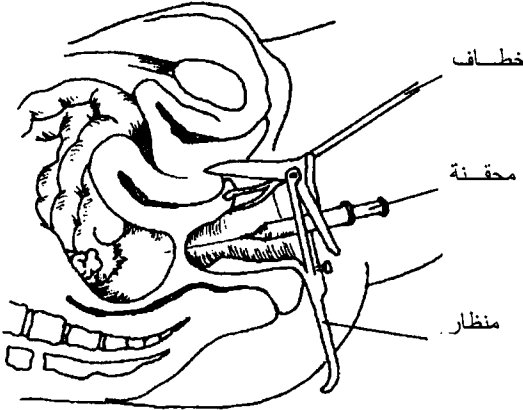
الرعاية التالية للإجراء

- أعط الباراسيتامول 500 ميلي غرام بالفم عند الضرورة.
- شجع المرأة على الأكل والشرب والمشي والتنقل عندما ترغب.
- قدم خدمات صحية أخرى إن أمكن، مثل الانتقاء من الكزاز، وتقديم النصح والمشورة، خطة تنظيم الأسرة (الصفحة الأعراض - 12).
- خرج الحالات غير المصحوبة بمضاعفات خلال 1-2 ساعة.
- انصح المرأة أن تراقب الأعراض والعلامات التي تتطلب اهتماماً فورياً:
 - المغص المطول (أكثر من عدة أيام).
 - النزف المطول (أكثر من أسبوعين).
 - النزف الأكثر من نزف الحيض السوي.
 - ألم وخيم أو متزايد.
 - حمى، نوافض، دعث.
 - إغماء.

بزل الرذبة المستقيمية الرحمية

- راجع الاستطباقات.
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وطبق محلولاً مطهراً على المهبل (خاصة القبو الخلفي) (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. استخدم الإرشاح الموضعي بالليغنو كايين عند الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية - 38).
- اقبض، بلطف، على الشفة الخلفية لعنق الرحم بخطاف واسحب، بلطف، لترفع عنق الرحم وتكشف المهبل الخلفي.
- ضع إبرة طويلة (مثلاً: إبرة نخاعية) على محقنة واغرزها خلال المهبل الخلفي تحت الشفة الخلفية لعنق الرحم مباشرة (الشكل الإجراءات - 37).

الشكل الإجراءات - 37 البزل التشخيصي للرذبة المستقيمية الرحمية



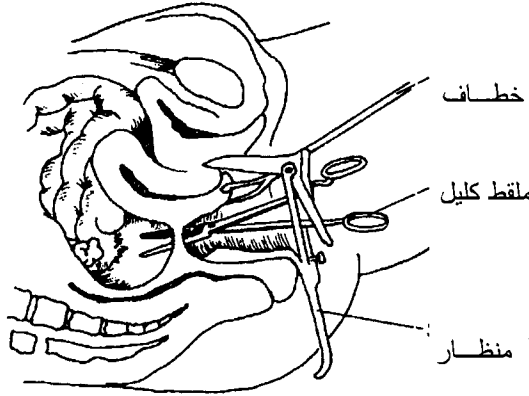
- اسحب المحقنة للخلف لتشفط الرذبة المستقيمية الرحمية (الحيز خلف الرحم).
- إذا ظهر دم لا يتجلط: اشتباه بالحمل المنتبذ (الصفحة الأعراض - 13).
- إذا ظهر دم يتجلط: قد يكون وريد أو شريان قد شفت. انزع الإبرة، أعد غرزها واشفط ثانية .
- إذا ظهر سائل رائق أو أصفر: لا يوجد دم في الصفاق، وعلى كل: قد يكون لدى المرأة حمل منتبذ لم يتمزق بعد، وقد تحتاج لمزيد من المراقبة والاختبارات (الصفحة الأعراض - 13).

- إذا لم يظهر سائل: انزع الإبرة وأعد غرزها واشفط ثانية، إذا لم يظهر سائل، فقط يكون لدى المرأة حمل منتبذ غير متمزق (الصفحة الأعراض - 13)
- إذا ظهر قيح: احتفظ بالإبرة في مكانها وياشر بضع المهبل (انظر لاحقاً).

بضع المهبل

- إذا ظهر قيح أثناء بزل الرذبة المستقيمية الرحمية: احتفظ بالإبرة في مكانها وقم بإجراء شق طعني مكان البزل.
- انزع الإبرة واغرس ملقطاً كليلاً أو إصبعك خلال الشق لتحطم المساكن في جوف الخراج (الشكل الإجراءات - 38).

الشكل الإجراءات - 38 بضع المهبل للخراج الحوضي



- اسمح للقيح بأن ينسكب .
- اغرز منزحاً مطاطياً طرياً مغضناً مطهراً على مستوى عالٍ داخل الشق.
- ملاحظة: يمكن تحضير منزح بقطع أنامل (رؤوس أصابع) قفاز مطاطي مطهر على مستوى عالٍ.
- استخدم غرزة - عند الضرورة - داخل المنزح لإرسائه (لثنيته) في المهبل.
- انزع المنزح عند توقف نزح القيح .
- إذا لم يظهر قيح: قد يكون الخراج أعلى من جيبية دوغلاس. فتح البطن مطلوب لغسل الصفاق (شطفه).

يجب ألا ينجز بضع الفرج بشكل روتيني .

- راجع الاستطباقات .

يجب التفكير ببضع الفرج في الحالات التالية فقط :

- الولادة المهبلية المصحوبة بمضاعفات (مقعدية، عسر ولادة الكتف، بالملقط، بالتخلية).
- تندب من قطع الأعضاء التناسلية الأنثوية أو تمزقات من الدرجة الثالثة أو الرابعة ملتئمة بشكل سيء.
- ضائقة جنينية .

- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وطبق محلولاً مطهوراً على الناحية العجانية (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. استخدم إرشاحاً موضعياً بالليغوكاين (الصفحة المبادئ السريرية - 38) أو إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3).

- تأكد من عدم وجود أرجية معروفة لليغوكاين أو الأدوية ذات الصلة.
- أرشح خلف المخاطية المهبلية، وخلف جلد العجان وعميقاً داخل العضلة العجانية (الشكل الإجراءات - 39، الصفحة الإجراءات - 72) مستخدماً حوالي 10 ميلي لتر من محلول الليغوكاين 0.5% (الصفحة المبادئ السريرية - 39).

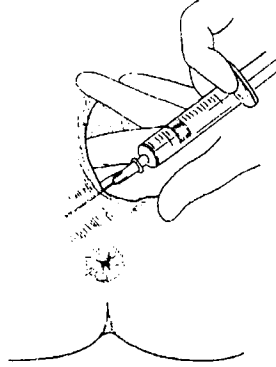
ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط: انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبداً إن شُفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حدث حقن داخل الوريد.

- في نهاية طاقم الحقن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار .

خدر مبكراً لتوفر وقتاً كافياً للتأثير .

إرشاح النسيج العجاني ببضع موضعي

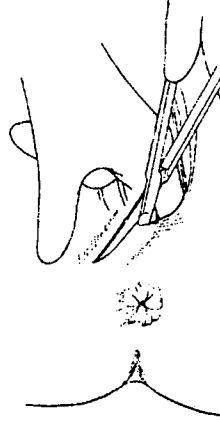
الشكل الإجراءات – 39



- انتظر قبل الشروع ببضع الفرج حتى :
 - يرق العجان؛ و
 - يظهر 3-4 سنتيمتر من رأس الطفل خلال تقلص .

سيسبب بضع الفرج نزفاً ، ولذلك يجب ألا يجرى بشكل مبكر جداً .

- ضع إصبعين – بعد لبس قفازات مطهرة تطهيراً جيداً – بين رأس الطفل والعجان.
- استخدم مقصاً لتقص العجان بقدر 3-4 سنتيمتر على الاتجاه الناصف الوحشي (الشكل الإجراءات – 40، الصفحة الإجراءات – 73).
- استخدم مقصاً لقص 2-3 سنتيمتر أعلى منتصف المهبل الخلفي.
- تحكم برأس الطفل وكتفيه عندما يتم استخراجهما، ضامناً أن الكتفين قد دارا إلى الخط الناصف حتى تمنع امتداد بضع الفرج.
- افحص – وبتأن – الامتدادات والتمزقات الأخرى وأصلحها (انظر لاحقاً)



تصليح بضع الفرج

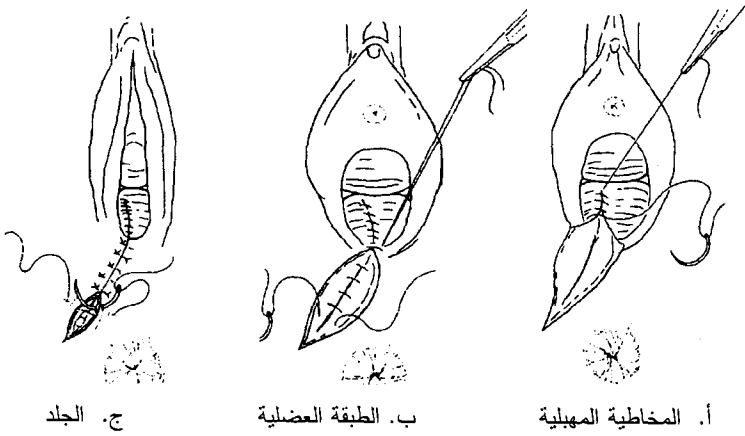
ملاحظة: من الضروري استخدام خيوط ممتصة للغلق. تفضل الخيوط المتعددة الغليكول على الخيوط الجراحية الكرومية لمقاومتها الشد وخصائصها غير المولدة للأرجية والاحتمالية المنخفضة للمضاعفات العدوائية وتعطل (انهيار) بضع الفرج. الخيط الجراحي الكرومي بديل مقبول، لكنه ليس مثالياً.

- طبق محلولاً مطهراً على المنطقة المحيطة ببضع الفرج (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- إذا امتد بضع الفرج خلال المصرة الشرجية أو المخاطية المستقيمة: عالج ذلك كتمزقات الدور الثالث أو الرابع على التوالي (الصفحة الإجراءات - 86).
- أغلق مخاطية المهبل مستخدماً خياطة 2-0 متواصلة (خيوط 2-0) (الشكل الإجراءات - 41 أ، الصفحة الإجراءات - 74) :
 - ابدأ التصليح فوق قمة بضع الفرج بـ 1 سنتيمتر. استمر بالخياطة حتى مستوى الفتحة المهبلية.
 - في الفتحة المهبلية : قَرّب الحافتين المقطوعتين للفتحة المهبلية.

- انقل الإبرة تحت الفتحة المهبلية وخارجها من خلال الشق ثم اربط.
- أغلق العضلة العجانية باستخدام خياطة 0-2 منقطعة (الشكل الإجراءات - 41 ب).
- أغلق الجلد مستخدماً خياطة منقطعة (خياطة تحت البشرة) (الشكل الإجراءات - 41 ج).

تصليح بضع الفرج

الشكل الإجراءات - 41



المضاعفات

- إذا حدث ورم دموي: افتح وانزح، إذا لم توجد علامات على عدوى وتوقف النزف، أعد غلق بضع الفرج.
- إذا وجدت علامات على عدوى: افتح وانزح الجرح، انزع الغرز المصابة بالعدوى ونضر الجرح:
- إذا كانت العدوى خفيفة، المضادات الحيوية غير ضرورية .
- إذا كانت العدوى وخيمة لكنها لا تكتنف النسيج العميقة: أعط توليفة من المضادات الحيوية (الصفحة المبادئ السريرية - 35) :
- الأمبيسلين 500 ميلي غرام بالفم 4 مرات باليوم لمدة 5 أيام .
- مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم 3 مرات باليوم لمدة 5 أيام.
- إذا كانت العدوى عميقة وتكتنف ال عضلات وتسبب نخرا (التهاب اللفافة الناخر): أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تنتزع النسيج

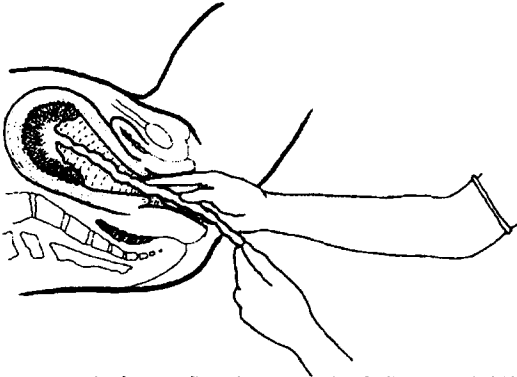
وتصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية - 35):

- البنسلين ج 2 مليون وحدة وريدياً كل 6 ساعات .
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- بعد أن تتوقف الحمى لدى المرأة لمدة 48 ساعة أعط:
- الأمبيسلين 500 ميلي غرام بالفم 4 مرات باليوم لمدة 5 أيام.
- مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم 3 مرات باليوم لمدة 5 أيام.

ملاحظة : يتطلب التهاب اللقافة الناخر إنضاراً جراحياً واسعاً. أنجز الغلق الثانوي خلال 2-4 أسابيع. (اعتماداً على انصراف العدوى).

- راجع الاستطبايات .
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وابدأ تسريباً وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- وفر دعماً معنوياً وتشجيعاً. أعط البيتيدين والديازيبام وريدياً ببطء (لا تخلطهما في المحقنة نفسها) أو استخدم الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13) .
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية اتقائياً (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
- الأميسلين 2 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً .
- أو السيفازولين 1 غرام وريدياً مع المترونيدازول 50 ميلي غرام وريدياً.
- امسك الحبل السري بملقاط . اسحبه بلطف حتى يوازي الأرض .
- أدخل يداً تلبس قفازاً مطهراً على مستوى عالٍ داخل المهبل وإلى الأعلى .
- داخل الرحم (الشكل الإجراءات - 42).

الشكل الإجراءات - 42 إدخال يد داخل المهبل على طول الحبل

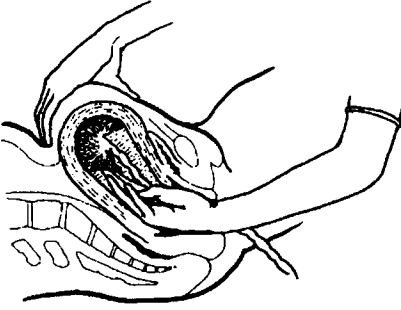


- اترك الحبل، وحرك اليد للأعلى فوق البطن لكي تدعم قاع الرحم ولتوفر جراً مضاداً خلال النزح لتمنع انقلاب الرحم (الشكل الإجراءات - 43، الصفحة الإجراءات - 78).
- ملاحظة: إذا حدث انقلاب الرحم، أعد توضع الرحم (الصفحة الإجراءات - 91).

- حرك أصابع اليد اليمنى للجانب حتى تحدد حافة المشيمة.
- إذا كان الحبل قد انفصل سابقاً: أدخل يداً داخل جوف الرحم واستكشف الجوف كله حتى يتم تحديد خط التشطر بين المشيمة وجدار الرحم.

الشكل الإجراءات - 43

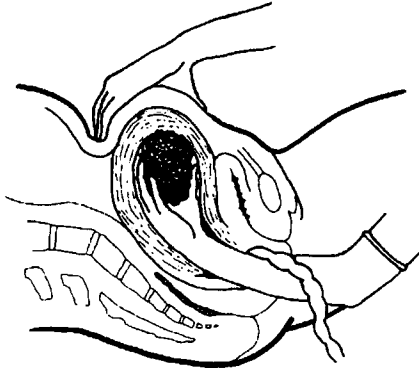
دعم القاع أثناء فصل المشيمة



- افصل المشيمة عن موقع الانغراس بإبقاء الأصابع مع بعض بقوة، وباستخدام حافة اليد لتشكل حيزاً بالتدرج بين المشيمة وجدار الرحم.
- تحرك ببطء حول السرير المشيمي حتى تنفصل المشيمة بكاملها عن جدار الرحم.
- إذا لم تنفصل المشيمة عن السطح الرحمي بالحركة اللطيفة جانباً للأمام على خط التشطر: اشتبه بالمشيمة الملتصقة وياشر فتح البطن مع احتمال استئصال الرحم تحت التام (الصفحة الإجراءات - 103).
- امسك المشيمة واسحب اليد من الرحم ببطء ساحباً المشيمة معها (الشكل الإجراءات - 44).
- استمر باليد الأخرى بتوفير جر مضاد للقاع بدفعه في الاتجاه المعاكس لليد التي بدأت السحب.

سحب اليد من الرحم

الشكل الإجراءات - 44



- جس داخل جوف الرحم لتضمن أن كل النسيج المشيمي قد أزيل.
- أعط 20 وحدة من الأوكسيتوسين في لتر من السوائل الوريدية (المحلول الملحي أو محلول رنجر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة.
- اطلب من مساعد أن يدلك قاع الرحم ليشجع التقلص الرحمي التوتري.
- إذا وجد نزف غزير مستمر: أعط الإرغومتريين 0.2 ميلي غرام عضليا أو البروستاغلاندينات (الجدول الأعراض - 8، الصفحة الأعراض - 28).
- افحص السطح الرحمي من المشيمة لتضمن أنها تامة. إذا فقد أي فص مشيمي أو نسيج مشيمي : استكشف جوف الرحم لإزالته .
- افحص المرأة بعناية وأصلح أي تمزقات في عنق الرحم (الصفحة الأعراض - 81) أو المهبل (الصفحة الأعراض - 83) أو أصلح بضع الفرج (الصفحة الأعراض - 73).

المشكلات

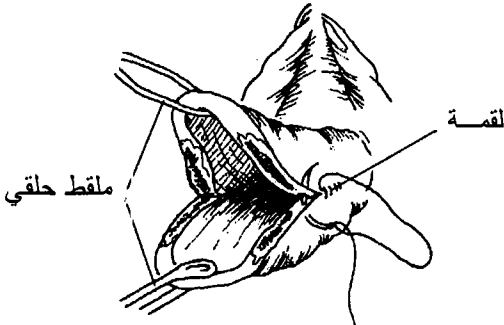
- إذا احتبست المشيمة نتيجة حلقة تقلصية أو إذا مرت ساعات أو أيام على الولادة : من غير الممكن أن تدخل اليد كاملة داخل الرحم. استخرج المشيمة على شكل قطع مستخدما إصبعين أو ملقط البيضة أو مكشطة عريضة.

الرعاية التالية للإجراء

- راقب المرأة مراقبة دقيقة حتى يزول تأثير التهدئة الوريدية.
- راقب العلامات الحيوية (النبض، ضغط الدم، التنفس) كل 30 دقيقة في الساعات 6 التالية أو حتى تستقر الحالة.
- جس قاع الرحم لتضمن أن الرحم ما زال يتقلص.
- تفحص الهلابة المفرطة.
- استمر بتسريب السوائل الوريدية.
- انقل الدم عند الضرورة (الصفحة المبادئ السريرية - 23).

- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وطبق محلولاً مطهراً على المهبل وعنق الرحم (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
 - وفر دعماً معنوياً وتشجيعاً. التخدير غير مطلوب لمعظم تمزقات عنق الرحم. من أجل التمزقات العالية والممتدة: أعط البيتيندين والديازيبام وريدياً ببطء (لا تمزج في نفس المحقنة) أو استخدم الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13).
 - اطلب من مساعد أن يدلك الرحم ليوفر ضغطاً على القاع.
 - اقبض بلطف على عنق الرحم بملقط حلقي أو اسفنجي. طبق الملقط على جانبي التمزق واسحب بلطف باتجاهات مختلفة لتتري عنق الرحم كاملاً. قد يكون هناك تمزقات عديدة.
 - أغلق تمزقات عنق الرحم بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول) مبتدئاً من القمة (الحافة العليا للتمزق) والتي غالباً ما تكون مصدر النزف (الشكل الإجراءات - 45).
 - إذا تمزق قطاع طويل من حافة عنق الرحم : قم بتقويته بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
 - إذا كان الوصول إلى القمة وربطها صعباً: من الممكن مسكها بملقط حلقي أو شرياني. اترك الملقط مكانه 4 ساعات. لا تستمر في محاولة ربط نقاط النزف لأن تلك المحاولات قد تزيد النزف ثم:
 - بعد 4 ساعات : افتح الملقط جزئياً لكن لا تنزعه.
 - بعد 4 ساعات أخرى : انزع الملقط بشكل كامل.
- قد تتطلب الحالة فتح البطن لتصليح تمزق في عنق الرحم امتد عميقاً خلف قبو المهبل.

الشكل الإجراءات - 45 تصليح تمزق في عنق الرحم



هناك أربع درجات من التمزقات يمكن أن تحدث أثناء الولادة:

- تكتنف التمزقات من الدرجة الأولى المخاطية المهبلية والنسيج الضام.
- تكتنف التمزقات من الدرجة الثانية المخاطية المهبلية والنسيج الضام والعضلات المستبطنة.
- تكتنف التمزقات من الدرجة الثالثة كامل مقطع المصرة الشرجية.
- تكتنف التمزقات من الدرجة الرابعة المخاطية المستقيمية.

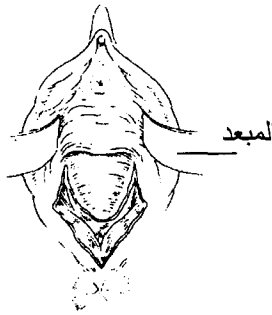
ملاحظة: من الضروري استخدام خيوط ممتصة للغلق. تفضل الخيوط المتعددة الغليكول على الخيوط الجراحية الكرومية لمقاومتها الشد وخصائصها غير المولدة للأرجية والاحتمالية المنخفضة للمضاعفات العدوائية وتعطل (انهيار) بضع الفرج. الخيط الجراحي الكرومي بديل مقبول، لكنه ليس مثالياً.

تصليح التمزقات من الدرجتين الأولى والثانية

- تغلق معظم التمزقات من الدرجة الأولى بشكل تلقائي دون غرز.
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. استخدم إرشاحاً موضعياً بالليغونوكاين (الصفحة المبادئ السريرية - 38). استخدم إحصار العصب الفرجي عند الضرورة (الصفحة الإجراءات - 3).
- اطلب من مساعد أن يلدك الرحم ويوفر ضغطاً على القاع.
- افحص المهبل والعجان وعنق الرحم بعناية (الشكل الإجراءات - 46، الصفحة الإجراءات - 84).
- إذا كان التمزق طويلاً وعميقاً داخل العجان: عاين بدقة لتتأكد أنه لا يوجد تمزق من الدرجة الثالثة أو الرابعة:
 - ضع إصبعاً يرتدي قفازاً في الشرج.
 - ادفع الإصبع بلطف وحدد المصرة.
 - أشعر بتوتر وإحكام المصرة.
- بدل القفاز بقفازات نظيفة مطهرة تطهيراً جيداً.
- إذا كانت المصرة مصابة: راجع القسم الخاص بتصليح التمزقات من الدرجة الثالثة والرابعة (الصفحة الإجراءات - 86).
- إذا لم تكن المصرة مصابة: باشر التصليح.

الشكل الإجراءات - 46

استكشاف تمزق عجاني



- طبق محلولاً مطهراً على الباحة حول التمزق (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- تأكد أنه لا توجد أرجبات تجاه الليغنوكاينين أو الأدوية ذات الصلة.
- ملاحظة: إذا تبين أن هناك حاجة لأكثر من 40 ميلي لتر من محلول الليغنوكاينين للتصليح: أضف الأدرينالين للمحلول (الصفحة المبادئ السريرية - 39).
- أرشح خلف المخاطية المهبلية وخلف جلد العجان عميقاً داخل العضلة العجانية مستخدماً حوالي 10 ميلي لتر من محلول الليغنوكاينين 0.5% (الصفحة الإجراءات - 39).
- ملاحظة: اشطف (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط، انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبداً إن شُفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حدث حقن داخل الوريد.
- في نهاية طاقم الحُقن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكراً لتوفير وقتاً كافياً للتأثير.

- أصلح المخاطية المهبلية باستخدام خياطة متواصلة بخيوط 2-0 (الشكل الإجراءات - 47، الصفحة الإجراءات - 85).
- ابدأ بالتصليح فوق القمة بـ 1 سنتيمتر من التمزق المهبلي. استمر بالخياطة حتى مستوى الفتحة المهبلية.

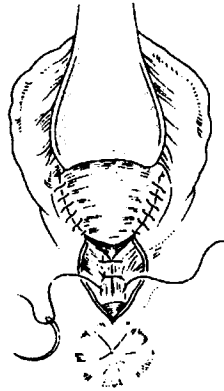
- في الفتحة المهبلية: قرب الحافتين المقطوعتين للفتحة المهبلية.
- انقل الإبرة تحت الفتحة المهبلية وخارجها من خلال الشق ثم اربط.

الشكل الإجراءات - 47 إصلاح المخاطية المهبلية



- أصلح العضلات العجانية باستخدام خياطة 0-2 متقطعة (الشكل الإجراءات - 48). إذا كان التمزق عميقاً: ضع طبقة ثانية من الغرز نفسها لتعلق الحيز.

الشكل الإجراءات - 48 تصليح العضلات العجانية



- أصلح الجلد مستخدماً خياطة متقطعة 0-2 (أو تحت البشرة) مبتدئاً من الفتحة المهبلية (الشكل الإجراءات - 49، الصفحة الإجراءات - 86).
- إذا كان التمزق عميقاً: أنجز فصاً مستقيماً. تأكد من عدم وجود غرز في المستقيم.

الشكل الإجراءات - 49

تصليح الجلد



تصليح تمزقات العجان من الدرجة الثالثة والرابعة

ملاحظة: قد تعاني المرأة من فقد السيطرة على تحركات الأمعاء والغازات إذا لم تصلح المصرة الشرجية المتمزقة بشكل صحيح. وإذا لم يصلح تمزق في المستقيم فقد تعاني المرأة من عدوى وناسور مستقيمي مهلي (مرور البراز من خلال الفرج). أصلح التمزق في غرفة العمليات.

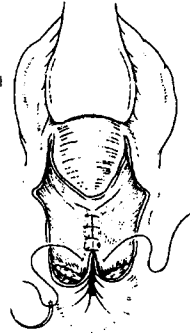
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17).
- وفر دعماً عاطفياً وتشجيعاً. استخدم إحصار العصب الفرجي (الصفحة الإجراءات - 3) أو الكيتامين (الصفحة الإجراءات - 13). يمكن إنجاز التصليح بالتخدير الموضعي إذا كانت كل جواف التمزق مرئية، وهذا نادر، حيث يستخدم الليغنوكاين (انظر سابقاً) والبيتيدين والديازيبام وريدياً ببطء (لا تمزج في نفس المحقنة).
- اطلب من مساعد أن يدلك الرحم ويرفر ضغطاً على القاع.
- افحص المهبل وعنق الرحم والعجان والمستقيم.
- لتعرف فيما إذا كانت المصرة الشرجية متمزقة:
 - ضع إصبعاً يلبس قفازاً في الشرج وارفعه قليلاً.
 - حدد المصرة أو غيابها.
 - تحسس سطح المستقيم وابحث عن أي تمزق بتأنٍ.
- بدل إلى قفازات نظيفة مطهرة على مستوى عالٍ.
- طبق محلولاً مطهراً على التمزق وأزل أي مواد برازية إن وجدت (الصفحة المبادئ السريرية - 22).
- تأكد من عدم وجود أرجيات لليغنوكاين أو الأدوية ذات الصلة.

- أشرح خلف المخاطية المهبلية وخلف جلد العجان وعميقا داخل العضلة العجانية مستخدما حوالي 10 ميلي لتر من محلول الليغنوكاينين 0.5% (الصفحة الإجراءات - 39).
- ملاحظة: اشفط (اسحب المكبس) لتضمن عدم ثقب أي وعاء. إذا رجع الدم في المحقنة بالشفط: انزع الإبرة. أعد فحص الموضع بعناية وحاول ثانية. لا تحقن أبدا إن شفط دم. قد تعاني المرأة من الاختلاجات والموت إذا حدث حقن داخل الوريد.
- في نهاية طاقم الحقن: انتظر دقيقتين ثم اقرص عنق الرحم بالملقط، فإذا شعرت المرأة بالقرصة انتظر دقيقتين أخريين ثم أعد الاختبار.

خدر مبكرا لتوفر وقتا كافيا للتأثير.

- أصلح المستقيم مستخدما خياطة متقطعة 3-0 أو 4-0 بعيدة عن بعضها بمقدار 0.5 سنتيمتر لتأتي بها إلى المخاطية مجتمعة (الشكل الإجراءات - 50).
تذكر: ضع الخيط من خلال العضلية (غير نافذة من خلال المخاطية).
- غط الطبقة العضلية بجلب الطبقة اللفافية مجتمعة بخياطة متقطعة.
- طبق محلولاً مطهرا على المنطقة وبشكل متكرر.

الشكل الإجراءات - 50 غلق الجدار العضلي للمستقيم

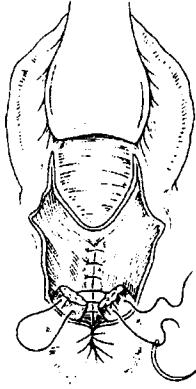


- إذا كانت المصرة متمزقة:
- امسك كل نهاية من المصرة بملقاط أليس (تنكمش المصرة عندما تتمزق)
- المصرة قوية ولن تتمزق عندما تسحب بالملقاط (الشكل الإجراءات - 51، الصفحة الإجراءات - 88).

- أصلح المستقيم. مستخدماً خياطة متقطعة 2-0 بغرزتين أو ثلاث.

خياطة المصرة الشرجية

الشكل الإجراءات - 51



- طبق محلولاً مطهراً على الناحية ثانية.
- افحص الشرج بإصبع يلبس قفازاً لتتأكد من التصليح الصحيح للمستقيم والمصرة، ثم بدل إلى قفازات مطهرة تطهيراً جيداً ونظيفة.
- أصلح المخاطية المهبلية والعضلات العجانية والجلد (الصفحة الإجراءات - 84).

الرعاية التالية للإجراء

- إذا وجد تمزق من الدرجة الرابعة: أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية انتقائياً (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
 - الأمبيسلين 500 ميلي غرام بالفم.
 - مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم.
- تابع عن قرب بحثاً عن علامات على عدوى الجرح.
- تجنب إعطاء الحقن الشرجية أو الفحوص المستقيمية مدة أسبوعين.
- أعط مطرياً للبراز بالفم مدة أسبوع إن أمكن.

تدبير الحالات المهمة

يتلوث التمزق العجاني بالمادة البرازية دائماً. العدوى حتمية إذا تأخر الغلق أكثر من 12 ساعة. يستطب الغلق الأولي الآجل في هذه الحالات.

- في التمزقات من الدرجة الأولى والثانية: اترك الجرح مفتوحاً.
- التمزقات من الدرجة الثالثة والرابعة: أغلق المخاطية المستقيمة ببعض النسيج الداعم وقرب لفافة المصرة الشرجية بـ 2-3 غرز. أغلق العضلة والمخاطية المهبلية وجلد العجان بعد 6 أيام.

المضاعفات

- إذا شوهد ورم دموي: افتح وانزحه. إذا لم توجد علامات على عدوى وتوقف النزف : يمكن إعادة غلق الجرح.
- إذا وجدت علامات على عدوى: افتح الجرح وانزحه. أزل الغرز المصابة بالعدوى ونضر الجرح.
 - إذا كانت العدوى خفيفة: المضادات الحيوية غير ضرورية.
 - إذا كانت العدوى شديدة لكنها لا تكتنف النسيج العميقة: أعط توليفة من المضادات الحيوية (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
 - الأميسيلين 500 ميلي غرام بالفم 4 مرات باليوم لمدة 5 أيام.
 - مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم 3 مرات باليوم لمدة 5 أيام.
 - إذا كانت العدوى عميقة وتكتنف العضلات وتسبب نخرأ (التهاب اللفافة الناخر): أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى يزال النسيج النخري وتصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
 - البنسلين ج 2 مليون وحدة وريدياً كل 6 ساعات
 - مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
 - حالما تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة، أعط:
 - الأميسيلين 500 ميلي غرام بالفم 4 مرات باليوم لمدة 5 أيام؛

- مع المترونيدازول 400 ميلي غرام بالفم 3 مرات باليوم لمدة 5 أيام

ملاحظة: يتطلب التهاب اللفافة الناخر إنضاراً جراحياً واسعاً. أنجز الغلق الثاني خلال 2-4 أسابيع (اعتماداً على زوال العدوى).

- قد ينجم سلس البراز عن قطع المصرّة التام. يستطيع الكثير من النساء أن يحافظن على سيطرتهن على التبرز باستخدام العضلات العجانية الأخرى. عندما يستمر السلس: يجب أن تجرى الجراحة الاستثنائية بعد 3 أشهر أو أكثر من الولادة.
- يتطلب الناسور المستقيمي المهبلي جراحة استثنائية بعد الولادة بثلاثة أشهر أو أكثر.

تصحيح انقلاب الرحم

الإجراءات - 91

- راجع الاستطبابات.
- راجع المبادئ العامة للرعاية (الصفحة المبادئ السريرية - 17) وابدأ تسريباً وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- أعط البيتيندين والديازيبام وريدياً ببطء (لا تمزج في نفس المحقنة). استخدم التخدير العام عند الضرورة.
- نظف الرحم المنقلب جيداً، مستخدماً محلولاً مطهراً.
- طبق ضغطاً على الرحم المنقلب بفوطة رطبة دافئة معقمة حتى تصبح جاهزاً للقيام بالإجراء.

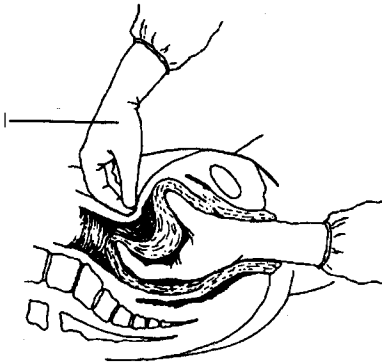
التصحيح اليدوي

- بعد لبس قفازات مطهرة تطهيراً جيداً: امسك الرحم وادفعه خلال عنق الرحم باتجاه السرة إلى موضعه السوي، مستخدماً الأخرى في دعم الرحم (الشكل الإجراءات - 52). إذا كانت المشيمة ما تزال ملتصقة: أنجز النزاع اليدوي بعد التصحيح.

من المهم أن يرجع أولاً جزء الرحم الذي خرج أخيراً (الجزء الأقرب لعنق الرحم).

الشكل الإجراءات - 52 الإرجاع اليدوي للرحم المنقلب

اليد الداعمة



- إذا لم يتم التصحيح: باشر التصحيح الهيدروستاتيكي (الصفحة الإجراءات - 92).

التصحيح الهيدروستاتيكي

- ضع المرأة بوضعية ترندلنبورغ العميقة (اخفض رأسها بحدود 0.5 أمتار تحت مستوى العجان).
- حضّر جهازاً يتضمن وإبلاً مطهراً على مستوى عالٍ مع بزباز كبير وأنبوب طويل (2 متر) وخزان ماء دافئ (3-5 ألتار).
- ملاحظة: يمكن أيضاً إجراء ذلك باستخدام المحلول الملحي المدفأ وجهاز إعطاء وريدي عادي.
- حدد القبو الخلفي. وهذا سهل في الانقلاب الجزئي عندما لا يزال الرحم المنقلب في المهبل. في الحالات الأخرى، يتم التعرف على القبو الخلفي عندما يصبح المهبل المغضن مهبلأً أملس.
- ضع بزباز الوابل في القبو الخلفي.
- في نفس الوقت - وباليد الأخرى - أمسك الشفرين مغلقين فسوق البزباز، واستخدم الذراع لدعم البزباز.
- اطلب من مساعد أن يبدأ الوابل بضغط كامل (ارفع خزان الماء إلى مترين على الأقل). سيمدد الماء القبو الخلفي للمهبل تدريجياً وبذلك يتمطط، وهذا بسبب زيادة حوافي الفوهة، ويخفف تقلص عنق الرحم ويؤدي إلى تصحيح الانقلاب.

التصحيح اليدوي تحت التخدير العام

- إذا لم ينجح التصحيح الهيدروستاتيكي: حاول تصحيح الوضعة يدوياً تحت التخدير العام مستخدماً الهالوثان. يوصى بالهالوثان لأنه يرخي الرحم.
- امسك الرحم المنقلب وادفعه خلال عنق الرحم باتجاه السرة إلى وضعه التشريحي السوي (الشكل الإجراءات - 52، الصفحة الإجراءات - 91). إذا كانت المشيمة ما تزال ملتصقة: أنجز النزاع اليدوي بعد التصحيح.

التصحيح البطني المهبلي المشترك

- قد تتطلب الحالة التصحيح البطني المهبلي تحت التخدير العام إذا فشلت الإجراءات السابقة.
- راجع الاستنظابات.
- راجع مبادئ الرعاية الجراحية (الصفحة المبادئ السريرية - 47).
- افتح البطن:

- قم بإجراء شق عمودي على الخط الناصف تحت السرة إلى شعر العانة من الجلد إلى مستوى اللفافة.
- قم بإجراء شق عمودي 2-3 سنتيمتر في اللفافة.
- امسك حافة اللفافة بالملقط وطول الشق للأعلى والأسفل مستخدماً مقصاً.
- استخدم الأصابع أو المقص لتفصل العضلات المستقيمة (عضلات جدار البطن).
- استخدم الأصابع أو المقص لتعمل فوهة في الصفاق قرب السرة. استخدم المقص لتطول الشق للأعلى وللأسفل. استخدم المقص - بحذر لتتجنب إصابة المثانة - لتفصل الطبقات وتفتح الجزء السفلي من الصفاق.
- ضع مبعادا للمثانة فوق العظم العاني وضع مباعيد بطنية ذاتية التثبيت.
- وسع حلقة عنق الرحم المتضيقه بالإصبع.
- ضع خطافاً خلال حلقة عنق الرحم وامسك القاع المنقلب.
- طبق جرا مستمراً خفيفاً على القاع بينما يحاول مساعد التصحيح اليدوي عبر المهبل.
- إذا فشل الجر: شق حلقة عنق الرحم المتضيقه خلفياً (حيث احتمال أن يصيب الشق المثانة أو الأوعية الرحمية قليل) وأعد التوسيع الإصبعي وخطوات الجر والخطاف.
- إذا نجح التصحيح: أغلق البطن:
- تأكد أنه لا يوجد نزف. استخدم إسفنجة لإزالة أي جلطات داخل البطن.
- أغلق اللفافة بخياطة متواصلة بخيوط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
- ملاحظة: لا حاجة لغلق صفاق المثانة أو صفاق البطن.
- إذا وجدت علامات على عدوى: دك النسيج تحت الجلد بشاش وقم بخياطة رخوة بخيوط جراحي 0 (أو متعدد الغليكول). أغلق الجلد بغلق أجل بعد زوال العدوى.
- إذا لم توجد علامات على عدوى: أغلق الجلد بخياطة تتجديده عمودية بنيلون 0-3 (أو حرير) وطبق ضماداً معقماً.

الرعاية التالية للإجراء

- حالما يصحح الانقلاب، سرب 20 وحدة من الأوكسيتوسين في 500 ميلي لتر من السوائل الوريدية (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) بمعدل 10 قطرات في الدقيقة.
- إذا اشتبه بنزف: زد معدل التسريب إلى 60 قطرة في الدقيقة.
- إذا لم يتقلص الرحم بعد الأوكسيتوسين: أعط الإرغومترين 0.2 ميلي غرام أو البروستاغلاندينات (الجدول الأعراض - 8، الصفحة الأعراض - 28).
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية اتقائياً بعد تصحيح الرحم المنقلب (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً.
- أو السيفازولين 1 غرام وريدياً مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً.
- إذا استخدم التصحيح البطني المشترك: انظر مبادئ الرعاية التالية للجراحة (الصفحة المبادئ السريرية - 52).
- إذا وجدت علامات على عدوى أو لدى المرأة حمى حالياً: أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تصبح خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية - 35)
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- أعط الأدوية المسكنة المناسبة (الصفحة المبادئ السريرية - 37).

- راجع الاستطبابات.
- راجع مبادئ الرعاية الجراحية (الصفحة المبادئ السريرية - 47) وابدأ تسريباً وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية اتقائياً:
 - الأمبيسلين 2 غرام وريدياً.
 - أو السيفالوزين 1 غرام وريدياً.
- افتح البطن:
 - قم بإجراء شق عمودي على الخط الناصف تحت السرة إلى شق العانة من خلال الجلد إلى مستوى اللفافة.
 - قم بإجراء شق عمودي 2-3 سنتيمتر في اللفافة.
 - امسك حافة اللفافة بالمقطن وطول الشق للأعلى والأسفل مستخدماً مقصاً.
 - استخدم الأصابع أو المقص لتفصل العضلات المستقيمة (عضلات جدار البطن).
 - استخدم الأصابع أو المقص لتعمل فوهة في الصفاق قرب السرة. استخدم المقص لتطول الشق للأعلى وللأسفل لترى الرحم كاملاً. استخدم المقص - بحذر لتجنب إصابة المثانة - لتفصل الطبقات وتفتح الجزء السفلي من الصفاق.
 - افحص البطن والرحم لتحديد موقع التمزق وتزليل الجلطات.
 - ضع مبعداً للمثانة فوق العظم العاني، ومباعيد بطنية ذاتية التثبيت.
- استخرج الطفل والمشيمة.
- سرب 20 وحدة من الأوكسيتوسين في لتر من السوائل الوريدية (المحلول الملحي أو محلول رنغر اللاكتاتي) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة حتى يتقلص الرحم، ثم أنقصها إلى 20 قطرة في الدقيقة.
- ارفع الرحم خارج الحوض لكي تلاحظ امتداد الإصابة.
- افحص الرحم من الأمام والخلف.
- امسك الحواف النازفة من الرحم بملقاط غرين أرميتاج (أو بملقط حلقي).
- افصل المثانة عن القطعة السفلية من الرحم بالتسليخ الحاد أو الكلبل إذا كانت المثانة متدبة على الرحم، استعمل مقصاً دقيقاً.

التمزق في عنق الرحم والمهبل

- إذا كان الرحم متمزقاً في عنق الرحم والمهبل: حرك المثانة إلى أسفل التمزق بـ 2 سنتيمتر على الأقل.
- ضع غرزة – إن أمكن – تحت الحافة العليا لتمزق عنق الرحم بـ 1 سنتيمتر وحافظ على الجر على الغرزة لتجلب الحافة السفلية للتمزق تحت الرؤية أثناء إجراء التصليح.

التمزق وحشياً في الشريان الرحمي

- إذا امتد التمزق وحشياً ليصيب أحد الشريانين الرحميين أو كليهما: اربط الشريان المصاب.
- حدد الشريانين والحالب قبل ربط الأوعية الرحمية (الشكل الإجراءات – 53، الصفحة الإجراءات – 100).

التمزق مع ورم دموي في الرباط العريض

- إذا شكل التمزق ورمماً دمويّاً في الرباط العريض (الشكل الأعراض – 2، الصفحة الأعراض – 20): القط واقطع واربط الرباط المدور.
- افتح الورقة الأمامية من الرباط العريض.
- انزع الورم الدموي يدوياً، عند الضرورة.
- عاين المنطقة بدقة بحثاً عن إصابة الشريان الرحمي أو فروعه. اربط أي أوعية نازفة.

تصليح تمزق الرحم

- أصلح التمزق بغرزة مقفلة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول). إذا لم تتم السيطرة على النزف أو إذا كان التمزق خلال شق عمودي أو تقليدي سابق: ضع طبقة ثانية من الخياطة.

تأكد أنه تم تحديد الحالب وكشفه لتجنب شمله بغرزة.

- إذا طلبت المرأة ربط البوق: أنجز الإجراءات فسي نفس الوقت (الصفحة الإجراءات – 51).

- إذا كان التمزق ممتداً جداً لأن يصلح: باشر استئصال الرحم (الصفحة الإجراءات - 103).
- سيطر على النزف باللقط بملقط شرياني طويل واربط. إذا كانت نقاط النزف عميقة: استخدم خياطة شبيهة بالثمانية.
- ضع منزحاً بطنياً (الصفحة المبادئ السريرية - 51).
- تأكد أنه لا يوجد نزف، أزل الجلطات باستخدام إسفنجة.
- في كل الحالات: ابحث عن إصابة المثانة. إذا حددت إصابة في المثانة: أصلح الإصابة (انظر لاحقاً).
- أغلق اللقافة بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول). ملاحظة: لا حاجة لغلق صفاق المثانة والصفاق البطني.
- إذا وجدت علامات على عدوى: فك النسيج تحت الجلد بشاش وضع خياطة رخوة بخيط جراحي كرومي (أو متعدد الغليكول). أغلق الجلد بغلق آجل بعد زوال العدوى.
- إذا لم توجد علامات على عدوى: أغلق الجلد بخياطة تتجدية عمودية بخيط نيلون 3-0 (أو الحرير) وطبق ضماداً عقيماً.

تصليح إصابة المثانة

- حدد امتداد الإصابة بمسك حافتي التمزق بملقط ومططه بلطف. حدد إذا كانت الإصابة قريبة من المثث المثاني (الحاليين والإحليل).
- سلخ المثانة من القطعة الرحمية السفلية بمقص دقيق أو بإسفنجة موضوعة على ملقاط.
- حرر دائرة 2 سنتيمتر من نسيج المثانة المحيط بالتمزق.
- أصلح التمزق على طبقتين بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 3-0 (أو متعدد الغليكول):
- خيط مخاطية المثانة (الطبقة الداخلية الرقيقة) وعضلة المثانة (الطبقة الخارجية).
- اقلب (اطو) الطبقة الخارجية فوق الطبقة الأولى من الخياطة وضع طبقة أخرى من الخياطة.
- تأكد أن الغرز لا تدخل منطقة المثث.
- اختبر التمزق بحثاً عن التسربات:
- املاً المثانة بمحلول ملحي أو ماء معقم من خلال القثطار.

- إذا ظهرت تسربات: انزع الخياطة، أصلح واختبر مرة ثانية.
- إذا لم تكن متأكدًا من أن التصليح جيد وبمعزل عن الحالين والإحليل: أكمل التصليح وأحل المرأة إلى مرفق ذي مستوى رعاية أعلى من أجل تصوير الحويضة الوريدي.
- أبق قطار المثانة في مكانه مدة 7 أيام على الأقل حتى يصبح البول رائقًا.
- استمر بإعطاء السوائل الوريدية لتضمن غسل المثانة.

الرعاية التالية للإجراء

- راجع مبادئ الرعاية التالية للجراحة (الصفحة المبادئ السريرية – 52).
- إذا وجدت علامات على عدوى أو أصيبت المرأة بحمى حديثاً: أعط توليفسة من المضادات الحيوية حتى تصبح المرأة خالية من الحمى مدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- أعط الأدوية المسكنة المناسبة (الصفحة المبادئ السريرية – 37).
- إذا لم توجد علامات على عدوى: انزع المنزح البطني بعد 48 ساعة.
- وفر خدمات صحية أخرى إن أمكن (الصفحة الأعراض – 13).
- إذا لم ينجز ربط البوقين بعد: اقترح تنظيم الأسرة (الجدول الأعراض – 3، الصفحة الأعراض – 13). إذا كانت المرأة ترغب بمزيد من الأطفال: انصحها بأن تجري قيصرية انتخابية في الحمل القادمة.

يفضل مناقشة خيار منع الحمل مع المرأة بعد زوال الحالة الطارئة بسبب زيادة اختطار التمزق في الحمل التالية.

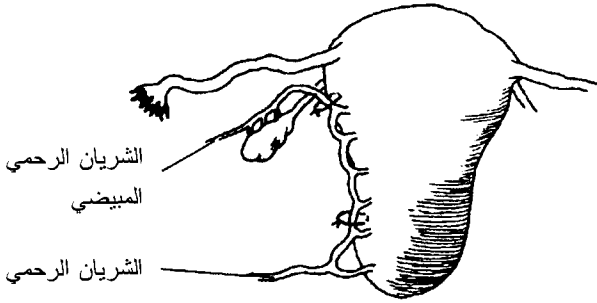
ربط الشريان الرحمي والرحمي المبيضي

الإجراءات - 99

- راجع الاستطبايات.
- راجع مبادئ الرعاية الجراحية (الصفحة المبادئ السريرية - 47) وابدأ تسريباً وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية لتقائياً (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
 - الأمبسلين 2 غرام وريدياً.
 - أو السيفالوزين 1 غرام وريدياً.
- أفتح البطن:
 - قم بإجراء شق عمودي على الخط الناصف تحت السرة إلى شعر العانة خلال الجلد وإلى مستوى اللقافة.
 - قم بإجراء شق عمودي 2-3 سنتيمتر في اللقافة.
 - امسك حافة اللقافة بالمقسط وطول الشق للأعلى والأسفل مستخدماً مقصاً.
 - استخدم الأصابع أو المقص لتفصل العضلات المستقيمة (عضلات جدار البطن).
 - استخدم الأصابع أو المقص لتعمل فوهة في الصفاق قرب السرة. استخدم المقص لتطول الشق للأعلى وللأسفل لترى الرحم كاملاً. استخدم المقص - بحذر لتجنب إصابة المثانة - لتفصل الطبقات وتفتح الجزء السفلي من الصفاق.
 - ضع مبعداً للمثانة فوق العظم العاني، ومباعيد بطنية ذاتية التثبيت.
- اسحب الرحم لتكشف الجزء السفلي من الرباط العريض .
- ابحث عن نبضات الشريان الرحمي قرب موصل الرحم وعنق الرحم.
- مرر إيبرة حول الشريان - باستخدام خيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول) على إيبرة كبيرة - ثم خلال عضلة الرحم (2-3 من عضلة الرحم) على المستوى الذي سيجرى فيه الشق المستعرض للقطعة السفلية للرحم. اربط الخيط بقوة.
- ضع العرز قرب الرحم قدر الإمكان، حيث أن الحالب موجود وحشي الشريان الرحمي بـ 1 سنتيمتر فقط عادة.
- أعد في الطرف الآخر.
- إذا تمزق الشريان: القط النهايات النازفة واربطها.
- اربط الشريان الرحمي المبيضي تحت النقطة التي يصل الرباط المبيضي المعلق بالرحم (الشكل الإجراءات - 53).

- أعد الخطوات السابقة في الجانب الآخر.
- راقب تحسباً لاستمرار النزف أو تشكل ورم دموي.

الشكل الإجراءات - 53 مواقع ربط الشريان الرحمي والشريان الرحمي المبيضي



- أغلق البطن:
- تأكد من عدم وجود نزف. أزل الجلطات مستخدماً إسفنجة.
- افحص بعناية بحثاً عن إصابات في المثانة وأصلح أي منها إن وجد (الصفحة الإجراءات - 97).
- أغلق اللقافة بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
- ملاحظة: لا حاجة لغلق صفاق المثانة أو الصفاق البطني.
- إذا وجدت علامات على عدوى: دك النسيج تحت الجلد بشاش وضع خياطة رخوة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول). أغلق الجلد بغلق آجل بعد زوال العدوى.
- إذا لم توجد علامات على عدوى: أغلق الجلد بخياطة تنجيدية عمودية بخيط نيلون 0-3 (أو الحرير) وطبق ضماداً عقيماً.

الرعاية التالية للإجراء

- راجع مبادئ الرعاية التالية للجراحة (الصفحة المبادئ السريرية - 52).
- إذا وجدت علامات على عدوى أو أصيبت المرأة بحمي حديثاً: أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى زوال الحمى لمدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية - 35):
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات .
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام / كيلو غرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.

- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات .
- أعط الأدوية المسكنة المناسبة (الصفحة المبادئ السريرية – 37).
- إذا لم توجد علامات على عدوى : انزع المنزح البطني بعد 48 ساعة.
- وفر خدمات صحية أخرى إن أمكن (الصفحة الأعراض – 13).

يمكن أن يكون استئصال الرحم التالي للولادة تحت التام ما لم يكتشف (يصب) عنق الرحم والقطعة السفلية من الرحم. وقد يكون استئصال الرحم التام ضرورياً في حال وجود تمزق في القطعة السفلية يمتد داخل عنق الرحم أو نزف بعد مشيمة منزاحة.

- راجع الاستطابات.
- راجع مبادئ الرعاية الجراحية (الصفحة المبادئ السريرية - 47) وابدأ تسريباً وريدياً (الصفحة المبادئ السريرية - 21).
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية اتقائياً (الصفحة المبادئ السريرية - 35):

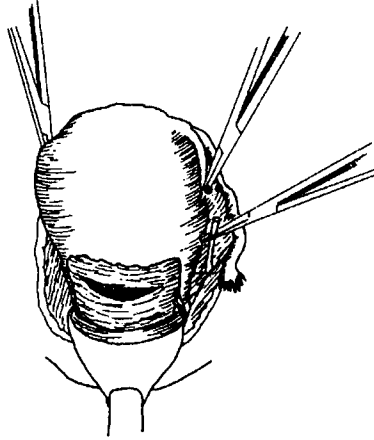
- الأمبيسلين 2 غرام وريدياً.
- أو السيفازولين 1 غرام وريدياً.
- إذا وجد نزف لا يمكن السيطرة عليه بعد الولادة المهبلية: احفظ في ذهنك أن السرعة ضرورية. لفتح البطن:
- قم بإجراء شق عمودي على الخط الناصف تحت السرة إلى شعر العانة خلال الجلد وإلى مستوى اللقافة.
- قم بإجراء شق عمودي 2-3 سنتيمتر في اللقافة.
- امسك حافة اللقافة بالملقط وطول الشق للأعلى والأسفل مستخدماً مقصاً.
- استخدم الأصابع أو المقص لتفصل العضلات المستقيمة (عضلات جدار البطن).
- استخدم الأصابع أو المقص لتعمل فوهة في الصفاق قرب السرة. استخدم المقص لتطول الشق للأعلى وللأسفل لترى الرحم كاملاً. استخدم المقص - بحذر لتجنب إصابة المثانة - لتفصل الطبقات وتفتح الجزء السفلي من الصفاق.
- ضع مبعداً للمثانة فوق العظم العاني، ومباعيد بطنية ذاتية التثبيت.
- إذا تمت الولادة بقيصرية: امسك جانبي النزف على طول الجرح.
- إذا كان هناك نزيف حاد اطلب من مساعد أن يضغط بأصابعه فوق الأبهر أسفل البطن، وهذا سوف ينقص النزف داخل الصفاق.
- وسع الشق الجلدي، عند الضرورة.

استئصال الرحم تحت التام (استئصال الرحم فوق عنق الرحم)

- أخرج الرحم خارج البطن واسحبه بلطف للمحافظة على الجر .
- القط واقطع – بشكل مزدوج – الأربطة المدورة بمقص (الشكل الإجراءات – 54). القط واقطع العنقيّات (السوّيقَات)، احرص على أن تربط بعدد حماية الشرايين الرحمية لتوفر الوقت.

تقسيم الأربطة المدورة

الشكل الإجراءات – 54

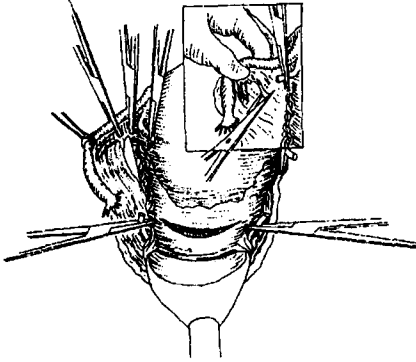


- افتح الورقة الامامية من الرباط من حافة الرباط المدور المقطوعة. قم بإجراء شق إلى:
- النقطة التي ينعكس فيها صفاق المثانة داخل السطح السفلي للرحم على الخط الناصف، أو:
- الصفاق المشقوق في قيصرية .
- استخدم إصبعين لتدفع الورقة الخلفية من الرباط العريض للأمام، تحت البوق والمبيض مباشرة، وقرب الحافة الرحمية. قم بإحداث ثقب بحجم إصبع في الرباط العريض مستخدماً مقصاً. القط واقطع بشكل مزدوج البوق من الرباط المبيضي والرباط المبيضي العريض من خلال الثقب في الرباط العريض (الشكل الإجراءات – 55، الصفحة الإجراءات – 105).

الحالبان قريبان من الأوعية الرحمية. يجب أن يحدد الحالب ويكشف لتجنب إصابته خلال الجراحة أو اشتماله ضمن غرزة.

الشكل الإجراءات - 55

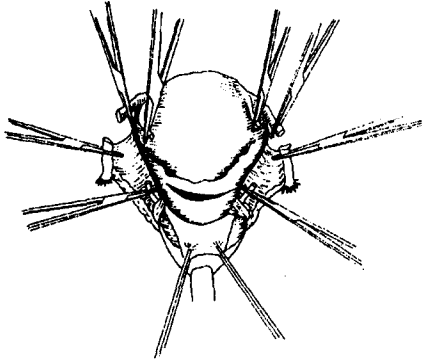
تقسيم البوق والأربطة المبيضية



- قسم الوريقة الخلفية للرباط العريض لأسفل باتجاه الأربطة الرحمية العجزية مستخدماً مقصاً.
- اقبض على حافة سديلة المثانة بملقط أو ملقاط صغير . سلخ المثانة للأسفل وبعيداً عن الرباط الرحمي السفلي مستخدماً الأصابع أو مقصاً . وجه الضغط للأسفل وللداخل باتجاه عنق الرحم والقطعة السفلية من الرحم .
- حدد موضع الشريان الرحمي والوريد الرحمي على جانبي الرحم . اشعر بموصل الرحم وعنق الرحم .
- القط بشكل مزدوج وعبر الأوعية الرحمية وبزاوية 90 ° في كل جانب من عنق الرحم . اقطع ثم اربط بشكل مزدوج بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول) (الشكل الإجراءات - 56) .

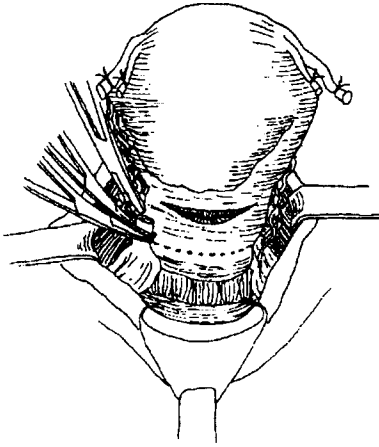
تقسيم الأوعية الرحمية

الشكل الإجراءات - 56



- راقب بدقة بحثاً عن أي نزف لاحق. يجب أن يتوقف النزف إذا ربطت الشرايين الرحمية بشكل صحيح وأن يبدو الرحم شاحباً.
- عد إلى العنق الملقوطة في الأربطة المدورة والأربطة البوقية المبيضية واربطها بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
- ابتر الرحم فوق المستوى الذي ربطت فيه الشرايين الرحمية مستخدماً مقصاً (الشكل الإجراءات – 57).

الشكل الإجراءات – 57 خط (مستوى) البتر



- أغلق جدعة عنق الرحم بخياطة منقطعة بخيط جراحي 0-2 أو 0-3 كرومي (أو متعدد الغليكول).
- عاين، وبدقة، جدعة عنق الرحم، ووريقات الرباط العريض، وبنية قاع الرحم الأخرى بحثاً عن أي نزف.
- إذا ظهر نزف خفيف أو اشتبه باضطراب في التجلط: ضع منزحاً خلال جدار البطن (الصفحة المبادئ السريرية – 51) ولا تضع منزحاً خلال جدعة عنق الرحم لأن هذا قد يسبب العدوى التالية للجراحة.
- تأكد من عدم وجود نزف، أزل الجلطات بإسفنجة.
- في كل الحالات: ابحث عن إصابات المثانة. إذا وجدت إصابة في المثانة: أصلح الإصابة (الصفحة الإجراءات – 97).
- أغلق اللفافة بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول). ملاحظة: لا داعي لغلق صفاق المثانة أو الصفاق البطني.

- إذا وجدت علامات على عدوى : دك النسيج تحت الجلد بشاش وضع خياطة رخوة بخيط جراحي 0 (أو متعدد الغليكول). أغلق الجلد بغلق آجل بعد زوال العدوى.
- إذا لم توجد علامات على عدوى: أغلق الجلد بخياطة تنجيدية عمودية بنيلون 0-3 (أو الحرير) وطبق ضماداً معقماً.

استئصال الرحم الكامل

هناك حاجة للخطوات الإضافية التالية لاستئصال الرحم الكامل:

- ادفع المثانة للأسفل لتحرر 2 سنتيمتر من قمة المهبل.
- افتح الورقة الخلفية من الرباط العريض.
- القط واربط واقطع الأربطة الرحمية العجزية.
- القط واربط واقطع الأربطة الرئيسية والتي تحتوي الفروع النازلة من الأوعية الرحمية. وهذه خطوة مهمة في العملية.
- اقبض على الرباط بشكل عمودي بملقاط كبير الأسنان (مثل كوخر).
- ضع الملقاط وحشي عنق الرحم بـ 5 ميلي متر واقطع الرباط قريباً من عنق الرحم، تاركاً جدعة إلى الأنسي للملقاط من أجل المأمونية.
- إذا كان العنق طويلاً: أعد الخطوة مرتين أو ثلاث حسب الحاجة.
- يجب أن تكون الـ 2 سنتيمتر العلوية من المهبل حرة من الارتباطات.
- اقطع حوافي المهبل قريباً من عنق الرحم قدر الإمكان، القط نقاط النزف عندما تظهر.
- ضع خياطة زاوية مرقنة، والتي تتضمن الأربطة المدورة والرئيسية والرحمية العجزية.
- ضع خياطة متواصلة على كفة المهبل لتوقف النزف.
- أغلق البطن (كما في الأعلى) بعد وضع منزح في الحيز خارج الصفاق قريباً من جدعة عنق الرحم (الصفحة المبادئ السريرية – 51).

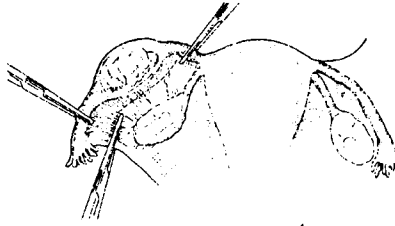
الرعاية التالية للإجراء

- راجع مبادئ الرعاية التالية للجراحة (الصفحة المبادئ السريرية – 52).
- إذا وجدت علامات على عدوى أو أصيبت المرأة بحمى حديثاً: أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تصبح المرأة خالية من الحمى لمدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
 - الأمبيسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
 - مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
 - مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- أعط الأدوية المسكنة المناسبة (الصفحة المبادئ السريرية – 37) .
- إذا لم توجد علامات على عدوى: انزع المنزح البطني بعد 48 ساعة.
- وفر خدمات صحية أخرى إن أمكن (الصفحة الأعراض – 13) .

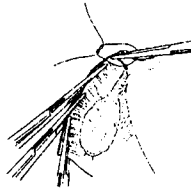
- راجع الاستطبابات.
- راجع مبادئ الرعاية الجراحية (الصفحة المبادئ السريرية – 47) وابدأ تسريباً وردياً (الصفحة المبادئ السريرية – 21).
- أعط جرعة مفردة من المضادات الحيوية تقائياً (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
 - الأميسيلين 2 غرام وردياً.
 - أو السيفازولين 1 غرام وردياً.
- افتح البطن:
 - قم بإجراء شق عمودي على الخط الناصف تحت السرة إلى شعر العانة خلال الجلد وإلى مستوى اللفافة.
 - قم بإجراء شق عمودي 2-3 سنتيمتر في اللفافة.
 - امسك حافة اللفافة بالملقط وطول الشق للأعلى والأسفل مستخدماً مقصاً.
 - استخدم الأصابع أو المقص لتفصل العضلات المستقيمة (عضلات جدار البطن).
 - استخدم الأصابع أو المقص لتعمل فوهة في الصفاق قرب السرة. استخدم المقص لتطول الشق للأعلى وللأسفل لترى الرحم كاملاً. استخدم المقص – بحذر لتجنب إصابة المثانة – لتفصل الطبقات وتفتح الجزء السفلي من الصفاق.
 - ضع مبعداً للمثانة فوق العظم العاني، ومباعيد بطنية ذاتية التثبيت.
- حدد البوق الذي فيه الحمل المنتبذ ومبيضه واجعلهما تحت العيان.
- طبق ملقطاً للجر (مثل بابكوك) لزيادة الكشف والقط مسراق البوق لتوقف النزف.
- اشفط الدم من أسفل البطن وأزل الجلطات الدموية.
- ضع شاشاً مرطباً بمحلول ملحي دافئ لتبعد الأمعاء والتراب من ساحة العملية.
- قسم مسراق البوق باستخدام سلسلة من الملاقيط (الشكل الإجراءات – 58 أ – ج، الصفحة الإجراءات – 110)، طبق كل ملقاط قريباً للبوقين لتحاظ على الجملة الوعائية المبيضية.
- اتقّب واربط مسراق البوق المقسم بخيط جراحي كرومي 2-0 (أو متعدد الغليكول) قبل رفع الملاقيط.
- ضع غرزة دائية حول البوق عند نهايته البرزخية وشق البوق.

الشكل الإجراءات - 58

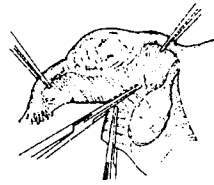
لقط مسراق البوق وتقسيمها وقطعها



أ . لقط مسراق البوق



ج . وضع غرزة دائية حول البوق



ب . تقسيم مسراق البوق

• أغلق البطن:

- تأكد من عدم وجود نزف. أزل الجلطات مستخدماً إسفنجة.
- افحص في كل الحالات بحثاً عن إصابات في المثانة وأصلح أي منها إن وجد (الصفحة الإجراءات - 97) .
- أغلق اللفافة بخياطة متواصلة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول).
- ملاحظة: لا حاجة لغلق صفاق المثانة أو الصفاق البطني.
- إذا وجدت علامات على عدوى: ذك النسيج تحت الجلد بششاش وضع خياطة رخوة بخيط جراحي كرومي 0 (أو متعدد الغليكول). أغلق الجلد بغلق آجل بعد زوال العدوى.
- إذا لم توجد علامات على عدوى : أغلق الجلد بخياطة تجديدية عمودية بنيلون 0-3 (أو الحرير) وطبق ضماداً عقيماً.

فغر البوق

نادراً – وعند وجود ضرر قليل في البوق – يمكن إزالة الكيس الحملية والمحافظة على البوق. يجب أن يجرى هذا فقط في الحالات التي يكون فيها الحفاظ على الخصوبة مهم جداً للمرأة، حيث أنها تحت اختطار حمل منتبذ آخر.

- افتح البطن واكشف المبيض والبوق المناسبين (الصفحة الإجراءات – 109).
- طبق ملقطاً للجر (مثلاً بابكوك) على أي جانب من الحمل البوقي غير المتمزق وارفعه للعيان.
- استخدم مشروطاً لتجري شقاً خطياً خلال المصلية على الجانب المقابل للمسراق وعلى طول محور البوق، لكن لا تقطع الكيس الحملية.
- استخدم ممسك المشروط لتزلق الكيس الحملية خارج البوق.
- اربط النقاط النازفة.
- أعد المبيض والبوق إلى جوف الحوض.
- أغلق البطن (الصفحة الإجراءات – 110).

الرعاية التالية للإجراء

- راجع مبادئ الرعاية التالية للجراحة (الصفحة المبادئ السريرية – 52).
- إذا وجدت علامات على عدوى أو أصيبت المرأة بحمى حديثة: أعط توليفة من المضادات الحيوية حتى تصبح المرأة خالية من الحمى لمدة 48 ساعة (الصفحة المبادئ السريرية – 35):
- الأميسلين 2 غرام وريدياً كل 6 ساعات.
- مع الجنتاميسين 5 ميلي غرام/ كيلوغرام من وزن الجسم وريدياً كل 24 ساعة.
- مع المترونيدازول 500 ميلي غرام وريدياً كل 8 ساعات.
- أعط الأدوية المسكنة المناسبة (الصفحة المبادئ السريرية – 37).
- وفر خدمات صحية أخرى إن أمكن (الصفحة الأعراض – 13).
- إذا كان فغر البوق قد أنجز: ابلغ المرأة باختطار حدوث حمل منتبذ آخر واعررض تنظيم الأسرة (الجدول الأعراض – 3، الصفحة الأعراض – 13).

القسم الرابع

الملحق

الأدوية الضرورية لتدبير المضاعفات في الحمل والولادة الملحق -1

ANTIBIOTICS

Amoxicillin
Ampicillin
Benzathine penicillin
Benzyl penicillin
Cefazolin
Ceftriaxone
Cloxacillin
Erythromycin
Gentamicin
Kanamycin
Metronidazole
Nitrofurantoin
Penicillin G
Procaine penicillin G
Trimethoprim/Sulfamethoxazole

المضادات الحيوية

الأموكسيسيلين
الأمبيسلين
بنزاثين البنسلين
بنزيل البنسلين
السيفالوزين
السيفترياكسون
الكلوكساسيلين
الإريثروميسين
الجنتاميسين
الكاناميسين
المترونيدازول
النتروفورانتوين
البنسلين ج
بروكاين البنسلين ج
التريميثوبريم/ السلفاميثوكسازول

STEROIDS

Betamethasone
Dexamethasone
Hydrocortisone

الستيرويدات

البيتاميثازون
الديكساميثازون
الهيدروكورتيزون

DRUGS USED IN EMERGENCIES

Adrenaline
Aminophylline
Atropine sulfate

أدوية الطوارئ

الأدرينالين
الأمينوفيلين
سلفات الأتروبين

Calcium gluconate	غلوكونات الكالسيوم
Digoxin	الديجوكسين
Diphenhydramine	الديفينهيدرامين
Ephedrine	الإيفدرين
Frusemide	الفروسميد
Naloxone	النالكسون
Nitroglycerine	النيتروجليسرين
Prednisone	البريدنيزون
Prednisolone	البريدنيزولون
Promethazine	البروميثازين

IV FLUIDS**السوائل الوريدية**

Dextrose 10%	الدكستروز 10%
Glucose (5%, 10%, 50%)	الغلوكوز (5-10-50%)
Normal saline	الملحي النظامي
Ringer's lactate	رنجر اللاكتاتي

ANTICONVULSANTS**مضادات الاختلاج**

Diazepam	الديازيبام
Magnesium sulfate	سلفات المغنزيوم
Phenytoin	الفينيتوين

ANTIHYPERTENSIVES**مضادات فرط ضغط الدم**

Hydralazine	الهيدرالازين
Labetolol	اللابيتولول
Nifedipine	النيفيديبين

OXYTOCICS

معجلات الولادة

15-methyl prostaglandin F_{2α}

15 ميثيل بروستاغلاندين ف 2 ألفا

Ergometrine

الإرغومتريين

Methylethergometrine

ميثيل إرغومتريين

Misoprostol

میزوبروستول

Oxytocin

الأوكسيتوسين

Prostaglandin E₂

البروستاغلاندين E₂

ANAESTHETICS

أدوية التخدير

Halothane

الهالوثان

Ketamine

الكيتامين

Lignocaine 2% or 1%

الليغوكاينين 2 أو 1%

ANALGESICS

المسكنات

Indomethacin

الإندوميثاسين

Morphine

المورفين

Paracetamol

الباراسيتامول

Pethidine

البيثيديين

SEDATIVES

المهدئات

Diazepam

الديازيبام

Phenobarbitone

الفينوباربيتون

ANTIMALARIAL

مضادات الملاريا

Artemether

الأرتيميثير

Artesunate

الأرتيسينات

Chloroquine	الكلوروكين
Clindamycin	الكلنداميسين
Mefloquine	الميفلوكين
Quinidine	الكينين
Quinine dihydrochloride	ثنائي هيدروكلوريد الكينين
Quinine sulfate	سلفات الكينين
Sulfadoxine/Pyrimethamine	سلفادوكسين/ بيريميثامين

TOCOLYTICS**مخففات الطلق**

Indomethacin	الإندوميثاسين
Nifedipine	النيفيديبين
Ritodrine	الريتودرين
Salbutamol	السالبوتامول
Terbutaline	التربوتالين

OTHER**أدوية أخرى**

Anti-tetanus serum	المصل المضاد للكزاز
Ferrous fumerate	فومورات الحديدوز
Ferrous sulfate	سلفات الحديدوز
Folic acid	حمض الفوليك
Heparin	الهيبارين
Magnesium trisilicate	مغنزيوم تراسيليكات
Sodium citrate	سترات الصوديوم
Tetanus antitoxin	ذوفان الكزاز
Tetanus toxoid	تسمم الكزاز
Vitamin K	فيتامين K

إن التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة هو استراتيجية لتحسين إتاحة الرعاية الصحية للأم والوليد وتحسين نوعيتها. وهي تشمل:

- معدلات ومعايير الرعاية المسندة بالبيانات؛
- الأدوات الإدارية لتقوية قدرة نظام الرعاية الصحية؛
- عملية لتبني مشاركة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية؛
- استراتيجية تنفيذ.

إن التدبير العلاجي المتكامل للحمل والولادة مصمم بحيث يمكن أن يتوافق مع الأوضاع المحلية، وأن ينفذ في البلدان من قبل الحكومة بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة والوكالات الثنائية والمنظمات غير الحكومية وشركاء آخرين على المستوى الوطني.

إدارة الصحة الإنجابية والبحوث
منظمة الصحة العالمية . جنيف