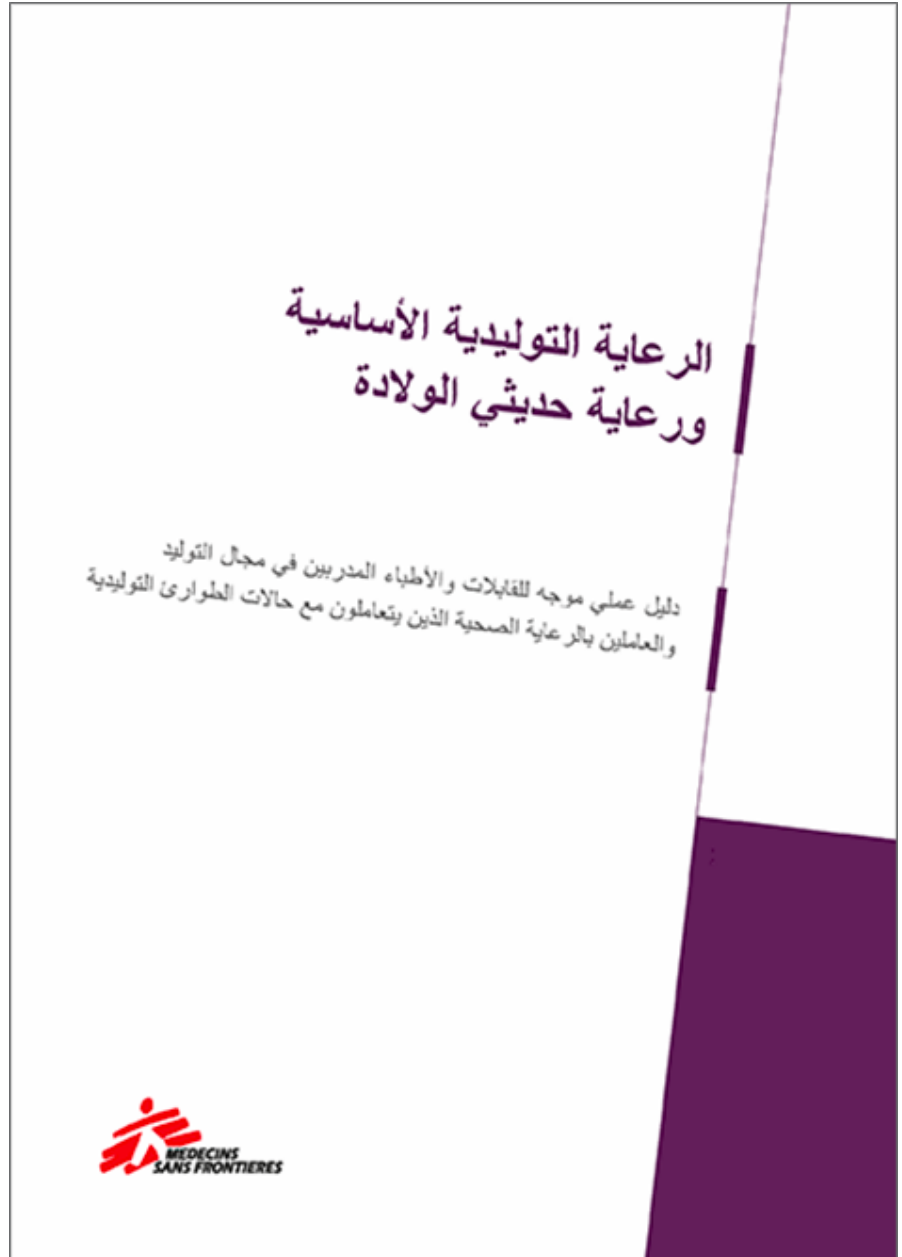


الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة

دليل عملي موجه للقابلات والأطباء المدربين في مجال التوليد والعاملين بالرعاية الصحية الذين يتعاملون مع حالات الطوارئ التوليدية



جميع الحقوق محفوظة في جميع الدول، يمنع أي إعادة إنتاج أو ترجمة أو تعديل دون إذن مسبق من صاحب حقوق النشر.

منظمة أطباء بلا حدود. الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة.

إصدار 2019

ISBN 978-2-37585-099-2

المحتويات

المساهمون

مقدمة

الاختصارات

الفصل الأول: تشخيص ومتابعة الحمل

1.1 تشخيص الحمل

2.1 استشارات ما قبل الولادة

3.1 متابعة حالات الحمل المصحوبة بمضاعفات

الفصل الثاني: النزف خلال النصف الأول من الحمل

1.2 الإجهاض

2.2 الحمل خارج الرحم (المنتبذ)

3.2 الحمل الرجوي (الرّجى العُداریّة)

4.2 التهاب عنق الرحم

5.2 النزف الوظيفي

الفصل الثالث: النزف خلال النصف الثاني من الحمل

1.3 المشيمة المُزاحة

2.3 انفصال المشيمة الباكر

3.3 تمزق الرحم

4.3 تشخيص النزف خلال النصف الثاني من الحمل (ملخص)

الفصل 4: الأمراض أثناء الحمل والاضطرابات المرتبطة بالحمل

1.4 فقر الدم الناجم عن عوز الحديد

2.4 العدوى الجرثومية (البكتيرية)

3.4 العدوى الطفيلية

4.4 العدوى الفيروسية

5.4 اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل

6.4 التسمم الحملي (الارتجاج)

7.4 كبر حجم الرحم غير الطبيعي

8.4 مَوَه السَّلَى (الاستسقاء الأمنيوسي)

9.4 تمزق الأغمشية الباكر

10.4 الولادة الباكرة (المتسرة) المَهْدَّة

11.4 وفاة الجنين داخل الرحم

الفصل الخامس: الولادة الطبيعية والإجراءات المرتبطة بالولادة المهبلية

1.5 الولادة الطبيعية (السوية)

2.5 مراقبة المخاض والولادة

3.5 تمزق الأغمشية الاصطناعي

4.5 تدلي الحبل السري

5.5 الحبل القَوِيّ

6.5 الولادة بالأدوات

7.5 بضع الارتفاق

8.5 بضع الفُج

9.5 إصلاح (ترميم) العجان

10.5 إزالة التبتك (الختان الفرعوني)

الفصل السادس: الولادات الخاصة

1.6 المجيء المقعدي

2.6 الحمل التوأمي

3.6 الاستخراج المقعدي التام

4.6 الولادة بالجراحة القيصرية

الفصل السابع: عسر الولادة وسوء المجيء

1.7 المخاض المُطَوَّل

2.7 الولادة المعرّقة

3.7 تحريض المخاض

4.7 استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض

5.7 عسر ولادة الكتفين

6.7 المجيء المستعرض والمجيء الكتفي

7.7 التحويل الخارجي

8.7 التحويل الداخلي

9.7 المجيء الوجهي

10.7 المجيء الجبهي

الفصل الثامن: المرحلة الثالثة من المخاض

1.8 المرحلة الثالثة الطبيعية من المخاض

2.8 النزف التالي للولادة المبكر

3.8 النزف التالي للولادة المتأخر

4.8 انقلاب الرحم

5.8 تمزقات عنق الرحم والمهبل

الفصل التاسع: الإجراءات داخل الرحم

1.9 الاحتياطات المطلوبة للإجراءات داخل الرحم

2.9 إزالة المشيمة يدويًا

3.9 استكشاف الرحم

4.9 الكشط الإصبعي

5.9 الشفط اليدوي بالتخلية

6.9 الكشط بالأدوات

7.9 تقطيع الجنين

الفصل العاشر: رعاية حديثي الولادة في مستشفى الولادة

1.10 الرعاية والفحوص الروتينية

2.10 إنعاش حديثي الولادة

3.10 رعاية حديثي الولادة المرضى

4.10 الرعاية النوعية عند إصابة الأم بمرض قابل للانتقال

5.10 رعاية حديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض (> 2500 غ)

6.10 معايير الخروج من مستشفى الولادة

الفصل 11: فترة النفاس

1.11 الأحداث الطبيعية في الفترة التالية للولادة (دور النفاس)

2.11 رعاية الأم في الفترة التالية للولادة (دور النفاس)

3.11 استشارات ما بعد الولادة

4.11 المضاعفات التالية للولادة (مضاعفات النفاس)

5.11 منع الحمل

الفصل الثاني عشر: إنهاء الحمل

1.12 الرعاية قبل إنهاء الحمل

2.12 الإجهاض الطبي (بالأدوية)

3.12 الشفط

الملاحق

ملحق 1: بطاقة رعاية ما قبل الولادة

الملحق 2: الدك (السد) بالبالون داخل الرحم

الملحق 3: الإرضاع من الثدي

الملحق 4: الكميات اليومية المطلوبة للإطعام (التغذية)

المساهمون

تم إنتاج هذا الدليل بواسطة منظمة أطباء بلا حدود، تحت إشراف **Anne-Sophie Coutin** و **Catrin Schulte-Hillen**، وعبر المساهمات القيمة لكل من:

Arantza Abril, Séverine Caluwaerts, Cristian Casademont, Maura Daly, Martin De Smet, Eva Dominguez, Mohamed Elsonbaty Ramadan, Claire Fotheringham, Véronique Grouzard, Sonia Guinovart, Myriam Henskens, Manisha Kumar, Daphné Lagrou, Evelyne Laissu, Amin Lamrous, Laura Latina, Caroline López Vázquez, Sophie Pilon, Nele Segers, Laura Sheperis, Nelly Staderini, Clara Van Gulik

نُشر بواسطة

Médecins Sans Frontières

مقدمة

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يموت قرابة 800 امرأة يوميًا لأسباب يمكن الوقاية منها متعلقة بالحمل والولادة والإجهاض غير الآمن، بالإضافة إلى 7000 من حديثي الولادة غالبيتهم في اليوم الأول أو الأسبوع الأول من العمر. وتقريبًا تحدث كل وفيات الأمهات (99%) وحديثي الولادة (98%) في البلدان ذات الموارد المحدودة.

تم تصميم دليل **الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة** ليساعد في تقليل وفيات الأمهات وحديثي الولادة في الظروف غير المواتية.

لا يعد هذا الدليل بديلًا عن سنوات من التدريب المتخصص والخبرات. فهو موجه للقابلات والأطباء والعاملين بالرعاية الصحية المؤهلين الذين يتعاملون مع حالات الطوارئ التوليدية.

ليست جميع الإجراءات الموصوفة بهذا الدليل في متناول كافة الطاقم الطبي. فعلى سبيل المثال بينما تقع العديد من الإجراءات التوليدية ضمن نطاق ممارسة القابلات، إلا أنهن لا يقمن بإجراء الولادة بالجراحة القيصرية. ذلك برغم أنهن يساعدن عادةً في تحديد وجود داع لهذا الإجراء. على الجانب الآخر، يمكن السماح للممرضات بإجراء استشارات ما قبل أو ما بعد الولادة، عند تلقي التدريب اللازم. تتطلب غالبًا الديموغرافيا الطبية بالبلدان ذات الموارد المحدودة لامركزية الكفاءات. وبالمثل فإنه من المهم الأخذ في الاعتبار ندرة أطباء التوليد في هذه البلدان، وإدراك أنه في بعض البلدان يتلقى الممارسون العامون في المناطق النائية تدريبًا على إجراء الولادات المعقدة. لذا يهدف هذا الدليل إفادة جميع هؤلاء ذوي المؤهلات المختلفة، من خلال وصف الإجراءات التقنية الأساسية والتدبير العام لحالات الطوارئ التوليدية. كما يمكن استخدامه أيضًا كأداة للتدريب.

بينما قد تبدو بعض الطرق الواردة في هذا الدليل متروكة وقديمة، مثل بضع الارتفاق وتقطيع الجنين، إلا أنه تم إدراجها عن قصد للظروف التي يكون فيها إجراء الولادة بالجراحة القيصرية خطيرًا أو غير ممكنًا.

بشكل عام، هناك نوعان من المرافق الطبية التي توفر الرعاية للأمهات ولحديثي الولادة: مرافق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC)، ومرافق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC). يجب أن يتيح التوزيع الجغرافي لمرافق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC) القرب من الرعاية، بينما تعمل مرافق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) كمرافق للإحالة بالنسبة للولادات الأكثر تعقيداً. يجب القيام بجميع الإجراءات أو الطرق المختلفة الموصوفة في هذا الدليل في المرفق الطبي الملائم.

برغم كل الجهود المبذولة، من الوارد وجود بعض الأخطاء في هذا الدليل. يرجى إعلام المؤلفين بأي خطأ تم اكتشافه.

للتأكد من مواصلة تطوير هذا الدليل بما يلائم الواقع الميداني، يرجى إرسال أية تعليقات أو مقترحات.

مع الأخذ بعين الاعتبار المراجعة المستمرة للبروتوكولات العلاجية، برجاء مراجعة الموقع الإلكتروني [للتحديثات](#).

الاختصارات

درجة مئوية	°مئوية
غرام	غ
كيلوغرام	كغ
ميلي لتر	مل
ميلي غرام	ملغ
مليمتر زئبقي	ملم زئبقي

الفصل الأول: تشخيص ومتابعة الحمل

[1.1 تشخيص الحمل](#)

[2.1 استشارات ما قبل الولادة](#)

[3.1 متابعة حالات الحمل المصحوبة بمضاعفات](#)

1.1 تشخيص الحمل

1.1.1 علامات وأعراض الحمل

- تعد العلامة الأولى للحمل هي انقطاع الحيض^أ المصحوب بزيادة تدريجية في حجم الرحم تبدأ بعد 7-8 أسابيع من آخر دورة شهرية.
 - خلال الثلث الأول من الحمل، تعد تغيرات الثدي (زيادة الحجم، الإيلام، تكون الأوعية، وتورم هالة حلمة الثدي)، التبول (الحاجة المتكررة للتبول) والغثيان/الإقياء المؤقت شائعة.
 - خلال الثلث الثاني من الحمل، تبدأ الأم في الشعور بحركة الجنين، وفي بعض الحالات، بانقباضات الرحم. ويمكن سماع أصوات قلب الجنين.
- يوضح الجدول 1.1 علامات وأعراض الحمل وفق عمر الحمل

الجدول 1.1 - علامات وأعراض الحمل وفق عمر الحمل

عدد الأسابيع منذ آخر دورة شهرية	
41/40	24 20 18 16 12 8 6 4 0
انقطاع الحيض	0
زيادة حجم الرحم	6
الاضطرابات الهضمية	8
تغيرات الثدي	6
التبول	6
حركة الجنين (الولادة المتكررة)	16
حركة الجنين (الولادة البكرية)	18
انقباضات الرحم	20
الشعور بحركة الجنين	20
سماع أصوات قلب الجنين باستخدام دوبلر الأمواج فوق الصوتية	12
سماع أصوات قلب الجنين باستخدام سماعة بينارد	24
الأمواج فوق الصوتية عبر البطن	6
اختبار الحمل بالببول	0

----- الفترة التي تكون خلالها هذه العلامات/الأعراض غير ثابتة
 _____ الفترة التي تكون خلالها هذه العلامات/الأعراض موجودة

2.1.1 التاريخ المرضي والفحص السريري

انظر القسم 2.1.

3.1.1 الفحوص الأخرى

اختبار الحمل

على الرغم من أن اختبار الحمل لا يعد إجراءً روتينيًا ضروريًا، لكن يجب إجرائه عند الاشتباه في الحمل خارج الرحم (المتنبذ) أو للتشخيص المبكر لحمل يجب إنهاؤه.

الأمواج فوق الصوتية

لا يعد استخدام الأمواج فوق الصوتية إجراءً روتينيًا ضروريًا.

الهوامش

(أ) في حالة انقطاع الحيض (غياب الدورة الشهرية) بدون أعراض الحمل الأخرى، يجب استبعاد الأسباب الأخرى: الفيزيولوجية (الإرضاع)، أو المرتبطة بالأدوية (موانع الحمل حتى 3 أشهر بعد إيقافها، مضادات الذهان والكورتيكوستيرويدات)، أو المرتبطة بالغدد الصماء (مثل اضطرابات الدرقية)، أو النفسية، أو التغذوية، إلخ.

2.1 استشارات ما قبل الولادة

1.2.1 أهداف المتابعة قبل الولادة

- الفحص والتدبير العلاجي للأمراض: ارتفاع ضغط الدم، فقر الدم، الملاريا، الزهري، عدوى السبيل البولي، عدوى فيروس العوز المناعي البشري، سوء التغذية، عوز الفيتامينات والمغذيات الزهيدة المقدار (الدقيقة)، إلخ.
- الفحص والتدبير العلاجي للمضاعفات التوليدية: ندبة في الرحم، المجيء غير الطبيعي، تمزق الأغشية الباكر (المبتسر)، الحمل المتعدد، النزف غير الطبيعي (النزف الرحمي)، إلخ.
- الوقاية الروتينية من الكزاز (التيتانوس) لدى الأمهات وحديثي الولادة، فقر الدم، انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل، والملاريا في المناطق المتوطنة، إلخ.
- التخطيط للولادة؛ تقديم المشورة؛ التحضير للولادة.

2.2.1 توقيت استشارات ما قبل الولادة

يوصى بأربع استشارات قبل الولادة لحالات الحمل غير المصحوبة بمضاعفات. في حال عدم قيام الحامل بالمتابعة حتى الشهر السادس أو بعده، يجب محاولة القيام باستشارتين على الأقل قبل الولادة.

الجدول 2.1 - جدول استشارات ما قبل الولادة

موعد الاستشارة	الأسابيع منذ آخر دورة شهرية*	الشهر	ثلث الحمل
=> الاستشارة 1	5-2	1	الأول
	9-6	2	
	13-10	3	
=> الاستشارة 2	17-14	4	الثاني
	21-18	5	
	26-22	6	
=> الاستشارة 3	30-27	7	الثالث
	35-31	8	
	41/40-36	9	

* يتم التعبير عن العمر الحملی بعدد الأسابيع منذ آخر دورة شهرية أو بعدد شهور الحمل بشكل أقل دقة. يستمر الحمل لمدة 9 أشهر أو لمدة 40 أو 41 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، وفقاً للبلد.

قد تكون المتابعة على فترات أكثر تقارباً ضرورية، تبعاً للمشكلات التي يتم اكتشافها والتاريخ المرضي للحامل (القسم 3.1).

3.2.1 الاستشارة الأولى

أ. أخذ التاريخ الطبي

- الشعور العام حول الحمل (المشاكل/المخاوف).
- السياق الاجتماعي: الوضع العائلي، فحص العنف الجنسي أو عنف الزوج (الشريك الحميم) أو العنف المنزلي، الظروف المعيشية، النشاط المهني، الخ.
- تاريخ (موعد) آخر دورة شهرية.
- تاريخ الولادات والجراحات السابقة:
 - عدد مرات الحمل السابقة.
 - المضاعفات أثناء الحمل/الولادة السابقة (النزف، العدوى، الخداج (الابتسار) (الولادة قبل تمام الحمل)، الخ).
 - الإجهاض (الإجهاضات) التلقائي أو المحرض.
 - الأطفال؛ الأحياء والمتوفون.
 - الولادة بالجراحة القيصرية (معرفة السبب) أو أي عمليات جراحية أخرى في الرحم.
 - الولادة بالأدوات.
 - الناسور المثاني المهبلي أو المستقيمي المهبلي.
- التاريخ الطبي والعلاجات الحالية: ارتفاع ضغط الدم، داء السكري، الربو، الصرع، أمراض القلب، عدوى فيروس العوز المناعي البشري، الاضطرابات النفسية، الخ.
- حالة التحصين ضد الكزاز (التيتانوس).
- الشكاوى الحالية: آلام الحوض، الانقباضات، الحمى، الأعراض البولية، النزف المهبلي، الإفرازات المهبلية غير الطبيعية، الخ.

ب. تقدير العمر الحملی وتاريخ (موعد) الولادة

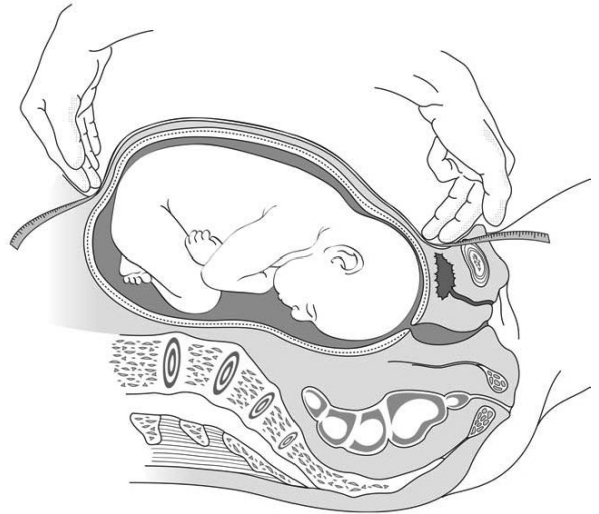
يتم تقدير العمر الحملية بحساب عدد الأسابيع منذ آخر دورة شهرية باستخدام تقويم أو دائرة حساب العمر الحملية. على سبيل المثال، إذا كانت آخر دورة شهرية في 15 ديسمبر/كانون الأول 2018، وتم فحص المرأة في 27 يناير/كانون الثاني 2019، فإن العمر الحملية المقدر هو 6 أسابيع منذ آخر دورة شهرية. يجب دومًا التحقق من مطابقة هذا التقدير للفحص السريري (تقدير حجم الرحم) أو الأمواج فوق الصوتية. يتم تقدير تاريخ (موعد) الولادة بحساب 40 أو 41 أسبوعًا من اليوم الأول لآخر دورة شهرية. على سبيل المثال، إذا كان تاريخ آخر دورة شهرية هو 15 ديسمبر/كانون الأول 2018، سيكون تاريخ الولادة بين 22 و29 سبتمبر/أيلول 2019. يمكن أيضًا تقدير تاريخ الولادة بحساب 9 أشهر مضافًا إليها 7-14 يوم من اليوم الأول لآخر دورة شهرية. في حال عدم معرفة المرأة لتاريخ آخر دورة شهرية، يتم تحديد العمر الحملية المقدر وتاريخ الولادة بناءً على الفحص السريري أو الأمواج فوق الصوتية في حال التوفر.

ج. الفحص السريري

في جميع الحالات:

- الوزن
- الطول (تحديد النساء اللاتي يقل طولهن عن 1.50 متر)
- ضغط الدم (عند الجلوس والراحة)
- التحقق من ندبة البطن.
- التحقق من فقر الدم، الوذمة، الخ.
- التحقق من أصوات قلب الجنين بعد نهاية الثلث الأول من الحمل.
- تقدير حجم الرحم (يوفر تقديرًا للعمر الحملية):
 - خلال الثلث الأول من الحمل، يتم تقدير حجم الرحم بواسطة الفحص باليدين. عند 7 أسابيع يكون الرحم بحجم بيضة الدجاجة، وعند 10 أسابيع يكون بحجم برتقالة، وعند 12 أسبوع يمتد قاع الرحم ليتجاوز الارتفاق العاني.
 - من بداية الثلث الثاني من الحمل، يمكن الشعور بالرحم بواسطة جسّ البطن بمفرده، وذلك بقياس ارتفاع قاع الرحم، وهو المسافة بين الحافة العلوية للارتفاق العاني وقاع الرحم (الشكل 1.1).

الشكل 1.1 - قياس ارتفاع قاع الرحم



يصبح تقدير العمر الحملية تقريبًا بشكل متزايد مع تقدم الحمل. كدليل تقريبي:
الجدول 3.1 - ارتفاع قاع الرحم وفقًا للعمر الحملية.

ارتفاع قاع الرحم	الأسابيع منذ آخر دورة شهرية
20 سم	22-18 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.
24 سم	26-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.
28 سم	30-26 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.
32 سم	34-30 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.
34 سم	33 أسبوع منذ آخر دورة شهرية إلى نهاية الحمل.

ملاحظة: قد يختلف ارتفاع قاع الرحم ونمو الرحم باختلاف الأصل العرقي (الإثني). يتم الاستعانة بالمنحنيات الوطنية من وزارة الصحة في حال توفرها.

في حال وجود داع لذلك فقط:

- فحص الأعضاء التناسلية (مثل البحث عن تشوه، أعراض عدوى منقولة جنسيًا).
- الفحص المهبلي (مثل في حال الشك في تشخيص الحمل).

د. الفحوص المختبرية

الجدول 4.1 - الفحوص الموصي بها

ملاحظات	الفحوص
يجب إجراء فحص الزهري في الاستشارة الأولى، بأقرب وقت ممكن خلال الحمل. في حال كانت نتيجة الاختبار الأولي سلبية، يوصى بإعادة الاختبار بدءًا من 28 أسبوع منذ آخر دورة شهرية لدى النساء المعرضات لخطر مرتفع للإصابة بالعدوى أو في حال كان معدل انتشار الزهري $\leq 5\%$. ^[1] في حال عدم إجرائه خلال استشارات ما قبل الولادة، يجب إجراء الاختبار عند الولادة. يتم استخدام الاختبار السريع الخاص باللولبيئات (مثل SD Bioline®).	الزهري
في المناطق المتوطنة، يجب إجراء الاختبار السريع حتى في حال عدم ظهور أعراض.	الملاريا
يجب توفير الاختبار لجميع النساء اللاتي لا يعرفن حالتهن من حيث الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري. يتم إجراء الاختبارات السريعة وفقًا للخوارزمية القياسية. لا يمكن إجراء الاختبار دون موافقة المريضة. في حال عدم إجرائه خلال استشارات ما قبل الولادة، يجب إجراء الاختبار عند الولادة. إن أمكن، يتم تقييم الحالة المناعية (تعداد خلايا CD4) في حال وجود إيجابية المصل، أو خلال أولى استشارات ما قبل الولادة لدى النساء اللاتي يعرفن بالفعل أنهن إيجابيات لفيروس العوز المناعي البشري.	عدوى فيروس العوز المناعي البشري
قياس مستوى الهيموغلوبين (HemoCue). تعد مستويات الهيموغلوبين التي تعرف فقر الدم هي > 11 غ/ديسي لير (الثلث الأول والثلث الثالث من الحمل)، و > 10.5 غ/ديسي لير (الثلث الثاني من الحمل). في حال عدم إجرائه خلال استشارات ما قبل الولادة، يجب إجراء الاختبار عند الولادة.	فقر الدم
اختبار البيبة الجرثومية (البكتيرية) عديمة الأعراض (اللاعرضية)، حتى في حال عدم وجود أعراض (اختبار الغميسة شريط الغمس) البولية).	عدوى السبيل البولي

هـ. بطاقة الرعاية قبل الولادة

يتم ملء جميع المعلومات ذات الصلة في بطاقة الرعاية قبل الولادة الخاصة بالحامل وذلك لمتابعة تقدم الحمل. (الملحق 1).

4.2.1 الاستشارات اللاحقة

أ. أخذ التاريخ الطبي

- شعور الأم بحركة الجنين.
- الشكاوى الحالية: ألم الحوض، الانقباضات، الحمى، الأعراض البولية، النزف المهبلية، الإفرازات المهبلية غير الطبيعية، الخ.

ب. الفحص السريري

يجب أخذ الحذر عند فحص المرأة الحامل المستلقية على ظهرها، حيث يضغط وزن الرحم على الوريد الأجوف السفلي مما يتسبب في شعورها بالإغماء (يسهل علاج ذلك عبر وضع الحامل بحيث تستلقي على جانبها الأيسر).

في جميع الحالات:

- ضغط الدم، الوزن، الودمة، ارتفاع قاع الرحم.

- أصوات قلب الجنين: يجب أن تكون منتظمة، سريعة (110-160/دقيقة)، وغير متزامنة مع نبض الأم.
- مجيء الجنين (الثالث الأخير من الحمل):

الجس

- القُطب الرأسي: مستدير، صلب ومنتظم؛ يجب أن يكون هناك شعورًا بالنهز بين يدي القائم بالفحص؛ منفصل عن بقية الجسم بتفرض الرقبة، حيث يمكن جسّ نتوء الكتف خلفه.
- القُطب الحوضي: لين؛ أكبر حجمًا وأقل انتظامًا من القُطب الرأسي؛ بدون تفرض الرقبة.

أنواع المجيء

- رأسي: يشير القُطب الرأسي نحو حوض الأم.
- مقعدي: يكون القُطب الرأسي في قاع الرحم.
- مستعرض: يكون القُطبان عند جانبي الأم.

- استكشاف ظهر الجنين:

يتم الضغط على قاع الرحم لأسفل لثني العمود الفقري للجنين واستكشاف الأسطح الجانبية للرحم. يتم الشعور بالظهر كسطح صلب، وبالأطراف كبروزات صغيرة غير منتظمة. يتم وصف ظهر الجنين بالإحالة إلى الجانب الأيمن أو الأيسر للأم.

- في الثالث الأخير من الحمل، يكون تسمع أصوات قلب الجنين في منطقة السرّة بطول ظهر الجنين، عند مستوى الكتف.

في حال وجود داع لذلك فقط:

- فحص الأعضاء التناسلية (مثل البحث عن أعراض عدوى منقولة جنسيًا).
- الفحص المهبل (مثل في حال شكوى الأم من تقلصات رحمية معاودة (متكررة)).
- ملاحظة: لا يشير صغر حجم الحوض^ب إلى عدم التناسب بين الجنين وحوض الأم، ولا يبرر ترتيب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية. بجانب ذلك، قد يحدث عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم في حوض ذي مظهر طبيعي. في الممارسة العملية، يمكن تشخيص عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم فقط أثناء المخاض.

ج. الفحوص المختبرية

الجدول 5.1 - الفحوص الموصي بها

ملاحظات	الفحوص
	عدوى السبيل البولي
البحث عن البيلة الجرثومية (البكتيرية) عديمة الأعراض (اللاعرضية) في كل استشارة.	
	الملاريا
في المناطق المتوطنة، يجب إجراء الاختبار السريع في كل استشارة خلال الثلث الثاني والثالث الأخير من الحمل، ما لم تكن الحامل قد أجرت الاختبار خلال الأسابيع الأربعة السابقة وكانت نتيجة الاختبار إيجابية وتلقت الحامل العلاج بمضادات الملاريا نتيجة لذلك.	
	عدوى فيروس العوز المناعي البشري
يجب توفير اختبار جديد في الثلث الأخير من الحمل للحوامل اللاتي أُجريت اختبارًا نتيجته سلبية خلال الثلث الأول من الحمل. هناك خطورة متزايدة لحدوث انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل عند حدوث التحويل المصلي أثناء الحمل.	

5.2.1 العلاجات الوقائية

الكزاز (التيتانوس) لدى الأمهات وحديثي الولادة

- يجب على النساء الحوامل اللاتي لم يتم تحصينهن ضد الكزاز (التيتانوس) في الطفولة أو المراهقة تلقي جرعتين على الأقل من لقاح الكزاز قبل الولادة:
 - يجب تطبيق الجرعة الأولى خلال الاستشارة الأولى.
 - يجب تطبيق الجرعة الثانية بعد 4 أسابيع على الأقل من الجرعة الأولى ويفضل قبل أسبوعين على الأقل من تاريخ (موعد) الولادة، وذلك لمضاعفة الاستجابة المناعية لدى الأم، والانتقال الالفاصل للأضداد إلى الرضيع.
- بعد الولادة، يجب استكمال التحصين حتى تلقي 5 جرعات، وفقاً للجدول أدناه. بمجرد تطبيق هذه الجرعات الخمسة، فإنها توفر الحماية مدى الحياة.

الجدول 6.1 - جدول التحصين لدى النساء الحوامل أو النساء في سن الإنجاب^[2]

درجة الحماية	جدول التحصين	الجرعة
0%	عند الزيارة الأولى لنظام الرعاية الصحية أو في أقرب وقت ممكن أثناء الحمل	لقاح الكزاز 1
80%	4 أسابيع على الأقل بعد لقاح الكزاز 1 وأسبوعان على الأقل قبل تاريخ (موعد) الولادة	لقاح الكزاز 2
95%	6 شهور على الأقل بعد لقاح الكزاز 2 أو أثناء الحمل التالي	لقاح الكزاز 3
99%	سنة واحدة على الأقل بعد لقاح الكزاز 3 أو أثناء حمل تالي	لقاح الكزاز 4
99%	سنة واحدة على الأقل بعد لقاح الكزاز 4 أو أثناء حمل تالي	لقاح الكزاز 5

فقر الدم

غياب فقر الدم

- في حال عدم وجود علامات سريرية لفقر الدم وكانت مستويات الهيموغلوبين طبيعية:
- يتم تطبيق مكملات الحديد وحمض الفوليك في أقرب وقت ممكن بعد حدوث الحمل واستمرارها طوال الفترة المتبقية من الحمل. يتم تطبيق إما:
 - سلفات الحديد/حمض الفوليك الفموي^د (أقراص عيار 200 ملغ من سلفات الحديد (65 ملغ من عنصر الحديد) + 400 ميكروغرام من حمض الفوليك): قرص واحد مرة واحدة في اليوم أو
 - المغذيات الزهيدة المقدار (الدقيقة) المتعددة الفموي^{هـ} (أقراص عيار 93.75 ملغ من سلفات الحديد (30 ملغ من عنصر الحديد) + 400 ميكروغرام من حمض الفوليك + مغذيات أخرى): قرص واحد مرة واحدة في اليوم
 - ملاحظة: توصي منظمة الصحة العالمية بجرعة 30-60 ملغ من عنصر الحديد بشكل يومي، لكن تفضل جرعة 60 ملغ من عنصر الحديد في اليوم عن جرعة 30 ملغ في اليوم في الظروف التي يكون فيها معدل انتشار فقر الدم لدى النساء الحوامل مرتفعاً (≤40%)^[3].
 - في المناطق التي تشيع فيها الإصابة بعدوى الديدان الشصية (المناطق ذات المناخ الدافئ الرطب)، يجب أيضاً تطبيق العلاج بطاردات الديدان بدءاً من الثلث الثاني من الحمل:
 - ألبيندازول الفموي: 400 ملغ جرعة واحدة (أو ميبندازول الفموي: 100 ملغ مرتين في اليوم لمدة 3 أيام)

- في مناطق توطن الملاريا، يجب أيضًا تطبيق العلاج الوقائي المضاد للملاريا المتقطع أو العلاج الشافي المضاد للملاريا تبعًا لنتائج اختبارات الملاريا (انظر أدناه).

وجود فقر الدم

في حال وجود دليل سريري لفقر الدم (شحوب راحتي اليدين أو الملتحمة أو اللسان)، أو في حال كان مستوى الهيموغلوبين > 11 غ/ديسي لير خلال الثلث الأول والثلث الأخير من الحمل أو > 10.5 غ/ديسي لير خلال الثلث الثاني من الحمل): انظر الفصل 4، [القسم 1.4](#).

الملاريا

في جميع مناطق سراية (انتقال المرض) الملاريا المنجلية (الناجمة عن *المتصورة المنجلية* (بلاسموديوم فالسيباروم)) المتوسطة إلى المرتفعة³، تعتمد الوقاية على:

- استخدام شبكات البعوض (الناموسيات) المعالجة بالمبيدات الحشرية (يجب توفير شبكتين للبعوض)؛
- إجراء اختبار الملاريا في كل استشارة قبل الولادة في الثلث الثاني والثلث الأخير من الحمل.
 - في حال كانت نتائج الاختبار إيجابية، بغض النظر عن المنطقة أو مرحلة الحمل: يتم تطبيق العلاج الشافي (الفصل 4، [القسم 1.3.4](#)).

الانتظار لمدة شهر واحد بعد تطبيق العلاج الشافي قبل إجراء اختبار الملاريا مرة أخرى.

□ في حال كانت نتائج الاختبار سلبية، يوصى بتطبيق العلاج الوقائي المتقطع في مناطق سراية (انتقال المرض) الملاريا المنجلية (الناجمة عن *المتصورة المنجلية* (بلاسموديوم فالسيباروم)) المتوسطة إلى المرتفعة في إفريقيا:

يتم بدء العلاج الوقائي المتقطع باستخدام **سلفادوكسين/بيريميثامين**^[4] في أقرب وقت ممكن في الثلث الثاني من الحمل. الهدف هو تطبيق 3 جرعات على الأقل في الفترة بين الثلث الثاني من الحمل والولادة بفاصل زمني شهر واحد على الأقل بين كل معالجتين. لا يوجد حد أقصى لعدد المعالجات طالما يتم مراعاة الفاصل الزمني لمدة شهر واحد. جرعة سلفادوكسين/بيريميثامين لكل معالجة هي 3 أقراص جرعة واحدة. يساعد هذا العلاج في تقليل عواقب الملاريا (فقر الدم الأمومي، وزن الولادة المنخفض). يجب عدم تطبيق العلاج المتقطع لدى النساء الحوامل المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري اللاتي يتناولن العلاج الوقائي باستخدام كوتريموكسازول.

عدوى السبيل البولي

يجب علاج جميع إصابات عدوى السبيل البولي بما في ذلك البيلة الجرثومية (البكتيرية) عديمة الأعراض (اللاعرضية)^[5] التي تم الكشف عنها بواسطة اختبار الغميسة (شريط الغمس) البولية (الفصل 4، [القسم 3.2.4](#)).

عدوى فيروس العوز المناعي البشري

في حال كانت نتائج الاختبار إيجابية، يجب بدء العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية (الفصل 4، [القسم 4.4.4](#)).

عوز الفيتامينات والمغذيات الزهيدة المقدار (الدقيقة)

- الكالسيوم

يوصى بتطبيق المكملات لدى^[6]:

- جميع المراهقات الحوامل (بعمر أصغر من 20 سنة)؛
- جميع النساء الحوامل اللاتي يكون نظامهن الغذائي قليل الكالسيوم و ذوات الخطورة المرتفعة لحدوث ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج) (سابقة حدوث ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج)، التسمم الحلمي (الارتعاج)، الحمل التوأمي، ارتفاع ضغط الدم المزمن).

يجب بدء المكملات في الاستشارة الأولى واستمرار تطبيقها طوال فترة الحمل:

كربونات الكالسيوم الفموي: قرص واحد عيار 1.25 غ (500 ملغ من عنصر الكالسيوم) 3 مرات في اليوم يجب الانتظار لمدة ساعتين بين تطبيق الكالسيوم وأملاح الحديد.

- فيتامين د يعد التعرض للشمس والأطعمة مصادر فيتامين د. يمكن وصف المكملات في حال وجود خطورة حدوث العوز (قلة التعرض لضوء الشمس، اتباع نظام غذائي فقير بفيتامين د):
كولكالسيفيرول (فيتامين د3) أو **إيرغوكالسيفيرول** (فيتامين د2) الفموي: 100 000 وحدة دولية جرعة واحدة في الشهر 6 أو 7 من الحمل.
- اليود يزيد عوز اليود أثناء الحمل من خطورة حدوث الإجهاض، الخداج (الابتناسار) (الولادة قبل تمام الحمل)، التخلف العقلي والجسدي الشديدين لدى الطفل، ووفيات الولدان والرضع. في مناطق توطن عوز اليود، تعد مكملات اليود ضرورية. يجب اتباع البروتوكول الوطني.

سوء التغذية

- في حال الإصابة بسوء التغذية، يجب إلحاق المرأة الحامل ببرنامج التغذية العلاجية. في حال عدم توفر برنامج التغذية العلاجية، يتم تطبيق المكملات:
 - مُحيط منتصف أعلى الذراع 190-230 مم: 2 كيس من بلامبي نات أو 3 ألواح من BP-100 في اليوم.
 - مُحيط منتصف أعلى الذراع > 190 مم: 4 أكياس من بلامبي نات أو 7 ألواح من BP-100 في اليوم.
- في حال عد وجود علامات سوء التغذية، لكن في سياق انعدام الأمن الغذائي، يوصى بتطبيق المكملات الغذائية لجميع النساء الحوامل طوال فترة حملهن.
- في حالة زيادة الوزن أو السمنة، يجب تقديم المشورة حول كيفية تجنب زيادة الوزن المفرطة أثناء الحمل.

تطبق التدابير أعلاه على معظم السياقات. يجب الأخذ بعين الاعتبار الاختبارات والتدابير الوقائية الأخرى في سياق خاص أو المتضمنة في البروتوكول الوطني (مثل اختبار العامل الريبوسومي والوقاية من التمنيع الإسوي الريبوسومي، فحص سرطان عنق الرحم، الفحص المصلي لالتهاب الكبد ب، فحص السل، الخ.).

6.2.1 التحضير للولادة

الجلسات الجماعية

- يجب تنظيم جلسات جماعية (10-15 امرأة) لتشجيع مشاركة المعلومات بين المريضات، وتعزيز استخدام الخدمات المتاحة، وتناول الموضوعات التالية:
- أهمية المساعدة الماهرة أثناء الولادة.
 - الغرض من استشارات ما قبل الولادة.
 - اختبارات الفحص، والعلاجات الوقائية الموصى بها أثناء الحمل.
 - الوقاية من الحشرات نواقل الأمراض: شبكات البعوض (الناموسيات) المعالجة بالمبيدات الحشرية، الملابس الواقية، بعض طاردات الحشرات، الخ. وفقاً للسياق (مثل الملاريا، حمى الضنك، داء فيروس شيكونغونيا، داء فيروس زيكا).
 - علامات الخطر أثناء الحمل والمخاض والولادة، وأهمية اللجوء للرعاية الطبية بشكل سريع.
 - استخدام "طقم أدوات الولادة" تبعاً للسياق.
 - الغرض من استشارة ما بعد الولادة.
 - منع الحمل.

الجلسات الفردية

تعد الجلسات الفردية فرصة لإعادة النظر في الموضوعات التي تمت مناقشتها في الجلسات الجماعية، وتقديم المشورة الملائمة للوضع الطبي والاجتماعي لكل حالة. يعتمد اختيار الموضوعات على مرحلة الحمل والظروف الخاصة بالمرأة (مثل تعاطي المواد المخدرة، العنف المنزلي، تشوه الأعضاء التناسلية). في جميع الحالات يجب أن تتضمن الجلسات الفردية خطة ولادة شخصية (انظر أدناه).

خطة الولادة

- بمشاركة المريضة، يجب وضع خطة مناسبة لوضعها الطبي والاجتماعي:
- مكان الولادة: مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC) أو مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) تبعاً لمسار الحمل والتاريخ الطبي؛
 - أي ترتيبات ضرورية: النقل، الترتيبات العائلية، الخ.
- الجدول 7.1 - مرافق الرعاية التوليدية**

الحد الأدنى لمجموعة الخدمات المتاحة	المرفق
<ul style="list-style-type: none"> • مفتوح 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع • مولدات (مرافق وولادة) مهرة • إمكانية تطبيق: <ul style="list-style-type: none"> □ المضادات الحيوية بالحقن □ مقويات لتوتر الرحم □ مضادات الاختلاج في حالات ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج) أو التسمم الحلمي (الارتعاج) • إمكانية: <ul style="list-style-type: none"> □ إزالة المشيمة يدوياً □ تفريغ الرحم (الشفط بالتخلية) □ الولادة بالأدوات (الاستخراج بالتخلية) □ الإنعاش الأساسي لحديثي الولادة 	<ul style="list-style-type: none"> • مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC)
<ul style="list-style-type: none"> • مماثلة لمرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية بالإضافة إلى: <ul style="list-style-type: none"> □ التدبير الجراحي (الولادة بالجراحة القيصرية، استئصال الرحم، الخ.) □ نقل الدم □ رعاية حديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض أو المرضى 	<ul style="list-style-type: none"> • مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)

الهوامش

(أ) تتيح الأمواج فوق الصوتية تقدير العمر الحلمي بدقة في الثلث الأول من الحمل، بهامش خطأ حوالي 7 أيام. يكون هامش الخطأ أكبر في الثلث الثاني والثلث الأخير من الحمل (حوالي 15 و 20 يوم، على الترتيب).

(ب) يعد حجم الحوض صغيراً في حال إمكانية الوصول إلى أعلى العجز (الطَّئِف) بالأصابع و/أو الشعور بالحواف الجانبية للحوض بكامل طولها.

(ج) يفضل استخدام لقاح الكزاز والخناق (Td) (ذيفان الكزاز وذيفان الخناق) أو في حال عدم توفره، لقاح الكزاز (TT) (ذيفان الكزاز).

(د) يمكن استخدام أقراص عيار 185 ملغ من سلفات الحديد (60 ملغ من عنصر الحديد) + 400 ميكروغرام من حمض الفوليك بدلاً من أقراص عيار 200 ملغ من سلفات الحديد (65 ملغ من عنصر الحديد) + 400 ميكروغرام من حمض الفوليك.

(هـ) في حال استخدام المغذيات الزهيدة المقدار (الدقيقة) المتعددة، يجب التأكد من أن كمية أملاح الحديد (سلفات أو فيومارات الحديد) تكافئ 30 ملغ من عنصر الحديد لكل قرص وأن كمية حمض الفوليك 400 ميكروغرام لكل قرص (تركيبية جامعة الأمر المتحدة/منظمة اليونيسيف/منظمة الصحة العالمية).

(و) وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (1993-2005)، يبلغ معدل انتشار فقر الدم لدى النساء الحوامل 57.1% في أفريقيا، 48.2% في جنوب شرق آسيا، 44.2% في منطقة شرق المتوسط، 30.7% في منطقة غرب المحيط الهادي، 25% في المنطقة الأوروبية، 24.1% في الأمريكتين.

(ز) مناطق "السراية" (انتقال المرض) المتوسطة: حيث معدل انتشار الملاريا 11%-50% خلال معظم السنة بين الأطفال بعمر 2-9 سنوات. مناطق "السراية" (انتقال المرض) المرتفعة: حيث يتجاوز معدل انتشار الملاريا 50% خلال معظم السنة بين الأطفال بعمر 2-9 سنوات.

(ح) طقم أدوات فردي يعطى للنساء اللاتي قد يلدن في المنزل بسبب القدرة المحدودة على الانتقال والسفر (المناطق النائية أو غير الآمنة). يتضمن قطعة قماش بلاستيكي ليتم بسطها على الأرضية، صابون لتنظيف الأعضاء التناسلية للمرأة، وغسل أيدي القابلة، خيط ونصل (شفرة) حلاقة لربط وقطع الحبل السري، وفي بعض الحالات قطعة قماش لتجفيف المولود.

المراجع

1. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Syphilis During Pregnancy. 2015.
<https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis-pregnancy.htm> [Accessed 28 November 2018]
2. World Health Organization. Field manual for neonatal tetanus elimination. Geneva. 1999.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_V&B_99.14.pdf
3. World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva. 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996_eng.pdf
4. WHO policy brief for the implementation of intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy using sulfadoxine-pyrimethamine (IPTp-SP). April 2013 (revised January 2014).
<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/iptp-sp-updated-policy-brief-24jan2014.pdf>
5. Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Review). The Cochrane Library 2007, Issue 4.
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000490.pdf>
6. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for positive pregnancy experience. 2016.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=011FCED838D9A9884D9D1FC1285B16FB?sequence=1>

3.1 متابعة حالات الحمل المصحوبة بمضاعفات

يشير مصطلح "الحمل المصحوب بمضاعفات" إلى أي حمل تتعرض خلاله الأم أو الطفل لخطر متزايد بسبب مرض أو سابقة توليدية أو مرضية معينة.

قد تتطلب حالات الحمل المصحوبة بمضاعفات مستوى أعلى من المتابعة و/أو ترتيبات خاصة للولادة في ظروف طيبة/جراحية.

1.3.1 الحالات التي تتطلب مستوى أعلى من المتابعة

- في الحالات التالية، يكون الخطر المتزايد بشكل رئيسي أثناء الحمل ذاته أكثر منه أثناء الولادة:
- سابقة ولادة باكرة (مبتسرة) أو الإجهاضات التلقائية المتكررة (خطورة حدوث نكس (رجعة)).
 - سابقة وفاة الجنين داخل الرحم غير المفسرة.
 - الأمراض المُترقِّبة (المتفاقمة) المصاحبة للحمل مثل عدوى السيليل البولي العلوي (خطورة حدوث ولادة باكرة (مبتسرة))، فقر الدم (احتمالية التفاقم)، ارتفاع ضغط الدم، ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الخ.

2.3.1 الحالات التي تتطلب ترتيبات خاصة للولادة

في الحالات التالية، يكون الخطر المتزايد بشكل رئيسي اثناء الولادة أكثر منه أثناء الحمل.

الترتيب للولادة في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC):

- سابقة وفاة الجنين داخل الرحم أثناء الولادة أو والوفاة في اليوم الأول بعد الولادة (خطورة حدوث نكس (رجعة)).
 - سابقة النزف أثناء ولادة سابقة (خطورة حدوث نكس (رجعة) ووفاة الأم).
 - سابقة التوليد بالملقط أو بالتخلية (خطورة حدوث نكس (رجعة)).
 - الطول أقل من 1.50 متر (خطورة حدوث عدم التناسب بين الجنين وحوض الأم).
 - البكروية (خطورة حدوث ولادة معرقة).
 - العَرَج، خلع الورك، عقابيل (عواقب) شلل الأطفال المصحوبة بلاتناظر حوضي صريح (خطورة حدوث ولادة معرقة).
 - تعدد كبير في الولادات أي 5 ولادات أو أكثر (خطورة حدوث وني رحمي، نرف مرتبط بالوئي الرحمي، تمزق الرحم).
- ملاحظة: من الضروري أن تمتلك كافة مرافق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC) نظامًا فعالًا لإحالة المريضات إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).

الترتيب للولادة في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC):

- في الحالات التي تتطلب الولادة بالجراحة القيصرية بشكل روتيني:
 - سابقة تمزق الرحم.
 - سابقة الولادة بالجراحة القيصرية أو أكثر من ولادتين بالجراحة القيصرية.
 - المجيء المستعرض.
- في الحالات التي يوجد فيها خطورة مرتفعة لإجراء ولادة طارئة بالجراحة القيصرية أو مناورات توليدية معقدة:
 - سابقة الولادة بالجراحة القيصرية بوضع (شق) مستعرض في القطعة الرحمية السفلية.
 - سابقة ندبة في الرحم (الرحم المُتَّقَب أو استئصال الورم العضلي).
 - سابقة الناسور المثاني المهبلي.
 - سابقة بضع الارتفاق.
 - سابقة تمزق من الدرجة الثالثة أو الرابعة.
 - المجيء المقعدي، خاصة في البكروية.

3.3.1 الحالات التي تتطلب مستوى أعلى من المتابعة أثناء الحمل وترتيبات خاصة للولادة (مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة)

- سابقة انفصال المشيمة الباكر، ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) أو التسمم الحملي (الارتعاج) الشديدين.
- ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) (خطورة حدوث التسمم الحملي (الارتعاج)، الاعتلال الخثري، وفاة الأم، انفصال المشيمة الباكر، تأخر النمو داخل الرحم، وفاة الجنين داخل الرحم) أو التسمم الحملي (الارتعاج).
- النزف (خطورة حدوث ولادة باكرة (مبتسرة)، الضائقة الجنينية، وفاة الجنين داخل الرحم، فقر الدم، وفاة الأم).
- فقر الدم الشديد (خطورة حدوث وزن الولادة المنخفض، الخداج (الابتسار)، فقر الدم لدى حديثي الولادة، زيادة التعرضية (سرعة التأثر) في حالة النزف). يجب توفير نقل الدم في حالات فقر الدم الشديد خلال الثلث الثالث من الحمل.
- الحمل المتعدد (خطورة حدوث الولادة المعرقلة، ولادة باكرة (مبتسرة)، ارتفاع ضغط الدم، داء السكري، تأخر النمو داخل الرحم والنزف بعد الولادة).
- تمزق الأغشية الباكر (المبتسر) (خطورة حدوث العدوى، ولادة باكرة (مبتسرة)، وفاة الجنين داخل الرحم).

الفصل الثاني: النزف خلال النصف الأول من الحمل

[1.2 الإجهاض](#)

[2.2 الحمل خارج الرحم \(المنتبذ\)](#)

[3.2 الحمل الرحوي \(الرحي العُداريّة\)](#)

[4.2 التهاب عنق الرحم](#)

[5.2 النزف الوظيفي](#)

1.2 الإجهاض

إنهاء الحمل بشكل تلقائي (الإجهاض التلقائي) أو محرض (إنهاء الحمل) قبل 22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية. في البلدان التي تحظر قوانينها إنهاء الحمل، يتم إجراء عمليات الإجهاض المحرض في ظروف سيئة (معدات غير معقمة، أدوات و/أو مواد غير ملائمة، بدون مساعدة طاقم رعاية صحية مؤهل، إلخ). حيث يعد حدوث المضاعفات شائعًا (الرضح، النزف، العدوى الشديدة) وقد تكون مهددة للحياة. بالنسبة لإنهاء الحمل، انظر [الفصل 12](#).

1.1.2 التشخيص

العلامات والأعراض

- الإجهاض المُهَدَّد أو الإجهاض الفأنت: نزف بسيط، ألم بطني، عنق الرحم مغلق.
- الإجهاض الناقص (غير المكتمل): نزف شديد إلى حد ما، ألم بطني، انقباضات الرحم، طرد نواتج الحمل (الإخصاب)، عنق الرحم مفتوح.
- رضح المهبل أو عنق الرحم أو وجود أجسام غريبة يرجح بشدة حدوث إجهاض غير آمن. يجب التحقق من حدوث مضاعفات، خاصة العدوى.

فحوص إضافية

- يعد اختبار الحمل مفيدًا في حال كان التاريخ المرضي والفحص السريري غير حاسمين.
- تعد الأمواج فوق الصوتية مفيدة لتأكيد فشل الحمل أو وجود نواتج الحمل (الإخصاب) المحبسة بعد الإجهاض الناقص (غير المكتمل).

2.1.2 التشخيص التفريقي

التشخيصات التفريقية الرئيسية: الحمل خارج الرحم (المتبذ)، التهاب عنق الرحم، الشتر الخارجي (انقلاب مخاطية عنق الرحم للخارج، التي تكون أكثر هشاشة وقد تنزف بسهولة عند التماس، خاصة بعد الفحص المهبلي أو الجماع)، سلية عنق الرحم، والنزف الرحمي الوظيفي.

3.1.2 التدبير العلاجي

الإجهاض المهدد

- نصح المريضة بتقليل الحركة والنشاط. إما أن تتراجع خطورة حدوث الإجهاض، أو يكون الإجهاض حتميًا.
- البحث عن أحد المسببات المعدية المحتملة (الملاريا أو عدوى منقولة جنسيًا) وعلاجه.
- علاج الألم حسب شدته (الملحق 7).

الإجهاض الفأث

- في حال عدم وجود علامات العدوى و/أو عدم النزف الشديد، لا توجد ضرورة ملحة لإجراء تفريغ الرحم.
- قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية يمكن إجراء تفريغ الرحم بواسطة:
- الأدوية: **ميزوبروستول** 600 ميكروغرام تحت اللسان أو 800 ميكروغرام ضمن المهبل (في القبو الخلفي للمهبل). من المتوقع أن يبدأ النزف والتقلص خلال 3 ساعات. في حال عدم بدء الطرد خلال 3 ساعات، يجب تطبيق جرعات إضافية من ميزوبروستول كل 3 ساعات؛ الحد الأقصى 3 جرعات بشكل إجمالي.^[1]
- أو الشفط اليدوي بالتخلية (الفصل 9، القسم 5.9)
- بين 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية **ميفيبريستون** الفموي: 200 ملغ جرعة واحدة، وبعد 1-2 يوم **ميزوبروستول** 400 ميكروغرام تحت اللسان أو ضمن المهبل (في القبو الخلفي للمهبل) كل 4-6 ساعات حتى بدء المخاض، ويتم التكرار في حال الضرورة في اليوم التالي أو **ميزوبروستول** بمفرده 400 ميكروغرام تحت اللسان أو ضمن المهبل (في القبو الخلفي للمهبل) كل 4-6 ساعات حتى بدء المخاض، ويتم التكرار في حال الضرورة في اليوم التالي.
- في حالة وجود نديتين سابقتين أو أكثر في الرحم أو تعدد كبير في الولادات أو فرط تمدد الرحم:
- يفضل استخدام المشاركة الدوائية ميفيبريستون + ميزوبروستول حيث يكون عدد الجرعات المطلوبة من ميزوبروستول أقل.
- تقليل جرعة ميزوبروستول إلى 200 ميكروغرام كل 6 ساعات.
- المراقبة اللصيقة للألم للبحث عن علامات التمزق الوشيك (نبض القلب، ضغط الدم، التقلصات الرحمية، الألم).

الإجهاض قيد الحدوث أو الناقص (غير المكتمل) دون وجود علامات العدوى

تدابير عامة

- قياس نبض القلب، ضغط الدم، درجة الحرارة؛ تقييم شدة النزف.
- في حالة النزف شديد:
- تركيب خط وريدي (قثطار قياس G18-16) وتطبيق محلول رينغر لانتات؛
- المراقبة للصيقة لنبض القلب وضغط الدم والنزف؛
- الاستعداد لإمكانية نقل الدم: تحديد الزمرة الدموية (فصيلة الدم) للمريضة، اختيار المتبرعين المحتملين أو التأكد من توافر الدم. في حال ضرورة نقل الدم، يستخدم فقط الدم الذي خضع للفحوصات (فيروس العوز المناعي البشري HIV النمطين 1 و2، التهاب الكبد ب و ج، الزهري، والملاريا في المناطق المتوطنة).
- علاج الألم حسب شدته (الملحق 7).
- إزالة نواتج الحمل (الإخصاب) من المهبل وعنق الرحم، في حال وجودها.
- البحث عن المسبب (مثل الملاريا أو العدوى المنقولة جنسيًا)، وعلاجه.
- بعد ذلك، يجب توفير مكملات الحديد + حمض الفوليك، أو في حالة فقر الدم الشديد يتم إجراء نقل الدم.

تفريغ الرحم

- قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية
- يكون تفريغ الرحم مطلوبًا عادةً لوجود نواتج الحمل (الإخصاب) المحتبسة، التي قد تسبب النزف والعدوى. هناك خياران للتفريغ، بواسطة:
- الأدوات: الشفط اليدوي بالتخلية (الفصل 9، [القسم 5.9](#)) أو الكشط (الفصل 9، [القسم 6.9](#))، في حال عدم التوافر. يعد الشفط تحت التخدير الموضعي هو الطريقة المثلى ^[2]. حيث يعد إجراؤه أسهل من الناحية التقنية، وأقل رضًا وألمًا من الكشط.
- الأدوية: **ميزوبروستول** 400 ميكروغرام تحت اللسان أو 600 ميكروغرام عبر الفم جرعة واحدة^[3]
- بين 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية
- بواسطة الأدوات في حالة النزف: الشفط اليدوي بالتخلية (الفصل 9، [القسم 5.9](#)) أو الكشط (الفصل 9، [القسم 6.9](#)) أو الكشط الإصبعي (الفصل 9، [القسم 4.9](#)).
- بواسطة الأدوية: **ميزوبروستول** 400 ميكروغرام تحت اللسان كل 3 ساعات حتى حدوث الطرد. في حالة عدم حدوث الطرد بعد 3 جرعات إضافية، يجب الأخذ بعين الاعتبار التفريغ بواسطة الأدوات.
- في حالة وجود ندبتين سابقتين أو أكثر في الرحم أو تعدد كبير في الولادات أو فرط تمدد الرحم: نفس الاحتياطات كما في الإجهاض الفأنت (انظر أعلاه).

الإجهاض الإثنائي

- في حالة الإجهاض الإثنائي (حمى، ألم بطني، إيلام الرحم، إفرازات كريهة الرائحة)، كالمبين أعلاه بالإضافة إلى:
- إزالة الأجسام الغريبة من المهبل وعنق الرحم، في حال وجودها؛ وتنظيف الجروح.
- إجراء تفريغ الرحم في أقرب وقت ممكن، بغض النظر عن العمر الحملي.
- تطبيق العلاج بالمضادات الحيوية في أقرب وقت ممكن:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك** الوريدي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين): 1 غ كل 8 ساعات + **جنتاميسين** بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم
- أو
- أمبيسيلين** الوريدي: 2 غ كل 8 ساعات + **ميترونيدازول** الوريدي: 500 ملغ كل 8 ساعات + **جنتاميسين** بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم

يجب استمرار العلاج حتى زوال الحمى (لمدة 48 ساعة على الأقل)، ثم التغيير إلى:
أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) لإكمال 5 أيام من المعالجة
نسبة 8:1: 3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/62.5 ملغ 3 مرات في اليوم)
نسبة 7:1: 2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/125 ملغ 3 مرات في اليوم)
أو

أموكسيسيلين الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم + **ميثرونيدازول** الفموي: 500 ملغ 3 مرات في اليوم، لإكمال 5 أيام من المعالجة
لحالات العدوى الشديدة (الرحم المُنقَّب المصاب بعدوى أو التهاب البيريتوان (الصفاق))، يتم العلاج لمدة 10 أيام.
- التحقق من و/أو تحديث التحصين ضد الكزاز (التيتانوس) (الجدول 1.2).

الجدول 1.2 - الوقاية من الكزاز

الإجهاض غير الآمن، مع وجود جرح أو أجسام غريبة	الإجهاض التلقائي	الحالة التحصينية
بدء التحصين ضد الكزاز + تطبيق الغلوبيولين المناعي البشري المضاد للكزاز	بدء التحصين ضد الكزاز	غياب التحصين أو حالة التحصين غير معروفة
جرعة داعمة من لقاح الكزاز + تطبيق الغلوبيولين المناعي البشري المضاد للكزاز	جرعة داعمة من لقاح الكزاز	تحصين غير كامل
		تحصين كامل آخر جرعة داعمة تم تطبيقها منذ:
لا يوجد	لا يوجد	> 5 سنوات
جرعة داعمة من لقاح الكزاز	لا يوجد	5-10 سنوات
جرعة داعمة من لقاح الكزاز + تطبيق الغلوبيولين المناعي البشري المضاد للكزاز	جرعة داعمة من لقاح الكزاز	< 10 سنوات

المراجع

1. IPAS. Clinical Updates in Reproductive Health. March 2018.
<https://ipas.azureedge.net/files/CURHE18-march-ClinicalUpdatesinReproductiveHealth.pdf>
2. IPAS. Clinical Updates in Reproductive Health. Uterine evacuation: Replace sharp curettage with aspiration or medications. December 5, 2018.
<https://www.ipas.org/clinical-updates/general/uterine-evacuation>

2.2 الحمل خارج الرحم (المنتبذ)

انغراس البويضة المخصبة خارج جوف الرحم، عادةً في قناة فالوب وأقل شيوعًا بأماكن أخرى (البطن، المبيض، عنق الرحم). تعد سوابق التهاب البيريتوان (الصفاق) أو عدوى الحوض من العوامل المؤهبة.

1.2.2 التشخيص

العلامات والأعراض

- الأعراض الشائعة للحمل خارج الرحم في البوق أو البطن أو المبيض:
- سابقة حديثة لألم بطني متقطع، انقطاع الحيض لعدة أسابيع، الذي قد يتبعه نزف مهبلي أو عدم انتظام الدورة الشهرية، الغثيان والإقياء، الدوار العرضي.
- الفحص: إيلام بطني أحادي الجانب غالبًا؛ منعكس الدفاع العضلي، كتلة بالملحقات بشكل محتمل، إيلام عنق الرحم والقبو الخلفي للمهبل.
- في حالة الحمل البوقي:
- قد يتجمع الدم في قناة فالوب (تراكم الدم في (تدمّي) البوق). قد تصبح الأعراض السابقة أكثر شدة وطويلة الأمد، مصحوبة بكتلة بالملحقات مؤلمة.
- قد ينز النزف بشكل تدريجي إلى جوف البطن على مدار بضعة أيام أو أسابيع. حيث يتراكم الدم في جيبّة دوغلاس ويكوّن ورم دموي (قيلة دموية). في حال تكون قيلة دموية، خاصةً إذا كانت كبيرة، فقد توجد علامات وأعراض أخرى:
- تهيج المثانة أو المستقيم مع التبول المتكرر، عسر التبول، معص شرجي وحمى خفيفة.
- انتفاخ وألم متزايد بالقبو الخلفي للمهبل، مصحوب بكتلة في الحوض ذات حواف غير محددة ومتباينة القوام تدفع الرحم للأمام.
- فقر الدم.
- في حالة تمزق قناة فالوب بشكل مفاجئ، غالبًا ما تتضرر الأوعية الدموية بالقناة.
- حيث يحدث تدمّي الصفاق بشكل سريع (انصباب دموي في جوف الصفاق).
- عند الفحص:
- تمدد وإيلام البطن، أصمية متنقلة.
- ألم شديد في جيبّة دوغلاس.
- ألم كافي.
- صدمة نقص حجم الدم ناجمة عن النزف (نبض سريع أو ضعيف أو غير قابل للجس، ضغط الدم منخفض للغاية أو غير قابل للقياس، تسرع النفس، شحوب، إحساس بالبرودة، ترطب الجلد، هياج وقلق).
- بشكل عام، يعد الحمل العنقي (نادر للغاية) مشابه بشكل كبير للإجهاض الناقص (غير المكتمل). غالبًا ما يتم اكتشافه عند النزف الشديد خلال الشفط بالتخلية أو الكشط لتفريغ الرحم.

فحوص إضافية

- اختبار الحمل: عادةً ما يكون إيجابيًا؛ مع ذلك فقد يكون سلبياً بشكل استثنائي في حالة القيلة الدموية.

-الأمواج فوق الصوتية: تظهر الرحم فارغاً، وفي بعض الحالات تظهر كتلة بالملحقات (تدمّي البوق أو القيلة الدموية) أو وجود سوائل/ دم في جوف البطن (تدمّي الصفاق).

في حال عدم توافر إجراء فحص الأمواج فوق الصوتية ولا يزال هناك بعض الشك، قد يكون بزل الرذبة المستقيمية الرحمية (ثقب جُبية دوغلاس) مفيداً للتأكد من تدمّي الصفاق. يعد هذا الإجراء غير مجدي في حال وجود ضرورة واضحة لبضع (شق) البطن.

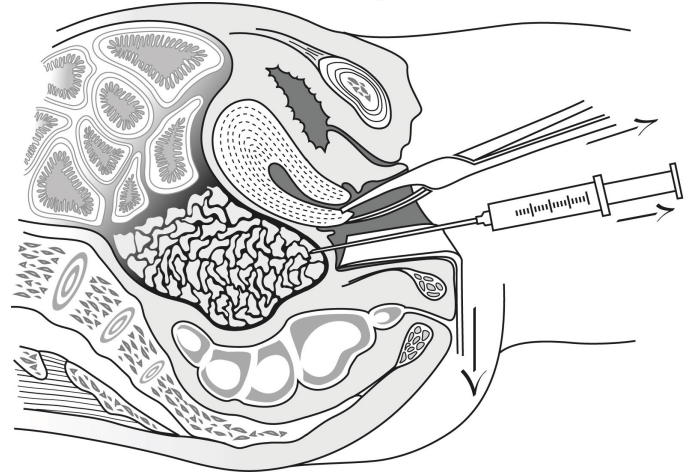
- بزل الرذبة المستقيمية الرحمية:

- إجراء تخدير عام (باستخدام كيتامين) أو موضعي (باستخدام ليدوكاين 1%).
- مسح العجان والمهبل وعنق الرحم باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
- دفع الجدار الخلفي للمهبل للأسفل باستخدام منظار. إمساك الشفة الخلفية لعنق الرحم باستخدام ملقط بوتزوي ورفع عنق الرحم لأعلى.

• يتم ثقب القبو الخلفي للمهبل باستخدام إبرة طويلة ذات تجويف واسع (مثل إبرة البزل القطني قياس G20) مع تثبيتها في وضع أفقي قدر الإمكان، والشفط بواسطة محقنة سعة 20 مل.

• يشير احتواء الشفاطة على دم غير مُتخثر إلى تدمّي الصفاق.

الشكل 1.2 - ثقب القبو الخلفي للمهبل



2.2.2 التشخيص التفريقي

التشخيصات التفريقية الرئيسية للحمل خارج الرحم (المنتبذ) هي الإجهاض، التهاب البوق، الخراج المبيضي، التهاب الزائدة الدودية و التهاب الرتج.

عند الاشتباه في القيلة الدموية، يجب الأخذ بعين الاعتبار أيضاً تقيح البوق أو الورم الليفي أو الخراج الحوضي من سبب آخر. عند الاشتباه في تدمّي الصفاق، جب الأخذ بعين الاعتبار أيضاً الاثتقاب المعدي أو الاثتاعشري أو تمزق الكيسة المبيضية.

3.2.2 التدير العلاجي

عندما ارتفع احتمالية تشخيص الحمل خارج الرحم:

- التحضير لإجراء بضع (شق) البطن أو الإحالة الطارئة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).
- تركيب خط وريدي (قنطار قياس 16G-18) وتطبيق محلول رينغر لاكلتات.
- المراقبة للصيقة لنبض القلب وضغط الدم والنزف.
- الاستعداد لإمكانية نقل الدم: تحديد الزمرة الدموية (فصيلة الدم) للمريضة، اختيار المتبرعين المحتملين أو التأكد من توافر الدم. في حال ضرورة نقل الدم، يستخدم فقط الدم الذي خضع للفحوصات (فيروس العوز المناعي البشري HIV النمطين 1 و2، التهاب الكبد ب و ج، الزهري، والمalaria في المناطق المتوطنة).

حالات خاصة

- في حالة الحمل العنقي، يجب الضغط لإيقاف النزف بشكل مؤقت إن أمكن، بواسطة قنطار فولي داخل عنق الرحم أو تطويق عنق الرحم، وذلك قبل التفكير في استئصال الرحم الكامل.
- يتم علاج الحمل البطني بإجراء بضع (شق) البطن. قد تكون إزالة المشيمة صعبة للغاية وقد تسبب نزفًا شديدًا، تبعًا لموضعها؛ في هذه الحالة، يجب ترك المشيمة في موضعها.

3.2 الحمل الرحوي (الرَحَى العُدَارِيَّة)

حمل مرضي ناجم عن التئس الكيسي للمشيمة (تكاثر غير طبيعي (شاذ) للزغابات المشيمائية). تظهر الرَّحَى في شكل حويصلات شاقَّة، ذات قطر 1-2 سم، متصلة بواسطة خيوط مثل عنقود العنب. في أغلب الحالات لا يوجد جنين أو كيس سلوي (السَّلي).

1.3.2 التشخيص

العلامات والأعراض

- نزف تلقائي متفاوت الشدة.
- الرحم أكبر وأكثر ليونة من المتوقع بالنسبة للعمر الحملي.
- عدم وجود أصوات قلب أو حركة أو أقطاب للجنين في الشهر الخامس.
- الغثيان والإقياء بشكل أكثر تكرارًا ويستمر لفترة أطول مقارنة بالمعتاد في الحمل الطبيعي.
- أحيانًا:
- وذمة، بيلة بروتينية أو ارتفاع ضغط الدم في حال كان الحمل في مرحلة متقدمة؛
- تضخم المبيضين، فقدان الوزن، يرقان خفيف؛
- إجهاض ناقص (غير مكتمل) بطيء مجزأ، مصحوب أحيانًا بنزف شديد مع طرد الحويصلات.

فحوص إضافية

- اختبار الحمل يكون إيجابيًا دائمًا.
- الأمواج فوق الصوتية تظهر مشيمة حويصلية متغايرة تملأ جوف الرحم بأكمله.

2.3.2 التدبير العلاجي

- الإحالة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC): خطورة حدوث النزف وتفريغ الرحم المصحوب بمضاعفات.
- تركيب خط وريدي (قنطار قياس G18-16) وتطبيق محلول رينغر لاكتات.
- المراقبة للصيقة لنبض القلب وضغط الدم والنزف.
- الاستعداد لإمكانية نقل الدم: تحديد الزمرة الدموية (فصيلة الدم) للمريضة، اختيار المتبرعين المحتملين أو التأكد من توافر الدم. في حال ضرورة نقل الدم، يستخدم فقط الدم الذي خضع للفحوصات (فيروس العوز المناعي البشري HIV النمطين 1 و2، التهاب الكبد ب و ج، الزهري، والملاريا في المناطق المتوطنة)
- يتم تفريغ الرحم باستخدام الشفط، أو في حال عدم التوافر بالكشط الإصبعي أو الكشط الحذر بواسطة الأدوات (الفصل 9). يجب إجراء التفريغ تحت تأثير أوكسيتوسين، 20 وحدة دولية ضمن 1 لتر من محلول رينغر لاكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% تطبق خلال ساعتين (160 نقطة/دقيقة) لمنع النزف وتقليل خطورة حدوث الانثقاب (يكون جدار الرحم رقيقاً وضعيفاً). يجب عدم ترك أي حطام (بقايا) بعد تفريغ الرحم. إن أمكن، يتم إجراء تصوير بالأموح فوق الصوتية للتأكد من أن الرحم فارغ.
- يجب توفير وسيلة مانعة للحمل فعالة لمدة سنة واحدة على الأقل، أو إجراء ربط البوق في حال الرغبة.

3.3.2 المتابعة

- لدى حوالي 10-15% من المريضات، تتطور الرَّحَى إلى داء الأرومة الغازية المستديم أو السرطانة المشيمائية. بعد أسبوعين من التفريغ، يجب إجراء تصوير بالأموح فوق الصوتية إن أمكن للتأكد من أن الرحم فارغ. في حال عدم توافر الأمواج فوق الصوتية واستمرار النزف، يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراء الشفط مرة أخرى (حتى عند إجراءه بشكل صحيح، حيث يعد احتباس حطام (بقايا) الرَّحَى شائعاً).
- بعد ثمانية أسابيع من التفريغ، يجب إجراء اختبار حمل للمرة الأولى. لا يصبح اختبار الحمل سلبياً بعد إجراء التفريغ بشكل فوري، لكنه يجب أن يصبح سلبياً خلال 8 أسابيع.
- في حال كان الاختبار سلبياً، يجب إجراء اختبار حمل كل 4-8 أسابيع لمدة سنة واحدة.
- في حال كان الاختبار إيجابياً بعد 8 أسابيع أو أصبح إيجابياً خلال المتابعة التالية برغم استخدام وسيلة مانعة للحمل فعالة، يجب إحالة المريضة لاستبعاد أو علاج داء الأرومة الغازية المستديم أو السرطانة المشيمائية.

4.2 التهاب عنق الرحم

التهاب في عنق الرحم ناجم عن عدد من العوامل الممرضة - المُتدثرة الحثريّة والنيسريّة البنيّة في أكثر من 40% من الحالات.

1.4.2 التشخيص

- نزف مهبلي خفيف.
- احمرار والتهاب عنق الرحم وإصابته بالعدوى (إفرازات قيحية).
- التهاب المهبل المصاحب بشكل محتمل (إفرازات مهبلية كريهة الرائحة).

2.4.2 التدبير العلاجي

- تطبيق المضادات الحيوية الفعالة ضد المُتدثرة والمكورات البنية للمريضة وشريكها (الفصل 4، [القسم 2.2.4](#)).
- قد يشير عنق الرحم الملتهب و/أو آفات عنق الرحم إلى خلل التنسج أو السرطان. يجب متابعة المريضة مرة أخرى بعد 3 أشهر من الولادة لإعادة فحص عنق الرحم.

5.2 النزف الوظيفي

نزف خفيف عادةً، ينشأ من بطانة الرحم، بدون سبب ظاهر. يتم هذا التشخيص بالاستبعاد، بعد استبعاد أسباب النزف الأخرى التي تمت مناقشتها في هذا الفصل.

1.5.2 التشخيص

- نزف خفيف.
- الرحم ذو حجم طبيعي؛ عنق الرحم مغلق وطويل وخلفي؛ عدم وجود كتلة بالملحقات.

2.5.2 التدبير العلاجي

طمأنة المريضة؛ لا داع لاستعمال الأدوية.

الفصل الثالث: النزف خلال النصف الثاني من الحمل

[1.3 المشيمة المُنزّاحة](#)

[2.3 انفصال المشيمة الباكر](#)

[3.3 تمزق الرحم](#)

[4.3 تشخيص النزف خلال النصف الثاني من الحمل \(ملخص\)](#)

1.3 المشيمة المُنزّاحة

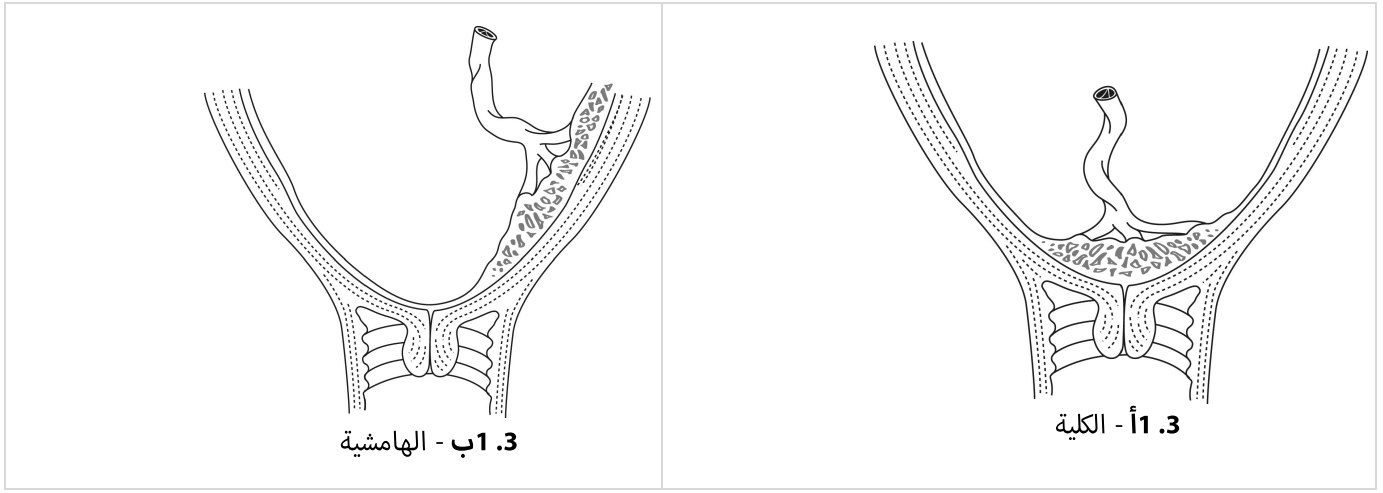
انغراس غير طبيعي (شاذ) للمشيمة في القطعة الرحمية السفلية، وليس في قاع الرحم. تعد عوامل الخطورة الرئيسية لحدوث المشيمة المُنزّاحة هي تعدد الولادات وسابقة الولادة بالجراحة القيصرية. يرتفع معدل وفيات الأمهات والأجنة وخطورة حدوث النزف التالي للولادة حتى مع توافر الظروف الجيدة (إمكانية نقل الدم، والتجهيزات الجراحية عالية الجودة).

1.1.3 الأنماط المختلفة للمشيمة المُنزّاحة

هناك 4 أنماط من المشيمة المُنزّاحة:

- المشيمة المُنزّاحة الكليّة (الشكل 3. أ1)، حيث تغطي المشيمة الفوهة الداخلية لعنق الرحم بشكل كلي.
- المشيمة المُنزّاحة الجزئية، حيث تغطي المشيمة الفوهة الداخلية لعنق الرحم بشكل جزئي.
- في كلتي هاتين الحالتين تتعذر الولادة المهبلية.
- المشيمة المُنزّاحة الهامشية (الشكل 3. ب1)، حيث تلامس المشيمة الفوهة الداخلية لعنق الرحم دون تغطيتها؛
- المشيمة المُنزّاحة الجانبية، حيث تنغرس المشيمة في القطعة الرحمية السفلية، لكن على بُعد أكبر من 2 سم من الفوهة الداخلية لعنق الرحم.

الأشكال 1.3 - المشيمة المُنزّاحة



2.1.3 التشخيص

العلامات والأعراض

بعد 22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية:

- نزف مفاجئ ذو لون أحمر مرتبط بانقباضات الرحم (لا تشعر بها المريضة دائماً).
- يكون المجيء غالباً مرتفعاً، ومدفوعاً لأعلى بواسطة المشيمة؛ يكون الرحم ليئاً.
- يمكن سماع أصوات قلب الجنين عادةً.
- الفحص بالمنظار يظهر تدفق الدم من فوهة عنق الرحم.

الأمواج فوق الصوتية

يعد الطريقة المثلى لتشخيص المشيمة المُزاحة. حيث تتيح إمكانية:

- تجنب الفحص المهبلي الذي قد يتسبب في نزف غزير.
 - تحديد ما إذا كانت المشيمة تغطي عنق الرحم أم لا، ومن ثم تحديد الطريقة المفضلة للولادة.
- في حال عدم توافر الأمواج فوق الصوتية أو عدم موثوقيتها، يمكن إجراء الفحص المهبلي الإصبعي بحذر لكن فقط في غرفة العمليات، مع توافر الموارد اللازمة للتدبير الفوري للنزف الغزير في متناول اليد (الخطوط الوريدية، نقل الدم، الولادة الطارئة بالجراحة القيصرية في حال الضرورة). قد يكشف الفحص المهبلي الإصبعي عن إزاحة عنق الرحم وتشوه القطعة الرحمية السفلية بواسطة المشيمة المُزاحة. سيُشعر القائم بالفحص بكتلة إسفنجية بدلاً من المجيء الجنيني الصلب. إن أمكن، يجب محاولة تحديد ما إذا كانت المشيمة تغطي عنق الرحم بالكامل أو جزءاً منه فقط. بمجرد تأكيد التشخيص، يجب عدم إجراء أي فحص مهبلي إصبعي آخر.

3.1.3 التدبير العلاجي

- تركيب خط وريدي (قطار قياس G18-16) وتطبيق محلول رينغر لكتات.
- قياس نبض القلب وضغط الدم؛ تقييم شدة النزف وقياس مستوى الهيموغلوبين.
- الاستعداد لإمكانية نقل الدم: تحديد الزمرة الدموية (فصيلة الدم) للمريضة، اختيار المتبرعين المحتملين أو التأكد من توافر الدم. في حال ضرورة نقل الدم، يستخدم فقط الدم الذي خضع للفحوصات (فيروس العوز المناعي البشري HIV النمطين 1 و2، التهاب الكبد ب و ج، الزهري، والملاريا في المناطق المتوطنة).

- في حال وجود ندبة بالرحم أو سابقة حدوث المشيمة المُزاحة، يجب الأخذ بعين الاعتبار احتمالية حدوث المشيمة المُلتصقة والاستعداد لإجراء استئصال الرحم.
- في حال وجود فقر الدم، يتم علاجه حسب شدته.

في حالة عدم بدء المخاض، والنزف البسيط إلى متوسط الشدة

- الراحة والمتابعة: يعد النزف الغزير المفاجئ وارد الحدوث دائمًا، حتى في حال توقف النزف بشكل كامل.
- في حالات المشيمة المُزاحة الكليّة أو الجزئية:
 - يجب إبقاء المريضة داخل المستشفى أو بالقرب من مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).
 - إطالة مدة الحمل، في حال الإمكانية، حتى 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية على الأقل (قبل الأسبوع 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يجب الأخذ بعين الاعتبار استخدام ديكساميثازون لُضح رئتي الجنين، الفصل 4، [القسم 2.10.4](#)).
- إجراء الولادة بالجراحة القيصرية:
 - بين 34-37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، برغم الخداج (الابتسار)، في حال كان الوضع غير مستقر (النزف الناكس (الراجع)).
 - بعد 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية بعد توقف نوبة واحدة من النزف.

في حالة عدم بدء المخاض، والنزف الشديد

- تجربة تطبيق مضاد للمخاض (عامل مشط للمخاض) لتقليل الانقباضات والنزف (الفصل 4، [القسم 2.10.4](#)).
- بنفس الوقت، الاستعداد لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية (بغض النظر عن موضع المشيمة أو إمكانية حياة الجنين)، في حالة استمرار النزف أو حدوث نزف غزير لا يمكن السيطرة عليه (يتم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية لإنقاذ حياة الأم).
- في المناطق النائية، يجب الترتيب لنقل المريضة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC). يجب الانتباه إلى خطورة حدوث تفاقم النزف في حال ظروف النقل الصعبة.

في حالة بدء المخاض

- المشيمة المُزاحة الكليّة و/أو النزف الشديد: إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.
 - المشيمة المُزاحة الجزئية والنزف البسيط: محاولة إجراء الولادة المهبلية؛ تمزيق الأغشية بمجرد إمكانية الوصول إليها، بطريقة تجعل رأس الجنين تضغط الأوعية المشيمية وتوقف النزف.
- يجب الانتباه إلى حدوث النزف التالي للولادة، حيث يعد شائعًا مع جميع أنماط المشيمة النازلة (المنخفضة)، بسبب ضعف انكماش القطعة الرحمية السفلية. يجب عدم التردد في إزالة المشيمة يدويًا واستكشاف جوف الرحم. يجب تطبيق الأوكسيتوسين بشكل روتيني (الفصل 8، [القسم 1.8](#)).

2.3 انفصال المشيمة الباكر

انفصال باكر (مبتسر) للمشيمة المنغرسية بشكل طبيعي قبل إخراج الجنين مصحوبًا بتكون ورم دموي بين المشيمة وجدار الرحم. يؤدي الورم الدموي إلى فصل المشيمة عن جدار الرحم بشكل كلي أو جزئي. يحدث انفصال المشيمة الباكر غالبًا مع الرضخ أو في حالات ارتفاع ضغط الدم أو ما قبل التسمم الحمل (مقدمات الارتعاج). يمكنه أن يحفز أحد اضطرابات التَّخَّر لدى الأم، مع خطورة حدوث نزف ثانوي شديد (التَّخَّر المنتشر داخل الأوعية). يعد تفريغ الرحم بشكل طارئ (عبر الولادة المهبلية أو بالجراحة القيصرية) ضروريًا لإنقاذ حياة الأم والجنين، بغض النظر عن مرحلة الحمل.

1.2.3 التشخيص

يتم تشخيص انفصال المشيمة الباكر بشكل سريري. يجب الاشتباه عند وجود واحدة أو أكثر من العلامات التالية:

- ألم بطني مفاجئ، شديد، ومستمر.
- تشنج الرحم والشعور بتصلبه و"تخشبه".
- نزف مفاجئ بسيط ذو لون أسود؛ قد يكون النزف شديدًا في حال وجود أحد اضطرابات التَّخُّر.
- صدمة، لا تتناسب مع شدة النزف الخارجي (نزف داخل الرحم): نبض سريع أو ضعيف أو غير قابل للرجس، ضغط الدم منخفض للغاية أو غير قابل للقياس؛ تسرع النفس، شحوب، إحساس بالبرودة، تروطب الجلد، هياج وقلق.
- نقص التأكسج لدى الجنين، تبعًا لحجم انفصال المشيمة: تباطؤ نبض قلب الجنين أو انخفاض أصوات قلب الجنين.
- عند تمزق الأغشية، يصبح لون السائل أحمر بشكل متجانس.
- في بعض الأحيان تكون الصورة غير مكتملة: قد لا يحدث نزف مهبلي أو تشنج الرحم، أو لا تحدث ضائقة جنينية.
- تعد الأمواج فوق الصوتية، في حال التوفر، مفيدة للتحقق من إمكانية حياة الجنين.

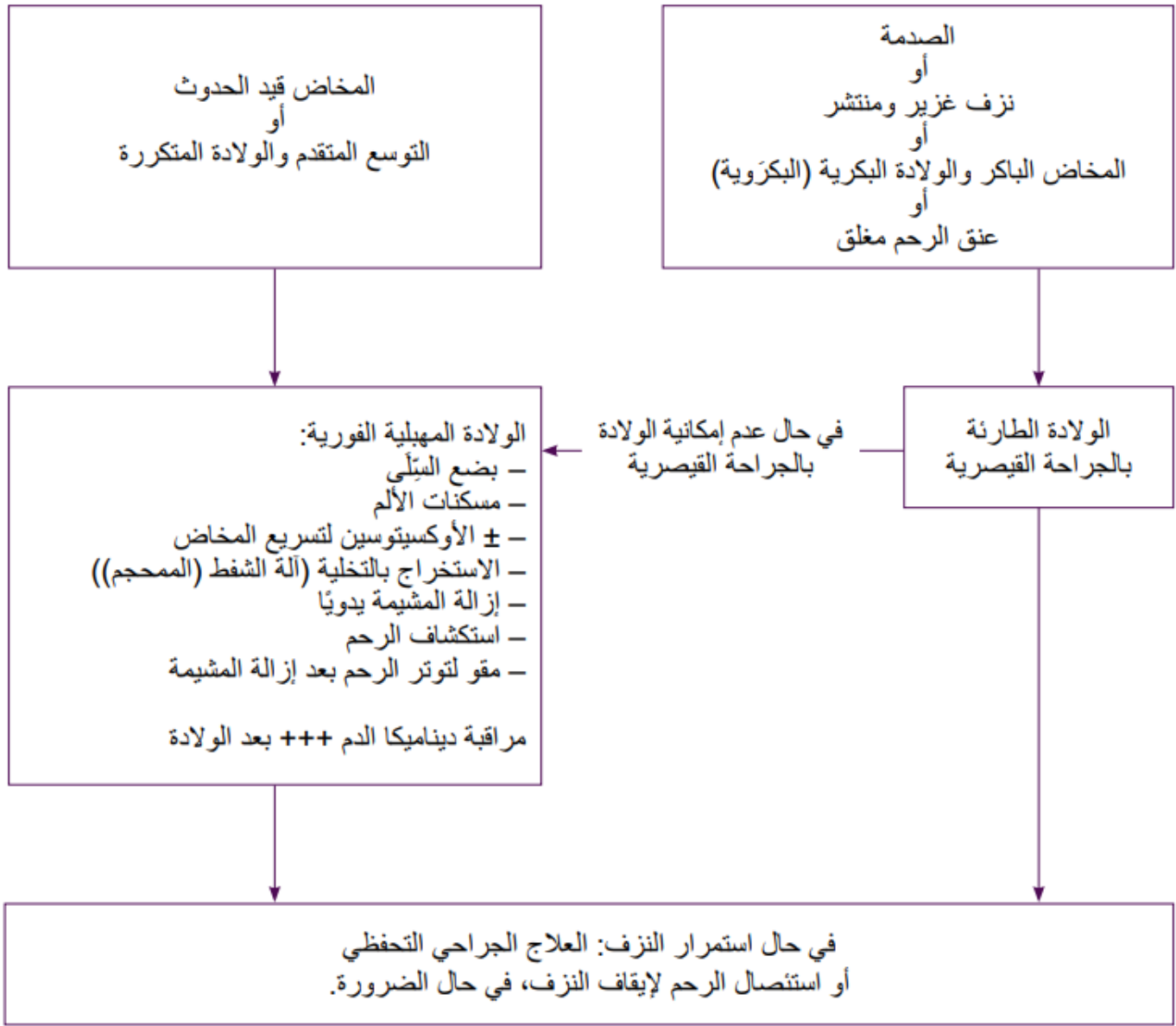
2.2.3 التدبير العلاجي

انظر أيضًا [المخطط](#).

- تركيب خط وريدي (قثطار قياس G18-16) وتطبيق محلول رينغر لكتات.
- قياس نبض القلب وضغط الدم؛ تقييم شدة النزف. في حال عدم وجود جلطات، يجب الأخذ بعين الاعتبار احتمالية حدوث أحد اضطرابات التَّخُّر.
- في المناطق النائية، يجب الترتيب لنقل المريضة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)، في حال الإمكانية، تحسبًا للحاجة إلى نقل الدم، أو إجراء ولادة بالجراحة القيصرية أو استئصال الرحم، وتدبير النزف التالي للولادة.
- لتقييم اضطرابات التخثر^[1] :
- سحب 2 مل من الدم في أنبوب زجاجي نظيف وجاف (10 مم × 75 مم تقريبًا).
- إمساك الأنبوب بداخل قبضة اليد المغلقة لإبقائه دافئًا (± 37 °مئوية).
- بعد 4 دقائق، تتم إمالة الأنبوب ببطء لرؤية ما إذا كانت هناك جلطة تتكون، ثم تتم إمالته مرة أخرى كل دقيقة حتى يتجلط الدم ويمكن قلب الأنبوب رأسًا على عقب.
- يشير عدم تكون جلطة بعد 7 دقائق أو تكون جلطة هشة تفتت بسهولة إلى احتمالية حدوث اضطرابات التخثر.
- لنقل الدم:
- تحديد الزمرة الدموية (فصيلة الدم) للمريضة.
- اختيار المتبرعين المحتملين لإمكانية نقل الدم الكامل الطازج.
- في حال نقل المريضة، يجب اصطحاب أفراد الأسرة من المتبرعين بالدم المحتملين.
- في حال حدوث نزف متوسط الشدة وعدم وجود اضطراب التَّخُّر، يتم نقل الكريات الحمراء المكدوسة أو الدم الكامل.
- في حال حدوث نزف غزير و/أو وجود اضطراب التَّخُّر، يتم نقل الدم الكامل الطازج (تم الحصول عليه خلال فترة أقل من 4 ساعات ولم يتم تبريده) أو نقل الكريات الحمراء المكدوسة أو الدم الكامل مصحوبًا بالبلازما الطازجة المجمدة.
- يجب فحص الدم أو نواتج الدم (مشتقاته) الأخرى (فيروس العوز المناعي البشري HIV النمطين 1 و2، التهاب الكبد ب و ج، الزهري، والملاريا في المناطق المتوطنة).
- يجب إجراء الولادة بشكل سريع، ويفضل قبل بدء حدوث اضطرابات التَّخُّر.
- عند عدم ترتيب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية بشكل مسبق، فإنها ستصبح حتمية في حال تقدم المخاض ببطء - حتى في حالة وفاة الجنين داخل الرحم.

يجب عدم وصف ساليبوتامول لإرخاء تشنج الرحم.

تدبير انفصال المشيمة الباكر



المراجع

1. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. Geneva 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>

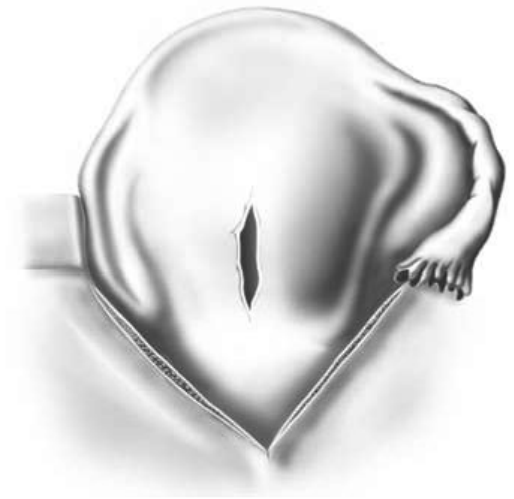
3.3 تمزق الرحم

تمزق في جدار الرحم، في معظم الحالات أثناء المخاض.

يمكن تقليل حدوث تمزق الرحم، في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC) أو مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)، عبر متابعة تقدم المخاض باستخدام مخطط المخاض (بارتوغراف)، والاستخدام الرشيد للأوكسيتوسين والبروستاغلاندينات.

1.3.3 ظروف حدوث تمزق الرحم

- الولادة المعرقلة.
 - تعدد كبير في الولادات (5 ولادات أو أكثر).
 - عند استخدام كميات زائدة من مقويات توتر الرحم (الأوكسيتوسين أو ميزوبروستول).
 - سابقة إجراء جراحة في الرحم: الولادة بالجراحة القيصرية، خاصة التقليدية (الكلاسيكية) (الشكل 3.2)؛ الرحم المُثَقَّب؛ استئصال الورم العضلي.
- الشكل 3.2 -** تمزق الرحم عند ندبة ناجمة عن الولادة بالجراحة القيصرية التقليدية (الكلاسيكية)



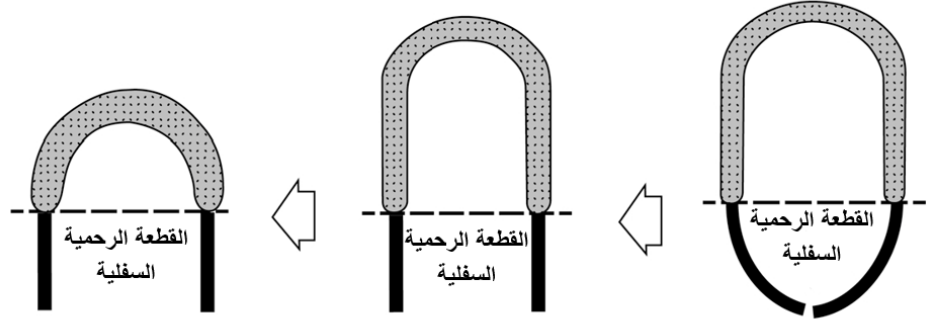
2.3.3 التشخيص

يكون التشخيص سريريًا. يمكن تشخيص حدوث التمزق أثناء المخاض أو بعد الولادة. على الرغم من أن الأعراض الأولية قد تكون غير ملحوظة، بشكل خاص في حالات وجود ندب في الرحم، إلا أن العلامات عادةً تكون واضحة.

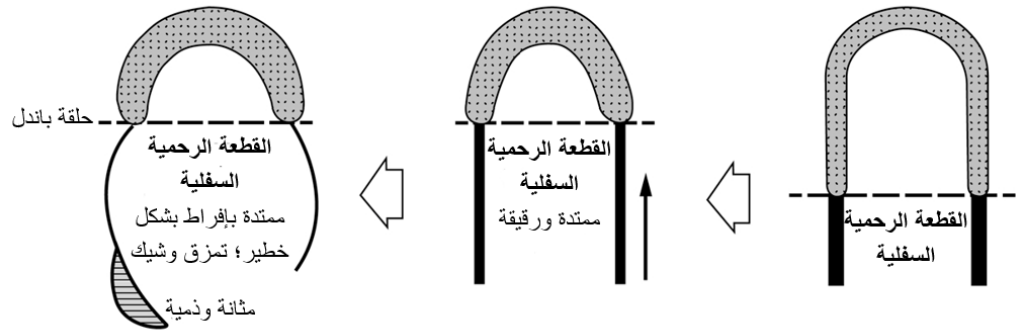
أثناء المخاض

- التمزق الوشيك:
 - هياج الأم؛
 - ألم بطني شديد متزايد يستمر بين الانقباضات؛ مُنعكس الدفاع العضلي البطني؛
 - حلقة باندل (الأشكال 3.3 و 4.3) غالبًا، تعد إحدى علامات الولادة المعرقلة. قد تبدو حلقة باندل للوهلة الأولى شبيهة بالمانة المنتفخة.
- الشكل 3.3 -** آلية تكون حلقة باندل^أ

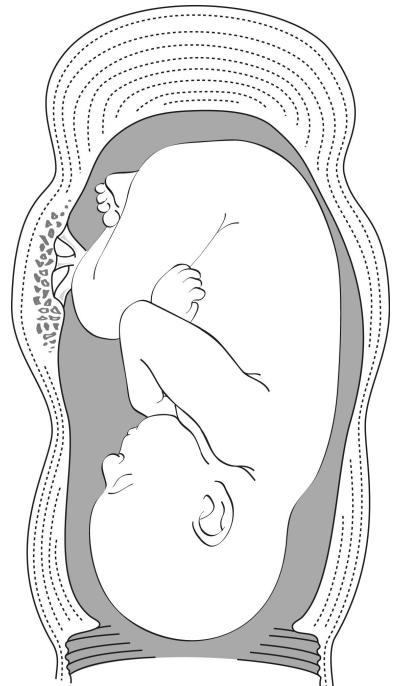
الولادة الطبيعية



الولادة المعرّقة



الشكل 4.3 - التمزق الوشيك: الرحم المَحْصُور (شبيه بالساعة الرملية) "حلقة باندل"



- التمزق:

- ألم في الكتف أو ألم متزايد عند الشهيق، يعد علامة على تدمي الصفاق. في بعض الأحيان يكون الألم مفاجئًا، أثناء إحدى الانقباضات، وتصف المريضة شعورًا بحدوث "تمزق". قد يكون الألم أقل وضوحًا في حالات تمزق الجزء الخلفي من الرحم.
- صدمة نقص حجم الدم ناجمة عن النزف (نبض سريع أو ضعيف أو غير قابل للجس، ضغط الدم منخفض للغاية أو غير قابل للقياس؛ تسرع النفس، إحساس بالبرودة، ترطب الجلد، هياج أو قلق).
- توقف الانقباضات.
- تباطؤ نبض قلب الجنين أو عدم سماع أصوات قلب الجنين.
- في بعض الأحيان، الشعور بإمكانية جس الجنين أسفل الجلد مباشرةً في حال التمزق الكامل الكبير. عادةً ما يتوفي الجنين.

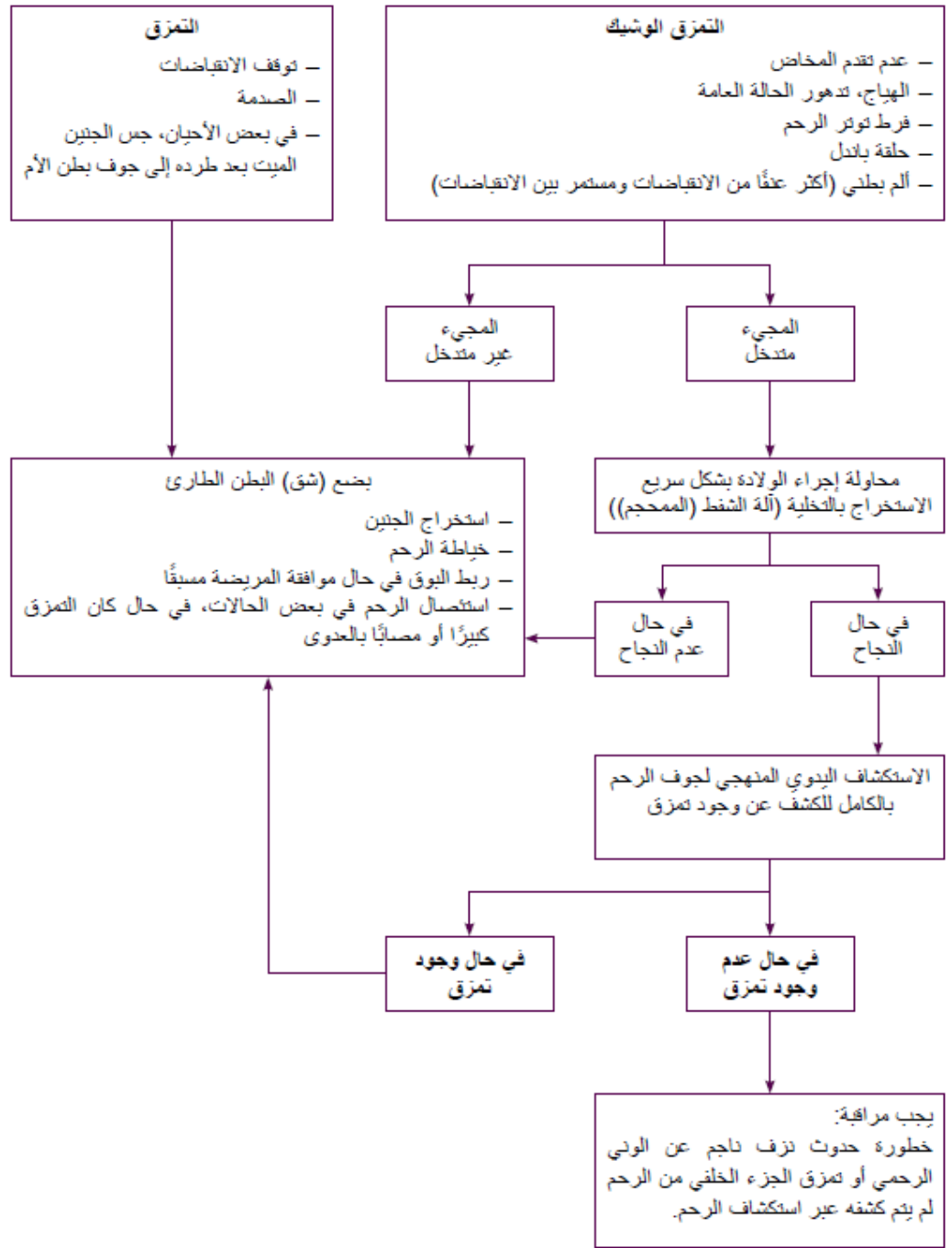
قد يكتشف حدوث التمزق أثناء النزف: استكشاف الرحم بعد إخراج المشيمة يكشف حدوث التمزق.

3.3.3 التدبير العلاجي

انظر أيضًا [المخطط](#).

- تركيب خطين وريديين (قنطار قياس G18-16) وتطبيق محلول رينغر لاكتات.
- قياس نبض القلب وضغط الدم؛ تقييم شدة النزف.
- تركيب قنطار فولي البولي.
- بضع (شق) البطن الطارئ مع الجراحة القيصرية السريعة، تعويض السوائل، وفي معظم الحالات نقل الدم.
- وفقًا لنوع التمزق، وحالة المريضة، والمدة بين حدوث التمزق وإجراء بضع (شق) البطن، ووجود علامات العدوى من عدمه، تتم خياطة الرحم أو استئصاله.
- يجب أن تكون مدة الجراحة أقصر ما يمكن، حيث تكون الحالة العامة لهؤلاء المريضات سيئة (مصابات بفقر الدم على وجه الخصوص). يفضل إجراء البضع (الشق) الجراحي على الخط الناصف (المتوسط) تحت السرة (الرؤية أفضل)، ويمكن أحياناً مدّه إلى محيط (المنطقة المحيطة) السرة.
- يكون التمزق عادةً في القطعة الرحمية السفلية، أمامياً ومنخفضاً. يتم توسيع التمزق للسماح باستخراج الجنين.
- يجب التحقق من سلامة المثانة، التي قد تتعرض للإصابة في حال التصاقها للغاية بالقطعة الرحمية السفلية (خياطة متصلة في مستوى واحد أو مستويين والقثطرة لمدة 7 أيام على الأقل).
- يجب محاولة الإصلاح متى أمكن. قبل خياطة عضلة الرحم، يتم تهديب الحواف الممزقة والمرضوضة.
- في حالة الإصابة بعدوى في الرحم أو تمزق واسع النطاق مع رضوض شديدة حول الجرح أو عدم إمكانية الإصلاح بواسطة الخياطة، يتم إجراء استئصال الرحم دون التام (الجزئي) مع الحفاظ على المبيضين.
- مع الأخذ بعين الاعتبار خطورة حدوث تمزق الرحم مرة أخرى أثناء مرات الحمل اللاحقة، قد يوصى أو يستطب إجراء ربط البوق ثنائي الجانب. يفضل مناقشة ذلك قبل الجراحة. يجب الحصول على موافقة المريضة.

التدبير العلاجي لتمزق الرحم



الهوامش

(أ) مقتبس من Primary Surgery Vol.1 – Non-Trauma: The surgery of labour. German Society of Tropical Surgery

<http://www.primary-surgery.org/ps/vol1/html/sect0016.html>

4.3 تشخيص النزف خلال النصف الثاني من الحمل (ملخص)

الجدول 1.3 - تشخيص مسببات المرض

تمزق الرحم	انفصال المشيمة الباكر	المشيمة المُزاحة	
التاريخ الطبي			
<ul style="list-style-type: none"> المخاض الطويل الولادة البكرية (البكرويّة) عسر الولادة تعدد كبير في الولادات (5 ولادات أو أكثر) الولادة بالجراحة القيصرية فرط استخدام مقويات توتر الرحم 	<ul style="list-style-type: none"> ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الولادة البكرية (البكرويّة) الرضح 	<ul style="list-style-type: none"> الحمل التوأمي الولادة بالجراحة القيصرية النزف أثناء حمل سابق 	
العلامات السريرية			
متغير	<ul style="list-style-type: none"> نزف بدون علامات تحذيرية تدفق بسيط لدم ذي لون أسود، أو نزف مفاجئ ذو لون أحمر ناصع نزف مصحوب بالألم شديد ومستمر في الرحم وأسفل الظهر 	<ul style="list-style-type: none"> دم ذو لون أحمر ناصع نزف غير مؤلم، بشكل تلقائي أو بعد الفحص المهبلي أو الجماع 	النزف
<ul style="list-style-type: none"> فقدان الدم لا يكون مريئًا دائمًا صدمة غير متناسبة مع كمية النزف المريئ (نزف داخل البطن) 	<ul style="list-style-type: none"> فقدان الدم لا يكون مريئًا دائمًا صدمة غير متناسبة مع كمية النزف المريئ (نزف داخل البطن أو خلف المشيمة) نزف منتشر 	<ul style="list-style-type: none"> فقدان الدم يكون مريئًا صدمة متناسبة مع كمية النزف 	الصدمة النزفية
<ul style="list-style-type: none"> يتم طرد الجنين أحيانًا إلى جوف البطن؛ ينكمش الرحم في شكل كرة ويمكن الشعور بالجنين أسفل الجلد 	<ul style="list-style-type: none"> انقباض مؤلم ومستمر (الرحم "متخشب") صعوبة تحديد وضع الجنين (الرحم صلب وورم دموي) 	<ul style="list-style-type: none"> رحم لين انقباضات متقطعة، في حال وجودها جنين مرتفع ومتحرك 	الرحم
	<ul style="list-style-type: none"> عنق الرحم مغلق غالبًا الفحص المهبلي لا يعد مفيدًا لتشخيص انفصال المشيمة الباكر. 	<ul style="list-style-type: none"> مشيمة إسفنجية ولينة إجراء فحص مهبل واحد فقط، بحذر الشديد، في حال عدم توافر الأمواج فوق الصوتية. 	الفحص المهبلي
غير مسموع أو ضعيف	غير مسموع أو ضعيف	طبيعية في غياب حدوث صدمة لدى الأم	أصوات قلب الجنين

الفصل 4: الأمراض أثناء الحمل والاضطرابات المرتبطة بالحمل

[1.4 فقر الدم الناجم عن عوز الحديد](#)

[2.4 العدوى الجرثومية \(البكتيرية\)](#)

[3.4 العدوى الطفيلية](#)

[4.4 العدوى الفيروسية](#)

[5.4 اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل](#)

[6.4 التسمم الحملي \(الارتجاج\)](#)

[7.4 كبر حجم الرحم غير الطبيعي](#)

[8.4 مَوَه السَّلَى \(الاستسقاء الأمنيوسي\)](#)

[9.4 تمزق الأغشية المبكر](#)

[10.4 الولادة المبكرة \(المتسرة\) المَهْدَدَة](#)

[11.4 وفاة الجنين داخل الرحم](#)

1.4 فقر الدم الناجم عن عوز الحديد

يُعرف فقر الدم بانخفاض مستوى الهيموغلوبين أقل من 11 غ/ديسي لير خلال الثلث الأول والثلث الثالث من الحمل وأقل من 10.5 غ/ديسي لير خلال الثلث الثاني من الحمل. قد يتسبب الحمل في تفاقم فقر الدم الموجود من قبل الناجم عن العوز التغذوي (نقص التغذية) أو الملاريا، على سبيل المثال. يزيد فقر الدم خطورة حدوث تأخر النمو داخل الرحم والولادة المبكرة (المتسرة). كما يزيد التعرضية (سرعة التأثر) في حالات النزف، بشكل خاص النزف التالي للولادة.

1.1.4 التشخيص

- العلامات السريرية: شحوب الملتحمة، الأغشية المخاطية، راحتي اليدين، وباطن القدمين؛ التعب، الدوار، تسرع القلب، نفخة قلبية.
- علامات شدة المرض: شحوب شديد، اضطرابات الوعي، ضيق النفس، انخفاض مستوى الهيموغلوبين أقل من 7 غ/ديسي لير.
- يتم قياس مستوى الهيموغلوبين (HemoCue).

2.1.4 العلاج

سلفات الحديد/ حمض الفوليك (أقراص تحوي تركيبة المشاركة 200 ملغ سلفات الحديد تكافئ 65 ملغ من عنصر الحديد + 400 ميكروغرام حمض الفوليك) الفموي: قرص واحد 2-3 مرات في اليوم حتى ارتفاع الهيموغلوبين إلى المستوى الطبيعي، ثم يتم التغيير إلى العلاج الوقائي^[1] (الفصل 1، [القسم 5.2.1](#)).

إضافة **حمض الأسكوربيك** (فيتامين ج) الفموي 500 ملغ مرة واحدة في اليوم، تحسن امتصاص الحديد. في مناطق توطن الديدان الشصية، يجب إضافة العلاج بطاردات الديدان بدءاً من الثلث الثاني من الحمل (الفصل 1، [القسم 5.2.1](#)). في مناطق توطن الملاريا، يجب إضافة العلاج الوقائي المضاد للملاريا المتقطع (الفصل 1، [القسم 5.2.1](#)) أو العلاج الشافي المضاد للملاريا ([القسم 1.3.4](#))، تبعاً لنتائج اختبارات الملاريا.

في حالة فقر الدم الشديد:

- يستطب نقل الدم في الحالات التالية:

قبل 36 أسبوع منذ آخر دورة شهرية:

- مستوى الهيموغلوبين ≥ 5 غ/ديسي ليدر، حتى في حال غياب علامات انهيار المعاوضة
- مستوى الهيموغلوبين < 5 غ/ديسي ليدر و > 7 غ/ديسي ليدر، في حال وجود علامات انهيار المعاوضة أو داء الكريات المنجلية أو الحالات الشديدة من الملاريا أو عدوى جرثومية (بكتيرية) خطيرة أو مرض قلبي موجود من قبل

بدءاً من 36 أسبوع منذ آخر دورة شهرية:

- مستوى الهيموغلوبين ≥ 6 غ/ديسي ليدر، حتى في حال غياب علامات انهيار المعاوضة
- مستوى الهيموغلوبين < 6 غ/ديسي ليدر و > 8 غ/ديسي ليدر، في حال وجود علامات انهيار المعاوضة أو داء الكريات المنجلية أو الحالات الشديدة من الملاريا أو عدوى جرثومية (بكتيرية) خطيرة أو مرض قلبي موجود من قبل

- في الثلث الثالث من الحمل:

ترتيب إجراء الولادة في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).

مع الأخذ بعين الاعتبار خطورة حدوث النزف وانهيار المعاوضة السريع أثناء الولادة، يجب الاستعداد لنقل الدم لدى أية امرأة لديها مستوى الهيموغلوبين > 7 غ/ديسي ليدر، حتى في حال تحمل فقر الدم بشكل جيد نسبياً.

الهوامش

(أ) يمكن استخدام أقراص عيار 185 فييومارات الحديد (60 ملغ من عنصر الحديد) + 400 ميكروغرام حمض الفوليك بدلاً من أقراص عيار 200 ملغ سلفات الحديد (65 ملغ عنصر الحديد) + 400 ميكروغرام حمض الفوليك.

المراجع

1. World Health Organization. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva. 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77770/1/9789241501996_eng.pdf

2.4 العدوى الجرثومية (البكتيرية)

للعلامات السريرية والتشخيص، يجب مراجعة دليل [الإرشادات السريرية](#)، منظمة أطباء بلا حدود. بالإضافة إلى علاج العدوى، يتم تطبيق **باراسيتامول** الفموي (1 غ 3 مرات في اليوم) في حال كانت درجة الحرارة تحت الإبط ≤ 38.5 °مئوية.

1.2.4 الزهري

يمكن أن يسبب الزهري حدوث الإجهاض التلقائي، الوفاة داخل الرحم، تأخر النمو داخل الرحم، المخاض الباكر (المبتسر)، مَوهُ السَّلَى، والزهري الخَلْقِي.

- للأمر:

بنزاتين بنزيل البنسيلين بالحقن العضلي^أ: 2.4 مليون وحدة دولية لكل حقنة (تطبيق نصف الجرعة في كل إبرة)

الزهري الباكر (عدوى أولية أو ثانوية أو خافية لمدة أقل من 12 شهر): جرعة واحدة

الزهري المتأخر الخافي (عدوى لمدة أطول من 12 شهر أو لمدة غير معلومة): حقنة واحدة في الأسبوع لمدة 3 أسابيع^[1]

يجب تطبيق نفس العلاج للشريك الجنسي.

ملاحظة: قد يحدث رد فعل ياريس-هيكسهايمر بعد الجرعة الأولى من البنسيلين، خاصةً لدى مرضى الزهري الباكر. حيث تُظهر المريضة بعض الأعراض التالية: حمى مفاجئة، نوافض، ألم عضلي، تسرع القلب، بيغ (توهج)، طفح جلدي متفاقم أو نقص ضغط الدم البسيط، تحدث عادةً خلال 2-5 ساعات. يعد العلاج عرضياً (**باراسيتامول** الفموي 1 غ كل 6 ساعات). يكون رد الفعل هذا متوسط الشدة غالباً، لكن قد يحدث رد فعل شديد.^[2]

فقط لدى المرضى الذين لديهم حساسية من البنسيلين، يتم استخدام **إريثروميسين** الفموي: 500 ملغ 4 مرات في اليوم لمدة 14 يوم (الزهري الباكر) أو 30 يوم (الزهري المتأخر الخافي). تعد فعالية إريثروميسين في كافة مراحل الزهري وقدرته على منع سمات الزهري الخَلْقِي موضع شك كبير، حيث تم الإبلاغ عن العديد من حالات فشل العلاج.

- لحديثي الولادة، انظر الفصل 10، [القسم 1.4.10](#).

2.2.4 السيلان

يمكن أن يسبب السيلان حدوث تمزق الأغشية الباكر، المخاض الباكر (المبتسر)، والتهاب الملتحمة الوليدي الشديد. يكون السيلان غالباً مصحوباً بعدوى المتدثرة.

- للأمر:

علاج السيلان والمتدثرة كليهما في نفس الوقت^[3]:

سيفترياكسون بالحقن العضلي: 250 ملغ جرعة واحدة (أو في حال عدم توفره، **سيفيكسيم** الفموي: 400 ملغ جرعة واحدة)

+

أزيتروميسين الفموي: 1 غ جرعة واحدة

يجب تطبيق نفس العلاج للشريك الجنسي.

- لحديثي الولادة، انظر الفصل 10، [القسم 2.4.10](#).

3.2.4 عدوى السبيل البولي (تتضمن البيلة الجرثومية اللاعرضية) (عديمة

(الأعراض))

يمكن أن تؤدي البيلة الجرثومية اللاعرضية (عديمة الأعراض) والتهاب المثانة، في حال تركهما دون علاج، إلى حدوث التهاب الحويضة والكلية والمخاض الباكر (المبتسر).

البيلة الجرثومية اللاعرضية (عديمة الأعراض)

تُعرف البيلة الجرثومية اللاعرضية بوجود الكريات البيضاء والنتريت في البول، بدون أعراض بولية.

في حال وجود الكريات البيضاء فقط في البول، يجب تكرار اختبار الغميسة (شريط الغمس) بعد تنظيف الفرج بالماء والصابون. حال وجود الكريات البيضاء بدون النتريت مرة أخرى لدى تكرار الاختبار، يتم تشخيص البيلة الجرثومية اللاعرضية ويتم العلاج كما في التهاب المثانة الحاد.

التهاب المثانة الحاد

يُعرف التهاب المثانة بظهور أعراض بولية ووجود الكريات البيضاء و/أو التترت في البول.

العلاج بالمضادات الحيوية لالتهاب المثانة الحاد:

فوسفومايسين تروميتامول الفموي: 3 غ جرعة واحدة أو **سيفيكسيم** الفموي: 200 ملغ مرتين في اليوم لمدة 5 أيام

يجب إعلام المريضة بأن أعراض التهاب المثانة يجب أن تختفي خلال 2-3 أيام. في حال عدم حدوث ذلك، يجب الاستشارة مرة أخرى. يجب نصح المريضة بشرب 1.5 لتر من الماء في اليوم.

التهاب الحويضة والكلية الحاد

قد يؤدي التهاب الحويضة والكلية الحاد إلى حدوث إثنان لدى الأم والمخاض الباكر (المبتسر). يعد العلاج المبكر مهمًا لمنع حدوث هذه المضاعفات.

- البحث عن علامات شدة المرض (الإثتان أو الصدمة الإثنائية، التجفاف) أو المضاعفات (انسداد السبيل البولي، الخراج الكلوي) أو خطورة حدوث المضاعفات (اضطراب وظيفي أو بنوي في السبيل البولي (التحصي، تشوه، الخ) أو العوز المناعي الشديد).

- الإدخال إلى المستشفى؛ التزام الراحة في الفراش.

-زيادة مدخول السوائل: 1.5 لتر من الماء في اليوم.

- العلاج بالمضادات الحيوية:

• التهاب الحويضة والكلية غير المصحوب بمضاعفات:

البدء باستخدام **سيفترياكسون** بالحقن العضلي أو الحقن الوريدي البطيء (خلال 3 دقائق) ^ب: 1 غ مرة واحدة في اليوم، ثم التغيير للعلاج الفموي بعد مرور 24-48 ساعة بدون حمى باستخدام:

أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) لإكمال 10-14 يوم من العلاج

نسبة 8:1: 2000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500 / 62.5 ملغ مرتين في اليوم)

نسبة 7:1: 1750 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875 / 125 ملغ مرتين في اليوم)

أو

سيفيكسيم الفموي: 200 ملغ مرتين في اليوم لإكمال 10-14 يوم من العلاج

• التهاب الحويضة والكلية الشديد أو المصحوب بمضاعفات أو غياب التحسن السريري بعد 24 ساعة من العلاج:

سيفترياكسون بالحقن الوريدي البطيء (خلال 3 دقائق) أو بالتسريب الوريدي (خلال 30 دقيقة) ^ب: 1 غ مرة واحدة في اليوم، ثم

أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الفموي أو **سيفيكسيم** الفموي كالمين أعلاه

+ **جنتاميسين** بالحقن العضلي أو بالحقن الوريدي البطيء (خلال 3 دقائق): 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام الأولى من العلاج

- في حالة المخاض الباكر (المبتسر) المُهَدَّد: انظر [القسم 10.4](#).

الهوامش

(أ) للحقن العضلي فقط. لتقليل الألم أثناء الحقن، يمكن حل المسحوق ضمن 8 مل من ليدوكاين 1% (بدون إيبينيفرين).

(ب) يحتوي مذيپ سيفترياكسون بالحقن العضلي على ليدوكاين. يجب عدم تطبيق المحلول الذي تم الحصول عليه باستخدام هذا المذيپ عبر الطريق الوريدي مطلقًا. للحقن الوريدي، يجب دائمًا استخدام الماء المعد للحقن

المراجع

1. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis Pocket Guide for Providers. 2017.

<https://www.cdc.gov/std/syphilis/Syphilis-Pocket-Guide-FINAL-508.pdf>

2. Yang CJ, Lee NY, Lin YH, et al. Jarisch-Herxheimer reaction after penicillin therapy among patients with syphilis in the era of the HIV infection epidemic: incidence and risk factors. Clin Infect Dis. 2010 Oct 15;51(8):976-9. doi: 10.1086/656419.

3. Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Infections Weekly August 10, 2012 / 61(31);590-594.
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6131a3.htm?s_cid=mm6131a3_w

3.4 العدوى الطفيلية

للعلامات السريرية والتشخيص، يجب مراجعة دليل [الإرشادات السريرية](#)، منظمة أطباء بلا حدود.

^[1] 1.3.4 الملاريا

ترتبط الملاريا أثناء الحمل بنقص الوزن عند الولادة، زيادة خطورة حدوث فقر الدم، وفي مناطق السراية (انتقال المرض) المنخفضة زيادة خطورة حدوث الملاريا الشديدة والوفاة.
يجب تأكيد التشخيص بواسطة الاختبار السريع أو الفحص المجهرى (شرائح الدم الشخينة أو الرقيقة).

الملاريا المنجلية غير المصحوبة بمضاعفات

يعد العلاج الأمثل في جميع مراحل الحمل الثلاثة هو العلاج المركب القائم على الأرتيميسينين (ACT) لمدة 3 أيام.
الجدول 1.4 - جرعات العلاج المركب القائم على الأرتيميسينين (ACT)

الجرعة	الشكل الصيدلاني	العلاج المركب القائم على الأرتيميسينين
4 أقراص مرتين في اليوم بالأيام 1، 2، 3	أقراص تحوي تركيبة مشاركة بين 20 ملغ أرتيميثر / 120 ملغ لوميفانترين، حزمة مغلقة تحوي 24 قرص	أرتيميثر / لوميفانترين (أو كو-أرتيميثر)
1 قرص مرتين في اليوم بالأيام 1، 2، 3	أقراص تحوي تركيبة مشاركة بين 80 ملغ أرتيميثر / 480 ملغ لوميفانترين، حزمة مغلقة تحوي 6 أقراص	
2 قرص مرة واحدة في اليوم بالأيام 1، 2، 3	أقراص تحوي تركيبة مشاركة بين 100 ملغ أرتسونات / 270 ملغ قاعدة الأمودياكين، حزمة مغلقة تحوي 6 أقراص	أرتسونات + أمودياكين
4 أقراص أرتيسونات + 4 أقراص أمودياكين مرة واحدة في اليوم بالأيام 1، 2، 3	حزمة مشاركة تحوي: 12 قرص عيار 50 ملغ أرتسونات + 12 قرص عيار 153 ملغ من قاعدة الأمودياكين	
2 قرص مرة واحدة في اليوم بالأيام 1، 2، 3	أقراص تحوي تركيبة مشاركة بين 100 ملغ أرتسونات / 220 ملغ مفلوكين، حزمة مغلقة تحوي 6 أقراص	أرتسونات / مفلوكين
للنساء بوزن 36-59 كغ 3 أقراص مرة واحدة في اليوم بالأيام 1، 2، 3	أقراص تحوي تركيبة مشاركة بين 40 ملغ ثنائي هيدروأرتيميسينين / 320 ملغ بيبراكين، حزمة مغلقة تحوي 9 أقراص	ثنائي هيدرو أرتيميسينين / بيبراكين
للنساء بوزن 60-79 كغ 4 أقراص مرة واحدة في اليوم بالأيام 1، 2، 3	أقراص تحوي تركيبة مشاركة بين 40 ملغ ثنائي هيدروأرتيميسينين / 320 ملغ بيبراكين، حزمة مغلقة تحوي 12 قرص	

ملاحظة: يمنع استعمال المشاركة أرتسونات + سلفادوكسين/بيرميثامين لدى النساء الحوامل المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV اللاتي يتناولن العلاج الوقائي باستخدام كوتريموكسازول.

يعد الكينين علاجًا بديلاً:

كينين الفموي: 10 ملغ/كغ 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام

في جنوب شرق آسيا ومنطقة الأمازون، يجب تطبيق كينين بالمشاركة الدوائية مع **كليندامايسين** الفموي: 10 ملغ/كغ مرتين في اليوم لمدة 5 أيام.

يمنع استعمال دوكسيسايكلين.

الملاريا الشديدة

أرتسونات بالحقن الوريدي البطيء (أو في حال عدم الإمكانية، بالحقن العضلي في الوجه الأمامي الجانبي للفخذ):
2.4 ملغ/ كغ عند الإدخال للمستشفى، ثم بعد 12 ساعة، ثم بعد 24 ساعة من الإدخال (الساعة 0، الساعة 12، الساعة 24)، ثم مرة واحدة في اليوم
ملاحظة: يعتمد تمديد محلول أرتسونات على طريقة التطبيق (10 ملغ/ مل للحقن الوريدي، 20 ملغ/ مل للحقن العضلي)، يرجى مراجعة دليل [الأدوية الأساسية](#)، منظمة أطباء بلا حدود.

أو في حال عدم التوفر،
أرتميثر بالحقن العضلي (في الوجه الأمامي الجانبي للفخذ):
3.2 ملغ/ كغ عند الإدخال للمستشفى، ثم 1.6 ملغ/ كغ مرة واحدة في اليوم
بمجرد أن تصبح المريضة قادرة على تحمل المعالجة الفموية (بعد تطبيق العلاج بالحقن لمدة 24 ساعة على الأقل)، يتم تطبيق علاج مركب قائم على الأرتيميسينين لمدة 3 أيام ([الجدول 1.4](#)).

يجب عدم استخدام المشاركة الدوائية أرتسونات/ مفلوكين في حال تطور علامات عصبية لدى المريضة أثناء الطور الحاد.
يعد كينين الوريدي (± كلينداميسين) علاجًا بديلًا.
كينين بالتسريب الوريدي (يعبر عن الجرعة بثنائي هيدروكلوريد الكينين):
جرعة التحميل: 20 ملغ/ كغ ممددة ضمن محلول الجلوكوز (5% أو 10%)، تطبق خلال 4 ساعات.
ثم إبقاء الوريد مفتوحًا بتسريب محلول جلوكوز 5% خلال 4 ساعات.
ثم جرعة المداومة: 10 ملغ/ كغ تطبق خلال 8 ساعات، كل 8 ساعات (أو يفضل التناوب بين الكينين الممدد ضمن محلول الجلوكوز 5% خلال 4 ساعات ومحلول الجلوكوز 5% خلال 4 ساعات).
يجب عدم تطبيق جرعة التحميل لدى المريضات اللاتي تلقين كينين الفموي أو مفلوكين خلال فترة 24 ساعة السابقة. في هذه الحالة، يتم البدء بجرعة المداومة.

يجب متابعة المريضة عن قرب (خطورة حدوث وذمة رئوية ونقص سكر الدم).
بمجرد تلقي المريضة 3 جرعات على الأقل من كينين بالحقن وقدرتها على تحمل المعالجة الفموية، يتم التغيير إلى **كينين** الفموي لإكمال 7 أيام من المعالجة أو تطبيق معالجة كاملة لمدة 3 أيام باستخدام علاج مركب قائم على الأرتيميسينين ([الجدول 1.4](#)).
في حال استخدام المشاركة الدوائية أرتسونات/ مفلوكين كعلاج فموي لإكمال المعالجة بعد كينين بالحقن الوريدي، يجب بدء أرتسونات/ مفلوكين بعد 12 ساعة من الجرعة الأخيرة من كينين.

الملاريا الناجمة عن المتصورة النشيطة والمتصورة الوبالية والمتصورة البيضاوية والمتصورة النولسية

بغض النظر عن العمر الحملي:

كلوروكين الفموي:

اليوم 1، اليوم 2: 10 ملغ من القاعدة/ كغ

اليوم 3: 5 ملغ من القاعدة/ كغ

على الرغم من أن المتصورة النشيطة تعد حميدة، إلا أنه تم الإبلاغ عن حالات شديدة منها. يجب أن يكون علاج الملاريا الشديدة نفسه بغض النظر عن النوع الناجمة عنه.

2.3.4 داء الملقوات (الأنكلستومات) (الديدان الشصية) وداء الصفر

(الأسكاريس)

ألبيندازول الفموي: 400 ملغ جرعة واحدة (أو في حال عدم توفره، **ميبندازول** الفموي: 100 ملغ مرتين في اليوم لمدة 3 أيام)

يجب عدم تطبيق العلاج خلال الثلث الأول من الحمل. يجب الانتظار حتى الثلث الثاني قبل تطبيق العلاج.

في حال الإصابة بداء الملقوات (الأنكلستومات)، يتم علاج فقر الدم المصاحب ([القسم 1.4](#)).

المراجع

1. World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria. Third edition, Geneva, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162441/9789241549127_eng.pdf?sequence=1

4.4 العدوى الفيروسية

للعلامات السريرية والتشخيص، يجب مراجعة دليل [الإرشادات السريرية](#)، منظمة أطباء بلا حدود.

1.4.4 الحلاً (الهربس) التناسلي

- في حال إصابة الأم بأفات حَلَيْتِيَّة (هربسية) ظاهرة عند الولادة:
- الحد من الفحوص المهبليّة؛ عدم إجراء تمزق الأغشية الاصطناعي.
- مناقشة إجراء الولادة بالجراحة القيصرية تبعاً لكل حالة على حدة.
- للأم:
- التدبير العلاجي للألم: **باراسيتامول** الفموي (الملحق 7).
- العلاج بمضادات الفيروسات: **أسيكلوفير** الفموي 400 ملغ 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام
- لدى المريضات منقوصات المناعة، يتم مواصلة العلاج حتى زوال الأعراض.
- يمكن اقتراح العلاج الوقائي (**أسيكلوفير** الفموي: 400 ملغ 4 مرات في اليوم بدءاً من الأسبوع 36 منذ آخر دورة شهرية وحتى الولادة) لتقليل خطورة حدوث نكس (رجعة) الحلاً (الهربس) عند الولادة.
- لحديثي الولادة، انظر الفصل 10، [القسم 3.4.10](#).

2.4.4 الحماق (الجديري) (الجدري الكاذب)

توجد خطورة لحدوث الالتهاب الرئوي الحماق الشديد لدى الأم والحماق (الجديري) الشديد لدى الوليد.
تطبيق **أسيكلوفير** الفموي (800 ملغ 5 مرات في اليوم لمدة 7 أيام) بأسرع وقت ممكن بعد بدء الطفح قد يقلل من حدوث هذه المخاطر^[1].

3.4.4 التهاب الكبد

التهاب الكبد ب

- تعد نسبة انتقال فيروس التهاب الكبد ب من الأم إلى الطفل مرتفعة (حتى 90%)، في غياب التدخل الطبي.
- للأم: لا توجد تدابير توليدية خاصة.
- لحديثي الولادة: نبين أن التحصين الروتيني ضد التهاب الكبد بأسرع وقت ممكن خلال 24 ساعة بعد الولادة يقي بنسبة 70-95% من العدوى^[2] (الفصل 10، [القسم 1.10](#)).

التهاب الكبد هـ

يتسم التهاب الكبد هـ بمعدل وفيات مرتفع للغاية لدى النساء الحوامل (20% خلال الثلث الثالث من الحمل). قد يسبب الإجهاض التلقائي، الولادة الباكرة (المبتسرة) ووفاة الجنين داخل الرحم. ينتقل الفيروس بالطريق الفموي-البرازي (بشكل رئيسي عبر شرب الماء الملوث). يمكن لهذا الفيروس التسبب في حدوث فاشيات (انتشار الوباء)، خاصة لدى احتشاد أعداد كبيرة من الأشخاص (اللاجئين والنازحين) حيث تكون ظروف النظافة العامة والإصحاح سيئة. يعد العلاج عرضيًا (الإمهاء الجيد، تجنب الأدوية السامة للكبد). الوقاية (المياه، النظافة العامة، الإصحاح) هي السبيل الوحيد للحماية من المرض.

4.4.4 عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV)

قد ينتقل فيروس العوز المناعي البشري (HIV) من الأم إلى الطفل في أي وقت أثناء الحمل، المخاض، الولادة وفترة الرضاعة الطبيعية. في غياب التدخل الطبي، تقدر خطورة حدوث انتقال المرض بحوالي 15-25%، وتبلغ 20-45% في حال إرضاع الطفل من الثدي^[3]. يمكن تقليل هذا الخطر إلى أقل من 2%. يجب توفير اختبار فيروس العوز المناعي البشري لجميع النساء الحوامل اللاتي لا يعرفن حالتهم من حيث الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وذلك خلال استشارات ما قبل الولادة، أو بعد الولادة، أو عند الولادة. يجب إجراء الاختبار مرة أخرى للنساء اللاتي أُجريت اختبارًا تبيحته سلبية وذلك خلال أولى استشارات ما قبل الولادة، وخلال الثلث الثالث من الحمل، وأثناء فترة الرضاعة الطبيعية. لبروتوكولات العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لدى الأمهات والأطفال، يرجى مراجعة الأدلة المتخصصة للوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

الرعاية قبل الولادة

يجب تطبيق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لدى النساء الحوامل المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري بغض النظر عن تعداد خلايا (CD4) والمرحلة السريرية. يجب بدء العلاج بأسرع وقت ممكن، بغض النظر عن العمر الحلمي، ويجب تلقيه طوال الحياة.

الرعاية أثناء الولادة

- إكمال (أو بدء) العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.
 - الالتزام بالاحتياطات القياسية لتجنب ملامسة الدم وسوائل الجسم.
 - يجب تجنب:
 - الولادة المَطْوَلَة.
 - تمزق الأغشية المَطْوَل.
 - تمزق الأغشية الاصطناعي المبكر.
 - الإجراءات الباضعة (الجائرة) مثل بضع الفرج أو الولادة بالأدوات. مع ذلك، يجب إجراؤها في حال الضرورة فقط.
 - معايير تحفيز المخاض هي نفس المعايير لدى النساء غير المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري.
 - تأخير ربط الحبل السري لمدة 1-3 دقائق.
 - تطبيق العلاج الوقائي بمضادات الفيروسات القهقرية لدى حديثي الولادة بعد الولادة مباشرةً.
 - الوقاية والعلاج للنزف التالي للولادة: كما لدى النساء غير المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري.
- قد يكون ترتيب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية بشكل مسبق مفيدًا في حال كان الحمل الفيروسي يمكن كشفه. مع ذلك، بالنظر للمخاطر المرتبطة بهذا التدخل الطبي (الجراحة، التخدير، العدوى) وخطورة حدوث تمزق الرحم أثناء مرات الحمل اللاحقة، فإنه لا يوصى بإجراء الولادة بالجراحة القيصرية بشكل روتيني.

الرعاية بعد الولادة

-للأمر: إكمال (أو بدء) العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.
- لحدِيثي الولادة: العلاج الوقائي المنهجي بمضادات الفيروسات القهقرية والتشخيص المبكر للعدوى.

المراجع

1. Clinical practice guideline of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Management of Varicella Infection (Chickenpox) in Pregnancy, No. 274, March 2012.
<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui274CPG1203E.pdf?1668a1>
2. Hepatitis B. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book.
<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepb.html#hepA>
3. World Health Organization, UNFPA. HIV transmission through breastfeeding. A review of available evidence. Geneva, 2004.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/hiv_transmission.pdf

5.4 اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل

قد يكون ارتفاع ضغط الدم الحَملي وارتفاع ضغط الدم المزمن مصحوبًا بمضاعفات ما قبل التسمم الحَملي (مقدمات الارتعاج). يحمل ما قبل التسمم الحَملي (مقدمات الارتعاج) خطورة كبيرة لحدوث المضاعفات التالية:
- انفصال المشيمة، متلازمة انحلال الدم وارتفاع إنزيمات الكبد ونقص تعداد الصفيحات (متلازمة هيلب) ، التسمم الحَملي (الارتعاج)، السكتة، وفاة الأم.
- تأخر نمو الجنين، الضائقة الجنينية، وفاة الجنين.
الهدف من العلاج الخافض لضغط الدم هو الوقاية من مضاعفات ارتفاع ضغط الدم الشديد لدى الأم. يتم تطبيق العلاج في حال كان ضغط الدم الانقباضي ≤ 160 ملم زئبقي أو في حال كان ضغط الدم الانبساطي ≤ 110 ملم زئبقي. الهدف من العلاج هو خفض ضغط الدم إلى حوالي 140/90 ملم زئبقي. العلاج الخافض للضغط لا يُحسّن المآل (توقع سير المرض) لدى الجنين. يتم تطبيقه بحذر. يعد ضروريًا للحفاظ على التروية المشيمية وتجنب الهبوط المفرط في ضغط الدم لدى الأم.

1.5.4 التشخيص

التعريفات ^[1]	الأمراض
<p>لدى المرأة الحامل، قياسه مرتين أثناء الجلوس عند الراحة: ضغط الدم الانقباضي ≤ 140 ملم زئبقي و/أو ضغط الدم الانبساطي ≤ 90 ملم زئبقي</p>	<p>ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم)</p>
<p>ضغط الدم الانقباضي ≤ 160 ملم زئبقي و/أو ضغط الدم الانبساطي ≤ 110 ملم زئبقي</p>	<p>ارتفاع ضغط الدم الشديد</p>
<p>ارتفاع ضغط الدم معزول (بدون بيلة بروتينية أو العلامات الأخرى لما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج)) يتطور بعد 20 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.</p>	<p>ارتفاع ضغط الدم الحلمي (المحدث بالحمل)</p>
<p>ارتفاع ضغط الدم بعد 20 أسبوع منذ آخر دورة شهرية و بيلة بروتينية باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية (+1 أو أكبر) بدون علامات حدوث تلف في عضو انتهائي (انظر أدناه) أو ارتفاع ضغط الدم الشديد.</p>	<p>ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج) غير المصحوب بعلامات شدة المرض</p>
<p>ارتفاع ضغط الدم بعد 20 أسبوع منذ آخر دورة شهرية مع أو بدون بيلة بروتينية باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية و واحدة أو أكثر من علامات حدوث تلف في عضو انتهائي: • صداع شديد، طنين • اضطرابات الإبصار • ألم شرسوفي (بطني)، غثيان، إقياء. • فرط المنعكسات (نفضة الركبة مفردة النشاط، نفضان وتشنجات). • قلة البول (معدل إخراج البول > 400 مل/ اليوم أو > 30 مل/ الساعة). • وذمة رئوية • قلة الصفائح (عد الصفائح $> 100\ 000/ممر^3$) • قصور كلوي (مستوى الكرياتينين المصلي < 1.1 ملغ/ ديسي ليدر) • تغير الوظيفة الكبدية (ارتفاع مستويات إنزيمات ناقلة الأمين لأكثر من ضعف مستوياتها الطبيعية) أو ارتفاع ضغط الدم بعد 20 أسبوع منذ آخر دورة شهرية و بيلة بروتينية باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية و ارتفاع ضغط الدم الشديد المستمر على الرغم من العلاج</p>	<p>ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج) الشديد</p>
<p>ارتفاع ضغط الدم قبل الحمل أو قبل 20 أسبوع منذ آخر دورة شهرية</p>	<p>ارتفاع ضغط الدم المزمن</p>

ملاحظات:

- في ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج)، من الممكن ملاحظة أعراض أخرى: بول داكن، انخفاض إخراج البول، ظهور مفاجئ أو تفاقم سريع لوذمة الساقين واليدين. لا تؤكد هذه الأعراض بمفردها تشخيص ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج)، لكنها تستدعي مراقبة ضغط الدم والبييلة البروتينية.
- لم تعد البييلة البروتينية المرتفعة بشكل غير طبيعي إحدى علامات شدة ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج). مع ذلك، في حال عدم إمكانية مراقبة مستويات الكرياتينين في الدم بشكل منتظم وموثوق، يجب اعتبار البييلة البروتينية المرتفعة (+3 أو أكبر باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية) كمعيار للإحالة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).
- في حالة وجود بييلة بروتينية بدون ارتفاع ضغط الدم، يجب الأخذ بعين الاعتبار عدوى السبيل البولي، تلوث البول بالدم أو الإفرازات المهبلية، اعتلال الكلية. في هذه الحالات، تجب المتابعة المستمرة لضمان الكشف المبكر عن ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج).

2.5.4 التدبير العلاجي لارتفاع ضغط الدم الحملي والمزمن

- التزام الراحة؛ المراقبة مرة واحدة في الأسبوع؛ ضغط الدم، البييلة البروتينية.
- تقييم خطورة حدوث تأخر نمو الجنين (ارتفاع قاع الرحم).
- مدخول طبيعي من الصوديوم والسعرات الحرارية.
- إخبار المريضة بشأن العلامات التحذيرية التي تتطلب العناية الطبية العاجلة (الصداع الشديد، الطنين، اضطرابات الإبصار، الأكم الشرسوفي (البطني)، الغثيان، الإقياء، ضيق النفس). في حالة البييلة البروتينية أو ظهور علامات تحذيرية أخرى، يتم العلاج كما في ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج).
- في حال كان ضغط الدم الانقباضي ≤ 160 ملم زئبقي أو ضغط الدم الانبساطي ≤ 110 ملم زئبقي، يتم تطبيق علاج خافض لضغط الدم:
- لايبتالول** الفموي: 100 ملغ مرتين في اليوم ثم يتم زيادة الجرعة في حال الضرورة بشكل تدريجي بمقدار 100-200 ملغ حتى الوصول للجرعة الفعالة، والتي تكون عادة 200-400 ملغ مرتين في اليوم. في حال وجود ضرورة لاستخدام جرعات عالية، يتم تقسيمها على 3 جرعات (الجرعة القصوى 2.4 غ في اليوم).
- أو

- ميثيل دوبا** الفموي: 250 ملغ 2-3 مرات في اليوم لمدة يومين، ثم يتم زيادة الجرعة في حال الضرورة بشكل تدريجي بمقدار 250 ملغ كل 3-2 أيام حتى الوصول للجرعة الفعالة، والتي تكون عادة حوالي 1.5 غ في اليوم (الجرعة القصوى 3 غ في اليوم)
- ملاحظات:

- في حال فشل العلاج، يمكن تطبيق مشاركة دوائية بين هذه الأدوية.
- يجب عدم إيقاف العلاج الخافض لضغط الدم بشكل مفاجئ.
- يمنع استعمال مُدْرَآت البول ومثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (مثل إينالابريل، إلخ).
- في حال تناول الأم لايبتالول، يجب مراقبة حديث الولادة لمدة 72 ساعة على الأقل بعد الولادة (خطورة حدوث نقص سكر الدم، بقاء القلب، ضائقة تنفسية).

3.5.4 التدبير العلاجي لما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) غير المصحوب بعلامات شدة المرض

قبل 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية

- الإدخال إلى المستشفى؛ التزام الراحة؛ المراقبة؛ ضغط الدم، البييلة البروتينية.
- تقييم خطورة حدوث تأخر نمو الجنين (ارتفاع قاع الرحم).
- مدخول طبيعي من الصوديوم والسعرات الحرارية.
- يجب عدم إيقاف انقباضات الرحم في حال حدوثها، السماح للمرأة بالولادة.
- في حال كان ضغط الدم الانقباضي ≤ 160 ملم زئبقي أو ضغط الدم الانبساطي ≤ 110 ملم زئبقي، يتم تطبيق علاج خافض لضغط الدم (القسم 2.5.4).

يعد ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) حالة مستمرة التطور وتدهور دائمًا. بمجرد ظهور علامة واحدة لما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الشديد أو في حالة البييلة البروتينية المرتفعة (+3 أو أكبر باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية) يجب نقل المريضة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).

بعد 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية

- الإدخال إلى المستشفى؛ التزام الراحة؛ نفس تدابير المراقبة والعلاج الخافض لضغط الدم.
- تحريض المخاض بمجرد نضج عنق الرحم (أو قبل ذلك، في حال تدهور حالة الأم أو في حال حدوث تأخر النمو داخل الرحم بشكل مؤكد).

4.5.4 التدبير العلاجي لما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الشديد

يتم توفير الرعاية المثلى بواسطة فريق متعدد التخصصات يضم طبيب توليد، وطبيب تخدير، وقابلة.

الولادة

يجب إجراء الولادة خلال 24 ساعة، إما عن طريق المهبل أو بالجراحة القيصرية، وفقًا لحالة عنق الرحم والعمر الحملي وحالة الجنين.

العلاج بسلفات المغنيزيوم

لتقليل خطورة حدوث التسمم الحملي (الارتعاج)، يتم تطبيق سلفات المغنيزيوم. يتم استخدام إحدى البروتوكولات التالية:

<p>جرعة التحميل: 4 غ بالتسريب الوريدي ضمن 100 مل محلول كلوريد الصوديوم 0.9% خلال 20-15 دقيقة ثم جرعة المداومة: 10 غ بالحقن العضلي (5 غ في كل إبرة)، ثم 5 غ بالحقن العضلي كل 4 ساعات (مع تغيير الإبرة لكل حقنة). يجب استمرار هذه المعالجة لمدة 24 ساعة بعد الولادة.</p>	<p>سلفات المغنيزيوم حبابت (أمبولات) تحوي 5 غ (500 ملغ/مل، 10 مل) البروتوكول الوريدي/ العضلي</p>
أو	
<p>جرعة التحميل: 4 غ بالتسريب الوريدي ضمن 100 مل محلول كلوريد الصوديوم 0.9% خلال 20-15 دقيقة ثم جرعة المداومة: 1 غ كل ساعة بالتسريب الوريدي المستمر. يجب استمرار هذه المعالجة لمدة 24 ساعة بعد الولادة.</p>	<p>سلفات المغنيزيوم حبابت (أمبولات) تحوي 5 غ (500 ملغ/مل، 10 مل) البروتوكول الوريدي</p>

- يجب التحقق من الجرعة المدونة على الحبابات (الأمبولات) (توجد جرعات مختلفة).
- توجد خطورة لحدوث فرط جرعة سلفات المغنيزيوم قد يؤدي للوفاة، يجب توافر غلوكونات الكالسيوم، ترياق سلفات المغنيزيوم، بشكل فوري (حبابة (أمبولة) 1 غ).

أثناء التطبيق، يجب مراقبة:

- منعكس الرضفة (نفضة الركبة)، ضغط الدم، نبض القلب ومعدل التنفس كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى من المعالجة. في حال عدم ملاحظة علامات فرط الجرعة، يجب الاستمرار في المراقبة كل ساعة.
- إخراج البول كل ساعة (تركيب قنطار فولي).
- تبدأ تظاهرات فرط جرعة سلفات المغنيزيوم بغياب المنعكس الرضفي ثم نقص ضغط الدم، اضطراب النظر، الخمود التنفسي (< 12 نفس/ الدقيقة). في حال غياب المنعكس الرضفي، يجب إيقاف تطبيق سلفات المغنيزيوم بشكل فوري وتطبيق **غلوكونات الكالسيوم** (1 غ بالطريق الوريدي).
- في حال انخفاض معدل إخراج البول (> 30 مل/ الساعة أو 100 مل/ 4 ساعات): يجب إيقاف تطبيق سلفات المغنيزيوم وإجراء الولادة في أسرع وقت ممكن.

العلاج الخافض لضغط الدم

- في حال كان ضغط الدم الانقباضي ≤ 160 ملم زئبقي أو ضغط الدم الانبساطي ≤ 110 ملم زئبقي، يتم تطبيق علاج خافض لضغط الدم (القسم 2.5.4).
- في حال عدم إمكانية تطبيق العلاج عن طريق الفم، يتم استخدام لايتالول أو هيدرالازين عن طريق الحقن. عند التطبيق، يجب مراقبة ضغط الدم ونبض القلب لدى الأم ونبض القلب لدى الجنين.
- يتم تعديل الجرعة وفقاً للتغيرات في ضغط الدم. يتم ضبط ارتفاع ضغط الدم عندما يكون ضغط الدم الانبساطي 90-100 ملم زئبقي وضغط الدم الانقباضي 130-150 ملم زئبقي.

يجب الالتزام بالجرعة ومعدل التطبيق. يمكن لتطبيق الدواء بكمية كبيرة أو بسرعة عالية أن يسبب انخفاض حاد مفاجئ في ضغط الدم الأمومي، مع نقص انسياب الدم المشيمي ووفاة الجنين. **يجب عدم انخفاض ضغط الدم الانبساطي أقل من 90 ملم زئبقي.** في حالة نقص ضغط الدم، يتم استخدام محلول رينغر لاكتات لإعادة ضغط الدم الانبساطي إلى 90-100 ملم زئبقي. يجب الاستمرار بحذر ومراقبة المريضة عن قرب حيث توجد خطورة حدوث التحميل المفرط للسوائل ووذمة رئوية.

يتم استخدام إحدى البروتوكولات التالية:

<p>لايبتالول بالحقن الوريدي البطيء (حبابتات 100 (أمبول) ملغ (5 ملغ/ مل، 20 مل))</p>	<p>جرعة واحدة 20 ملغ (4 مل) خلال دقيقة واحدة على الأقل. يتم قياس ضغط الدم بعد 5 و10 دقائق من الحقن. في حال بقاء ارتفاع ضغط الدم غير منضبط، يتم تطبيق جرعة أخرى 20 ملغ وقياس ضغط الدم. يتم تطبيق جرعات إضافية 40 ملغ ثم 80 ملغ بفواصل 10 دقائق طالما لم يتم ضبط ارتفاع ضغط الدم. يجب ألا تتجاوز الجرعة الإجمالية 300 ملغ.</p>
أو	
<p>هيدرالازين بالحقن الوريدي البطيء (عبوة 20 ملغ/1 مل)</p>	<p>يتم تمديد 20 ملغ (عبوة من محلول الهيدرالازين الذي تم حله ضمن 1 مل من الماء المعد للحقن) في 9 مل من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% للحصول على 10 مل من محلول يحوي 2 ملغ/مل. يتم تطبيق 5 ملغ (2.5 مل من المحلول الممدد) خلال 2-4 دقائق. يتم مراقبة ضغط الدم لمدة 20 دقيقة. في حال بقاء ارتفاع ضغط الدم غير منضبط، يتم تكرار الحقن. يمكن متابعة التكرار عند الضرورة، بفواصل 20 دقيقة بين كل حقن. يجب ألا تتجاوز الجرعة الإجمالية 20 ملغ.</p>
أو	
<p>هيدرالازين بالتسريب الوريدي (عبوة 20 ملغ/1 مل)</p>	<p>يتم تمديد 100 ملغ (5 عبوات من محلول الهيدرالازين بعد حله) في 500 مل من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% أو محلول رينغر لكتات للحصول على محلول يحوي 200 ميكروغرام/مل. الجرعة البدئية 200-300 ميكروغرام/دقيقة؛ جرعة المداومة: 50-150 ميكروغرام/دقيقة يتم التطبيق بزيادة معدل التسريب حتى 20 نقطة/دقيقة (بحد أقصى 30 نقطة/دقيقة)، يتم مراقبة ضغط الدم كل 5 دقائق. بمجرد ضبط ارتفاع ضغط الدم، يتم تقليل معدل التسريب بشكل تدريجي (15 نقطة/دقيقة، 10 نقط/دقيقة، ثم 5 نقط/دقيقة) حتى إيقاف التسريب. الإيقاف المفاجئ للتسريب قد يحرض حدوث نوبة فرط الضغط (ارتفاع ضغط الدم).</p>

ملاحظات:

- في حال تناول الأم لايبتالول، يجب مراقبة حديث الولادة لمدة 72 ساعة على الأقل بعد الولادة (خطورة حدوث نقص سكر الدم، بطء القلب، ضائقة تنفسية).
- في حال كان التخدير ضرورياً، يجب تجنب كيتامين. يتم استخدام التخدير النخاعي متى أمكن.
- يمكن استخدام أوكسيتوسين في ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج)، لكنه يتطلب مراقبة ضغط الدم: تم الإبلاغ عن حدوث انخفاضات وارتفاعات في ضغط الدم في حالات نادرة.
- يحظر استعمال ميشيل إزغومترين.
- قد يحدث ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج) حتى 7 أيام بعد الولادة (وفي حالات نادرة حتى 6 أسابيع).

5.5.4 الوقاية الثانوية لما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج) الشديد

حمض أستيل سالسيليك الفموي: 150-75 ملغ مرة واحدة في اليوم بدءًا من الأسبوع 12 منذ آخر دورة شهرية وحتى الأسبوع 32 من آخر دورة شهرية يقلل من خطورة حدوث النكس (الرجعة) أثناء الحمل التالي. في حال إمكانية تطبيق المعالجة الوقائية، يتم توصية المرأة بالحضور للاستشارة بمجرد معرفة أنها حامل. لا توجد جدوى من بدء هذه المعالجة بعد 20 أسبوع منذ آخر دورة شهرية^[2]. خلال الحمل التالي، يوصى باستخدام مكملات الكالسيوم^[3] لدى النساء اللاتي يكون نظامهن الغذائي قليل الكالسيوم (الفصل 1، [القسم 5.2.1](#)).

الهوامش

(أ) تعد متلازمة انحلال الدم وارتفاع إنزيمات الكبد ونقص تعداد الصفيحات (متلازمة هيلب) إحدى المضاعفات المحتملة المُهدّدة لحياة الأم والجنين على السواء.

المراجع

1. Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertens.* 2014 Apr;4(2):97-104.
2. World Health Organization. Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Summary of recommendations. Geneva, 2011. WHO/RHR/11.30.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_11_30/en/
3. World Health Organization. Calcium supplementation in pregnant women. 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85120/1/9789241505376_eng.pdf

6.4 التسمم الحملي (الارتجاج)

1.6.4 التشخيص

اختلاجات أثناء الثلث الثالث من الحمل، تحدث بشكل أكثر شيوعًا في سياق ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتجاج). قد يحدث التسمم الحملي (الارتجاج) أيضًا خلال 48 ساعة بعد الولادة (وحتى 6 أسابيع بعد الولادة). يجب الأخذ بعين الاعتبار الأسباب الأخرى للاختلاجات، مثل التهاب السحايا، والملاريا الشديدة (يزداد حدوثهما لدى النساء الحوامل).

2.6.4 التدبير العلاجي

- الحماية من الإصابات، إبقاء مسلك الهواء مفتوحاً وضع المريضة في وضعية الإفاقة.
- الاختلاجات: **سلفات المغنيزيوم** كما في ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الشديد ([القسم 4.5.4](#)). إكمال العلاج لمدة 24 ساعة بعد الولادة أو 24 ساعة بعد آخر نوبة اختلاجات، أيهما أحدث.
- الرعاية التمريضية، الإمهاء، إدخال قنطار فولي؛ المراقبة كما في ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الشديد ([القسم 4.5.4](#)).
- الأكسجين: 4-6 لتر/ دقيقة.
- في حال كان ضغط الدم الانقباضي ≤ 160 ملم زئبقي أو ضغط الدم الانبساطي ≤ 110 ملم زئبقي: علاج خافض لضغط الدم كما في ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) الشديد ([القسم 4.5.4](#)).
- إجراء الولادة خلال 24 ساعة، إما عن طريق المهبل أو بالجراحة القيصرية، وفقاً لحالة عنق الرحم والعمر الحملي وحالة الجنين.

3.6.4 الوقاية الثانوية

تطبيق حمض أستيل سالسيليك الفموي، كما في ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج) ([القسم 5.5.4](#)).

الهوامش

(أ) في حال عدم توافر سلفات المغنيزيوم، يتم استخدام **ديازينام**: 10 ملغ بالحقن الوريدي البطيء (أو بالطريق الشرجي)، ثم 40 ملغ ضمن 500 مل من محلول الجلوكوز 5% تطبق خلال 24 ساعة. يجب وجود معدات التهوية متاحة على الفور.

7.4 كبر حجم الرحم غير الطبيعي

1.7.4 التشخيص

- ارتفاع قاع الرحم أكبر من العمر الحملي المفترض.
- الأسباب المحتملة:
 - تاريخ (موعد) الولادة المقدر غير صحيح.
 - الحمل المتعدد، مَوْه السَّلَى، الحمل الرحوي (الرَّحَى العُدَارِيَّة).
 - كبر حجم الجنين بالنسبة للعمر الحملي (عملقة الجنين).

2.7.4 التدبير العلاجي

- التأكد من تاريخ (موعد) الولادة (تاريخ (موعد) آخر دورة شهرية).
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية، إن أمكن.
- تبعاً للتشخيص: الحمل التوأمي (الفصل 6، [القسم 2.6](#))، مَوَه السَّلَى (القسم 8.4)، الحمل الرحوي (الرَّحَى العُدَارِيَّة) (الفصل 2، [القسم 3.2](#)).

- في حالة عملقة الجنين:
توجد خطورة حدوث متزايدة لعدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم. يجب توقع الحاجة للإحالة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) أثناء المخاض لإجراء ولادة بالجراحة القيصرية في حال صعوبة الإحالة (المسافة، الأمن، إلخ)، يجب إحالة المريضة قبل بدء المخاض.
تعد خطورة حدوث النزف التالي للولادة متزايدة: يتم تركيب خط وريدي بشكل روتيني.
تتضمن المخاطر الأخرى المرتبطة بعملقة الجنين عسر الولادة الديناميكي، الولادة المطوّلة، عسر ولادة الكتفين والتمزق العجاني أثناء الولادة.

8.4 مَوَه السَّلَى (الاستسقاء الأمنيوسي)

- زيادة السائل السلوي (السَّلَى) (السائل الأمنيوسي) (أكثر من 2 لتر عند تمام الحمل). يوجد نوعان من الحالات السريرية:
- في الثلث الثاني من الحمل: مَوَه السَّلَى الحاد.
 - في الثلث الثالث من الحمل: مَوَه السَّلَى المزمن.

1.8.4 مَوَه السَّلَى الحاد (نادر لكنه خطير)

التشخيص

- زيادة سريعة في حجم الرحم.
- ألم في البطن، ضغط بطني، ضيق النفس.
- الرحم منتفخ وصلب، عدم إمكانية جس الجنين.
- يكون عادة مرتبطاً بالتشوه الجنيني، وأحياناً الحمل التوأمي المصحوب بمضاعفات.

التدبير العلاجي

يجب عدم التدخل؛ ونترك المريضة تجهض أو تلد بشكل تلقائي.

2.8.4 مَوَه السَّلَى المزمن

التشخيص

- زيادة أكثر اعتدالاً في حجم الرحم، تحدث في صورة دفعات
- عدم إمكانية جس الجنين
- انحسار الرأس عند الفحص المهبل، الاحساس بموجة سوائل
- خفوت نبض قلب الجنين

التدبير العلاجي

- التحقق من الإصابة بداء السكري وعلاجه في حال وجوده.
 - فحص حديث الولادة للبحث عن وجود تشوهات.
 - خطورة حدوث نقص سكر الدم لدى حديث الولادة (الفصل 10، القسم 4.3.10).
- ملاحظات:

- في حالات مَوَّه السَّلَى الحاد والمزمن:
- يجب عدم بزل أو نزع السائل السلوي (السَّلَى) (السائل الأمنيوسي) أثناء الحمل: خطورة حدوث عدوى.
- يعد استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض خطيرًا ويجب تطبيقه بحذر حيث قد يحدث تمزق في حالة فرط تمدد الرحم.
- ينطوي بضع السَّلَى على خطورة حدوث تدلي الحبل السري. في حالة تدلي الحبل السري، يمكن الأخذ بعين الاعتبار إجراء الولادة بالجراحة القيصرية مع الأخذ في الحسبان العمر الحلمي ووجود تشوه جنيني بشكل محتمل. في حالة مَوَّه السَّلَى الحاد في الثلث الثاني من الحمل، يتم إجراء ولادة مهبلية.
- خطورة حدوث النزف التالي للولادة (يتم تركيب خط وريدي بشكل روتيني).

9.4 تمزق الأغشية الباكر

تفريغ السائل السلوي (السَّلَى) (السائل الأمنيوسي) قبل بدء المخاض ناجم عن تسرب أو تمزق واضح للكيس السلوي (الأمنيوسي).

1.9.4 التشخيص

في حالة الشك، يتم إجراء فحص بالمنظار: البحث عن تجمع السائل داخل المهبل أو تسريه من عنق الرحم عندما تسعل المريضة. التشخيص التفريقي: سلس البول، طرد السدادة المخاطية، الثَّرُ الأبيض.

2.9.4 المخاطر

- عدوى داخل الرحم؛ يجب الاشتباه في العدوى في حال وجود حمى لدى الأم مصحوبة بوحدة أو أكثر من العلامات التالية: تسرع قلب مستمر لدى الجنين أو وفاة الجنين، السائل السلوي (السَّلَى) (السائل الأمنيوسي) كريه الرائحة أو قيحي، انقباضات الرحم. يجب عدم تطبيق مضاد للمخاض (عامل مثبط للمخاض) أبدًا، بغض النظر عن العمر الحلمي، عند الاشتباه في عدوى داخل الرحم.
- تدلي الحبل السري.
- الولادة الباكرة (المبتسرة)، في حال حدوث التمزق قبل 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.

3.9.4 التدبير العلاجي

- في حالة تمزق الأغشية الباكر، يجب البحث عن وجود سبب لدى الأم (مثل عدوى المسالك البولية أو التناسلية) وعلاجه وفقًا لذلك.
- الإدخال للمستشفى ومراقبة: درجة الحرارة، نبض القلب، ضغط الدم، انقباضات الرحم، أصوات قلب الجنين، التغيرات غير الطبيعية في السائل السلوي (السَّلَى) (السائل الأمنيوسي) (كريه الرائحة، قيحي).
- الفحوص المهبلية: أقل عدد ممكن من الفحوص، يتم إجراؤها دائمًا باستخدام قفازات معقمة و فقط في حال كانت المرأة في المخاض أو التخطيط لتحريض المخاض.
- العلاج بالمضادات الحيوية:
- للأم:

التشخيص	العلاج
باكر (قبل تمام الحمل) (> 37 أسبوع) و عدم وجود عدوى وعدم وجود مخاض	أموكسيسيلين الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام يجب عدم استخدام أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك (زيادة حدوث الالتهاب المعوي القولوني الناخر لدى حديثي الولادة).
باكر (قبل تمام الحمل) (> 37 أسبوع) و عدم وجود عدوى والمخاض قيد الحدوث	أمبيسيلين الوريدي: 2 غ، ثم 1 غ كل 4 ساعات أثناء المخاض وحتى ولادة الطفل (حتى في حال تناول المريضة أموكسيسيلين الفموي من قبل) يجب عدم استمرار تطبيق المضادات الحيوية بعد الولادة.
عند تمام الحمل (≤ 37 أسبوع) و عدم وجود عدوى والتمزق ≤ 12 ساعة، سواء في المخاض أم لا	أمبيسيلين الوريدي: 2 غ، ثم 1 غ كل 4 ساعات أثناء المخاض وحتى ولادة الطفل يجب عدم استمرار تطبيق المضادات الحيوية بعد الولادة.
وجود عدوى سواء في المخاض أم لا، بغض النظر عن مدة التمزق	أمبيسيلين الوريدي: 2 غ كل 8 ساعات + ميترونيدازول الوريدي: 500 ملغ كل 8 ساعات + جنتاميسين بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم يجب استمرار تطبيق الأدوية بالحقن الوريدي لمدة 48 ساعة بعد زوال الحمى، ثم التغيير إلى أموكسيسيلين + ميترونيدازول الفموي لإكمال 7 أيام من العلاج.

• لحديثي الولادة: انظر الفصل 10، [القسم 1.1.10](#) و [القسم 3.3.10](#).

- في حال وجود انقباضات الرحم:

• قبل 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية: مضاد للمخاض (عامل مثبط للمخاض)، باستثناء في حال وجود علامات عدوى داخل الرحم.

• بعد 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، خطورة حدوث العدوى تفوق خطورة حدوث الولادة المبكرة (المبتسرة): يجب عدم تطبيق مضاد للمخاض (عامل مثبط للمخاض).

- تحريض المخاض:

• في حالة العدوى، يتم تحريض المخاض على الفور (الفصل 7، [القسم 3.7](#)).

• في حال عدم وجود عدوى:

- عند تمام الحمل: في حال عدم بدء المخاض بشكل تلقائي، يتم تحريض المخاض بعد 12-24 ساعة من تمزق الأغشية؛

- قبل تمام الحمل: المراقبة، وفي حال عدم وجود مضاعفات يتم تحريض المخاض عند 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.^[1]

- للتمزق الباكر (قبل تمام الحمل) (> 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية)، يجب نقل الأم، إن أمكن، إلى مرفق يتيح لحديثي الولادة الخدج (المبتسرين) تلقي الرعاية المركزة.

- إعداد الجنين للولادة المبكرة (المبتسرة):

بعد 26 أسبوع منذ آخر دورة شهرية وقبل 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يجب مساعدة نضج رئتي الجنين باستخدام **ديكساميثازون** بالحقن العضلي: 6 ملغ كل 12 ساعة لمدة 48 ساعة. في حال العدوى الشديدة لدى الأم، يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل تطبيق ديكساميثازون.

المراجع

1. Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, Patterson JA, Bond DM, Algert CS, Thornton JG, Crowther CA; PPRoMT Collaboration. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPRoMT trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):444-52.

10.4 الولادة الباكرة (المبتسرة) المهددة

انقباضات الرحم المنتظمة وتغيرات عنق الرحم قبل 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.

1.10.4 عوامل الخطورة

- تمزق الأغشية الباكر قبل 37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية
- وجود عدوى لدى الأم
- الاضطرابات المرتبطة بالحمل (مثل ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج)، مَوَه السَّلَى، المشيمة المُتْرَاحَة)
- الحمل المتعدد
- قصور عنق الرحم
- العمر > 18 سنة
- سوء التغذية

2.10.4 التدبير العلاجي

- التحقق من وجود عدوى لدى الأم وعلاجها؛ يجب دائمًا إجراء تحليل البول (باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية)؛ يجب إجراء الاختبار السريع للملاريا في المناطق المتوطنة.
- السماح للمرأة بالولادة:
- في حال < 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية وتمزق الأغشية.
- في حال كان المخاض متقدمًا للغاية بحيث لا يمكن إيقافه (أمحاء عنق الرحم، توسع بمقدار 5 سم)، بغض النظر عن العمر الحملي.
- في حال كانت حياة الأم مهددة (الحالة العامة سيئة، ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج)، التسمم الحملي (الارتعاج)، انفصال المشيمة الباكر، النزف الشديد، الخ.)، بغض النظر عن العمر الحملي.
- في حال تأكيد وفاة الجنين (عدم حركة الجنين وعدم وجود أصوات قلب الجنين خلال عدة فحوص أو تأكيد وفاة الجنين بالأمواج فوق الصوتية).
- بخلاف ذلك، يجب محاولة إيقاف الانقباضات:
- التزام الراحة في الفراش بشكل مطلق تحت إشراف طبي. قد تكون الراحة في الفراش وحدها كافية في الأشكال البسيطة (انقباضات لكن بدون تغيرات عنق الرحم).
- العلاج بمضادات المخاض (العوامل المثبطة للمخاض):
- الهدف الرئيسي هو تأجيل الولادة لتطبيق الكورتيكوستيرويدات لتسريع نضج رئتي الجنين.
- نيفيديبين** (أقراص ذات إطلاق سريع): 10 ملغ تكرر كل 15 دقيقة في حال استمرار انقباضات الرحم (بحد أقصى 4 جرعات أو 40 ملغ)، ثم 20 ملغ كل 6 ساعات. يجب عدم تطبيق الدواء بالطريق تحت اللسان أبدًا (خطورة حدوث نقص انسياب الدم المشيمي ووفاة الجنين)؛ يجب التطبيق بالطريق الفموي دائمًا. تكون مدة العلاج 48 ساعة.

- إعداد الجنين للولادة المبكرة (المبتسرة):
بعد 26 أسبوع منذ آخر دورة شهرية وقبل 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يجب مساعدة نضج رثي الجنين باستخدام **ديكساميثازون** بالحقن العضلي: 6 ملغ كل 12 ساعة لمدة 48 ساعة. في حال العدوى الشديدة لدى الأم، يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل تطبيق ديكساميثازون.

3.10.4 الولادة المبكرة (المبتسرة)

- تكون الولادة عادةً سريعة وغالبًا مقعدية.
- يجب تجنب المعالجة العدوانية (الأدوية أو الإجراءات)، لكن في المقام الأول يجب تجنب تطاول المخاض. يجب أن يكون الإخراج سريعًا: الأخذ في عين الاعتبار بضع الفرج، حتى في حال كان الجنين صغير الحجم؛ قبل 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يحظر الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم))، يتم استخدام الملقط في حال ضرورة الاستخراج بالأدوات.
- الاستعداد لإنعاش حديث الولادة (الفصل 10، [القسم 2.10](#)). يجب مراقبة درجة الحرارة (خطورة حدوث انخفاض الحرارة) ومستوى غلوكوز الدم (خطورة حدوث نقص سكر الدم) لدى حديث الولادة عن قرب.

4.10.4 الوقاية من الولادة المبكرة (المبتسرة)

- علاج العدوى والاضطرابات الأخرى أثناء الحمل.
- التزام الراحة لدى النساء اللاتي لديهن عوامل مؤهبة: الحمل المتعدد، مَوَه السَّلَى، سابقة ولادة باكرة (مبتسرة).

11.4 وفاة الجنين داخل الرحم

وفاة الجنين بدءًا من 23 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، قبل المخاض.

1.11.4 التشخيص

يتم تأكيد التشخيص بالأمواج فوق الصوتية.
في حال عدم توافر الأمواج فوق الصوتية، قد تشير العلامات التالية إلى وفاة الجنين لكنها ليست حساسة بدرجة كافية لتبرير أي قرار متسرع طائش. فالأخطاء شائعة الحدوث. يجب تكرار الفحص وعدم التسرع.
- غياب أو توقف حركة الجنين، السبب المعتاد للاستشارة.
- ارتفاع قاع الرحم صغير جدًا بالنسبة للعمر الحملي، أو نقص ارتفاع قاع الرحم عن الزيارة السابقة.
- غياب أصوات القلب لدى الجنين.
- في بعض الأحيان، تَحْفُلُّ الثدي مما يشير إلى نهاية الحمل.

2.11.4 التدبير العلاجي

- في حال عدم وجود اضطرابات مُهددة للحياة لدى الأم:
• علاج أي مرض لدى الأم (فقر الدم، الملاريا، الخ).
• في حال التأكد من وفاة الجنين، يتم تحريض المخاض.
• في حال الشك، يجب فحص المرأة مرة أخرى على فترات منتظمة (مثل مرة واحدة في الأسبوع) وانتظار بدء المخاض بشكل تلقائي؛ يحدث هذا بشكل عام خلال 15-20 يوم من وفاة الجنين.
- في حال وجود اضطرابات مُهددة للحياة لدى الأم (التسمم الحملي (الارتعاج)، المشيمة المُنزّاحة، انفصال المشيمة الباكر، عدوى داخل الرحم، مرض شديد لدى الأم مثل فشل القلب الاحتقاني): يجب تحريض المخاض بشكل عاجل.

- في حال تمزق الكيس السلوي (الأمنيوسي) لأكثر من 12 ساعة: العلاج بالمضادات الحيوية ([القسم 3.9.4](#)) وتحرير المخاض.
- أثناء المخاض، في حالات سوء المجيء أو عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم:
- يجب محاولة القيام بكل ما يمكن لتجنب الولادة بالجراحة القيصرية؛ قبول تناول المخاض، وإجراء الولادة المُخزَّبة (تفتيت الجنين الميت). يتم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية كملجأً أخير.
- يتم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية على الفور فقط في حالات المشيمة المُنزَّاحة الكليَّة و/أو النزف، حيث تكون هناك خطورة حدوث وفاة الأم أو تمزق الرحم.
- فحص المشيمة بعناية (إمكانية وجود أجزاء محتبسة).
- إجراء استكشاف يدوي للرحم في حال وجود مشيمة محتبسة أو أية علامات على النزف (اضطرابات التخثر). يتم إعطاء العلاج الوقائي الروتيني بالمضادات الحيوية (**سيفازولين** أو **أمبيسيلين** بالحقن الوريدي البطني^أ، 2 غ جرعة واحدة).
- بعد الولادة:
- تكون الأمهات عرضة لخطورة حدوث مشكلات نفسية بعد ولادة جنين ميت. ترتبط وفيات الفترة المحيطة بالولادة بتزايد معدلات الاكتئاب التالي للولادة.
- يجب تقديم الدعم النفسي لجميع النساء في مستشفى الولادة وخلال الفترة التالية للولادة.
- قد يكون تثبيط الإرضاع ذا أهمية نفسية لدى بعض النساء بعد وفاة الجنين داخل الرحم (الفصل 11، [القسم 1.2.11](#)).
- يجب على الطاقم الطبي تجنب حث الوالدين على رؤية وحمل الجنين، لكن يجب دعم تلك الرغبة عند التعبير عنها (مع ذلك، لا يشجع القيام بهذا في حال كان الجنين مشوهًا في حالة تقطيع الجنين أو لديه تشوهات شديدة). في هذه الحالة، يتم تحضير الجنين الميت كالمعتاد وتنظيفه ولفه. يجب إعطاء الجثمان للوالدين في حال رغبتهما في تنظيم جنازة.

3.11.4 تحريض المخاض

- في الثلث الثالث من الحمل، في حال نضح عنق الرحم (حرز (درجة) يشوب ≤ 6): أوكسيتوسين و تمزيق الأغشية.
- في الثلث الثالث من الحمل، في حال عدم نضح عنق الرحم أو في الثلث الثاني من الحمل، يتم تطبيق التالي حسب الأفضلية:

<p>ميفيريستون + ميزوبروستول</p> <p>ميفيريستون الفموي: 200 ملغ جرعة واحدة بعد 1-2 يوم، ميزوبروستول كالمبين أدناه، وفقًا للعمر الحملي</p>	<p>أو، في حال عدم توافره</p>
<p>ميزوبروستول بمفرده</p> <p>بين 23-26 أسبوع منذ آخر دورة شهرية 200 ميكروغرام تحت اللسان أو ضمن المهبل كل 4-6 ساعات حتى بدء المخاض، ويكرر في حال الضرورة في اليوم التالي</p> <p>بين 27-33 أسبوع منذ آخر دورة شهرية 100 ميكروغرام تحت اللسان أو ضمن المهبل كل 4-6 ساعات حتى بدء المخاض، ويكرر في حال الضرورة في اليوم التالي</p> <p>بدءًا من 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية 25 ميكروغرام ضمن المهبل كل 6 ساعات أو 25 ميكروغرام عن طريق الفم كل ساعتين، ويكرر في حال الضرورة في اليوم التالي</p>	

- في حالة سوابق الولادة بالجراحة القيصرية أو تعدد كبير في الولادات أو فرط تمدد الرحم، مع الأخذ في الحسبان زيادة خطورة حدوث تمزق الرحم:
- في حال استخدام أوكسيتوسين، انظر الفصل 7، [القسم 4.4.7](#) لاحتياطات الاستخدام.
- في حال استخدام ميزوبروستول:
- يفضل استخدام المشاركة الدوائية ميفيريستون + ميزوبروستول، حيث تتطلب عدد أقل من جرعات ميزوبروستول.
- يجب تقليل جرعة ميزوبروستول بين 23-33 أسبوع منذ آخر دورة شهرية:
- بين 23-26 أسبوع منذ آخر دورة شهرية: 100 ميكروغرام كل 6 ساعات.
- بين 27-33 أسبوع منذ آخر دورة شهرية: 50 ميكروغرام كل 6 ساعات.
- يجب مراقبة الأم عن قرب للبحث عن علامات محتملة للفتق الوشيك (نبض القلب، ضغط الدم، انقباضات الرحم، الألم).
- بدءًا من 34 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يجب الأخذ بعين الاعتبار استخدام قنطار فولي بعد 24 ساعة من تطبيق ميفيريستون وقبل تطبيق ميزوبروستول لزيادة توسع عنق الرحم وتقليل الجرعة الكلية المستخدمة من ميزوبروستول.

الهوامش

- (أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): **كليندامايسين** الوريدي 900 ملغ جرعة واحدة + **جنتامايسين** الوريدي 5 ملغ/كغ جرعة واحدة.

الفصل الخامس: الولادة الطبيعية والإجراءات المرتبطة بالولادة المهبلية

[1.5 الولادة الطبيعية \(السوية\)](#)

[2.5 مراقبة المخاض والولادة](#)

[3.5 تمزق الأغشية الاصطناعي](#)

[4.5 تدلي الحبل السري](#)

[5.5 الحبل القوي](#)

[6.5 الولادة بالأدوات](#)

[7.5 بضع الارتفاق](#)

[8.5 بضع الفرج](#)

[9.5 إصلاح \(ترميم\) العجان](#)

[10.5 إزالة التبتيك \(الختان الفرعوني\)](#)

1.5 الولادة الطبيعية (السوية)

1.1.5 توصيات عامة

يجب على الطاقم ارتداء معدات الوقاية الشخصية (قفازات، قناع الوجه، ملابس ونظارات واقية) لمنع الإصابة بالعدوى من الدم وسوائل الجسم الأخرى.

يجب توفير بيئة هادئة مطمئنة وأكبر قدر ممكن من الخصوصية للمرأة أثناء الفحوص والولادة. يجب تشجيعها على التحرك بحرية في حال الرغبة وأن يرافقها شخص من اختيارها.

يجب توقع الحاجة لإجراء إنعاش في كل ولادة. يجب توفر المعدات اللازمة في متناول اليد وجاهزة للاستخدام.

2.1.5 تشخيص بدء المخاض

- بدء انقباضات الرحم: آلام نظمية (متواترة) متقطعة مصحوبة بتصلب الرحم، تزداد بشكل تدريجي في الشدة والتكرار.

و

- تغيرات عنق الرحم: قصر الطول بشكل تدريجي (الإمحاء) والتوسع (الشكل 1.5):

- في الولادة البكرية (البكرية)، يحدث إمحاء عنق الرحم أولاً ثم التوسع.
- في الولادة المتكررة، يحدث الإمحاء والتوسع في نفس الوقت.

يجب عدم اعتبار الانقباضات المتكررة غير المصحوبة بتغيرات عنق الرحم كبدء للمخاض. حيث تمثل الانقباضات المتكررة غير الفعالة (غير المصحوبة بتغيرات عنق الرحم) وغير المنتظمة، التي تتوقف بشكل تلقائي ثم قد تبدأ مرة أخرى، مخاضاً كاذباً. في هذه الحالة، يجب عدم تمزيق الأغشية، وعدم تطبيق أوكسيتوسين.

وبالمثل، يجب عدم اعتبار توسع عنق الرحم المصحوب بانقباضات قليلة أو غير المصحوب بانقباضات كبدء للمخاض. قد يحدث لدى النساء ذوات الولادة المتكررة بشكل خاص توسع عنق الرحم (حتى 5 سم) عند تمام الحمل قبل بدء المخاض.

في حال الشك، في كلتا الحالتين، يتم إعادة الفحص بعد 4 ساعات. في حال عدم حدوث تغيرات عنق الرحم، فإن المخاض لم يبدأ بعد ولا توجد حاجة لإدخال المرأة لغرفة الولادة.

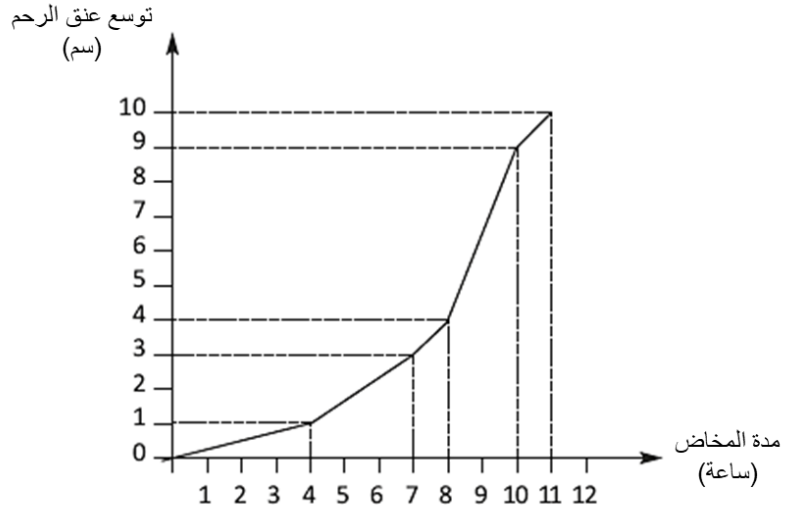
3.1.5 مراحل المخاض

المرحلة الأولى: التوسع ونزول الجنين، وتنقسم إلى طورين

(1) الطور الكامن: من بدء المخاض حتى التوسع بمقدار 5 سم تقريباً. تختلف مدته تبعاً لعدد الولادات السابقة.

(2) الطور النشط: من التوسع بمقدار 5 سم تقريباً حتى التوسع الكامل^[1]. أثناء هذا الطور، يحدث توسع عنق الرحم بمعدل أسرع من الطور الكامن. يختلف الوقت المستغرق للتوسع تبعاً لعدد الولادات السابقة. كقاعدة، لا يستغرق أكثر من 10 ساعات في الولادة المتكررة و 12 ساعة في الولادة البكرية (البكرية).

الشكل 1.5 - منحني التوسع في الولادة البكرية (البكرية) (في الولادة المتكررة، يكون المنحنى منزاحاً لليسار)



المرحلة الثانية: ولادة الجنين (إخراج (طرد) الجنين)

تبدأ بعد توسع عنق الرحم بالكامل.

المرحلة الثالثة: خروج (ولادة) المشيمة

انظر [الفصل 8](#).

4.1.5 المرحلة الأولى: التوسع ونزول الجنين

يتم تسجيل المؤشرات التي يتم مراقبتها على مخطط المخاض (بارتوغراف) ([القسم 2.5](#)).

انقباضات الرحم

- تزداد الانقباضات بشكل تدريجي في الشدة والتكرار: أحياناً بفواصل 30 دقيقة في بداية المخاض؛ وتصبح أقرب (كل 2-3 دقائق) في نهاية المخاض.
- قد يمتد الانقباض لمدة دقيقة واحدة.
- يجب أن يرتخي الرحم بين الانقباضات.
- يجب مراقبة شكل الرحم لاكتشاف حلقة باندل ([الفصل 3، القسم 2.3.3](#)).

الحالة العامة للمريضة

- مراقبة نبض القلب، ضغط الدم ودرجة الحرارة كل 4 ساعات أو أكثر تواتراً لدى وجود حالة غير طبيعية (شذوذ).
- الطلب من المريضة القيام بإفراغ مثانتها بشكل منتظم (مثل كل ساعتين).
- الحفاظ على إمهاء المريضة (توفير الماء أو الشاي).
- تشجيع المرأة على التحرك بحرية أثناء المخاض. حيث يساعد تغيير الوضع والمشي على تخفيف الألم، وتحسين تقدم المخاض، ومساعدة نزول الجنين. كما يمكن أيضاً تخفيف الألم بالتدليك أو الرفادات (الكمدات) الساخنة أو الباردة. يساعد دعم القابلة في تدبير الألم.
- يجب تركيب خط وريدي بشكل روتيني في الحالات التالية: كبر حجم الرحم بشكل مفرط (عملقة الجنين، الحمل المتعدد أو مَوَه السَّلَى)، فقر الدم المؤكد وارتفاع ضغط الدم.

نبض قلب الجنين

مراقبة نبض قلب الجنين

استخدام سماعة بينارد أو الدوبلر الجنيني، كل 30 دقيقة أثناء الطور النشط وكل 5 دقائق خلال المرحلة الثانية النشطة، أو كلما أمكن. الإنصات والعدّ لمدة دقيقة واحدة كاملة على الأقل بعد حدوث الانقباض. يقدر نبض قلب الجنين الطبيعي 110-160 نبضة/الدقيقة. قد يتباطأ نبض قلب الجنين أثناء الانقباض. في حال أصبح طبيعيًا بشكل كامل مرة أخرى بمجرد ارتخاء الرحم، فغالبًا لن تحدث ضائقة جنينية.

في حال كان نبض قلب الجنين المسموع مباشرة بعد نهاية الانقباض غير طبيعي (شاذ) (أقل من 100 نبضة/الدقيقة أو أكثر من 180 نبضة/الدقيقة)، يجب مواصلة مراقبة نبض قلب الجنين خلال الانقباضات الثلاثة التالية لتأكيد الحالة غير الطبيعية (الشذوذ).

تدبير نبض قلب الجنين غير الطبيعي

- في جميع الحالات:

• إدخال خط وريدي.

• مراقبة العلامات الحيوية لدى الأم: نبض القلب، ضغط الدم ودرجة الحرارة.

• التحقق من توتر الرحم. في حال كان مفرط التوتر، يتم البحث عن التطبيق المفرط لأوكسيتوسين (يجب إيقافه) أو انفصال المشيمة (الفصل 3، [القسم 2.3](#)).

• فحص لون السائل السلوي (السّلى) (السائل الأمنيوسي): السائل السلوي مصطبغ بالعُقي (براز الجنين) (أخضر اللون) المصحوب بنبض قلب الجنين غير الطبيعي يشير إلى ضائقة جنينية حقيقية.

- في حال كان نبض قلب الجنين أقل من 100 نبضة/دقيقة:

• إيقاف تطبيق أوكسيتوسين في حال استمرار التسريب.

• التحقق من النزف المهبل: قد يشير النزف إلى انفصال المشيمة أو تمزق الرحم.

• رفع المريضة أو وضعها على جانبها الأيسر، حيث أن استلقاء المريضة على ظهرها قد يجعل الرحم يضغط على الوريد الأجوف السفلي، مما قد يتسبب في تباطؤ نبض قلب الجنين.

• تصحيح نقص ضغط الدم المحتمل بتعويض السوائل (محلول رينغر لكتات) حتى يصبح ضغط الدم الانقباضي ≤ 90 ملم زئبقي.

• إجراء فحص مهبلي للتحقق من تدلي الحبل السري.

- في حال كان نبض قلب الجنين أكثر من 180 نبضة/الدقيقة:

تعد العدوى الحموية لدى الأم السبب الأكثر شيوعًا.

• البحث عن سبب العدوى (عدوى الرحم، التهاب الحويضة والكلية، الملاريا، الخ.) وعلاجها.

• علاج الحمى (باراسيتامول).

• في حالة الحمى مجهولة المنشأ، يتم تطبيق المضادات الحيوية كما في تمزق الأغشية المطوّل (الفصل 4، [القسم 9.4](#)).

في حال استمرار نبض قلب الجنين غير الطبيعي أو تصبغ السائل السلوي (السّلى) (السائل الأمنيوسي) بالعُقي (براز الجنين)، يتم إجراء الولادة سريعًا. في حال توسع عنق الرحم الكامل وتدخل الرأس، يتم إجراء الولادة بالأدوات (الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (المحجم)) أو استخدام الملقط، تبعًا لمهارة وخبرة القائم بالتوليد؛ بخلاف ذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.

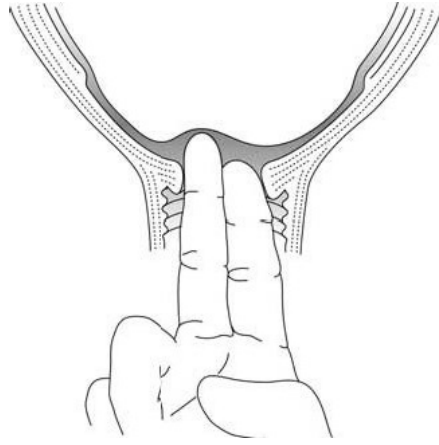
التوسع أثناء الطور النشط

- يجب أن يظل عنق الرحم ليّنًا وأن يحدث التوسع بشكل تدريجي. يجب التحقق من مقدار التوسع عبر الفحص المهبلي كل 4 ساعات في حال عدم وجود مشكلات محددة (الأشكال 2.5).

- يعد عدم تقدم توسع عنق الرحم بين فحصين مهبلين كعلامة تحذيرية.

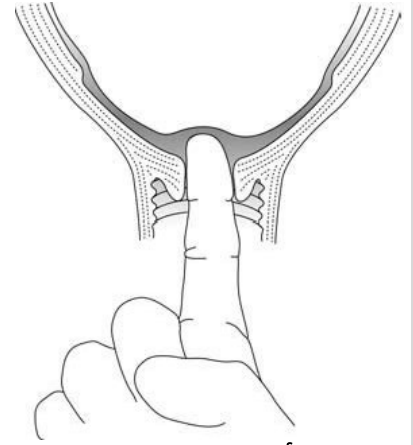
- يجب القيام بإجراء في حال عدم حدوث تقدم لمدة 4 ساعات: تمزق الأغشية الاصطناعي، تطبيق أوكسيتوسين، الولادة بالجراحة القيصرية، وذلك تبعًا للظروف.

الأشكال 2.5 - تقدير توسع عنق الرحم



الشكل 2.5 ب - بمقدار إصبعان = 3.5-3

سم



الشكل 2.5 أ - بمقدار إصبع واحد =

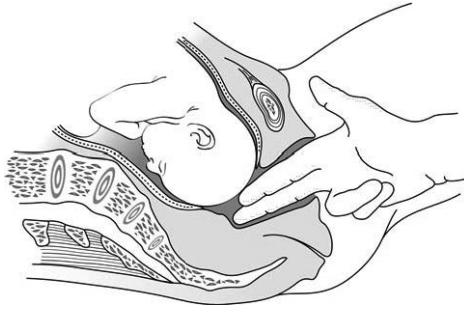
1.5 سم

الكيس السلوي (الأمنيوسي)

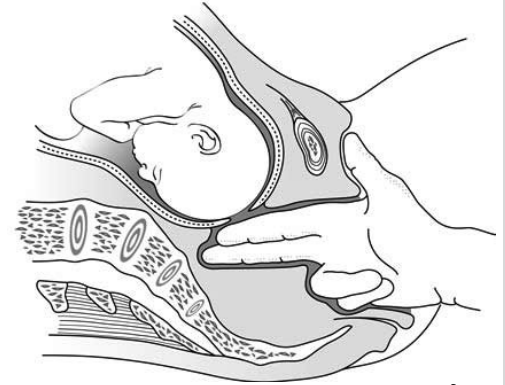
- يتكور الكيس السلوي (الأمنيوسي) أثناء الانقباضات وعادةً ما يتمزق بشكل تلقائي بعد حدوث التوسع بمقدار 5 سم أو التوسع الكامل أثناء الولادة. بعد تمزقه مباشرةً، يجب التحقق من نبض قلب الجنين، وفي حال الضرورة إجراء فحص مهبلي للكشف عن أي تدل محتمل للجلل السري (القسم 4.5). بمجرد تمزق الأغشية يجب استخدام قُفازات معقمة لإجراء الفحص المهبلي.
- تسجيل لون السائل السلوي (السَّلى) (السائل الأمنيوسي): رائق، مصطبغ بالدم، أو مصطبغ بالعُقي (براز الجنين). لا يعد الاصطباغ بالعُقي بمفرده، غير المصحوب بنبض قلب الجنين غير الطبيعي، تشخيصًا للضائقة الجنينية، لكنه يتطلب المراقبة عن قرب، خاصةً إجراء فحص مهبلي كل ساعتين. يجب القيام بإجراء في حال عدم تقدم التوسع بعد ساعتين.

تقدم الجنين

- يتم تقييم نزول الجنين عبر جس البطن (الشعور بجزء من رأس الجنين أعلى الارتفاق العاني) قبل إجراء الفحص المهبلي.
 - في كل فحص مهبلي، بجانب التحقق من التوسع، يتم التحقق من المِجيء، ووضع ودرجة نزول الجنين.
 - البحث عن العلامات التي تشير إلى تدخل رأس الجنين:
 - عند الفحص المهبلي، يمنع مِجيء الجنين أصابع القائم بالفحص من الوصول إلى تقعر العجز (الأشكال 3.5 أ و 3.5 ب). يمكن لوجود الحدبة المصلية الدموية (تورم منتشر حميد في رأس الجنين) أن يؤدي إلى استنتاج خاطئ بحدوث تدخل رأس الجنين.
 - المسافة بين كتف الجنين والحافة العلوية للارتفاق العاني أقل من عرض إصبعين (الأشكال 3.5 ج و 3.5 د).
- الأشكال 3.5 - تشخيص التدخل**



3.5 ب - مجيء متدخل: لا يمكن للأصابع داخل المهبل الوصول إلى تقعر العجز (في حال عدم وجود الحدبة المصلية الدموية)



3.5 أ - مجيء غير متدخل: يمكن للأصابع داخل المهبل الوصول إلى تقعر العجز



3.5 د - تدخل الرأس: الكتف على مسافة أقل من عرض أصبعين أعلى الارتفاق العاني



3.5 ج - عدم تدخل الرأس: الكتف على مسافة أكبر من عرض أصبعين أعلى الارتفاق العاني

- يتم استخدام النقاط المرجعية على جمجمة الجنين لتحديد موضع الرأس في حوض الأم. من الأسهل تحديد موضع الرأس بعد تمزق الأغشية، وتوسع عنق الرحم بمقدار يتجاوز 5 سم. عندما يكون الرأس مشببًا بشكل جيد، يكون اليافوخ الأمامي (ماسي مُعَيَّن) الشكل) غير قابل للجس، يكون فقط الدرز السهمي واليافوخ الخلفي (مثلث الشكل) قابلين للجس. يعد اليافوخ الخلفي علامة لقتال الجنين، لذا فإنه يساعد في تحديد وضع الجنين. في معظم الحالات، بمجرد تدخل الرأس، فإن دوران الرأس داخل الحوض يجعل قتال الجنين تحت الارتفاق العاني للأم واليافوخ الخلفي في وضع أمامي للخط الناصف.

5.1.5 المرحلة الثانية: ولادة الجنين (إخراج (طرد) الجنين)

لا يجب أبدًا الضغط على قاع الرحم.

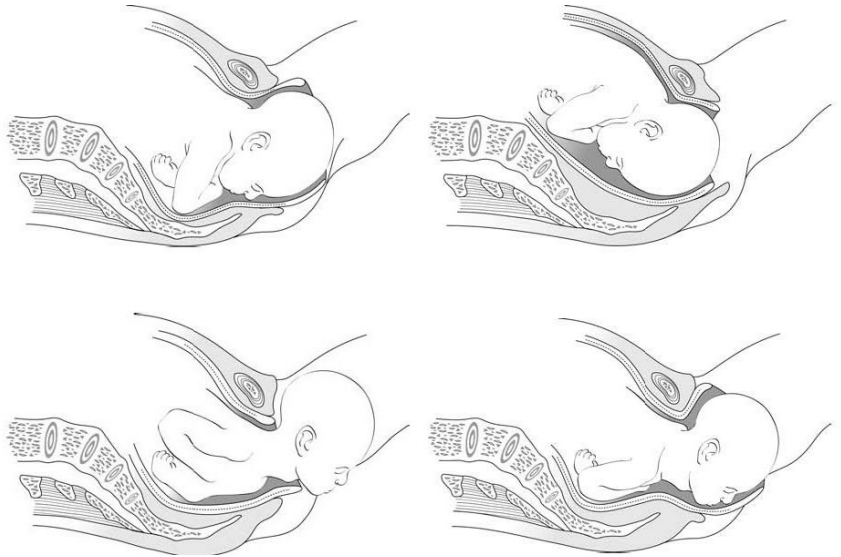


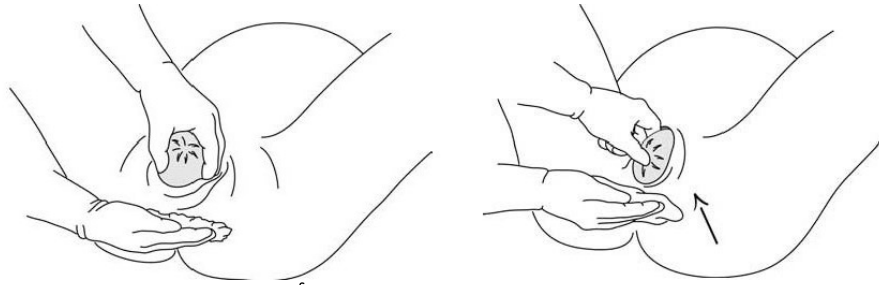
تكون هذه المرحلة غالبًا سريعة في الولادة المتكررة، وأبطأ في الولادة البكرية (البكرية). مع ذلك، فإنها يجب ألا تتجاوز ساعتين في الولادة المتكررة، و3 ساعات في الولادة البكرية (البكرية). في حال وجود وضعية تقليدية للولادة ولا توجد خطورة معينة لدى الأم أو الطفل، يمكن توليد المرأة وهي مستلقية على ظهرها أو على جانبها الأيسر أو في وضعية القرفصاء (الإقعاء) أو على أطرافها الأربعة (الأشكال 4.5).



- غسل المهبل والعجان بماء نظيف.
- يجب إفراغ المثانة، بشكل طبيعي إن أمكن. في حالات احتباس البول فقط، يتم إدخال قثطار بولي باستخدام التقنية المعقمة (قُفَازات معقمة، قثطار وحيد الاستعمال معقم).
- في حال تقدم المخاض بشكل جيد وعدم وجود نبض قلب الجنين غير الطبيعي، يتم السماح للمرأة باتباع رغبتها في الدفع. في الحالات الأخرى، يجب توجيه جهد الدفع (الطرد). يجب على المرأة الدفع أثناء انقباض الرحم. يمكن القيام بالدفع إما مع حبس التنفس (بعد شهيق عميق، المزمار مغلق، عضلات البطن والحجاب الحاجز منقبضة، موجه نحو العجان) أو مع الزفير. يجب الحفاظ على جهد الدفع (الطرد) مستمرًا لأطول فترة ممكنة: بشكل عام، الدفع 2-3 مرات لكل انقباض.
- بين الانقباضات، يجب على المرأة الراحة والتنفس بعمق، يجب على القائم بالتوليد مراقبة نبض قلب الجنين بعد كل انقباض.
- يبدأ الرأس في توسيع العجان، الذي يصبح أكثر رقة بشكل تدريجي؛ تتمدد فتحة المهبل، وتباعد الأشفار، ويظهر قذال الجنين. في حالة المجيء الرأسي، عادةً ما يبرز الرأس بحيث يكون القذال أمامي: يولد الطفل وهو ناظرًا لأسفل، ويتمحور القذال في مواجهة الارتفاق العاني (الأشكال 5.5). وينبسط الرأس بشكل طفيف. يجب على القائم بالتوليد توجيه هذه الحركة ومنع حدوث أي حركة دافعة (طاردة) مفاجئة، باستخدام يد واحدة لدعم القذال. بينما يمكن لليد الأخرى دعم الذقن عبر العجان. يتم تغطية المنطقة الشرجية باستخدام رفادة (كمادة) (الأشكال 6.5).

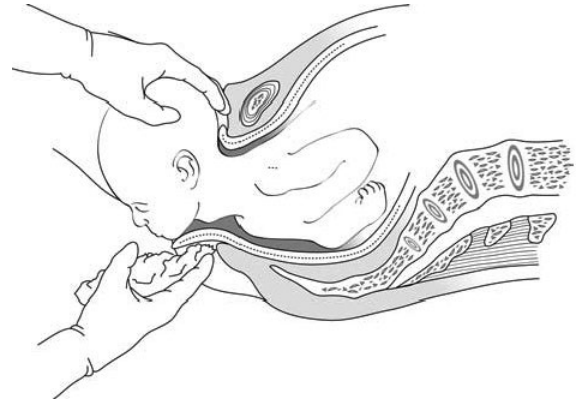
الأشكال 5.5 - المراحل المختلفة لتوليد الوضعية القذالية الأمامية





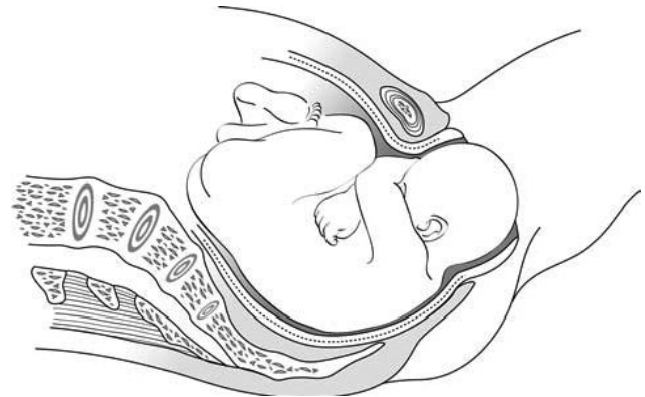
خلال هذه المرحلة النهائية- التي تعد حيوية بالنسبة للقائم بالتوليد- يجب على المرأة إيقاف كافة جهود الدفع (الطرد) والتنفس بعمق. باستخدام يد واحدة، يتحكم القائم بالتوليد في انبساط الرأس وتحريكه بشكل طفيف من جانب لآخر، لتخليص الناشرات (الحدبات) الجدارية بشكل تدريجي؛ في حال الضرورة (ليس بشكل روتيني) يمكن رفع الذقن باستخدام اليد الأخرى (الشكل 7.5).

الشكل 7.5 - خفض العجان تحت الذقن



- يتمدد العجان بشدة عند لحظة الولادة، يمكن للتحكم في الدفع (الطرد) أن يساعد في تقليل خطورة حدوث التمزق. لا يستطب إجراء بضع الفرج (الفسم 8.5) بشكل روتيني. في توليد الوضعية القذالية الخلفية (الشكل 8.5)، حيث يتمدد العجان للحد الأقصى، قد يكون بضع الفرج مفيداً.

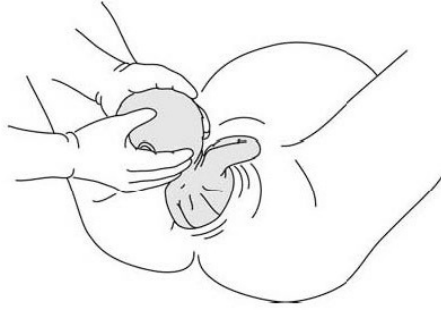
الشكل 8.5 - توليد الوضعية القذالية الخلفية



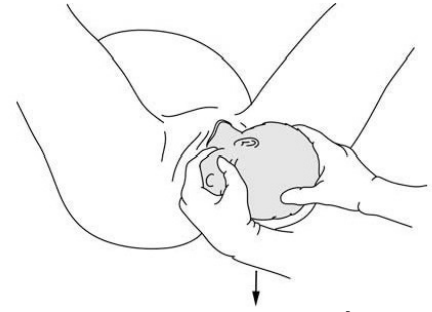
- يدور الرأس، فور توليده، بشكل تلقائي بمقدار 90° على الأقل. يساعد القائم بالتوليد هذه الحركة عبر إمساك الرأس بكلتا اليدين والشد برفق لأسفل لإحضار الكتف الأمامية تحت الارتفاع العائني ثم توليدها، ثم الشد برفق لأعلى لتوليد الكتف الخلفية (الأشكال 9.5).

لتقليل خطورة حدوث تمزق العجان، يتم التحكم في توليد الكتف الخلفية.

الأشكال 9.5 - توليد الكتفين



الشكل 9.5 - توليد الكتف الخلفية: الشد برفق لأعلى



الشكل 9.5أ - توليد الكتف الأمامية: الشد برفق لأسفل حتى ظهور الكتف

- يتم وضع المولود على صدر الأم. لرعاية حديثي الولادة، انظر الفصل 10، [القسم 1.10](#).

6.1.5 تطبيق أوكسيتوسين

يتم تطبيق أوكسيتوسين لدى الأم على الفور، ثم خروج (ولادة) المشيمة (الفصل 8، [القسم 2.1.8](#)).

7.1.5 ربط (لقط) الحبل السري

انظر الفصل 10، [القسم 1.1.10](#)

المراجع

1. World Health Organization. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, Geneva, 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?ua=1> [Accessed 18 June 2018]

2.5 مراقبة المخاض والولادة

1.2.5 مخطط المخاض (بارتوغراف)

يعد مخطط المخاض (بارتوغراف) أداة لمراقبة حالة الأم والجنين أثناء الطور النشط من المخاض، والمساعدة في اتخاذ القرارات عند اكتشاف أية حالة غير طبيعية (شذوذ). تم تصميمه للاستخدام في أي من مستويات الرعاية. يعد العنصر الأساسي به هو مخطط بياني لتسجيل تقدم توسع عنق الرحم وفقاً للفحص المهبلي. يبدأ استخدام مخطط المخاض عند حدوث التوسع بمقدار 5 سم، مع حدوث 3 انقباضات كل 10 دقائق. في حالات معينة، مثل تحريض المخاض، يبدأ استخدامه عند حدوث التوسع بمقدار 4 سم. يتم رسم المؤشرات التالية على المخطط البياني في كل مرة يتم التحقق منها:

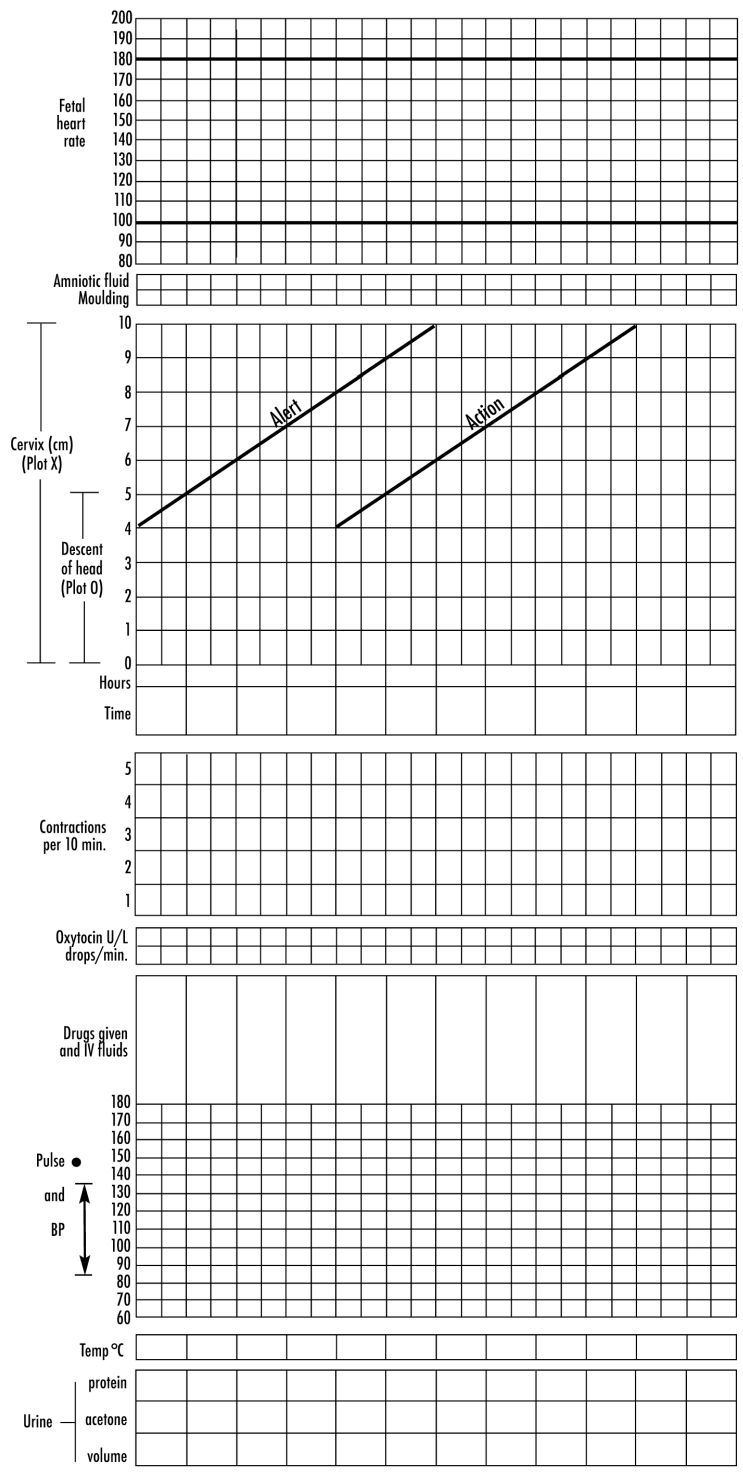
- مؤشرات الأم:
- العلامات الحيوية (نبض القلب، ضغط الدم، ودرجة الحرارة).
- توقيت حدوث تمزق الأغشية التلقائي أو الاصطناعي.
- انقباضات الرحم (عدد الانقباضات كل 10 دقائق ومدتها).
- معدل إخراج البول.
- الأدوية التي يتم تطبيقها (أوكسيتوسين، المضادات الحيوية، إلخ).
- مؤشرات الجنين:
- نبض قلب الجنين.
- السائل السلوي (السلي) (السائل الأمنيوسي) (اللون، الرائحة والكمية).
- نزول الجنين وقولبة (صب) (تطابق) رأس الجنين.

2.2.5 تفسير مخطط المخاض (بارتوغراف) الخاص بمنظمة الصحة العالمية

يوجد خطان قطريان في مخطط المخاض الخاص بمنظمة الصحة العالمية: خط الإنذار وخط الفعل. يمتد خط الإنذار من 4 إلى 10 سم ويقابل متوسط معدل التوسع بمقدار 1 سم لكل ساعة. في حال كان منحنى المخاض يمتد إلى يمين خط الإنذار، فإن هذا يعني أن معدل التوسع أقل من 1 سم لكل ساعة. في هذه الحالة، يجب الأخذ بعين الاعتبار نقل المرأة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) في حال كانت في عيادة خارجية أو مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC). في حال كانت المرأة في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)، تكون المراقبة اللصيقة ضرورية. يقع خط الفعل على بُعد 4 ساعات إلى يمين خط الإنذار. في حال كان منحنى التوسع يتقاطع مع هذا الخط، يجب اتخاذ القرارات (تحريض المخاض، تمزق الأغشية الاصطناعي، الولادة بالجراحة القيصرية، إلخ). انظر [الفصل 7](#).

مخطط المخاض (بارتوغراف) الخاص بمنظمة الصحة العالمية

Name	Gravida	Para	Hospital number
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours



3.2.5 مراقبة الأم بعد الولادة مباشرةً

- العلامات الحيوية (نبض القلب، ضغط الدم، درجة الحرارة ومعدل التنفس)، فقدان الدم وانكماش الرحم:
- بين الساعة 0 والساعة 2: كل 15-30 دقيقة
- بين الساعة 2 والساعة 4: كل ساعة
- التحقق من قدرة المرأة على الشرب والتبول.
- التحقق من وجود دواعي أخرى للعلاج، مثل العلاج بالمضادات الحيوية في حالة تمزق الأغشية المطوّل المصحوب بعدوى داخل الرحم (الفصل 4، [القسم 3.9.4](#))، فقر الدم (الفصل 4، [القسم 1.4](#))، إلخ.
- في حالة الولادة بالجراحة القيصرية، انظر الفصل 6، [القسم 4.6](#).
- للمراقبة والرعاية التالية لما بعد الولادة مباشرةً، انظر الفصل 11، [القسم 2.11](#) و [القسم 4.11](#).

3.5 تمزق الأغشية الاصطناعي

تمزيق الكيس السلوي (الأمنيوسي) باستخدام الصنارة السلوية (خطاف السّلي) (أداة مخصصة لتمزيق الأغشية) (أو في حال عدم توافره، باستخدام مخلب أحد نصفي ملقط كوشر (كوخر)).

1.3.5 الدواعي

- تسريع التوسع في حال فشل تقدم المخاض.
- تسريع الولادة بمجرد توسع عنق الرحم الكامل في حال فشل تقدم المخاض.
- كمساعد لأوكسيتوسين في تحريض المخاض (الفصل 7، [القسم 2.3.7](#)).
- محاولة إيقاف النزف أثناء المخاض في حالة المشيمة المُتزاخة الجزيئية (الانتباه لعدم ثقب المشيمة).

2.3.5 التحذيرات

- مَوَه السّلي (خطورة حدوث تدلي الحبل السري): يجب إعادة فحص المريضة مباشرة بعد التمزق للتأكد من عدم تقدم الحبل السري أمام جزء المّجّيء الجنيني.
- يجب استخدام التقنية المعقمة (خطورة حدوث العدوى نتيجة لفتح الجوف السلوي (الأمنيوسي) وتعرضه للعوامل الممرضة).

3.3.5 الموانع

المُطلقة

- المشيمة المُتزاخة الكلية
- المّجّيء المستعرض

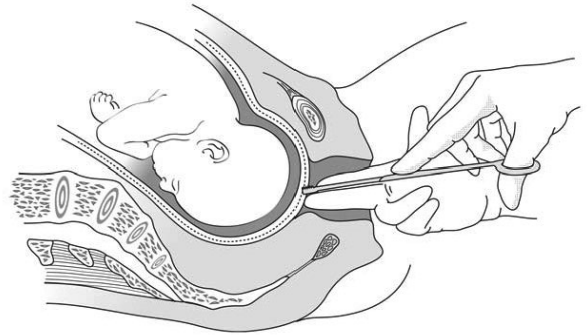
النسبية

- التوسع بمقدار أقل من 5 سم، انقباضات الرحم غير المنتظمة (المخاض الكاذب، الطور الكامن).
- المّجّيء المقعدي قبل توسع عنق الرحم الكامل (يجب الحفاظ على الكيس السلوي (الأمنيوسي) سليماً لأطول فترة ممكنة).
- عدوى فيروس العوز المناعي البشري (HIV) أو التهاب الكبد ب (أو في السياقات ذات معدل الانتشار المرتفع) قبل توسع عنق الرحم الكامل: يجب الحفاظ على الكيس السلوي (الأمنيوسي) سليماً لأطول فترة ممكنة وذلك لتقليل خطورة حدوث انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.
- المّجّيء غير المتدخل: خطورة حدوث تدلي الحبل السري.

4.3.5 الطريقة

(الشكل 10.5)

- وضع المريضة مستلقية على ظهرها مع ثني الركبتين ومباعدة الفخذين.
 - ارتداء قفازات معقمة.
 - مسح العجان والمهبل باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
 - باستخدام يد واحدة، تحضير الوصول إلى الكيس السلوي (الأمنيوسي) (إدخال اليد في عنق الرحم بشكل جيد). باستخدام اليد الأخرى، يتم تمرير الصنارة السلوية (خطاف السِّلَى) بانسياب بين أصابع اليد الأولى-التي تقوم بمباعدة المهبل وعنق الرحم وتوجه طرف الأداة- ثم إحداث قطع صغير في الكيس السلوي أثناء تكوره خلال إحدى الانقباضات. يتم السماح للسائل بالانسياب ببطء، ثم يتم توسيع الفتحة باستخدام أحد الأصابع.
 - ملاحظة لون السائل السلوي (السِّلَى) (السائل الأمنيوسي) (رائق، أخضر أو مصطبغ بالدم). لا يعد الاصطباغ بالعِقي (براز الجنين) بمفرده، غير المصحوب بنبض قلب الجنين غير الطبيعي، تشخيصًا للضائقة الجنينية، لكنه يتطلب المراقبة عن قرب.
 - التأكد من عدم تدلي الحبل السري.
 - فحص نبض قلب الجنين قبل وبعد بضع السِّلَى.
- الشكل 10.5 - تمزق الأغشية الاصطناعي**

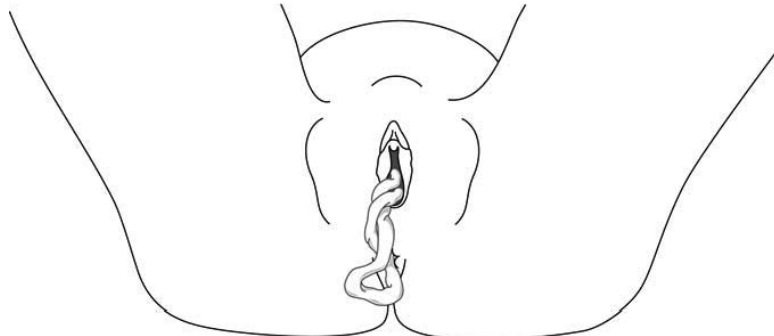


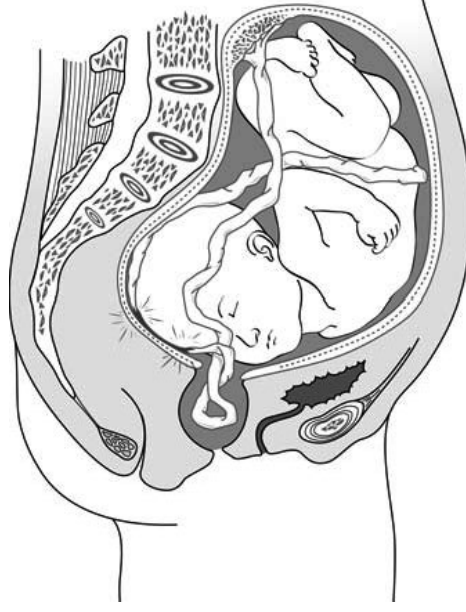
4.5 تدلي الحبل السري

نزول الحبل السري أمام المِجِيء الجنيني، عادةً عند تمزق الأغشية (بسبب الارتكاز (المُعَزَز) المنخفض أو الطول المفرط للحبل السري، المِجِيء المستعرض أو المقعدي، التمزق المفاجئ للكيس السلوي (الأمنيوسي)، فرط السائل السلوي (السِّلَى) (السائل الأمنيوسي)، الحمل التوأمي).

يؤدي انضغاط الحبل السري بين أنسجة الأم والجنين (الأشكال 11.5 و 12.5) أثناء الانقباضات إلى حدوث ضائقة جنينية ووفاة الجنين السريعة.

الشكل 11.5 - خروج الحبل السري من فتحة المهبل





1.4.5 التشخيص

- تمزق الكيس السلوي (الأمنيوسي): يمكن الشعور بالحبل السري بين الأصابع، وفي حال كان الجنين لا يزال حيًا يمكن الشعور بالنبض.
- الضائقة الجنينية: تباطؤ وعدم انتظام نبض قلب الجنين.

2.4.5 التدبير العلاجي

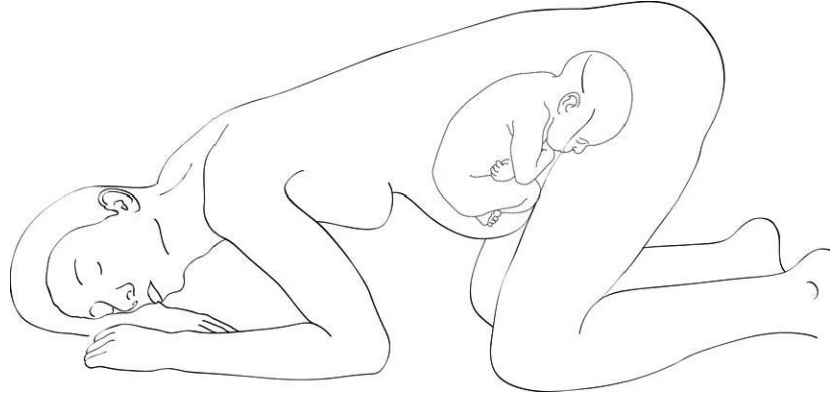
الجنين ميت أو غير قابل للحياة (خديج (مبتسر) بشدة)

لا توجد تدخلات محددة، الولادة المهبلية، عدم الولادة بالجراحة القيصرية.

الجنين حي

تعد حالة توليدية طارئة، يجب توليد المريضة على الفور:

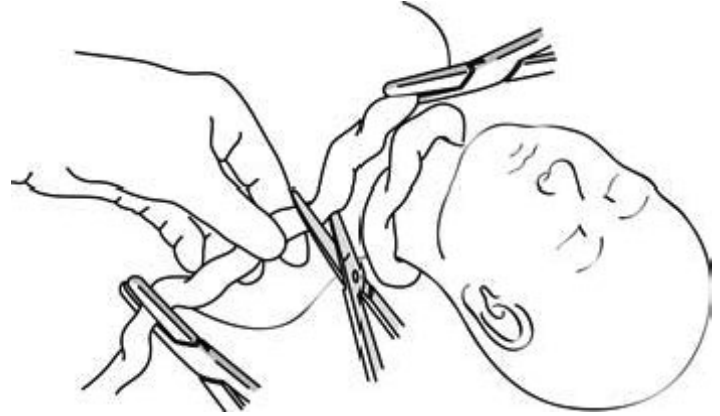
- المرأة في وضعية التَّجِيَّة (على الركبتين والصدر لأسفل) (الشكل 13.5) أو وضعية ترندلنبورغ (الاستلقاء على الظهر والرأس لأسفل) لإزالة الضغط عن الحبل السري.
- الدفع اليدوي لجزء المجيء الجنيني نحو قاع الرحم لتخفيف الضغط على الحبل السري. يجب عدم إزالة اليد حتى يتم إخراج الجنين عن طريق الولادة بالجراحة القيصرية. في حال صعوبة الحفاظ على رفع الجنين يدويًا عبر المهبل، يتم ملء المثانة بحوالي 500 مل من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% المعقم للحفاظ على تخفيف الضغط.
- الولادة بالجراحة القيصرية، الإمساك بجزء المجيء الجنيني بعيدًا عن الحبل السري عبر المهبل حتى يتم إخراج الجنين. يجب سماع أصوات قلب الجنين قبل الإجراء مباشرةً. في حال لم يعد بالإمكان سماع أصوات قلب الجنين، يفضل السماح بالولادة المهبلية (يكون الجنين قد توفي بالفعل).
- في حال المجيء المتدخل وتوسع عنق الرحم الكامل، يكون كظم المجيء (دفعه للداخل مرة أخرى) غير ممكنًا، يتم إخراج الجنين عبر المهبل بشكل سريع: الولادة بالأدوات (القسم 6.5) أو الاستخراج المقعدي التام (الفصل 6، القسم 3.6).



5.5 الحبل القفويّ

التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين، قد يسبب ضائقة جنينية ويعوق تقدم الولادة بعد توليد الرأس. لا يمكن ملاحظة الحبل القفويّ إلا بعد توليد الرأس. في حال كان الالتفاف حول رقبة الجنين واسعاً، يتم تزليقه (تمريره) فوق رأس المولود. في حال التفاف الحبل حول رقبة الجنين بإحكام و/أو عدة مرات، يتم ربط (لقط) الحبل السري باستخدام ملقطين كوشر (كوخر) والقطع بين الملقطين (الشكل 14.5). يتم فك الحبل السري واستكمال الولادة، وإجراء إنعاش لحديث الولادة في حال الضرورة. ملاحظة: احتمالية حدوث الحبل القفويّ هي السبب وراء ضرورة توفر ملقطين كوشر (كوخر) ومقص عند الولادة.

الشكل 14.5 - قطع الحبل السري بين ملقطي كوشر (كوخر) بمجرد توليد الرأس



6.5 الولادة بالأدوات

يعتمد اختيار أداة الاستخراج (الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)) أو استخدام الملقط) على خبرة ومهارة القائم بالتوليد. تعد شروط الاستخدام واحدة لكلا الأدوات:

- توسع عنق الرحم الكامل.
- انتظام انقباضات الرحم.
- تدخل الرأس.
- التشخيص الدقيق لوضع الرأس.
- تمزق الكيس السلوي (الأمنيوسي).
- إفراغ المثانة.

1.6.5 الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (المحجم))

- عبارة عن أداة للثني والشد لتسهيل ولادة الجنين.
- توجد أطرزة مختلفة، لكنها جميعًا تمتلك:
- محجم (كوب) شفط من المعدن أو البلاستيك أو السيليكون، يجب تعقيمه بين كل مريضة وأخرى.
- وصلة إلى نظام للتخلية (تفريغ (شفط) الهواء) قابل للضبط بمؤشر للضغط. يتم إحداث التخلية عن طريق مضخة يدوية أو جهاز كهربائي.
- مقبض لتطبيق الشد.

الدواعي

- فشل التقدم الناجم عن جهد الدفع (الطرد) غير الكافي أو غير الفعال برغم انقباض الرحم بشكل جيد (باستخدام أوكسيتوسين في حال الضرورة).
- الضائقة الجنينية أثناء الولادة.
- عدم تمدد العجان بشكل كافي (بالمشاركة مع بضع الفرج).
- صعوبة الاستخراج أثناء الولادة بالجراحة القيصرية (إن أمكن، يتم استخدام آلة شفط (محجم) ذات مضخة مدمجة من طراز (Vacca Reusable OmniCup®)).

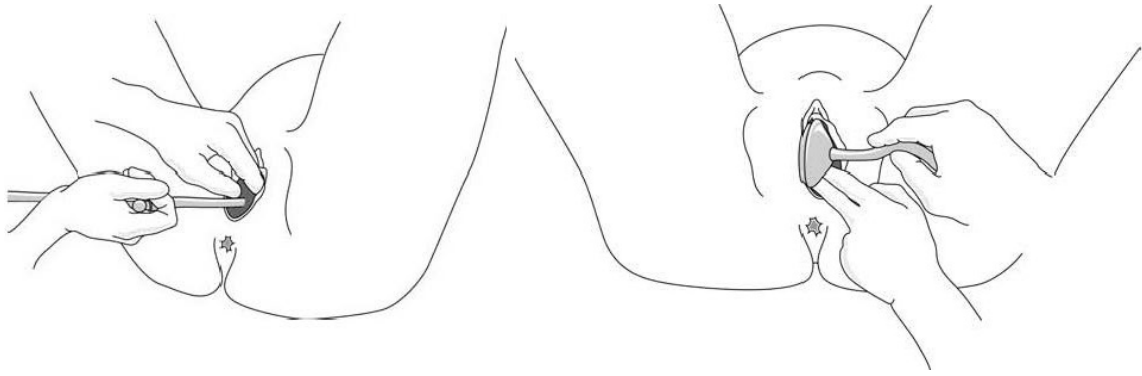
الموانع

- المجيء المقعدي، المستعرض، الوجهي أو الجبهي.
- المولود الخديج (المبتسر) (> 34 أسبوع): تكون عظام الجمجمة لينة للغاية.
- عدم تدخل الرأس.
- عدم توسع عنق الرحم الكامل.

الطريقة

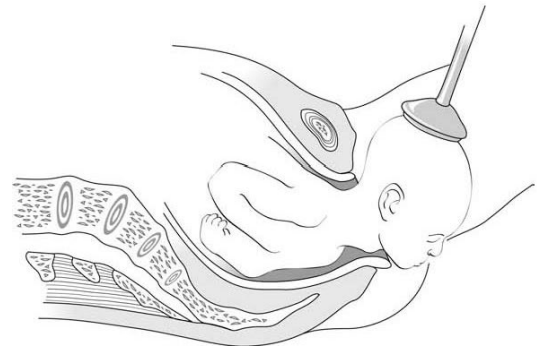
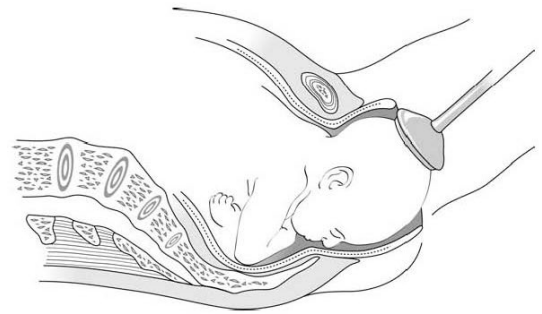
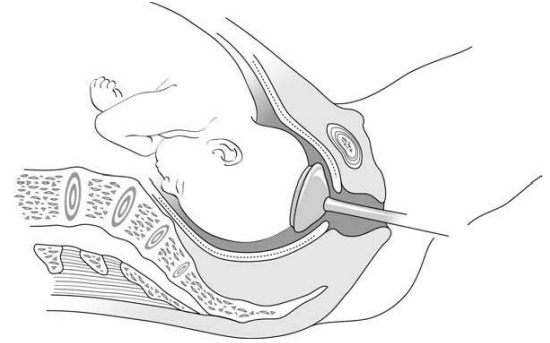
- وضع المريضة مستلقية على ظهرها مع ثني الركبتين ومباعدة الفخذين.
- مسح العجان والمهبل باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
- إفراغ المثانة (إدخال قثطار بولي معقم).
- تحضير الطرف المعقم من الأداة (المحجم (الكوب))، باستخدام قفازات معقمة.
- إدخال المحجم (الكوب) في المهبل (الأشكال 15.5) وتطبيقه على فروة رأس الجنين، أقرب ما يمكن لليافوخ الخلفي، الذي يعد وضع أمامي في حالات المجيء القُدالي الأمامي.
- أثناء إمساك المحجم (الكوب) بيد واحدة، يقوم أحد أصابع اليد الأخرى بحركة دورانية حول المحجم للتأكد من عدم احتجاز أي من أنسجة المهبل أو عنق الرحم تحته، حيث أن تطبيق الشد يمكنه تمزيق عنق الرحم أو المهبل في حال تم شفط هذه الأنسجة بواسطة آلة الشفط (المحجم) (خطورة حدوث نزف شديد).

الأشكال 15.5 - إدخال المحجم (الكوب) في المهبل



- قد يتطلب الأمر وجود شخص مساعد لتوصيل المحجم (الكوب) بنظام للتخلية (تفريغ شفط) الهواء).
- تثبيت المحجم (الكوب) على رأس الجنين باستخدام يد واحدة.
- الضخ حتى الوصول إلى ضغط سلمي. التحقق من عدم احتجاز أي من أنسجة المهبل أو عنق الرحم قبل بدء الشد. الجلوس على سناد قدم صغير أو على الركبة؛ مما يتيح زاوية شد جيدة ويساعد على حفظ التوازن. يجب أن يكون الشد، الذي يتم تطبيقه باستخدام اليد المسيطرة، عمودياً على مستوى المحجم (الكوب).
- يجب تطبيق الشد بالتزامن مع انقباضات الرحم والدفع، والذي يجب أن تستمر المريضة في القيام به. يجب إيقاف الشد في اللحظة التي يتوقف فيها انقباض الرحم. يختلف اتجاه الشد تبعاً لتقدم رأس الجنين: في البداية لأسفل، ثم أفقيًا، ثم عمودياً بشكل متزايد (الأشكال 16.5).

الأشكال 16.5 - الشد بالاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (المحجم)): يختلف محور الشد تبعاً لتقدم رأس الجنين



- في حال وضع المِحجم (الكوب) بشكل غير صحيح أو تم الشد بشكل مفاجئ للغاية، فقد يفصل المِحجم. في حال حدوث ذلك، يتم إعادة تطبيقه (لكن ليس لأكثر من 3 مرات).
- عندما تتمكن اليد من إمساك ذقن الجنين، يتم إيقاف الشفط وإزالة آلة الشفط (الممحجم)، وإكمال الولادة بالطريقة الطبيعية.
- على الرغم من أن بضع الفرج لا يعد إجراءً روتينياً، لكنه قد يكون مفيداً، خاصةً في حال كان العجان مقاومًا للغاية.
- ملاحظة: في حال وجود حذبة مصلية دموية كبيرة بشكل مسبق، قد يكون تطبيق الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)) غير فعال، وقد يكون استخدام الملقط ضرورياً.
- يجب عدم تطبيق الشفط لفترة تتجاوز 20 دقيقة: داعي الاستخدام غير صحيح، وهناك خطورة حدوث نخر فروة رأس الجنين. تستغرق الولادة عادةً أقل من 15 دقيقة.
- يجب عدم القيام بأكثر من 3 محاولات للشد في حال عدم التقدم (يكون حوض الأم لانفوذ (لا يسمح بمرور الجنين)).
- في حال فشل ذلك، يتم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.

2.6.5 الملقط

- يتطلب استخدام الملقط خبرة خاصة ويجب تطبيقه فقط بواسطة قائم بالتوليد تلقى تدريباً على استعماله.
- يمكن استخدام الملقط حتى بدون قيام الأم بالدفع.
- يمكن استخدام الملقط عند عدم إمكانية الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)) كما في المَجيء الذقني الأمامي.

الدواعي

- كما في الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)).
- المَجيء المقعدي المصحوب باحتباس الرأس المتأخر.

الموانع

- الوضع المستعرض أو المَجيء الجبهي.
- عدم تدخل الرأس.
- عدم توسع عنق الرحم الكامل.

7.5 بضع الارتفاق

بضع (شق) جزئي في غضروف الارتفاق العاني للمباعدة بين عظمتي العانة بمقدار حوالي 2 سم، ليوفر حيزاً كافياً لمرور الجنين الحي المحتجز.

يجب القيام بهذا الإجراء بالمشاركة مع بضع الفرج (القسم 8.5) والولادة بالأدوات (القسم 6.5).

1.7.5 الدواعي

قد يكون هذا الإجراء المنفذ للحياة مُفيدًا كملجأ أخير:

- في حالات وجود داعي لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية، لكن لا يمكن إجراؤها:
- تدخل الرأس واحتجازه لمدة تتجاوز ساعة واحدة، وفشل أو احتمالية فشل الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)) بمفرده.
- عدم التناسب الجنيني الأمومي الناجم عن ضيق الحوض بشكل بسيط: بعد فشل محاولة المخاض ونزول مقدار 5/3 (ثلاثة أخماس) الرأس داخل جوف الحوض.
- في حالة عسر ولادة الكتفين عند فشل المناورات الأخرى.
- في حالة احتباس الرأس المتأخر في المجرى المقعدي عند فشل المناورات الأخرى.

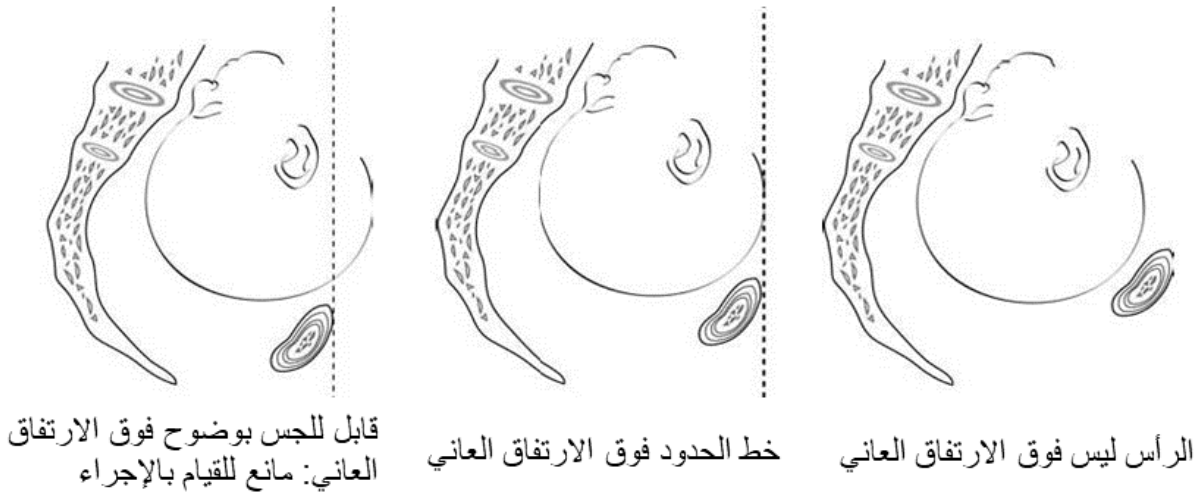
2.7.5 الشروط

- تمزق الأغشية، توسع عنق الرحم الكامل.
- رأس الجنين غير قابل للرجس فوق الارتفاق العاني أو أقل من 2/5 (خُمسيّ) الرأس غير قابل للرجس (الشكل 17.5).

3.7.5 الموانع

- عدم تدخل الرأس.
- المجرى الجبهي.
- الجنين الميت (يتم إجراء تقطيع الجنين (الفصل 9، [القسم 7.9](#))).
- عدم توسع عنق الرحم الكامل.
- عدم التناسب الرأسي الحوضي الشديد، وأكثر من 2/5 (خُمسيّ) الرأس فوق الارتفاق العاني (الشكل 17.5).

الشكل 17.5 - وضعية رأس الجنين



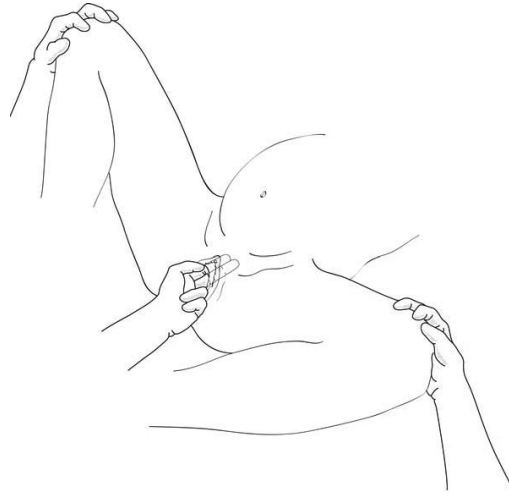
4.7.5 الأدوات

- مبضع (مشرط)، أدوات الخياطة، طقم أدوات الولادة مع وجود مقص بضع الفرج
- أداة الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم))
- قنطار فولي
- غطاء جراحي، رِفادات (كمادات)، وقفازات معقمة
- محلول البوفيدون اليودي 10%
- ليدوكاين 1%

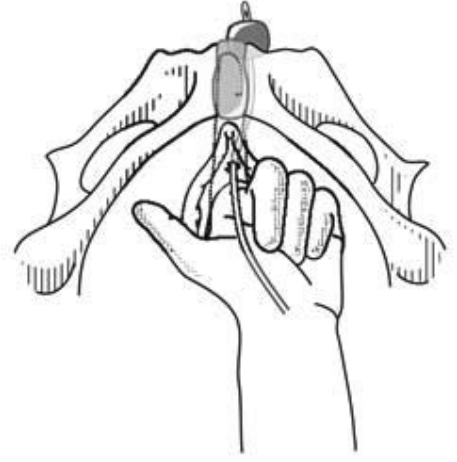
5.7.5 الطريقة

- وضع المريضة في وضعية الانسداد (وضعية بضع المثانة)، يقوم مساعداً بتدعيم ومباعدة الفخذين وإبقاء الزاوية بينهما أقل من 90° (الشكل 5.18).

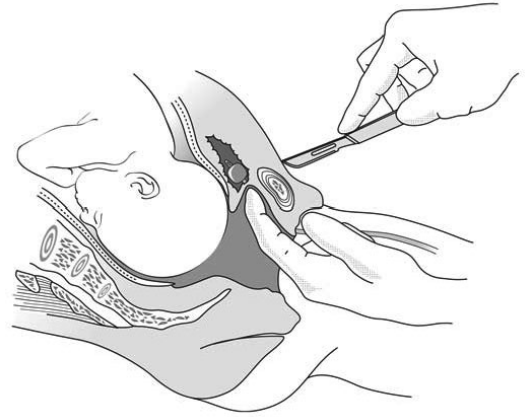
الشكل 5.18 - وضعية الانسداد (وضعية بضع المثانة) المدعمة



- حلق موقع البضع (الشق) الجراحي؛ مسح العانة ومنطقة العجان باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
- وضع غطاء جراحي منوفذ (مثقّب) معقم فوق الارتفاق.
- إدخال قنطار فولي، الذي يسمح بتحديد موقع الإحليل طوال الإجراء.
- التخدير الموضعي: 10 مل ليدوكاين 1% بالترشيح في الجلد والأنسجة تحت الجلد أعلي وأمام وخلف الارتفاق، بامتداد الخط الناصف ولأسفل حتى الغضروف. ويتم الترشيح في منطقة بضع الفرج أيضاً.
- باستخدام إصبعي السبابة والوسطى لليد بداخل المهبل، يتم دفع الإحليل إلى الجانب (الأشكال 5.19 و 5.20). يتم وضع إصبع السبابة في التلم الذي يشكله الغضروف بين عظمتي العانة، بحيث يمكن الشعور بحركات المبضع (المشرط). يجب دفع الإحليل المقتنطر بعيداً عن مسار حركة المبضع.
- الشكل 19.5 - دفع الإحليل بعيداً باستخدام الإصبع**



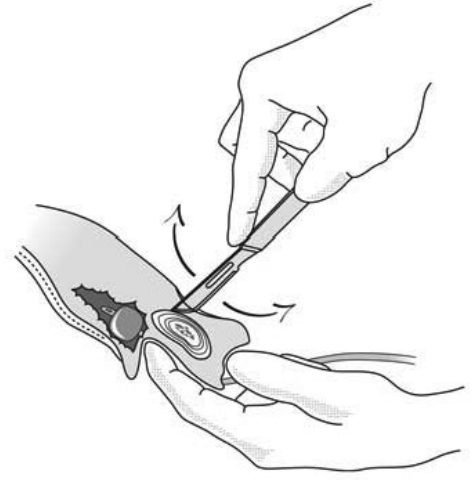
الشكل 20.5 - دفع الرأس والإحليل بعيدًا باستخدام الإصبع



- البضع (الشق) الجراحي:

- تحديد موضع الحافة العلوية للارتفاق العاني.
- إدخال المبضع (المشرط) على بعد 1 سم أسفل هذه النقطة، بشكل عمودي على الجلد، فوق الخط الناصف بالضبط.
- القطع (الشق) لأسفل حتى الوصول للغضروف: يجب الشعور بقوامه المرن؛ في حال الشعور بقوام عظمي، يتم سحب النصل (الشفرة) برفق وإعادة التحقق من الموضع.
- بدايةً تتم إمالة نصل المبضع للأعلى وتحريكه ذهابًا وإيابًا بحركات صغيرة (الشكل 21.5)، بامتداد الخط الناصف دائمًا، وبهذه الطريقة يتم قطع 2/3 (الثُلثين) من الغضروف حتى الحافة العلوية للارتفاق، وتجاوزها بشكل طفيف.
- ثم يتم إدارة نصل المبضع للأسفل، وتكرار مناورات القطع حتى الحافة السفلية. ينتهي الإجراء عندما تتباعد عظمتي العانة. يقوم المساعدان بمواصلة الإمساك بالفخدين والتأكد من عدم تباعدهما بشكل أكبر: يجب ألا يتجاوز توسع ارتفاق العانة مقدار 2-2.5 سم (عرض إصبع الإبهام).

الشكل 21.5 - يتحرك المبضع (المشرط) ذهابًا وإيابًا



- يجب عدم قطع المهبل.
- إجراء بضع الفرج، توليد الطفل باستخدام الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)).
- تكفي غرزة واحدة أو اثنتين لإغلاق الجرح بعد الولادة.

6.7.5 الرعاية بعد الجراحة

- استلقاء الأم على جانبها (تجنب مبادئ الفخذين بشكل قسري (بالقوة)) لمدة 7-10 أيام. يمكن للمريضة التحرك مع المساعدة بدءًا من اليوم الثالث في حال قدرتها على تحمل الشعور بعدم الارتياح. يجب عدم القيام بأعمال شاقة لمدة 3 أشهر.
- إزالة قنطار فولي بعد 3 أيام، باستثناء في حال وجود بيلة دموية أثناء القنطرة أو في حالة الولادة المعرقله (الفصل 7، [القسم 5.2.7](#)).
- العلاج الروتيني للآم كما في الولادة بالجراحة القيصرية (الفصل 6، [القسم 5.4.6](#)).

5.7.7 المضاعفات

- النزف في موضع الجرح: استخدام عصابة ضاغطة.
- العدوى الموضعية: تغيير الضمادات بشكل يومي والعلاج بالمضادات الحيوية (أموكسيسيلين الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم لمدة 5 أيام).
- سلس البول الإجهادي: غير شائع ومؤقت.
- مشاكل في المشية: يمكن تجنبها بالتزام الراحة في الفراش.
- إصابة الإحليل أو المثانة: ترك القنطار في موضعه لمدة 10-14 يوم واستشارة أخصائي.
- التهاب العظم والنقي: نادر بشدة في حال اتباع التقنية المعقمة بشكل صارم.

الهوامش

- (أ) لا يمكن إجراء الولادة بالجراحة القيصرية بسبب عدم ملائمة الظروف لإجراء الجراحة أو استغراق التدخل الجراحي لوقت طويل للغاية أو وجود خطورة مرتفعة لحدوث رضح لدى الأم والجنين أو رفض الأم لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية

8.5 بضع الفرج

بضع (شق) جراحي في العجان.

1.8.5 الدواعي

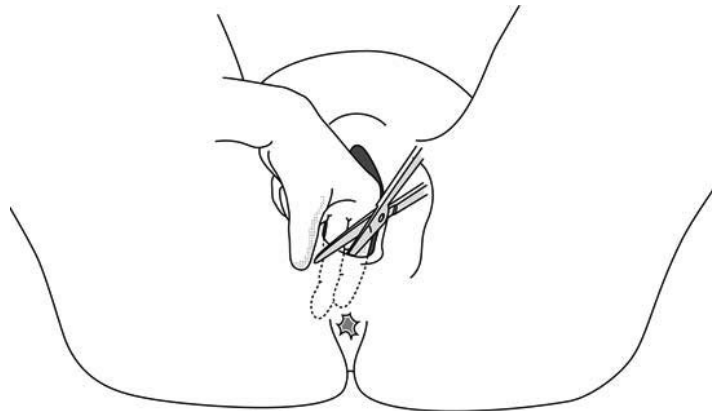
- قد يتسبب بضع الفرج في حدوث عدوى، نزف و/أو ألم مزمن. يجب عدم إجراؤه بشكل روتيني. التمزقات البسيطة من الدرجة الأولى والثانية تلتئم بشكل مماثل أو أفضل من بضع الفرج.
- يجب إجراء بضع الفرج بشكل روتيني في حالة بضع الارتفاق.
- يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراء بضع الفرج في الحالات التالية:
 - الولادة المطوّلة، خاصّةً في حال تباطؤ نبض قلب الجنين، عندما يعوق العجان إكمال الولادة.
 - الولادة بالأدوات (الملقط أو الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)).
 - عسر ولادة الكتفين.
 - توليد الوضعية القذالية الخلفية، المجيء الوجهي، أو المجيء المقعدي.
 - عجان متوذم أو متندب لا يتمدد بشكل ملائم.
 - سوابق تمزقات من الدرجة الثالثة والرابعة.
 - الختان (ختان البظر مع استئصال البظر الجزئي أو الكلي، غالبًا مع إزالة الشفرين الصغيرين). يتسبب الختان في فقد مرونة العجان، مصحوبًا بخطورة حدوث الولادة المطوّلة وتمزقات العجان. قد يكون بضع الفرج ضروريًا، لكن قد لا يمنع بشكل كامل حدوث التمزق.

2.8.5 الأدوات

- أطقم أدوات الولادة تحتوي على مقصين.
- محلول البوفيدون اليودي 10%، رفادات (كمادات) معقمة
- ليدوكاين 1%

3.8.5 الطريقة

- مسح منطقة العجان باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
 - تطبيق التخدير الموضعي بالترشيح باستخدام 10 مل ليدوكاين 1%.
 - إجراء بضع الفرج عندما يكون العجان رقيقًا ومتوسّعًا وتمدّدًا بواسطة الجنين الذي يظهر عند فتحة المهبل: أثناء الدفع، يتم إحداث قطع (شق) مستقيم بمقدار 4 سم باستخدام مقص معقم، مائل لأسفل وللخارج بزاوية مقدارها 45° من الصّوار الفرجي الخلفي. يتم حماية الجنين باستخدام اليد الأخرى (الشكل 22.5).
- الشكل 22.5 - قطع (شق) العجان**



- يمكن إجراء بضع الفرج إلى اليمين أو اليسار، تبعًا لليد المسيطرة للقائم بالتوليد.
- يجب وضع المقص المستخدم لبضع الفرج جانبًا على الفور بسبب تلوثه. يجب عدم استخدامه في أية إجراءات أخرى، مثل قطع الجبل السري (هذا هو السبب وراء ضرورة أن تحتوي كافة أطقم أدوات الولادة على مقصين اثنين).
- لخياطة العجان، انظر [القسم 9.5](#).

9.5 إصلاح (ترميم) العجان

- قد يتمزق العجان أثناء الولادة مما يتسبب في حدوث انهتك فرجي مهلي بدرجات مختلفة: سطحي (تمزق من الدرجة الأولى)، أو أعمق يؤثر على النسيج العضلي (تمزق من الدرجة الثانية، مكافئ لبضع الفرج).
- قد يتضرر نسيجان مجاوران أيضًا:
- عضلة المصرة الشرجية، التي تكون حمراء ولحمية. يمكن التعرف على حدوث تمزق بهذه العضلة من خلال فقدان الشرج لمظهره الشعاعي (تمزق من الدرجة الثالثة). يعد إصلاح (ترميم) العضلة ضروريًا لتجنب سلس البراز.
- مخاطية المستقيم، التي تكون ملساء وبيضاء اللون، وتمتد من فتحة الشرج. يجب خياطة تمزق مخاطية المستقيم (تمزق من الدرجة الرابعة) لتجنب الناسور الشرجي المصحوب بسلس البراز والعدوى.
- ترتبط جميع ممارسات تشويه الأعضاء التناسلية - التي تشمل ختان البظر (تشويه من النوع الأول)، ختان البظر مع إزالة الشفرين الصغيرين (تشويه من النوع الثاني)، والتبتيك (الختان الفرعوني) (تشويه من النوع الثالث، [القسم 10.5](#)) - بخطورة حدوث تمزقات العجان أثناء إخراج (طرد) الجنين.

1.9.5 الأدوات

- طقم خياطة يحتوي على مقص وملقط تشريح (تسليخ) وممسك إبرة معقمين
- محلول البوفيدون اليودي 10%
- ليذوكاين 1%
- 1 أو 2 من الخيوط الممتصة (القابلة للامتصاص) نوع (Dec 3 (0/2))
- خيط ممتص (قابل للامتصاص) سريع لغلق الجلد، أو في حال عدم توفره خيط لايمتص (غير قابل للامتصاص) نوع (Dec 3 (0/2))
- غطاء جراحي وقفازات معقمة
- إضاءة جيدة

2.9.5 الطريقة

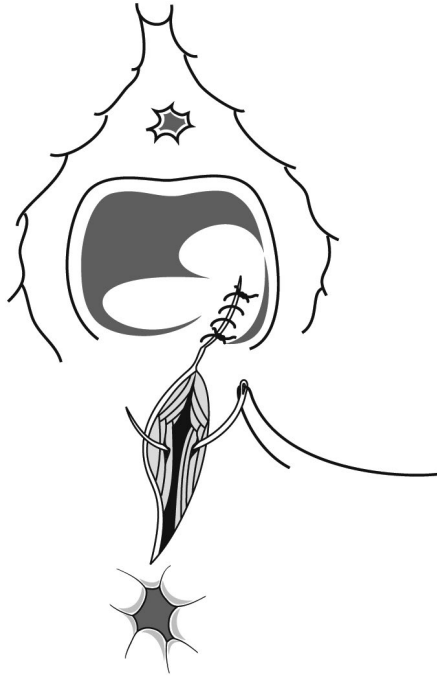
- يجب عدم خياطة العجان إلا بعد إخراج المشيمة.
- مسح منطقة العجان والمهبل باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
- يتم وضع غطاء جراحي مزود بفتحات. عمل دكة (سدادة) من الرقادات (الكمدات) المعقمة، لإدخالها في المهبل لامتصاص النزف داخل الرحم أثناء الخياطة (تحذير: يجب عدم نسيان إزالتها بعد إنهاء الخياطة).
- تقييم حجم وعدد التمزقات. في حال إجراء بضع الفرج، يجب الفحص للتأكد من عدم تمزقه بشكل إضافي، والبحث عن تمزقات أخرى.
- في حال الضرورة، يتم استخدام المبايد المهبلية لكشف جدار المهبل بالكامل.
- التخدير موضعي (ليذوكاين 1%) في جميع الأنسجة المتضررة باستثناء مخاطية المستقيم. في حال التمزقات المركبة و/أو من الدرجة الثالثة أو الرابعة، تتم الخياطة في غرفة العمليات تحت التخدير العام أو النخاعي.

تمزقات الفرج السطحية (الدرجة الأولى)

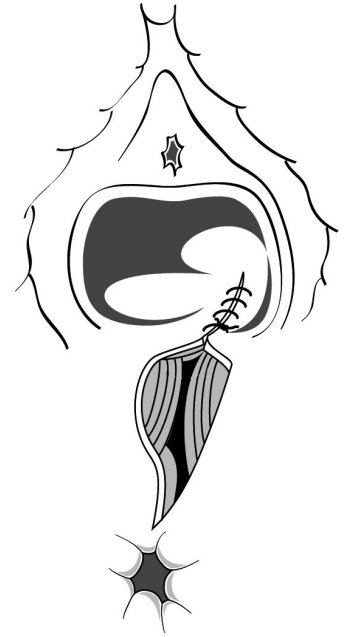
- في حال كانت لا تنزف ومقتصرة على المنطقة بالقرب من فتحة المهبل: الرعاية الأساسية، بدون خياطة.
- في حال كانت تنزف أو عميقة: الخياطة المتواصلة أو المتقطعة البسيطة باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص).

بضع الفرج أو تمزقات العجان البسيطة من الدرجة الثانية (الدرجة الثانية)

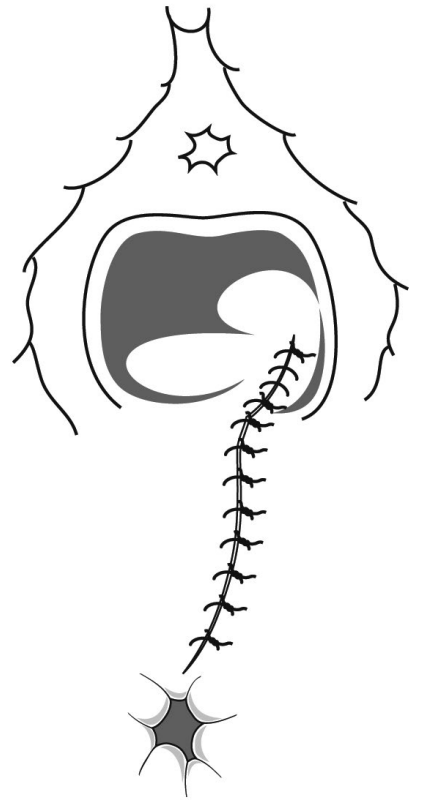
- تحديد موضع قمة القطع/التمزق وخطية الغرزة أولى هناك.
- خياطة مُخاطِية المهبل من الداخل إلى الخارج حتى خلف بقايا غشاء البكارة مباشرة خياطة متواصلة أو متقطعة على شكل 8 (الغرز على شكل X) باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص)، يجب أن تكون الغرز قريبة من بعضها بشكل كاف لمنع احتجاز الهلابة (السائل النفاسي) خلال الأيام اللاحقة، لكن بدون أن تكون عميقة للغاية لتجنب بلوغ المستقيم (الشكل 23.5).
- بعد ذلك، تتم خياطة طبقة العضلات عبر 2-3 غرز على شكل X (الخياطة على شكل 8) باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص) (الشكل 24.5) أو الخياطة المتواصلة.
- غلق الجلد باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص) سريع أو خيط لايمتص (غير قابل للامتصاص)، عبر غرز متقطعة (بسيطة أو تَجِيدِيَّة عمودية)؛ البدء بخياطة الغرزة الأولى، دون ربطها، على الصوار الخلفي (الشكل 25.5). بسبب توذم الأنسجة في الأيام التالية للولادة، يجب تجنب ربط العقد بإحكام شديد. يمكن أيضاً الخياطة المتواصلة تحت البشرة باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص). يجب إجراء فحص المستقيم للتأكد من عدم الشعور بالغررز في المستقيم. إزالة الرفادات (الكمامات) من داخل المهبل.



الشكل 24.5 - خياطة العضلة



الشكل 23.5 - خياطة المخاطية



الشكل 25.5 - خياطة الجلد

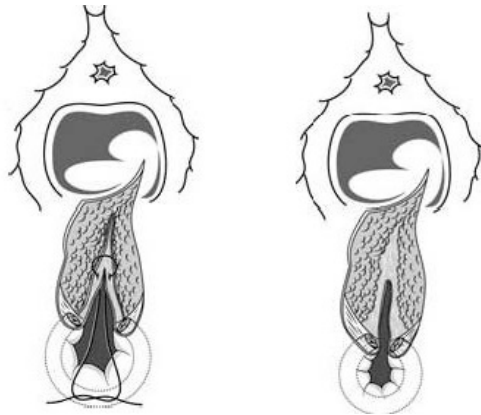
تمزق المصرة الشرجية (الدرجة الثالثة)

- تطبيق العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية (سيفازولين الوريدي 2 غ + ميترونيدازول الوريدي 500 ملغ جرعة واحدة).
 - قد يتسبب تمزق الحلقة العضلية في انكماش طرفي العضلة الممزقين واختبائهما ضمن الأنسجة. يتم إدخال إصبع في المستقيم لتحديد موضع الطرفين.
 - خياطة المَصْرَة عبر 2 او 4 غرز تَجِيدِيَة أفقية باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص) (الشكل 5.26).
 - متابعة الخياطة بنفس التسلسل كما في الحالة السابقة.
- الشكل 26.5 - خياطة المَصْرَة الشرجية**



تمزق مُخاطِيَّة المستقيم (الدرجة الرابعة)

- تطبيق العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية (سيفازولين الوريدي 2 غ + ميترونيدازول الوريدي 500 ملغ جرعة واحدة).
 - حماية الجرح من المواد البرازية عبر وضع رفادة (كمادة) في المستقيم (كما في دِكَّة (سدادة) المهبل، يجب عدم نسيان إزالتها).
 - خياطة مُخاطِيَّة المستقيم، من أعلى لأسفل، عبر غرز متقطعة باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص) (الأشكال 5.27).
 - متابعة الخياطة بنفس التسلسل كما في الحالة السابقة.
- الأشكال 27.5 - خياطة مُخاطِيَّة المستقيم**



3.9.5 الرعاية بعد الجراحة

- في جميع الحالات، يجب تنظيف الفُرج بالماء والصابون وتجفيفه بعد قيام المريضة بالتبول أو التغوط، على الأقل مرتين في اليوم.
- بالنسبة للخیوط لامتص (غير قابلة للامتصاص): تتم إزالة الغرز بين اليوم الخامس واليوم الثامن.
- مسكنات الألم بشكل روتيني: باراسيتامول و/أو إيبوبروفين (خاصةً في حال وجود وذمة عَجائِيَّة). انظر [الملحق 7](#).
- بالنسبة للتمزقات من الدرجة الثالثة والرابعة، يمكن إعطاء مُلَيِّن لمنع مرور البراز الصلب فوق مُخاطِيَّة المستقيم التي تمت خياطتها.

4.9.5 التدير العلاجي للمضاعفات

الورم الدموي

- إزالة الغرز والنزح.
- في حال عدم وجود علامات العدوى وتوقف النزف، يجب إعادة خياطة بضع الفُرج إما بشكل كامل أو جزئي (للسماح بالنزح التلقائي) أو ترك منزح في موضعه.

العدوى

- إزالة الغرز والنزح، وفي حال الضرورة إزالة الأنسجة النخرية
 - في حالات العدوى البسيطة: عدم استخدام مضادات حيوية؛ يعد النزح كافيًا.
 - في حالات العدوى الشديدة: العلاج بالمضادات الحيوية لمدة 5 أيام:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الفموي**
نسبة 1:8:3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/62.5 ملغ 3 مرات في اليوم)
نسبة 1:7:2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/125 ملغ 3 مرات في اليوم)
أو
أموكسيسيلين الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم + **ميترونيدازول الفموي**: 500 ملغ 3 مرات في اليوم

10.5 إزالة التبتيك (الخِتان الفرعوني)

- التبتيك (الخِتان الفرعوني) أو تشويه الأعضاء التناسلية من النوع الثالث يشير إلى خِتان البُظر مع استئصال البُظر الجزئي أو الكلي، غالبًا مع إزالة الشَّفرين الصغيرين، بالإضافة إلى سدِّ الفُرج عبر استئصال الشَّفرين الكبيرين الجزئي أو الكلي، حيث يتم ختم (إغلاق) الحواف معًا. كل ما سبق يترك فتحة متبقية عند قاعدة الفُرج لمرور البول ودم الحيض. قد يتسبب التبتيك في إعاقه مراقبة توسع عنق الرحم وسير الولادة الطبيعية (السوية). وقد يتسبب في احتجاز الجنين لفترة طويلة على العجان، مما يزيد من خطورة حدوث تلف شديد في أنسجة الأم (تمزقات وناسور) وخطورة حدوث ضائقة جنينية ووفاة الجنين. قد تكون إزالة التبتيك، التي يتم إجراؤها أثناء الحمل أو المخاض، ضرورية لولادة الطفل. لا يعد بضع الفُرج المزدوج بديلًا مقبولًا لإزالة التبتيك.

1.10.5 الأدوات

- طقم خياطة يحتوي على مقص وملقط تشريح (تسليخ) وممسك إبرة معقمين
- محلول البوفيدون اليودي 10%
- ليدوكاين 1%
- 1 أو 2 من الخيوط الممتصة (القابلة للامتصاص) نوع Dec 3 (2/0)
- غطاء جراحي، رفادات (كمادات) ورفادات معقمة

2.10.5 الطريقة

- الطلب من المرأة أن تقوم بالتبول.
- تطبيق التخدير الموضعي باستخدام ليدوكاين 1%.
- مسح منطقة العجان والمهبل باستخدام محلول البوفيدون اليودي 10%.
- إدخال إصبع واحد من إحدى اليدين في فتحة الفرج لحماية الإحليل.
- باليد الأخرى، يتم استخدام المقص لقطع الشريط الأمامي للنسيج التديني على الخط الناصف؛ مما يسمح بالوصول إلى المهبل والإحليل.
- إزقاء النزف عبر الخياطة المتواصلة على امتداد كل حافة.
- بعد الولادة، تسمح فتحة الفرج بمرور البول والهلاية (السائل النفاسي) دون عائق.
- لا يجوز مطلقاً إعادة تتيك المرأة مرة أخرى.
- تكون الرعاية بعد الجراحة كما في تمزق العجان أو بضع الفرج.

الفصل السادس: الولادات الخاصة

[1.6 المجيء المقعدي](#)

[2.6 الحمل التوأمي](#)

[3.6 الاستخراج المقعدي التام](#)

[4.6 الولادة بالجراحة القيصرية](#)

1.6 المجيء المقعدي

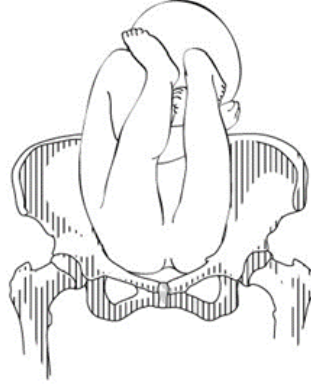
مجيء الجنين بالقدمين أو الإليتين.

1.1.6 الأنماط المختلفة للمجيء المقعدي

- *المجيء المقعدي الكامل*: تكون الساقان مثنيتين، ويكون الجنين في وضعية الجلوس متصلب الساقين (الشكل 1.6 أ).
 - *المجيء المقعدي الصريح*: تكون الساقان منبسطين ومرفوعتين أمام الجذع، وتكون القدمان قريبتين من الرأس (الشكل 1.6 ب).
 - *المجيء المقعدي القديمي* (نادر): تتقدم إحدى القدمين أو كلاهما أولاً، وتكون الإليتان مرتفعتين، ويكون الطرفان السفليان منبسطين أو نصف مثنيين (الشكل 1.6 ج).
- الأشكال 1.6 - أنماط المجيء المقعدي**



1.6 ج
المجيء المقعدي القديمي



1.6 ب
المجيء المقعدي الصريح



1.6 أ
المجيء المقعدي التام

2.1.6 التشخيص

- يكون القطب الرأسي قابلاً للجس في قاع الرحم، ويكون مستديراً، وصلباً ومتحركاً؛ ويمكن الإحساس بتفرض الرقبة.
- يكون القطب السفلي ضخماً وغير منتظم، وأقل صلابة وأقل حركة من الرأس.
- أثناء المخاض، يكشف الفحص المهبل عن وجود "كتلة لينة" منقسمة بواسطة فلع (شق) بين الإليتين مع وجود بروز صلب في نهاية هذا الفلع (العصص والعجز).
- بعد تمزق الأغشية: يمكن الإحساس بفتحة الشرج في وسط الفلع (الشق)؛ وقد يمكن أيضاً الإحساس بإحدى القدمين.
- قد يكون التشخيص السريري صعباً: تشخيص اليد كقدم أو الوجه كمقعدة بشكل خاطئ.

3.1.6 التدبير العلاجي

طريقة الولادة

قبل المخاض، يمكن محاولة إجراء تحويل خارجي (الفصل 7، [القسم 7.7](#)) لتجنب الولادة المقعدية. في حال وجود مانع لإجراء التحويل الخارجي أو عدم نجاحه، لا يعد المجيء المقعدي بمفرده - في غياب أية حالات غير طبيعية (شدوذات) أخرى - مجيئاً متعسراً بمعنى الكلمة، ولا يتطلب بشكل تلقائي إجراء الولادة بالجراحة القيصرية. يتم إجراء الولادة المهبلية إن أمكن، حتى في حال كانت المرأة بكريّة (البكرّوية).

يجب إجراء الولادات المقعدية في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)، خاصةً لدى المرأة البكرية (البكرّوية).

العوامل المرجحة للولادة المهبلية:

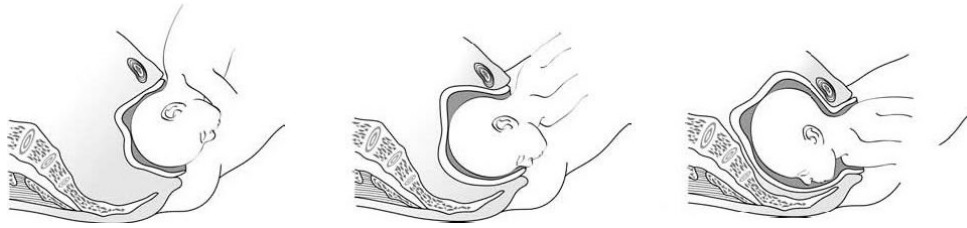
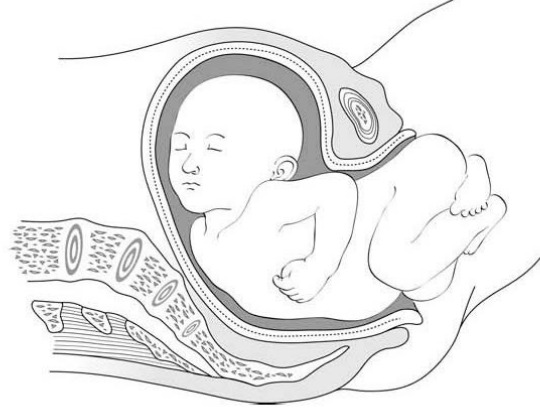
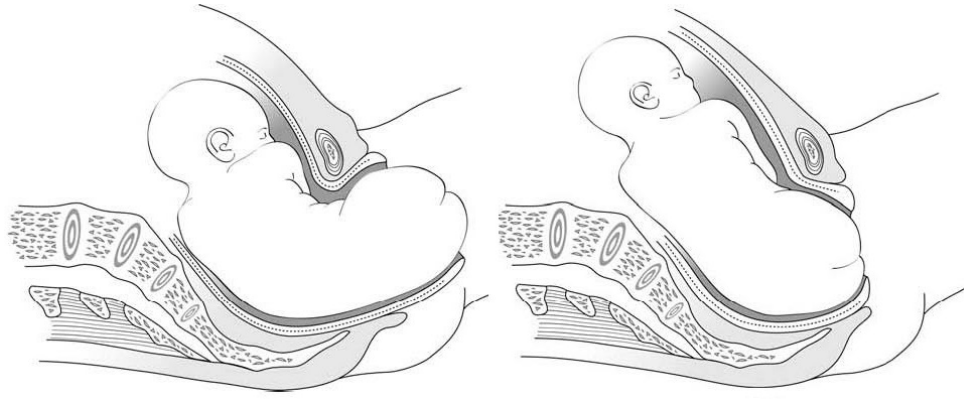
- المجيء المقعدي الصريح؛
 - سوابق الولادة المهبلية (مهما كان نوع المجيء).
 - تقدم التوسع بشكل طبيعي أثناء المخاض.
- يعد المجيء المقعدي القديمي وضعية غير محبذة للولادة المهبلية (خطورة حدوث تَدَلِّي القدم أو الحبل السري). في هذه الحالة تعتمد طريقة الولادة على عدد الولادات السابقة، وحالة الأغشية ومدى تقدم المخاض.

أثناء المخاض

- مراقبة التوسع كل 2-4 ساعات.
- في حال كانت انقباضات الرحم جيدة، والتوسع يتقدم، ونبض قلب الجنين منتظمًا، يعد النهج التوقعي هو الأفضل. يجب عدم تمزيق الأغشية ما لم يتوقف التوسع.
- في حال كانت انقباضات الرحم غير كافية، يمكن تدبير المخاض بشكل فعال باستخدام أوكسيتوسين.
- ملاحظة: في حال توقف التوسع، يجب نقل الأم إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) ما لم يكن تم نقلها بالفعل، للتأكد من إمكانية الوصول إلى مرفق الجراحة لاحتمالية إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.

عند الولادة

- تركيب خط وريدي قبل بدء الطرد (إخراج الجنين).
 - الأخذ بعين الاعتبار بضع الفرج أثناء الطرد. يتم إجراء بضع الفرج عندما يكون العجان متمدّدًا بشكل كافي بواسطة إيتي الجنين.
 - يعد وجود العقي (براز الجنين) أو اصطباغ السائل السلوي (السلي) (السائل الأمنيوسي) بالعقي شائعًا أثناء الولادة المقعدية، ولا يكون بالضرورة علامة على الضائقة الجنينية.
 - تتم ولادة الطفل بدون مساعدة، نتيجة لدفع الأم، بدعم بسيط من القائم بالتوليد الذي يمسك بالجنين برفق من الأجزاء العظمية (الوركين والعجز) بدون سحب. يجب عدم شد الساقين.
 - بمجرد خروج الحبل السري، يجب إتمام بقية الولادة خلال 3 دقائق، وإلا سيؤدي انضغاط الحبل السري إلى حرمان الطفل من الأكسجين.
 - يجب عدم لمس الطفل حتى ظهور لوجي الكتف لتجنب تحفيز المنعكس التنفسي قبل توليد الرأس.
 - مراقبة وضعية ظهر الطفل، ومنع دورانه للوضعية الخلفية.
- الأشكال 2.6 - الولادة المقعدية**



4.1.6 مشاكل الولادة المقعدية

التوجه الخلفي

في جال كان ظهر الطفل في وضعية خلفية أثناء الطرد، يتم الإمساك بالوركين والتدوير إلى الوضعية الأمامية (نادر الحدوث).

احتباس الكتفين

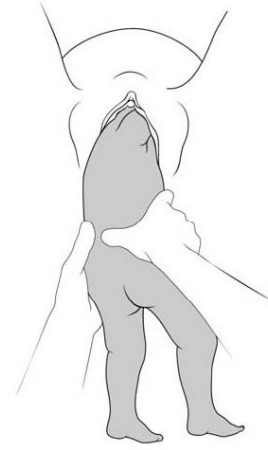
قد تعلق الكتفان وتحتجزا صدر الجنين العلوي ورأسه. قد يحدث ذلك عند ارتفاع الذراعين لأعلى أثناء مرور الكتفين عبر حوض الأم. توجد طريقتان لخفض الذراعين للسماح للكتفين بالنزول:

1- مناورة لوفسيت

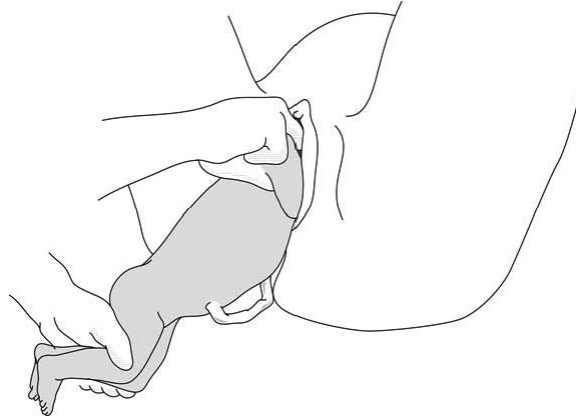
- وضع إصبعي الإبهام على عجز الجنين، وإمساك الوركين والحوض ببقية الأصابع.
 - تدوير الجنين بمقدار 90° (الظهر إلى اليسار أو إلى اليمين)، لإحضار الكتف الأمامية أسفل الارتفاق العاني والسماح بتدخل الذراع. توليد الذراع الأمامية.
 - ثم التدوير في الاتجاه المعاكس بمقدار 180° (الظهر إلى اليمين أو إلى اليسار)؛ للسماح بتدخل الذراع الخلفية، ثم توليدها.
- الأشكال 3.6 - مناورة لوفسيت**
3.6 أ - تدوير الجنين لإنزال الكتف الأمامية



3.6 ب - السحب لأسفل ونزول الكتفين على امتداد محور الخط الناصف (العَجْزِي-العاني)



3.6 ج - توليد الكتف والذراع الأمامية



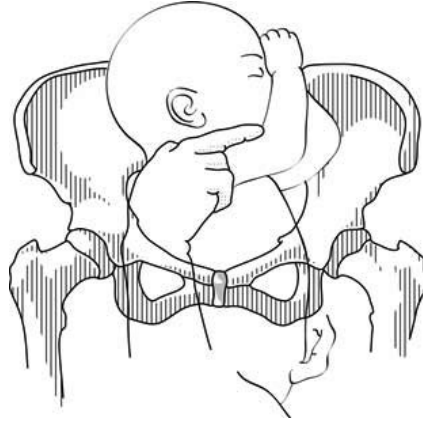
2- مناورة سوزور

في حالة فشل الطريقة السابقة:

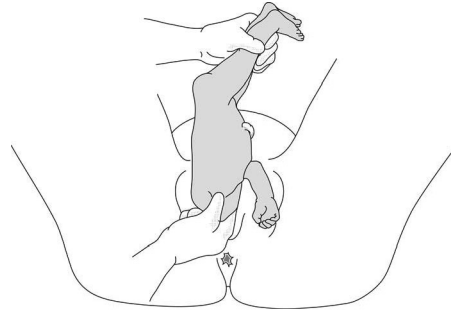
- تدوير الجنين بمقدار 90° (الظهر إلى اليسار أو إلى اليمين).
- شد الجنين للأسفل: إدخال يد واحدة بطول الظهر للبحث عن الذراع الأمامية. عبر وضع إصبع الإبهام للقائم بالتوليد في إبط الجنين وإصبع الوسطى على طول الذراع، يتم إنزال الذراع (الشكل 4.6أ).
- رفع الجنين لأعلى من قدميه لتوليد الكتف الخلفية (الشكل 4.6ب).

الأشكال 4.6 - مناورة سوزور

4.6أ - إنزال الذراع الأمامية



4.6ب - توليد الكتف الخلفية



احتباس الرأس

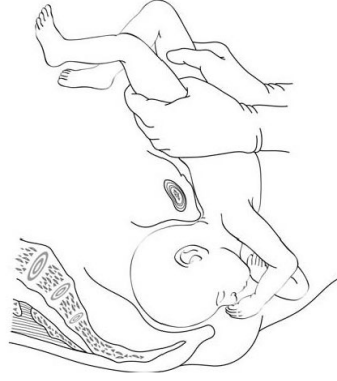
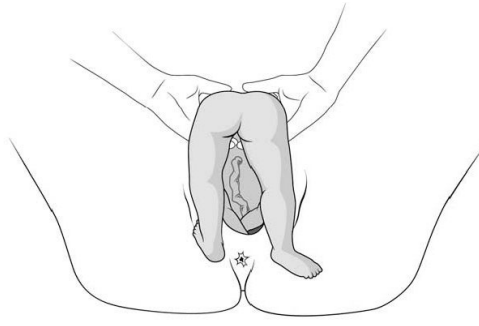
يكون رأس الجنين أكبر حجمًا من جسمه، وقد يحتجز في حوض الأم أو في الأنسجة الرخوة. يوجد العديد من المناورات لتوليد الرأس عبر ثنيّه، بحيث ينزل بشكل صحيح، ثم يتمحور لأعلى وحول الارتفاق العاني للأم. يجب إجراء هذه المناورات دون تأخير، حيث يجب السماح للطفل بالتنفس في أسرع وقت ممكن. يجب إجراء جميع هذه المناورات بشكل سلس، بدون شد الجنين.

1- مناورة براخت

• بعد توليد الذراعين، يتم إمساك الجنين من الوركين ورفع كتف اليدين باتجاه بطن الأم بدون أي شد، لتتمحور الرقبة حول الارتفاق العاني.

• قيام المساعد بتطبيق ضغط فوق العانة يسهل من توليد الرأس المتأخر.

الأشكال 5.6 - مناورة براخت



2- مناورة موريسيو المعدلة

في حالة فشل الطريقة السابقة:

- رأس الجنين في وضعية قذالية أمامية.
- الجلوس على الركبة للحصول على زاوية شد جيدة: 45° للأسفل.
- سند الجنين بواسطة اليد والساعد، ثم إدخال إصبعي السبابة والوسطى ووضعهما على الفك العلوي للجنين. لا يوصى بوضع إصبعي السبابة والوسطى في فم الجنين لأن ذلك قد يتسبب في كسر الفك السفلي.
- وضع إصبعي السبابة والوسطى لليد الأخرى على كلا جانبي رقبة الجنين، وخفض الرأس للأسفل لإحضار تحت القذال لأسفل الارتفاق العاني (الشكل 6.6أ).
- قلب رأس الجنين بحركة واسعة لإحضار ظهر الجنين نحو بطن الأم، ليتمحور القذال حول ارتفاق عانة الأم (الشكل 6.6ب).
- يساعد تطبيق الضغط فوق العانة على رأس الجنين بامتداد محور الحوض في توليد الرأس.
- كملجاً أخيراً، يمكن إجراء بضع الارتفاق (الفصل 5، [القسم 7.5](#)) بالمشاركة مع هذه المناورة.

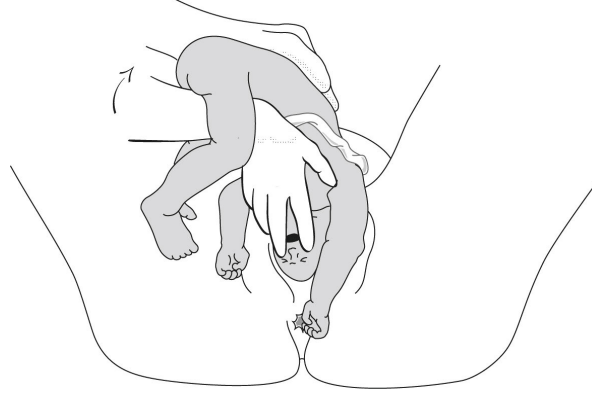
الأشكال 6.6 - مناورة موريسيو المعدلة

16.6 أ - الخطوة 1

يمتطي الجنين ساعد القائم بالتوليد؛ يتم خفض الرأس، في الوضعية القذالية الأمامية، لإحضار القذال على تماس مع الارتفاق العاني.



6.6 ب - الخطوة 2
قلب ظهر الجنين لأعلى نحو بطن الأم.



3 - استخدام الملقط على الرأس المتأخر

يجب تطبيق هذا الإجراء فقط بواسطة قائم بالتوليد ذي خبرة في استخدام الملقط.

2.6 الحمل التوأمي

تطور جنينين بنفس الوقت في جوف الرحم.
قد يتطور أكثر من جنينين بشكل استثنائي في جوف الرحم.

1.2.6 التشخيص

- يتم الاشتباه بالتشخيص في النصف الثاني من الحمل عندما يصبح حجم الرحم كبيراً بشكل غير طبيعي.
- الإحساس بقطبين من نفس النوع (مثل رأسين)، أو الإحساس بثلاثة أقطاب.
- سماع صوتين مختلفين (متمايزين) من أصوات قلب الجنين.
- يتم تأكيد التشخيص بالأمواج فوق الصوتية.

2.2.6 التدبير العلاجي أثناء الحمل

المتابعة عن قرب، وزيادة وتيرة استشارات ما قبل الولادة (على فترات أكثر تقارباً)، والفحوص والتدبير العلاجي للمضاعفات مثل فقر الدم، المشيمة المُزاحة، الخداج (الابتسار)، وما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج).

3.2.6 التدبير العلاجي أثناء الولادة

يجب إجراء الولادات التوأمية (وجميع الولادات المتعددة) في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)، إن أمكن.

توليد التوأم الأول

- إدخال خط وريدي قبل بدء الطرد (إخراج الجنين).
- توليد التوأم الأول بنفس الطريقة كما في توليد جنين واحد.
- بعد قطع الحبل السري، يتم ترك ملقاط على جانب المشيمة، فقد تكون هناك مُفاغرة مع دوران التوأم الثاني.
- يجب عدم تطبيق أوكسيتوسين أبدًا للتدبير العلاجي الفعال للمرحلة الثالثة من المخاض قبل توليد التوأم الثاني.
- يمكن إجراء الولادة المهبلية عندما يكون مجيء التوأم الأول مقعدي. تعد التوائم المتشابكة عند الذقن إحدى المضاعفات النادرة، التي تحدث عندما يكون مجيء التوأم الأول مقعدي ومجيء التوأم الثاني قمي. في حال حدوث ذلك، يجب محاولة إكمال الولادة المهبلية. يعد معدل الوفيات والمراضة بين هذه التوائم مرتفعًا.
- يوجد مانع لإجراء التحويل الخارجي
- في حال كان مجيء التوأم الأول مستعرض (غير معتاد): يتم ترتيب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.

فترة الراحة

- 15 دقيقة عادةً؛ ويجب ألا تتجاوز 30 دقيقة. يجب الاستفادة من توقف الانقباضات لدراسة مجيء التوأم الثاني.
- بعد ولادة التوأم الأول مباشرةً، يجب على أحد المساعدين الإمساك بالتوأم الثاني في وضعية عمودية عبر وضع يديه بشكل جانبي على كلا جانبي الرحم. يتم القيام بهذا الأمر لمنع الجنين من اتخاذ وضع المجيء المستعرض ضمن الرحم الذي أصبح واسعًا للغاية.
- استمرار مراقبة نبض قلب التوأم الثاني. في حال وجود نبض قلب غير طبيعي، يتم الإسراع بتوليد التوأم الثاني.
- في حال كان المجيء طبيعيًا وكذلك نبض قلب الجنين، يتم انتظار الولادة التلقائية.
- في حال عدم استئناس انقباضات الرحم بعد 15-30 دقيقة، يتم تطبيق جرعة متزايدة بشكل تدريجي من أوكسيتوسين بالتسريب (الفصل 7، [القسم 4.7](#)) لتسريع ولادة التوأم الثاني.

توليد التوأم الثاني

- في حال كان مجيء التوأم الثاني طويلًا (قمي أو مقعدي): تتم المتابعة بنفس الطريقة كما في الولادة الطبيعية (السوية) القمية أو المقعدية. عادةً ما تكون ولادة التوأم الثاني أسرع.
- في حالة المجيء المستعرض، يتم محاولة إجراء التحويل الخارجي (الفصل 7، [القسم 7.7](#)) أو إجراء التحويل الداخلي (الفصل 7، [القسم 8.7](#)) في حال كانت الظروف مواتية (توسع عنق الرحم الكامل، الرحم لين) لتحويل الجنين إلى وضعية المجيء المقعدي، ثم يتم إجراء الاستخراج المقعدي التام ([القسم 6.3](#)).
- ملاحظة: في حالة الحمل المتعدد أكثر من جنينين، تتم متابعة الولادة بنفس الطريقة كما في التوأم الثاني.

توليد المشيمة

- بعد ولادة التوأم الثاني، يتم تطبيق:
 - أوكسيتوسين بشكل روتيني: 5-10 وحدات دولية بالحقن العضلي أو بالحقن الوريدي البطيء.
 - سيفازولين أو أمبيسيلين بالحقن الوريدي البطيء أ: 2 غ جرعة واحدة في حال تم إجراء مناورات داخلية.
- توجد خطورة كبيرة لحدوث نزف ناجم عن الوني الرحمي. في حال الشك، تتم إزالة المشيمة يدويًا و/أو استكشاف جوف الرحم.

الهوامش

- (أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): **كليندامايسين** الوريدي 900 ملغ جرعة واحدة + **جنتامايسين** الوريدي 5 ملغ/كغ جرعة واحدة.

3.6 الاستخراج المقعدي التام

الاستخراج المقعدي للتوأم الثاني، خاصةً عندما تتطلب حالة الجنين الاستخراج بشكل سريع (الضائقة الجنينية)، قد يسبقه إجراء تحويل داخلي لوضع المجيء المستعرض للجنين.

يتطلب هذا الإجراء خبرة بالمناورات التوليدية. إن أمكن، يجب إجراؤه في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC). يتم التحضير لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية في حال فشل الاستخراج المقعدي التام.

1.3.6 الموانع النسبية

- ندب في الرحم (خطورة حدوث تمزق الرحم)

2.3.6 الطريقة

- إدخال خط وريدي بشكل روتيني.

- إفراغ المثانة.

- متابعة الإجراء ببطء؛ قد يكون من الضروري التوقف بشكل دوري للسماح للرحم باستعادة مرونته.

- إدخال إحدى اليدين في الرحم وسحب إحدى قدمي الجنين.

- عدم القيام بتمزيق الأغشية مباشرةً (ستتمزق تلقائيًا عند سحب القدم للأسفل، أو سيتم تمزقها اصطناعيًا بعد نزول القدم).

- توليد القدم:

المجيء المقعدي الكامل (الأشكال 7.6 أ و 7.6 ج)

• الإمساك بأحد الكاحلين أو كليهما بيد واحدة، بحيث يمتطي إصبعي السبابة والوسطى على ظهر القدم.

• الشد برفق لإحضار الساق إلى الفرج.

المجيء المقعدي الصريح (الأشكال 7.6 ب و 7.6 ج)

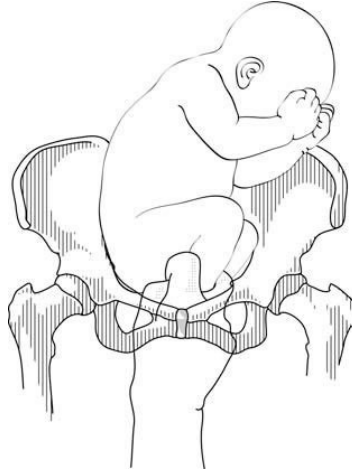
• الإمساك بإحدى القدمين وسحبها للأسفل عبر ثني الركبة حتى يصبح أسفل الساق مواجهًا للفتحة، ثم مواصلة سحبها للأسفل حتى تنبسط

الساق بشكل كامل.

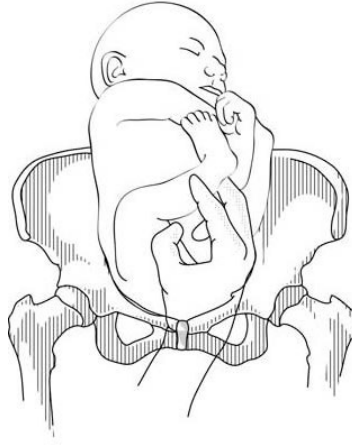
• في حالة الإمساك بيد بدلاً من القدم، يتم دفعها مرة أخرى لأعلى والبدء من جديد (يجب الشعور بحنية الكاحل).

الأشكال 7.6 - الاستخراج المقعدي التام

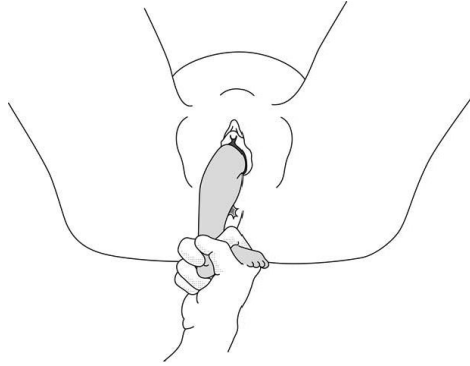
7.6 أ - الإمساك بإحدى القدمين أو كليهما في المجيء المقعدي الكامل



7.6 ب - الإمساك بالقدم الأمامية في المجيء المقعدي الصريح



7.6 ج - سحب إحدى القدمين للأسفل

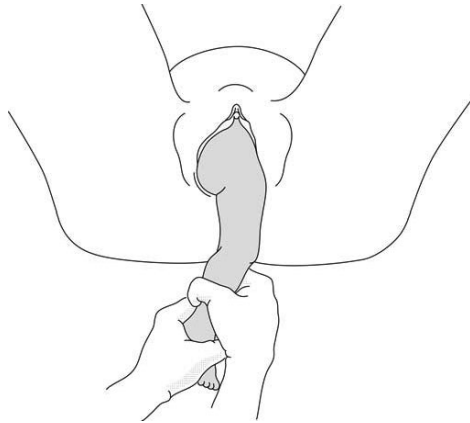


- توليد المقعدة (الأشكال 8.6)

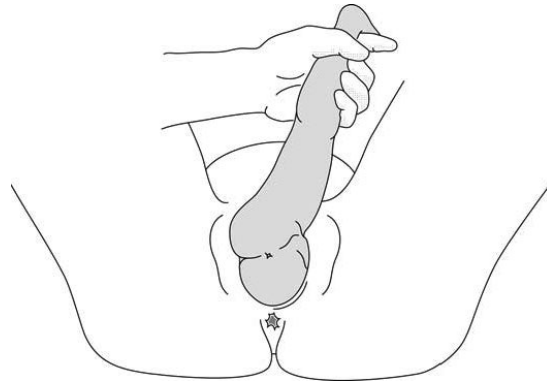
- شد الساق للأسفل برفق وبشكل مستمر لتوليد الورك الأمامية، يكون ظهر الجنين بشكل أمامي.
- بمجرد توليد الورك الأمامية، يتم الشد للأعلى بشكل تدريجي لتوليد الورك الخلفية.
- بمجرد خروج الحوض، يتم وضع إصبعي الإبهام على الحقيوين وإمساك الوركين والحوض ببقية الأصابع. يتم شد الحوض للأسفل مع الحفاظ على الظهر بشكل أمامي حتى ظهور طرفي لوجي الكتف.

الأشكال 8.6 - توليد المقعدة في الاستخراج المقعدي التام

8.6 أ - الشد للأسفل لتوليد الورك الأمامية



8.6 ب - الشد للأعلى لتوليد الورك الخلفية



- توليد الكتفين والرأس: مناورات لوفسيت وبراخت (القسم 4.1.6).
- استكشاف الرحم لاستبعاد تمزق الرحم.
- العلاج الوقائي الروتيني بالمضادات الحيوية بعد ربط (لقط) الحبل السري: سيفازولين أو أمبيسلين بالحقن الوريدي البطيء¹، 2 غ جرة واحدة.

الهوامش

(أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): كليندامايسين الوريدي 900 ملغ جرة واحدة + جنتاماميسين الوريدي 5 ملغ/كغ جرة واحدة

4.6 الولادة بالجراحة القيصرية

يتطلب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية خبرة ومعرفة توليدية جيدة لتحديد الدواعي المناسبة. قد تكون هناك صعوبات (النزف، صعوبة استخراج الجنين، إلخ.)، ومضاعفات (إصابة المثانة، تمزق الرحم، رضح الجنين، إلخ.). مقارنةً بالولادة المهبلية، ترتبط الولادة بالجراحة القيصرية بمعدل أعلى لوفيات الأمهات وخطورة متزايدة لحدوث مضاعفات بأي حمل مستقبلي، وذلك بغض النظر عن الظروف التي يتم إجراؤها فيها.

1.4.6 الدواعي

المُطلقة

- تهدد هذه المواقف حياة الأم بشكل مباشر (1-2% من جميع الولادات)^[1] :
- نزف سابق للولادة شديد لا يمكن السيطرة عليه (تسرع القلب ونقص ضغط الدم).
- سوء المجيء الذي لا يمكن تدويره (الكتفي، الجبهي أو الوجهي بالوضعية الذقنية الخلفية).
- عدم التناسب المطلق بين حجم الجنين وحوض الأم (يظهر مخطط المخاض (بارتوغراف) فشل التقدم في الطور النشط للمخاض على الرغم من ديناميكا الرحم الجيدة) وعدم إمكانية إجراء الاستخراج بالأدوات.
- تمزق الرحم.
- سابقة إجراء ثلاث ولادات بالجراحة القيصرية أو أكثر.

النسبية

عند اتخاذ قرار إجراء الولادة بالجراحة القيصرية يجب الأخذ بعين الاعتبار المخاطر/المنافع بالنسبة للأم والجنين في سياق معين: إمكانية الوصول للخدمات وتوافر ومستوى رعاية حديثي الولادة.

يجب تقييم المخاطر بالنسبة للأم على المدى القصير (الوفاة، العدوى، الانصمام الخثاري، إلخ.)، وعلى المدى المتوسط/الطويل (تمزق الرحم المستقبلي، المشيمة المُزاحة أو الملتصقة خلال حمل آخر، إلخ.). في سياقات صعوبة الوصول للخدمات وارتفاع معدل الخصوبة، غالبًا ما تفوق المخاطر بالنسبة للأم المنافع المحتملة بالنسبة للجنين. في كافة الأحوال، يجب مشاركة المعلومات حول بدائل الولادة بالجراحة القيصرية ومخاطرها ومنافعها مع المرأة مما يمكنها من الاختيار.

ملاحظة: عند التخطيط للولادة بالجراحة القيصرية، يجب أن تتم عند 39 أسبوع منذ آخر دورة شهرية أو بعد ذلك. قبل 39 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، ترتبط الولادة بالجراحة القيصرية بدون مخاض -حتى عندما لا يكون باكراً (مبتسراً) (37-38 أسبوع منذ آخر دورة شهرية)- بخطورة مرتفعة لحدوث ضائقة تنفسية وليدية. يكون هذا الخطر موجوداً بغض النظر عن وزن الجنين المقدر. في حال كان تاريخ (موعد) الولادة غير مؤكد وهناك خطورة مرتفعة للغاية لحدوث تمزق الرحم (مثل، سوابق تمزق الرحم الشديد أو إجراء أكثر من ثلاث ولادات بالجراحة القيصرية)، يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراء الولادة بالجراحة القيصرية قبل بدء المخاض، خلال الشهر التاسع من الحمل، مع الاستعداد لتدبير الضائقة التنفسية الوليدية. في دواعٍ أخرى، يفضل الانتظار حتى تبدأ المرأة المخاض لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية. في هذه الظروف، في حال كانت المريضة تقيم بعيداً، يجب التوصية بانتقالها إلى مكان قريب من المرفق الذي ستم فيه الولادة خلال الشهر التاسع من الحمل، سواءً مع العائلة أو في مرفق سكاني (دار استقبال الحوامل قبيل الولادة).

2.4.6 المتطلبات الأساسية لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية

- موارد بشرية ماهرة لتحديد وجود داع لإجراء الجراحة وتطبيق التخدير وإجراء الجراحة.
- المرافق الملائمة (غرفة العمليات، التعقيم، غرفة الإفاقة التالية للجراحة، نقل الدم).
- المعدات الملائمة.
- الرعاية والمراقبة الملائمة.

3.4.6 الرعاية قبل الجراحة

- موافقة المريضة.
- تقييم التخدير.
- العلاج الوقائي الروتيني من استنشاق الحمض المعدني:
- سيميتيدين الفموي (أقراص فوارة): 200 ملغ في 30 مل من الماء قبل 20 دقيقة من الجراحة

4.4.6 الرعاية المحيطة بالجراحة

- تحضير الجلد للجراحة بالتدابير القياسية.
- إدخال قنطار فولي.
- العلاج الوقائي الروتيني بالمضادات الحيوية: (سيفازولين بالحقن الوريدي البطني^أ: 2 غ جرعة واحدة (يفضل تطبيقها خلال 60 دقيقة قبل البضع (الشق) الجراحي) ^[2] .
- تطبيق العلاج بالمضادات الحيوية الملائمة في حالة ^ب :
- تمزق الأغشية المَطوّل أو العدوى داخل الرحم (الفصل 4، [القسم 9.4](#)).
- التهاب البيريتوان (الصفاق)، تمزق الرحم المصاب بعدوى أو المَطوّل، الصدمة الإثنائية.
- تطبيق **أكسيتوسين**:
- 10 وحدات دولية بالحقن الوريدي البطني بشكل روتيني بعد ربط (لقط) الحبل السري، ثم
- 20 وحدة دولية ضمن 1 لتر من محلول رينغر لكتات تطبق خلال ساعتين بمعدل 160 قطرة في الدقيقة (في حالة النزف المستمر، حتى 60 وحدة دولية بحد أقصى).

5.4.6 الرعاية بعد الجراحة

- المراقبة الأولية عن قرب:
- العلامات الحيوية، النزف، تسكين الألم، إلخ. في غرفة الإفاقة.
- النقل إلى وحدة المرضى الداخليين بعد استشارة طبيب التخدير.
- مسكنات الألم (الفموية متى أمكن):
- مسكنات الألم بشكل روتيني وفق جدول ثابت:
- من اليوم 0 إلى اليوم 1، **ترامادول**: 50 ملغ كل 8 ساعات.
- من اليوم 0 إلى اليوم 3، **إيبوبروفين**: 400 ملغ كل 8 ساعات.
- من اليوم 0 إلى اليوم 5، **باراسيتامول**: 1 غ كل 6 ساعات.
- يجب تعديل الجرعة وفقاً للتقييم الذاتي لشدة الألم. في حال الضرورة، يمكن إضافة **مورفين**: 10 ملغ كل 4 ساعات.
- التقييم الذاتي لشدة الألم بانتظام وبشكل روتيني (مقياس التقييم الذاتي): انظر دليل **الإرشادات السريرية**، منظمة أطباء بلا حدود.
- يجب الالتزام بموانع الاستعمال؛ يتم تجنب مضادات الالتهاب اللاستيرويدية في الحالات التي قد تتأثر فيها الوظيفة الكلوية والتخثر (الإلتان، ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج)).
- قد يقوم الجراح في نهاية الإجراء بترشيح الجرح باستخدام **ليفوبوبيفاكاين 0.5%** (150 ملغ أو 2 ملغ/كغ، الجرعة القصوى 30 مل)؛ يساعد ذلك في زيادة تسكين الألم خلال 4-8 ساعات الأولى بعد الجراحة.
- الوقاية من التخثر (الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي):
- لا يتم القيام بها بشكل روتيني في الولادة بالجراحة القيصرية غير المصحوبة بمضاعفات. لكنها محبذة في الحالات التالية:
- الولادة بالجراحة القيصرية المصحوبة باستئصال الرحم.
- سابقة الخثار الوريدي العميق.
- وجود اثنين من عوامل الخطورة لحدوث الانصمام الخثاري (العدوى، المخاض المطوّل، ما قبل التسمم الحلمي (مقدمات الارتعاج)، النزف الشديد، أو داء الكريات المنجلية).
- التسريب والقثطار الوريدي:
- في حال الولادة بالجراحة القيصرية غير المصحوبة بمضاعفات:
- اليوم 0: 1 لتر من محلول غلوكوز 5% و 1 لتر من محلول رينغر لكتات خلال 24 ساعة.
- اليوم 1: إزالة القثطار الوريدي.
- التغذية:
- في حالة التخدير النخاعي: يمكن استئناف شرب السوائل بعد ساعتين من الجراحة.
- في حالة التخدير الكلي: يمكن استئناف شرب السوائل بعد 4 ساعات من الجراحة.
- في حالة الولادة بالجراحة القيصرية غير المصحوبة بمضاعفات (بدون استئصال الرحم أو التهاب البيريتوان (الصفاق) الحوضي): يمكن إعطاء وجبة خفيفة بعد 6 ساعات من الجراحة. لا توجد ضرورة للانتظار حتى تقوم المريضة بإخراج الريح.
- القثطار البولي:
- إزالته بشكل روتيني في اليوم 1، ما لم يحدث التالي:
- نزول بول مصطبغ بالدم عند إزالة القثطار.
- معدل إخراج البول > 500 مل كل 24 ساعة.
- حدوث مضاعفات محيطة بالجراحة/ بعد الجراحة (انتظار استشارة الجراح و/أو طبيب التخدير).
- التحريك المبكر:
- اليوم 0: تحريك المريضة إلى طرف الفراش بدءاً من مرور 6 ساعات بعد الجراحة.
- اليوم 1: تحرك المريضة من الفراش للمرة الأولى.

- التضميد وإزالة الغرز:
- في حال كانت ظروف الإصحاح والنظافة جيدة: عدم تغطية الجرح في اليوم 1.
- بخلاف ذلك، إزالة الضماد في اليوم 5 (أو عند الخروج من المستشفى في حال الإقامة أقل من 5 أيام). لا داعي لتغيير الضمادات بشكل يومي.
- إزالة الغرز الجلدية (في حال كانت لا تمتص (غير قابلة للامتصاص)) في اليوم 7.
- التنظيف:
- استحمام بسيط، عدم تنظيف داخل المهبل.
- الإرضاع من الثدي:
- بدء الإرضاع من الثدي في أسرع وقت ممكن.
- مراقبة الوليد (خطورة حدوث نعاس في حال استخدام الأم ترامادول أو مورفين).
- التوثيق:
- تقرير الجراحة.
- عند الخروج من المستشفى: يجب إعطاء المريضة وثيقة توضح سبب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية ونمط بضع الرحم الذي تم إجراؤه (تقليدي (كلاسيكي)/مستعرض منخفض) وذلك للمساعدة في تحديد طريقة الولادة بأي حمل مستقبلي.

الهوامش

- (أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): **كليندامايسين** الوريدي 900 ملغ جرعة واحدة + **جنتاميسين** الوريدي 5 ملغ/كغ جرعة واحدة.
- (ب) لا تعد وفاة الجنين داخل الرحم، تلون السائل السلوي (السَّلَى) (السائل الأمنيوسي) أو اصطبغاه بالِعَجِي (براز الجنين)، والمحاولة الأولى للاستخراج المهبل من دواعي استعمال العلاج بالمضادات الحيوية.

المراجع

1. UON Network. Tackling Unmet Need for Major Obstetric Interventions. Concepts, General Principles and International Network, 2018. <http://www.uonn.org/wp-content/uploads/2018/09/guide1.pdf>
2. Sullivan SA, Smith T, Chang E, et al. Administration of cefazolin prior to skin incision is superior to cefazolin at cord clamping in preventing postcesarean infectious morbidity: a randomized, controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2007; 196; 455.e1-455.e5.

الفصل السابع: عسر الولادة وسوء المجيء

[1.7 المخاض المَطْوَل](#)

[2.7 الولادة المعرّقة](#)

[3.7 تحريض المخاض](#)

[4.7 استخدام أوكستوسين أثناء المخاض](#)

1.7 المخاض المَطوّل

تطاول الطور النشط من المخاض أو مرحلة الطرد (إخراج الجنين) بشكل مفرط. ينطبق مصطلح "المخاض المَطوّل" فقط عندما يكون توسع عنق الرحم بمقدار 5 سم أو أكثر وحدث 3 انقباضات للرحم لكل 10 دقائق. قبل تلك المرحلة، يطلق عليه "المخاض الكاذب" أو الطور الكامن المَطوّل. قد يكون المخاض المَطوّل ناجمًا عن عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم (عسر الولادة الميكانيكي) و/أو الانقباضات غير الكافية (عسر الولادة الديناميكي) و/أو جهود الدفع (الطرد) غير الفعالة في المرحلة الثانية من المخاض. المخاطر الرئيسية للمخاض المَطوّل هي الولادة المعرّقة ([القسم 2.7](#)) والضائقة الجنينية.

1.1.7 التشخيص

- توقف توسع عنق الرحم لمدة 4 ساعات أثناء الطور النشط أو
- تدخل أو نزول الجنين المديد بعد أكثر من ساعتين من التوسع الكامل في الولادة المتكررة، و3 ساعات من التوسع الكامل في الولادة البكرية (البكرية)

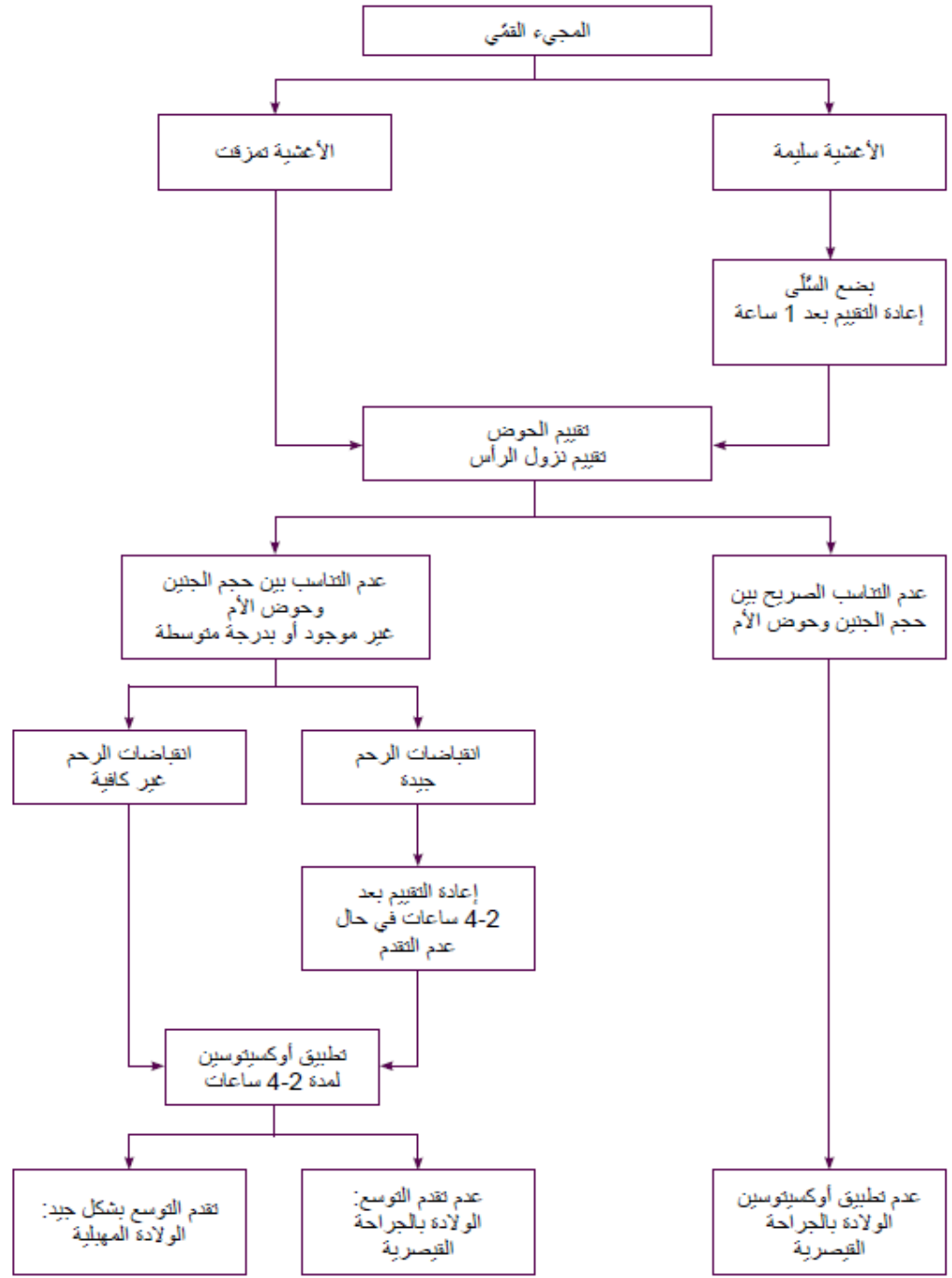
2.1.7 التدبير العلاجي

انظر المخططات أدناه.

للعناية العامة للمريضة أثناء المخاض، انظر الفصل 5، [القسم 4.1.5](#).

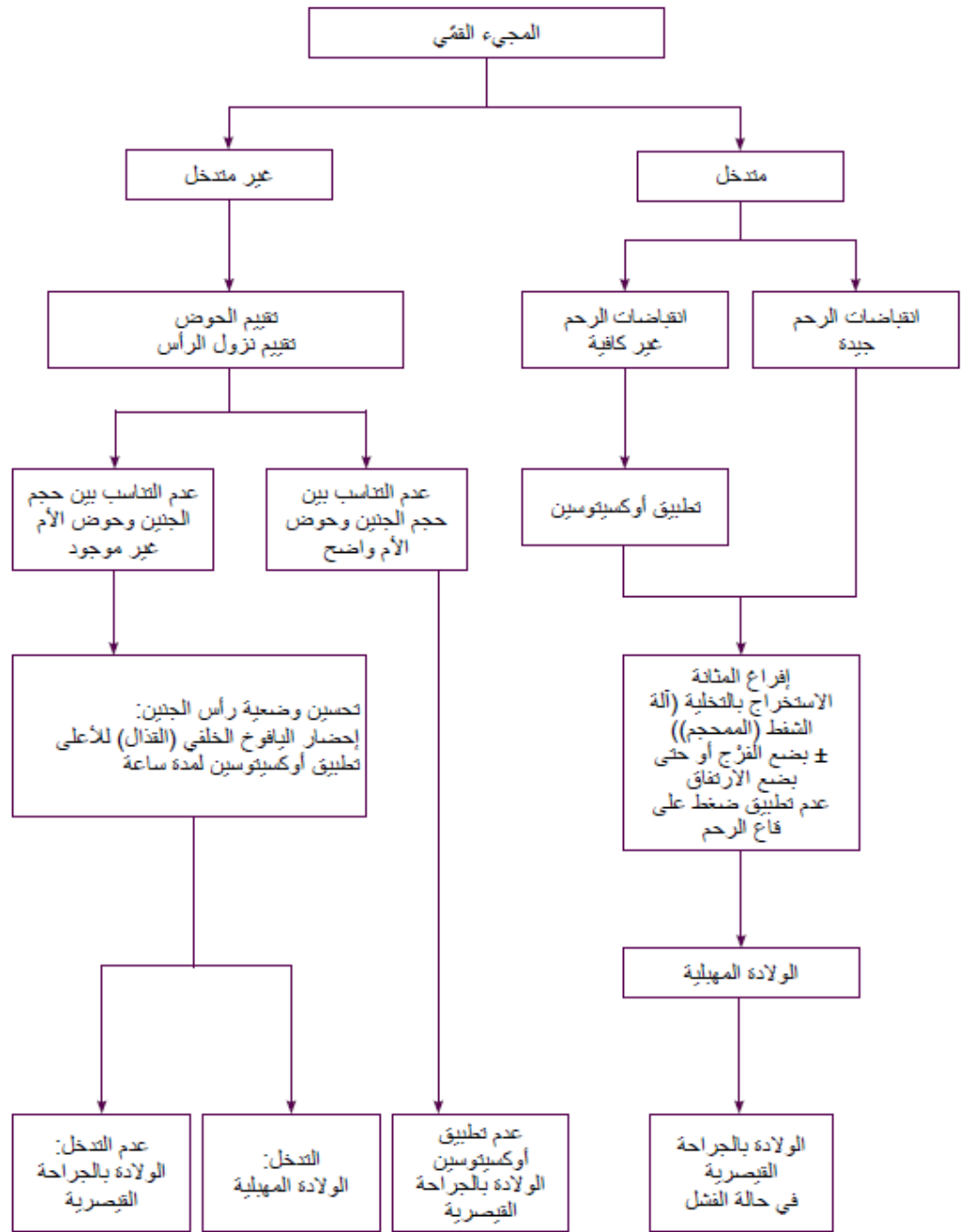
ملاحظات:

- يمنع استعمال أوكسيتوسين في حالة عدم التناسب الصريح بين حجم الجنين وحوض الأم (خطورة حدوث تمزق الرحم).
 - في حالة الضائقة الجنينية (نبض قلب الجنين القاعدي $> 100/100$ دقيقة، أو تباطؤه < 5 دقائق أو التباطؤ المتكرر بعد الانقباض لمدة < 30 دقيقة) وكان الجنين قابل للحياة (حي):
 - عند التوسع الكامل مع تدخل جزء المجيء الجنيني: الولادة بالأدوات (الفصل 5، [القسم 6.5](#)).
 - قبل التوسع الكامل، أو عند التوسع الكامل مع عدم تدخل جزء المجيء الجنيني: يجب الأخذ بعين الاعتبار الولادة بالجراحة القيصرية بشكل أبكر من المذكور بالمخططات، لكن يجب أخذ السياق بالحسبان عند اتخاذ قرار إجراء الولادة بالجراحة القيصرية لداعٍ متعلق حصراً بالجنين (الفصل 6، [القسم 4.6](#)).
 - وفي كلتا الحالتين، يجب عدم استعمال أوكسيتوسين أو إيقافه في حال تم استعماله بالفعل.
 - في حال كان الجنين ميتاً، يتم تجنب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية متى أمكن. يجب إتاحة مزيداً من الوقت للسماح بالتوسع والتدخل. يمكن الأخذ بعين الاعتبار إجراء تقطيع الجنين (الفصل 9، [القسم 7.9](#)).
- التدبير العلاجي لتدخل أو نزول الجنين المديد بعد أكثر من ساعتين من التوسع الكامل في الولادة المتكررة و 3 ساعات من التوسع الكامل في الولادة البكرية (البكروية)**



بالنسبة لأنواع المجيء الأخرى، انظر المجيء المقعدي (الفصل 6، [القسم 1.6](#))، المجيء المستعرض والمجيء الكتفي ([القسم 6.7](#))، المجيء الوجهي ([القسم 9.7](#))، المجيء الجبهي ([القسم 10.7](#)).

التدبير العلاجي لتدخل أو نزول الجنين المديد بعد أكثر من ساعتين من التوسع الكامل في الولادة المتكررة و3 ساعات من التوسع الكامل في الولادة البكرية (البكروية)



بالنسبة لأنواع المجيء الأخرى (المجيء المقعدي، المجيء الكتفي، المجيء الوجهي بالوضعية الذقنية الخلفية، المجيء الجبهي): الولادة بالجراحة القيصرية.

الهوامش

(أ) في حالة استخدام جهاز مراقبة قلب الجنين، قد يشير التباين غير الطبيعي (الشاذ) أيضاً إلى الضائقة الجنينية. لمزيد من المعلومات، انظر إرشادات الاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد لمراقبة الجنين أثناء الولادة

<https://www.figo.org/news/available-view-figo-intrapartum-fetal-monitoring-guidelines-0015088>

2.7 الولادة المعرقة

استمرار المخاض النشط لفترة تتجاوز 24 ساعة، وأحياناً لعدة أيام مع وجود حاجز منيع يعوق نزول الجنين.

1.2.7 التشخيص

- شعور المريضة بالدوخة، القلق، الهياج، الألم.
- التجفاف وصدمة نقص حجم الدم بشكل محتمل.
- المثانة منتفخة بشكل محتمل.
- تمزق الرحم الوشيك (الحلقة الانكماشية المرضية، شبيه بالساعة الرملية، الفصل 3، [القسم 3.3](#)).
- عدوى سلوية (أميوسية) متكررة (حمى، السائل السلوي (السَّلى) (السائل الأميوسي) كرية الرائحة).
عند الفحص المهبل:
 - وذمة عنق الرحم.
 - تبغاً للمجيء:
 - المجيء القمي: حدة مصلبة دموية قد تصل إلى فتحة المهبل، لكن القمة نفسها غير متدخلة، والحوض يبدو ضيقاً.
 - المجيء المقعدي: احتباس الرأس المتأخر.
 - المجيء المستعرض: الكتف المهملة، تدلي الذراع واليد.
 - غالباً ما يكون الجنين ميتاً أو في حالة مهددة للحياة.

2.2.7 الأسباب المحتملة

- عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم (بما فيها سوء المجيء).
- الدفع مع توسع عنق الرحم بشكل غير كامل.

3.2.7 المضاعفات

- تمزق الرحم.
- عدوى داخل الرحم، إبتان دموي، التهاب البيرييتوان (الصفاق).
- إصابات انضغاطية في المثانة والمستقيم، تؤدي لتكون نواسير.
- ارتفاع معدل وفيات الأمهات والأجنة.

4.2.7 التدبير العلاجي

- إدخال خط وريدي (قنطار قياس G18-16)، الإنعاش بالسوائل (محلول رينغر لكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9%).
- إدخال قنطار فولي، بدون إضرار الإحليل إن أمكن. خلاف ذلك، يتم إدخال قنطار فوق العانة. قد يكون تخفيف انتفاخ المثانة كافيًا في بعض الأحيان لإحداث الولادة.
- تبعًا لسبب الولادة المعرّقة والمعدات الطبية المتاحة:
- الجنين حي وقابل للحياة: الولادة بالجراحة القيصرية.
- الجنين غير قابل للحياة أو لا توجد إمكانية لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية: بضع الارتفاق، بضع الفرج والاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)).
- الجنين ميت: تقطيع الجنين (الفصل 9، [القسم 7.9](#)).
- العلاج بالمضادات الحيوية لتمزق الأغشية المَطُول أو التمزق غير معروف المدة (الفصل 4، [القسم 9.4](#)) أو للعدوى داخل الرحم (الفصل 11، [القسم 2.4.11](#)).
- هناك خطورة كبيرة لحدوث النزف التالي للولادة الناجم عن الوني الرحمي: في حال فشل التدبير الفعال للمرحلة الثالثة من المخاض، يجب إزالة المشيمة يدويًا بشكل سريع (الفصل 9، القسم 2.9)، ثم تطبيق أوكسيتوسين (النزف الناجم عن الوني الرحمي، [الجدول 2.7](#)).
- الفحص بالمنظار: في حال نخر الأنسجة، يجب استئصالها في ظروف معقمة.
- تنظيف الفرج والعجان مرتين في اليوم.

5.2.7 الوقاية/التدبير العلاجي للنواسير المهبليّة^أ

- تشجيع المريضة على شرب 4-5 لترات من المياه بشكل يومي.
- ترك قنطار فولي في موضعه لمدة 14 يوم، ثم:
- في حالة عدم وجود ناسور: إزالة قنطار فولي.
- في حالة وجود ناسور ذي قطر ≥ 4 سم، تتم محاولة المعالجة التحفظية. ترك قنطار فولي في موضعه لمدة 4-6 أسابيع على الأقل للسماح بالتئام الناسور. يتم ترك قنطار فولي في موضعه طالما لم يلتئم الناسور وطالما يلاحظ تناقص قطره بشكل تدريجي عند الفحص الأسبوعي.
- في حالة وجود ناسور ذي قطر < 4 سم أو فشل المعالجة التحفظية أو وجود ناسور لدى المريضة لمدة تتجاوز 3 أشهر، يجب تحويل المريضة أو تسجيلها للعلاج الجراحي

الهوامش

(أ) لمزيد من المعلومات: الناسور التوليدي، المبادئ الإرشادية للتدبير السريري وتطوير البرامج. منظمة الصحة العالمية، جنيف 2006.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593679_eng.pdf?ua=1

3.7 تحريض المخاض

تحفيز المخاض اصطناعياً قبل بدئه بشكل طبيعي.

بشكل عام، يحدث التحريض على خطوتين متتاليتين: الأولى تتضمن إنضاج عنق الرحم (الامحاء، التموضع المركزي، بدء توسع عنق الرحم)، والثانية تتضمن تحريض الانقباضات التي توسع عنق الرحم.

1.3.7 الدواعي

لا يعد تحريض المخاض من الإجراءات الطارئة. يجب إجراؤه فقط عند وجود داعٍ واضح، وفي مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) (تم الإحالة في حال الضرورة) لإتاحة التدخل بشكل سريع في حالة حدوث مضاعفات (مثل تمزق الرحم والضاقة الجنينية).

في حال عدم إمكانية الإحالة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)، أو في حال وجود إمكانية محدودة (أو عدم وجود إمكانية) لمراقبة الجنين، تقتصر الدواعي على الحالات التالية:

- وفاة الجنين داخل الرحم (الفصل 4، [القسم 11.4](#)).
 - إنهاء الحمل لدواعٍ متعلقة بالأمر، والجنين غير قابل للحياة.
 - ما قبل التسمم الحُملي (مقدمات الارتعاج) الشديد والتسمم الحُملي (الارتعاج) (الفصل 4، [القسم 5.4](#) و [القسم 6.4](#)).
 - تمزق الأغشية الباكر المصحوب بعدوى (الفصل 4، [القسم 9.4](#)).
- ملاحظة: يعد استمرار الحمل لأكثر من 41 أسبوع منذ آخر دورة شهرية داعٍ تقليدي لتحريض المخاض. يعد هذا الداعي قابلاً للتطبيق فقط في حال معرفة تاريخ (موعد) الولادة بشكل مؤكد.

2.3.7 الطرق^[1]

تطبيق البروستاغلاندينات

ميزوبروستول الفموي: قرص واحد عيار 25 ميكروغرام كل ساعتين حتى الحصول على انقباضات جيدة؛ الجرعة القصوى 8 جرعات أو 200 ميكروغرام لكل 24 ساعة.

يجب الانتظار 4 ساعات بعد آخر جرعة من ميزوبروستول قبل استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض.
ملاحظات:

- في حالة عدم توفر أقراص ميزوبروستول عيار 25 ميكروغرام، تتم إذابة قرص عيار 200 ميكروغرام في 200 مل من الماء وتطبيق 25 مل من هذا المحلول (25 مل = 25 ميكروغرام).

- يفضل الطريق الفموي^[2]. في حال عدم إمكانية التطبيق الفموي (الإقياء، اضطرابات الوعي)، يتم استخدام الطريق المهبل (25 ميكروغرام من ميزوبروستول في القبو الخلفي للمهبل كل 6 ساعات حتى الحصول على انقباضات جيدة).

- يجب الانتباه في حالة وفاة الجنين داخل الرحم، فقد تختلف جرعة ميزوبروستول تبعاً للعمر الحُملي: انظر الفصل 4، [القسم 11.4](#).

تمزق الأغشية الاصطناعي وتطبيق أوكسيتوسين

يتم إجراء تمزق الأغشية الاصطناعي (الفصل 5، [القسم 3.5](#)) أثناء الضغط برفق (في حال الحاجة) على رأس الجنين عبر بطن الأم لمنع تدلي الحبل السري.

تطبيق أوكسيتوسين بمفرده

لا يعد بنفس الفعالية مثل الطرق الأخرى، لكن يمكن استخدامه في الحالات التالية:

- عدم توافر البروستاغلاندينات أو وجود موانع لاستعمالها.
- حرز (درجة) يشوب ≤ 6 (الجدول 1.7).
- عدم إمكانية إجراء تمزق الأغشية الاصطناعي بسبب ارتفاع رأس الجنين للغاية.
- عدم التوصية بإجراء تمزق الأغشية الاصطناعي (المصابات بفيروس العوز المناعي البشري HIV، المגיע المقعدي).

الطريقة الميكانيكية باستخدام بالون قنطار فولي

ارتداء قفازات معقمة. مع وجود المنظار في موضعه، يتم إدخال قنطار فولي قياس G18-16 في قناة عنق الرحم، وتوجيهها باستخدام الأصابع أو الملقط. يتم نفخ البالون بماء معقم حتى ينتفخ بشكل جيد في عنق الرحم (30-50 مل) وتطبيق ضغط طفيف ومتواصل (تثبيت القنطار باستخدام شريط لاصق إلى الفخذ من الداخل) لمدة 12-24 ساعة.

ملاحظات:

- هناك أدلة محدودة تدعم استخدام قنطار فولي وتطبيق أوكسيتوسين في نفس الوقت كوسيلة آمنة وفعالة لتحريض المخاض.^[3]
- يجب فقط استخدام قنطار فولي وتطبيق مقو لتوتر الرحم في نفس الوقت، في حال عدم إمكانية تأخير الولادة (مثل التسمم الحملي الارتعاج).^[4] في هذه الحالة، يفضل استخدام ميزوبروستول.^[5]

تسليخ الأغشية

أثناء الفحص المهبلي، في حال كان عنق الرحم مفتوحًا، يتم إدخال إصبع واحد في الفوهة الداخلية لعنق الرحم وفصل الأغشية بحركة دائرية. قد يساعد ذلك في بدء المخاض، أو على الأقل إنضاج عنق الرحم خلال الساعات أو الأيام التالية.

3.3.7 الشروط

يعتمد اختيار طريقة التحريض على الحالة الأولية لنضج عنق الرحم. فكلما كان عنق الرحم أكثر نضجًا، كلما كان التحريض أكثر فعالية وسرعة.

يسهل تقييم عنق الرحم باستخدام مقياس لنضج عنق الرحم: حرز (درجة) يشوب.

الجدول 1.7 - حرز (درجة) يشوب (كلما ازاد الحرز (الدرجة)، كلما كان عنق الرحم أكثر نضجًا)

3	2	1	0	المعايير
بمقدار أكثر من إصبعين (4 سم ≤)	بمقدار إصبعين (2-3 سم)	بمقدار إصبع واحد (2 سم >)	مغلق	توسع عنق الرحم (عند الفوهة الداخلية)
مَمْحُو (1 سم >)	قصير (1-2 سم)	متوسط الطول (2-4 سم)	طويل (4 سم ≤)	طول عنق الرحم
1+ أو 2+	1- أو 0	2-	3-	وضعية رأس الجنين بالنسبة للشوكات الإسكية بالاستيمتر (مجيء الجنين)
-	لين	متوسط	صلب	قوام عنق الرحم
-	-	وسطى مركزي	خلفي	تموضع عنق الرحم

يعد عنق الرحم ناضجًا، وبالتالي مواتيًا للتحريض، في حال كان الحرز (الدرجة) 6 أو أكثر. يتم تحريض المخاض بواسطة تمزق الأغشية الاصطناعي وتطبيق أوكسيتوسين.

في حال كان عنق الرحم غير مواتٍ أو غير ناضج (الحرز (الدرجة) أقل من 6، على الأغلب عنق الرحم طويل، صلب، وخلفي)، يجب إنضاج عنق الرحم باستخدام البروستاغلاندينات قبل تحفيز الانقباضات باستخدام أوكسيتوسين، أو في حال عدم توافر البروستاغلاندينات أو وجود موانع لاستعمالها يتم استخدام الطريقة الميكانيكية ثم تطبيق أوكسيتوسين.

4.3.7 حالات خاصة

- ندب في الرحم:
- الجنين حي وقابل للحياة: يمنع استعمال البروستاغلاندينات:
- في حال كان عنق الرحم موائياً: تمزق الأغشية الاصطناعي وتطبيق أوكسيتوسين.
- في حال كان عنق الرحم غير موائٍ: التحريض الميكانيكي وتطبيق أوكسيتوسين أو إجراء الولادة بالجراحة القيصرية؛ لتحذيرات استخدام أوكسيتوسين، انظر [القسم 4.4.7](#). يمنع استعماله لدى النساء اللاتي لديهن ندبتان في الرحم أو أكثر.
- الجنين حي لكنه غير قابل للحياة: كما في وفاة الجنين داخل الرحم.
- تعدد كبير في الولادات و/أو الرحم مفرط التمدد:
- لتحذيرات استخدام أوكسيتوسين، انظر [القسم 4.4.7](#).
- بغض النظر عن الطريقة المستخدمة، يجب توخي الحذر عند إجراء تحريض المخاض حيث توجد خطورة لحدوث تمزق الرحم.
- وفاة الجنين داخل الرحم: الفصل 4، [القسم 11.4](#).

المراجع

1. World Health Organization. WHO recommendations for induction of labour. Geneva, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf?ua=1
2. Chen W, Xue J, Peprah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y, Tang Y. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. BJOG. 2016 Feb;123(3):346-54.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13456>
3. A. Dhanya Mackeen; Danielle E. Durie; Monique Lin; Christopher K. Huls; Emma Qureshey; Michael J. Paglia; Haiyan Sun; Anthony Sciscione. Foley Plus Oxytocin Compared With Oxytocin for Induction After Membrane Rupture: A Randomized Controlled Trial. Obstetrics & Gynecology. 131(1):4-11, JAN 2018
4. Al-Ibraheemi Z, Brustman L, Bimson BE, Porat N, Rosenn B. Misoprostol With Foley Bulb Compared With Misoprostol Alone for Cervical Ripening: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1):23-29.
5. Levine LD, Downes KL, Elovitz MA, Parry S, Sammel MD, Srinivas SK. Mechanical and Pharmacologic Methods of Labor Induction: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2016 Dec;128(6):1357-1364.

4.7 استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض

1.4.7 الدواعي

- تحريض المخاض.
- تصحيح عسر الولادة الديناميكي: تأخر توسع عنق الرحم خلال الطور النشط من المخاض مع توقف لمدة تتجاوز 4 ساعات، بسبب انقباضات الرحم غير الكافية، وتكون الأغشية قد تمزقت بالفعل.
- فشل استئاف الانقباضات بعد 15 دقيقة من ولادة التوأم الأول.

2.4.7 مخاطر استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض

- المخاطر المتعلقة بالأمر: تمزق الرحم، خاصةً عند وجود ندوب في الرحم، لكن قد يحدث أيضًا في حالة عدم وجود ندوب في الرحم خاصةً في حال كان مفرط التمدد (الولادة المتكررة، مَوَّه السَّلَى، الحمل المتعدد) أو في حال وجود عدم تناسب كبير بين حجم الجنين وحوض الأم.
- المخاطر المتعلقة بالجنين: الضائقة الجنينية الناجمة عن فرط توتر الرحم (انقباض الرحم بدون ارتخاء).

3.4.7 موانع استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض

- عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم بشكل واضح، بما فيها سوء المجيء (الجبهي، المستعرض، إلخ).
- المشيمة المُزاحة الكلية
- فرط توتر الرحم التلقائي.
- الضائقة الجنينية.
- سابقة الولادة بالجراحة القيصرية مرتين أو أكثر.
- سابقة الولادة بالجراحة القيصرية التقليدية (الكلاسيكية) (بضع الرحم الرأسي).
- عدم وجود داعي للإجراء.

4.4.7 حالات تتطلب احتياطات خاصة

- سابقة الولادة بالجراحة القيصرية المستعرضة المنخفضة مرة واحدة.
 - تعدد كبير في الولادات (5 ولادات أو أكثر).
 - الرحم مفرط التمدد.
- تزيد هذه العوامل من خطورة حدوث تمزق الرحم. قد يمكن استخدام أوكسيتوسين بشرط مراعاة الاحتياطات التالية:
1. الحد الأقصى لمعدل التسريب 30 قطرة/دقيقة لجرعة 5 وحدات دولية ضمن 500 مل (أي 15 مللي وحدة لكل دقيقة).
 2. تقييم حالة الأم والجنين قبل كل زيادة في الجرعة.
 3. انتظار فاصل 30 دقيقة على الأقل قبل كل زيادة في الجرعة.
 4. عدم زيادة الجرعة (بل ربما حتى تقليل الجرعة) في حال انقباضات الرحم المُرضية وتقدم توسع عنق الرحم بشكل جيد.

5.4.7 شروط استخدام أوكسيتوسين

- نظرًا لمخاطر أوكسيتوسين على الأم والجنين كليهما، يتطلب استخدام أوكسيتوسين أثناء المخاض الآتي:
 - المراقبة اللصيقة للأم (التحقق من فرط التحفيز، عسر الولادة والتمزق الوشيك كل 30 دقيقة على الأقل).
 - المراقبة اللصيقة للجنين (التحقق من تباطؤ نبض القلب كل 30 دقيقة على الأقل).
 - البقاء بالقرب من غرفة عمليات، لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية بشكل عاجل في حال الحاجة.
 - وضع المريضة على جانبها الأيسر.
- في حالات الضائقة الجنينية وفرط حراك الرحم (أكثر من 5 انقباضات خلال 10 دقائق) أو فرط توتر الرحم (عدم ارتخاء الرحم): يجب إيقاف أوكسيتوسين.
- مع ذلك، بعد الولادة لا توجد خطورة لحدوث تمزق الرحم أو الضائقة الجنينية، ويمكن استخدام أوكسيتوسين بشكل أيسر.
- الجدول 2.7 - استخدام أوكسيتوسين**

الدواعي	قبل التطبيق	الطريقة	المراقبة أثناء التطبيق
أثناء المخاض			
تحريض المخاض	<ul style="list-style-type: none"> • عند الفحص المهبلي، يتم تقييم توسع عنق الرحم والامحاء، والتدخل (حرز (درجة) بيشوب ≤ 6، الجدول 1.7). • التحقق من عدم حدوث ضائقة جنينية. 	<ul style="list-style-type: none"> • تمديد 5 وحدات دولية ضمن 500 مل أو 10 وحدات دولية ضمن 1 لتر من محلول رينغر لاكلتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% للحصول على محلول تركيز 10 مللي وحدة لكل مل. • بدء التسريب بمعدل 5 قطرات/دقيقة، ثم الزيادة بمقدار 5 قطرات/دقيقة كل 30 دقيقة، حتى تصبح الانقباضات فعالة (3-4 انقباضات تتجاوز 40 ثانية خلال 10 دقائق). • في المتوسط، تكفي 20 قطرة/دقيقة للحصول على انقباضات الرحم المُرضية. يجب عدم تجاوز 60 قطرة/دقيقة. • بمجرد ولادة الطفل: يتم استخدام الخط الوريدي الموجود لتطبيق جرعة ملائمة من أوكسيتوسين للوقاية من النزف التالي للولادة؛ يجب انتظار انتهاء التسريب الحالي. 	<ul style="list-style-type: none"> • ظهور ونوعية انقباضات الرحم، ارتخاء الرحم. • نبض قلب الجنين. • الحالة العامة للأم. • توسع عنق الرحم. • تمزيق الأغشية في أسرع وقت ممكن. • في حال عدم بدء المخاض لدى المرأة بعد 12 ساعة: يجب إيقاف التسريب والأخذ بعين الاعتبار إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.
تصحيح عسر الولادة الديناميكي	<ul style="list-style-type: none"> • توسع عنق الرحم بمقدار 5 سم على الأقل عند الفحص المهبلي. • تمزيق الأغشية التلقائي أو الاصطناعي. • عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم غير موجود. 	كما في تحريض المخاض.	<ul style="list-style-type: none"> • استئناف أو ازدياد الانقباضات، ارتخاء الرحم. • نبض قلب الجنين. • الحالة العامة للأم. • توسع عنق الرحم.
عدم استئناف الانقباضات بعد 15 دقيقة من ولادة التوأم الأول	<ul style="list-style-type: none"> • التحقق من أن المجيء قمي (غير مستعرض). 	<ul style="list-style-type: none"> • بدء أو استئناف تسريب أوكسيتوسين. • كما في تحريض المخاض، لكن مع زيادة المعدل بشكل أسرع: بمقدار 5 قطرات كل 5 دقائق. 	<ul style="list-style-type: none"> • استئناف أو ازدياد الانقباضات، ارتخاء الرحم. • نبض قلب الجنين.
ملاحظة: بخلاف الاستخدام أثناء المخاض، يتم استخدام أوكسيتوسين كالتالي			
النزف الناجم عن	<ul style="list-style-type: none"> • أولاً، إزالة المشيمة يدوياً، في حال 	<ul style="list-style-type: none"> • التسريب الوريدي خلال ساعتين لجرعة 20 وحدة دولية ضمن 1 لتر من محلول رينغر لاكلتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% 	<ul style="list-style-type: none"> • نبض القلب، ضغط الدم، فقدان الدم.

• انكماش الرحم.	(160 قطرة/دقيقة). في نفس الوقت، يتم تطبيق 5-10 وحدات دولية بالحقن الوريدي البطيء؛ يتم التكرار عند الضرورة حتى يصبح الرحم صلبًا ومنقبضًا (الجرعة القصوى الإجمالية 60 وحدة دولية).	الحاجة. • استكشاف الرحم بشكل روتيني	الوئي الرحمي
انكماش الرحم.	10 وحدات دولية بالحقن الوريدي البطيء بعد ربط (لقط) الحبل السري، ثم التسريب الوريدي خلال ساعتين لجرعة 20 وحدة دولية ضمن 1 لتر من محلول رينغر لكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% (160 قطرة/دقيقة).		بعد الولادة بالجراحة القيصرية
	5-10 وحدات دولية بالحقن الوريدي البطيء أو الحقن العضلي، قبل أو بعد المرحلة الثالثة تبعًا لخبرة طاقم التوليد.	التحقق من عدم وجود توأمر ثان.	الوقاية من النزف التالي للولادة

5.7 عسر ولادة الكتفين

عدم إمكانية تقدم الولادة بعد خروج رأس الجنين بسبب انحشار الكتفين في الحوض. تعد حالة طارئة مهددة لحياة الجنين (الضائقة الجنينية، الموت السريع بالاختناق). تتطلب الحالة وجود مساعدين إضافيين. يجب شرح الموقف للمساعدين والمریضة للحصول على تعاونهم.

1.5.7 التدبير العلاجي

يتضمن 7 خطوات أساسية ^[1]:

1- طلب المساعدة

2- تقييم الحاجة لإجراء بضع الفرج

لا يكون بضع الفرج مطلوبًا بشكل روتيني بسبب انحشار الكتفين في الحوض العظمي. مع ذلك، يمكن إجراؤه للحصول على مساحة أكبر لإجراء المناورات. تقدر المدة الموصى بها لمحاولة إجراء المناورات بحوالي 30-60 ثانية لكل مناورة. يجب على المساعد تذكير القائم بالتوليد بالوقت المنقضي.

3- مناورة ماك روبرتس (فرط ثني فخذي الأم)

يقوم اثنان من المساعدين بدفع ركبتی المريضة بقوة نحو صدرها. تعد هذه المناورة بمفردها فعالة في تحرير الكتف في أكثر من 70% من الحالات.

4- الضغط فوق العانة

أثناء استمرار فرط ثني فخذي الأم، يقوم أحد المساعدين بتطبيق الضغط بقوة فوق الارتفاق العاني مباشرة لمحاولة تقليل قطر الكتفين وإنزال الكتف الأمامية أسفل الارتفاق، بينما يقوم القائم بالتوليد بتطبيق الشد المتواصل للأسفل على رأس الجنين. يجب عدم تطبيق الضغط على قاع الرحم، حيث سيؤدي ذلك لانحشار الكتف وقد يسبب تمزق الرحم.

5- المناورات الداخلية

- في حال فشل ما سبق، يتم إجراء مناورات التدوير الداخلي أثناء استمرار فرط ثني فخذي الأم. يوجد العديد من الخيارات، تبعًا لإمكانية الوصول الأكثر سهولة إما للكتف الأمامية أو الخلفية:
- مناورة رويين: إدخال أصابع إحدى اليدين خلف الكتف الأمامية ودفعها باتجاه صدر الجنين لمحاولة تحرير الكتف.
 - مناورة فتح سداة الفلين لوود، بالمشاركة مع مناورة رويين: وضع إصبعين من اليد الأخرى الحرة على الوجه الأمامي للكتف الخلفية وتطبيق الضغط لتحرير الكتف من خلال تدويرها (مثل طريقة فتح سداة الفلين).
 - مناورة فتح سداة الفلين لوود العكسية: نفس الطريقة، لكن يتم التدوير في الاتجاه العكسي.

6- سحب الذراع الخلفية

- في حال فشل ما سبق، يتم إنزال إحدى ذراعي الجنين للأسفل لتقليل قُطر الكتفين والسماح بالولادة:
- الجلوس على الركبة للحصول على محور شد ملائم.
 - البحث عن الذراع الخلفية وإحضارها لفتحة المهبل: انزلاق اليد بالكامل خلف رأس الجنين وتحريكها بامتداد الذراع الخلفية للأعلى وصولاً إلى المرفق (يتم استخدام اليد اليسرى في حال كان ظهر الجنين تجاه الجانب الأيمن للقائم بالتوليد، ويتم استخدام اليد اليمنى في حال كان ظهر الجنين تجاه الجانب الأيسر للقائم بالتوليد). يتم ثني الذراع وإمساك الساعد أو الرسغ والسحب عبر صدر الجنين نحو فتحة المهبل. ثم يمكن استئناف الولادة.

7- لف المريضة على يديها وركبتيها

- لف المريضة لتتخذ وضعية "على الأطراف الأربعة"، تقوم هذه الوضعية بزيادة أقطار الحوض. يجب فحص المهبل بشكل دقيق بعد هذه المناورات، حيث تعد الانهتاقات شائعة.

فوق كل شيء، يجب عدم:

- تطبيق الشد المفرط على رأس الجنين، حيث قد يتسبب ذلك في تمزق الضفيرة العضدية على جانب الكتف الأمامية.
- تمحور الرأس عبر لي الرقبة، حيث قد يتسبب ذلك أيضًا في حدوث إصابة عصبية.

2.5.7 الطرق المتبعة كملجأ أخير

- التخدير العام لإرخاء العضلات.
- كسر ترقوة الجنين بالضغط المباشر على الجزء الأوسط من عظم الترقوة (صعب إجراؤه بشكل متعمد).
- بضع الارتفاق (الفصل 5، [القسم 7.5](#)).
- تقطيع الجنين في حال وفاة الجنين وفشل المناورات (الفصل 9، [القسم 7.9](#)).
- دفع رأس الجنين للداخل (صعب للغاية)، ثم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.

المراجع

1. Elizabeth G. Baxley, Robert W. Gobbo. Shoulder Dystocia. Am Fam Physician. 2004 Apr 1;69(7):1707-1714.
<http://www.aafp.org/afp/2004/0401/p1707.html>

6.7 المجيء المستعرض والمجئ الكتفي

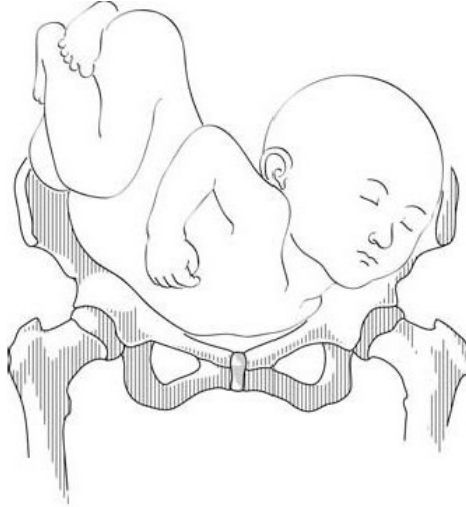
يشكل المجيء المستعرض عدم تناسب مطلق بين حجم الجنين وحوض الأم، حيث تكون الولادة المهبلية مستحيلة. يعد حالة توليدية طارئة؛ حيث تكون الولادة معرقله وتوجد خطورة لحدوث تمزق الرحم والضائقة الجنينية.

1.6.7 التشخيص

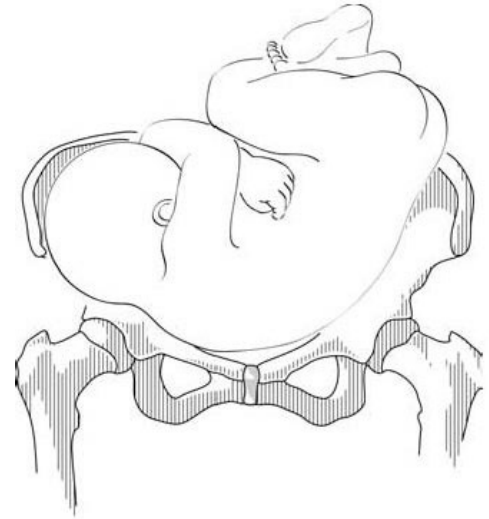
- الرحم عريض للغاية: يكون المحور المستعرض مساوياً للمحور الطولاني بشكل افتراضي؛ ارتفاع قاع الرحم أقل من 30 سم بالقرب من تمام الحمل.

- عند الفحص: يكون الرأس في جانب والمقعدة في الجانب الأخر (الأشكال 1.7 أ و 1.7 ب). يكشف الفحص المهبل عن حوض حقيقي شبه فارغ أو تدلي كتف، مع ذراع أحياناً، من المهبل (الشكل 1.7 ج).

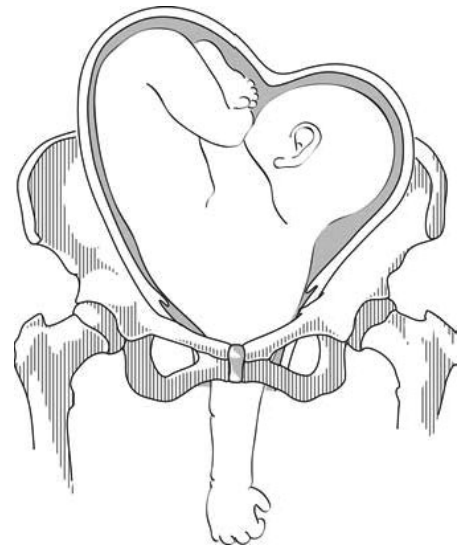
الأشكال 1.7 - المجيء المستعرض والمجيء الكتفي



1.7 ب - المجيء الكتفي الأيسر الظهرى- العلوي (الظهر للأعلى)



1.7 أ - المجيء الكتفي الأيسر الظهرى- السفلي (الظهر للأسفل)



1.7 ج - المجيء الكتفي المهمل

2.6.7 الأسباب المحتملة

- تعدد كبير في الولادات (5 ولادات أو أكثر).
- تشوهات الرحم
- الحمل التوأمي
- الخداج (الابتسار)
- المشيمة المُزاحة
- عدم التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم

3.6.7 التدبير العلاجي

يجب القيام بالتشخيص قبل بدء المخاض، في آخر زيارة (استشارة) قبل الولادة.

في نهاية الحمل

الحمل المفرد (جنين واحد)

- التحويل الخارجي قبل 4-6 أسابيع من الولادة، في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) ([القسم 7.7](#)).
- في حال فشل ذلك، يجب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية إما بترتيب مسبق أو عند بدء المخاض (الفصل 6، [القسم 1.4.6](#)).

الحمل التوأمي

- يوجد مانع لإجراء التحويل الخارجي.
- في حال كان مجيء التوأم الأول مستعرض (غير معتاد): يتم ترتيب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.
- في حال كان مجيء التوأم الثاني مستعرض: لا يوجد داعي لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية، لكن يجب ترتيب الولادة في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) بحيث يمكن إجراؤها في حال الضرورة. يتم توليد التوأم الأول، ثم تقييم وضعية الجنين الثاني والانتظار بضع دقائق كي يتكيف مع وضعية المجيء الطولي. في حال بقاء التوأم الثاني في وضعية المجيء المستعرض، وتبعًا لخبرة القائم بالتوليد، يتم إجراء التحويل الخارجي ([القسم 7.7](#)) و/أو التحويل الداخلي ([القسم 8.7](#)) للتوأم الثاني.

أثناء المخاض، في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC)

الجنين حي والأغشية سليمة

- التحويل الخارجي برفق، بين انقباضين، في أبكر وقت ممكن، ثم المتابعة كما في الولادة الطبيعية (السوية).
- في حال فشل ذلك: الولادة بالجراحة القيصرية.

الجنين حي والأغشية تمزقت

- توسع عنق الرحم الكامل:
- الولادة المتكررة مع رحم مرتخ و جنين متحرك، القائم بالتوليد ذي خبرة: التحويل الداخلي والاستخراج المقعدي التام.
- الولادة البكرية (البكروية)، أو الرحم ضيق، أو الجنين غير متحرك، أو تدخل الذراع، أو ندوب في الرحم، أو عدم وجود خبرة كافية لدى القائم بالتوليد: الولادة بالجراحة القيصرية.
- توسع عنق الرحم غير الكامل: الولادة بالجراحة القيصرية.
- قد تكون الولادة بالجراحة القيصرية صعبة بسبب انكماش الرحم. يفضل بضع الرحم الرأسي. لإجراء الاستخراج، يتم إمساك إحدى قدمي الجنين في قاع الرحم (بشكل مكافئ للاستخراج المقعدي التام، لكن عبر الولادة بالجراحة القيصرية).

الجنين ميت

تقطيع الجنين في وضعية المجيء المستعرض (الفصل 9، [القسم 7.7.9](#)).

أثناء المخاض، في الأماكن البعيدة (النائية) حيث يكون إجراء الجراحة غير متاح

الجنين حي والأغشية سليمة

- محاولة إحالة المريضة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC). في حال عدم إمكانية:
- محاولة إجراء التحويل الخارجي في أبكر وقت ممكن.
- في حال فشل ذلك، يتم انتظار توسع عنق الرحم الكامل.
- إجراء التحويل الخارجي ([القسم 7.7](#)) بالمشاركة مع التحويل الداخلي ([القسم 8.7](#))، مع إمكانية وضع المرأة في وضعيات مختلفة (وضعية ترندلنبورغ) (الاستلقاء على الظهر والرأس لأسفل)، أو وضعية التَّجِيَّة (على الركبتين والصدر لأسفل).

الجنين حي والأغشية تمزقت

- محاولة إحالة المريضة إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC). في حال عدم إمكانية:
- توسع عنق الرحم الكامل:
- وضع المريضة في وضعية التَّجِيَّة (على الركبتين والصدر لأسفل).
- بين الانقباضات، دفع الجنين ومحاولة أن يتدخل عن طريق الرأس.
- الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (المحجم)) (الفصل 5، [القسم 1.6.5](#)) وبضع الارتفاق (الفصل 5، [القسم 7.5](#)) لدى وجود أدنى صعوبة.
- توسع عنق الرحم غير الكامل: وضع المريضة في وضعية ترندلنبورغ (الاستلقاء على الظهر والرأس لأسفل) والانتظار اليقظ حتى توسع عنق الرحم الكامل.

الجنين ميت

- محاولة إحالة المريضة، حتى في حال كانت الإحالة تتطلب بعض الوقت.
- في حال عدم إمكانية، يتم تقطيع الجنين في وضعية المجيء المستعرض (الفصل 9، [القسم 7.7.9](#)).

7.7 التحويل الخارجي

- إجراء من أجل تحويل:
- المجيء المستعرض إلى مجيء طولي (رأسي أو مقعدي)؛
أو
- المجيء المقعدي إلى مجيء رأسي.

1.7.7 الشروط

- قرب تمام الحمل (37 أسبوع منذ آخر دورة شهرية).
- قبل حدوث المخاض أو بمجرد بدء المخاض.
- ارتخاء الرحم.
- عدم وجود عوائق للولادة المهبلية.
- الأغشية سليمة.

نادرًا ما يكون التحويل الخارجي مصحوبًا بمضاعفات. مع ذلك، فقد تم الإبلاغ عن حدوث مضاعفات (انفصال المشيمة، تمزق ندوب الرحم ونزف الأم والجنين). لذا يجب إجراء هذه المناورة فقط في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).

2.7.7 الموانع

المطلقة

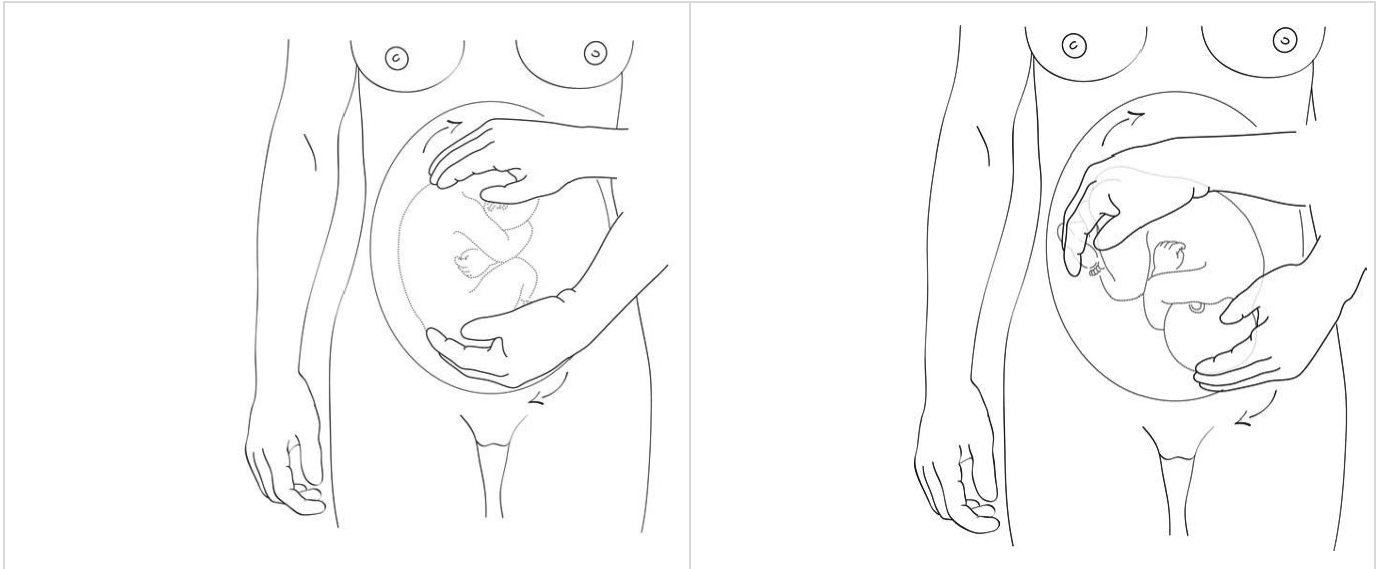
- المشيمة المُترَاحة أو أي عائق آخر للولادة المهبلية (ورم، ورم ليفي).
- الحمل التوأمي (للتوأم الأول).

النسبية

- الضائقة الجنينية.
 - تأخر النمو داخل الرحم الشديد.
 - الخداج (الابتسار).
 - ندوب في الرحم.
 - عدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV لم يتم علاجها
- ملاحظة: في حالات المجيء المستعرض عند عدم إمكانية الإحالة، من أجل مصلحة الأم يجب محاولة إجراء التحويل الخارجي للسماح بالولادة المهبلية، بدون الأخذ بعين الاعتبار الموانع النسبية.

3.7.7 الطريقة

- استلقاء المريضة على ظهرها، الساقان نصف منثنين، المثانة فارغة.
 - القيام بالإجراء عندما يكون الرحم مرتخيًا.
 - أولاً، يتم دفع المقعدة أو الكتف، اللذين يكونا غالبًا متموضعان في الحوض (حركة رأسية)، ثم محاولة التدوير ببطء، ودائمًا في اتجاه انثناء الجنين: من ثم يتم إحضار الرأس أو المقعدة إلى مدخل الحوض عبر أقصر طريق ممكن (الأشكال 2.7).
 - يجب مراقبة نبض قلب الجنين بعد كل محاولة، والتوقف في حال التباطؤ. في معظم الحالات، يتحسن نبض قلب الجنين غير الطبيعي خلال 30 دقيقة.
- الأشكال 2.7 - تحويل المجيء المقعدي إلى مجيء رأسي



8.7 التحويل الداخلي

إجراء يدوي داخل الرحم لتحويل المجيء من وضعية لأخرى، عادةً من المجيء المستعرض إلى المجيء المقعدي.

1.8.7 الدواعي والشروط

- المجيء الكتفي أثناء المخاض، عند توسع عنق الرحم الكامل وارتخاء الرحم. يجب إجراء هذه المناورة بحذر شديد للغاية (خطورة حدوث تمزق الرحم).
- ولادة التوأم الثاني ذي المجيء الرأسي أو المستعرض: تحويل وضعية الجنين إلى المجيء المقعدي والسماح بالاستخراج المقعدي التام (الفصل 6، [القسم 3.6](#)).
- الشروط الضرورية في جميع الحالات: الحوض طبيعي، عدم تدخل جزء المجيء الجنيني، المثانة فارغة.
- يتم الإمساك بإحدى القدمين أو كليهما بشكل أفضل عبر الأغشية السليمة ^[1].

2.8.7 الطريقة

- الالتزام الصارم بالتعقيم: مسح العجان بمحلول البوفيدون اليودي 10%، ارتداء قفازات معقمة.
- إجراء التخدير النخاعي إن أمكن.
- إدخال إحدى اليدين وتحديد وضعية الجنين:
- باستخدام الأصابع على شكل المخروط يتم التوجه عبر فتحة المهبل وعنق الرحم باتجاه قاع الرحم.
- تثبيت قاع الرحم في موضعه باستخدام اليد الأخرى على البطن.
- الإمساك بإحدى القدمين أو كليهما، إن أمكن، بشكل محكم بدون استعجال لكن ليس ببطء شديد، حيث قد تسبب المناورة المٌطوّلة في انقباض الرحم (الشكل 3.7أ). يفضل عدم تمزيق الأغشية على الفور؛ لأن انكماش الرحم ونقص السائل السلوي (السّلى) (السائل الأمنيوسي) سيتسببان في صعوبة الإمساك بالجنين وتحريكه. سوف تتمزق الأغشية تلقائيًا عند سحب القدم أو ستمزق اصطناعيًا بمجرد نزول القدم.
- شد إحدى القدمين أو كليهما برفق نحو فتحة المهبل (الشكل 3.7ب).
- متابعة الولادة بعد ذلك بشكل طبيعي كما في الولادة المقعدية. بالنسبة للتوأم الثاني، يتم إجراء الاستخراج المقعدي التام (الفصل 6، [القسم 3.6](#)).

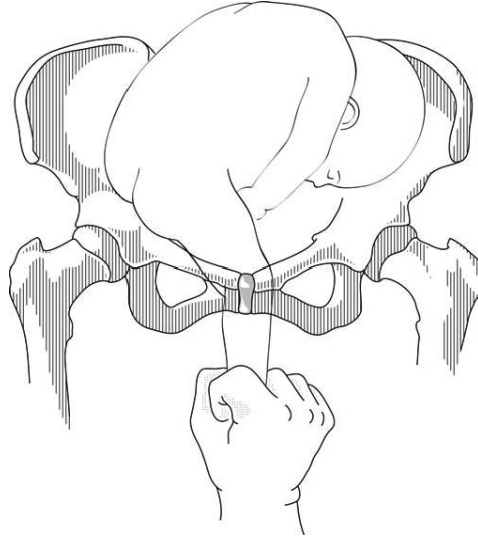
- يجب استكشاف الرحم يدويًا بعد خروج (ولادة) المشيمة (للبحث عن تمزق الرحم)، وتطبيق العلاج الوقائي الروتيني بالمضادات الحيوية (سيفازولين أو أمبيسيلين بالحقن الوريدي البطيء: 2 غ جرعة واحدة).

الأشكال 3.7 - التحويل الداخلي

الشكل 3.7أ - الإمساك بإحدى القدمين (يفضل كلتا القدمين)



الشكل 3.7ب - إنزال إحدى القدمين أو كليهما نحو فتحة المهبل



الهوامش

(أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): **كليندامايسين** الوريدي 900 ملغ جرعة واحدة + **جتامايسين** الوريدي 5 ملغ/كغ جرعة واحدة.

المراجع

1. J Rabinovici, G Barkai, B Reichman, D M Serr, S Mashlach. Internal podalic version with unruptured membranes for the second twin in transverse lie. *Obstetrics and Gynecology*; 1988; 71(3 Pt 1):428-30.

9.7 المجيء الوجهي

1.9.7 التشخيص

- جس بطن الأم عند بدء المخاض: جس منطقة الفخذ؛ وجود فليح (شق) قابل للجس بين الرأس والظهر ناجم عن فرط بسط الرأس.
- الفحص المهبل: لا يمكن الشعور بالدرز أو اليافوخ؛ يكون الحجاجين، الأنف، الفم، الأذنين والذقن قابلين للجس. يعد جس الذقن ضروريًا لتأكيد التشخيص.

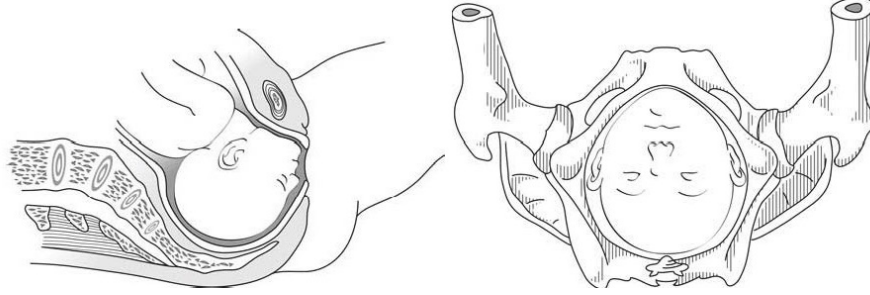
2.9.7 التدبير العلاجي

تحديد اتجاه الذقن أمامي أو خلفي (بالنسبة لعانة الأم).

الذقن أمامي

تكون الولادة المهبلية ممكنة، قد يكون المخاض بطيئًا مما يتطلب الصبر.
في حال كانت انقباضات الرحم غير كافية، يمكن استخدام أوكسيتوسين.
يكون بضع الفرج ضروريًا عادةً أثناء الولادة (الأشكال 4.7)، نظرا لإمكانية تمدد العجان لأقصى حد.
في حال كانت الولادة بالأدوات ضرورية، يتم استخدام الملقط. يوجد مانع للاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)) في حال كان الجنين حيًا.

الأشكال 4.7 - الذقن أمامي: الولادة ممكنة

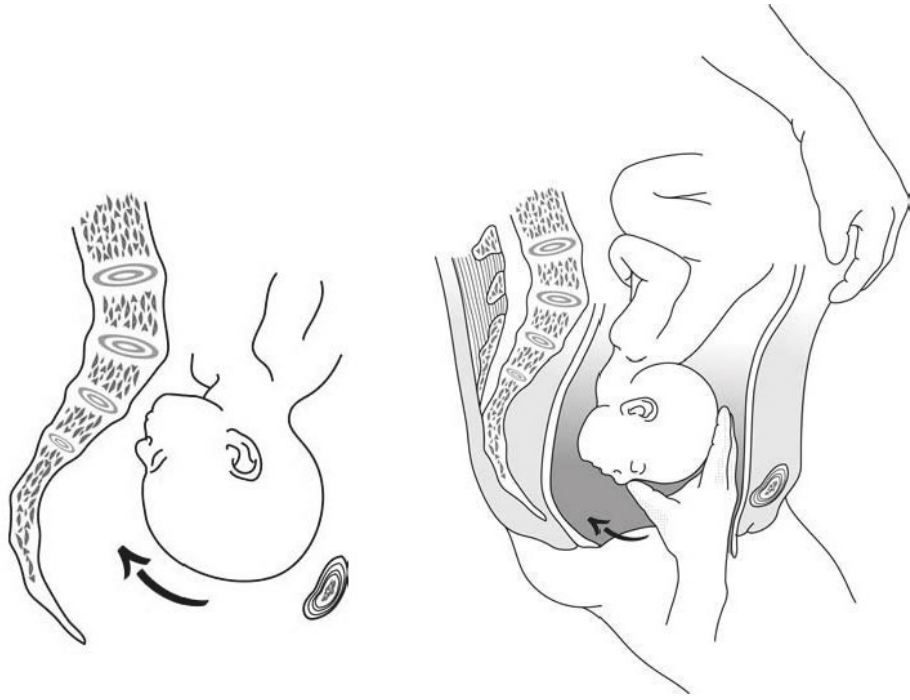


الذقن خلفي

تكون الولادة المهبلية غير ممكنة (الشكل 5.7)، يجب الترتيب لإجراء الولادة بالجراحة القيصرية. يجب الإحالة في حال الضرورة.
الشكل 5.7 - الذقن خلفي: الانحشار

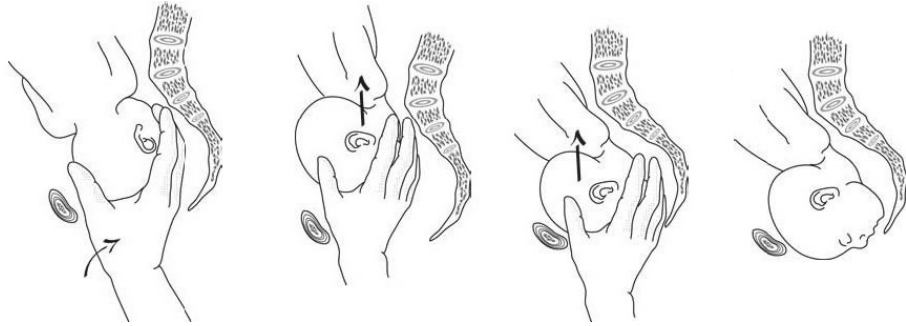


في حال عدم إمكانية إجراء الولادة بالجراحة القيصرية أو الإحالة، تتم محاولة إجراء المناورات التالية:
- ثني الرأس للحصول على مجيء قمي: يتم إدخال إحدى اليدين في المهبل واستخدامها للإمساك بقمة الجمجمة وثنى الرقبة، ويتم استخدام اليد الأخرى، الموضوعة على بطن الأم، لتطبيق ضغط على صدر الجنين وإلتيته. بشكل واضح، يجب أن يكون جزء المجيء الجنيني غير متدخل، وغالبًا ما يكون من الصعب بل ومن المستحيل- إبقاء الرأس منشئيًا (الأشكال 6.7).
الأشكال 6.7 - مُناورة لتحويل المجيء الوجهي إلى مجيء قمي



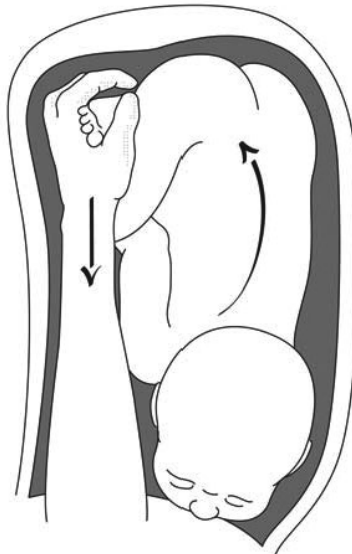
- تدوير الرأس لإحضار الذقن إلى الأمام: يتم دفع الوجه والذقن للخلف لتحرير الكتفين من مدخل الحوض، ثم تدوير الرأس في جوف الحوض، يتم استخدام إحدى اليدين الموضوعة على البطن لمساعدة التدوير عبر تطبيق ضغط على الكتفين. بهذه الطريقة، يتم إحضار الذقن إلى الأمام (الأشكال 7.7).

الأشكال 7.7 - مناورة التدوير لإحضار الذقن إلى الأمام



- التحويل: تحويل القدمين الداخلي، ثم الاستخراج المقعدي التام (الشكل 8.7).

الشكل 8.7 - تحويل القدمين الداخلي



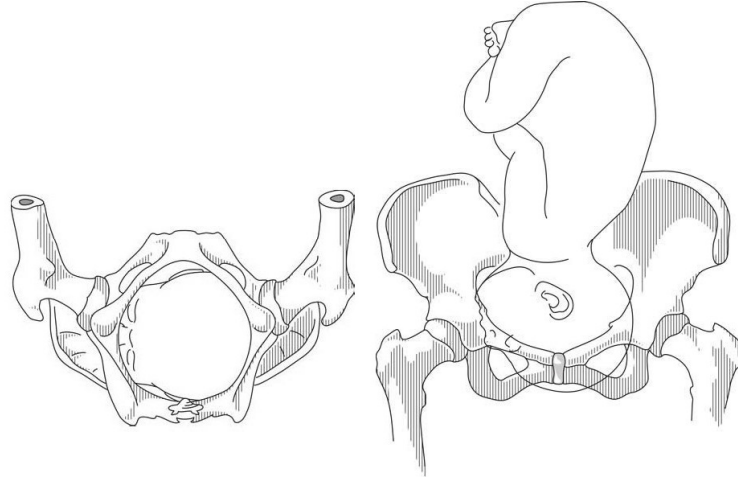
تعد جميع هذه المناورات صعبة وتشكل خطورة بالغة لحدوث تمزق الرحم. يجب إجرائها أثناء عدم انقباض الرحم. يجب إجراء الولادة بالجراحة القيصرية بدلاً من تلك المناورات متى أمكن ذلك.

10.7 المجيء الجبهي

يشكل المجيء الجبهي عدم تناسب مطلق بين حجم الجنين وحوض الأم، حيث تكون الولادة المهبلية مستحيلة (باستثناء الخداج (الابتسار) أو نقص الوزن الشديد عند الولادة). يعد حالة توليدية طارئة، حيث تكون الولادة معرقله وتوجد خطورة لحدوث تمزق الرحم والضائقة الجنينية.

1.10.7 التشخيص

- يكون الرأس مرتفعاً؛ كما في المجيء الوجهي يوجد فلاح (شق) بين الرأس والظهر، لكنه أقل وضوحاً.
 - عند الفحص المهبلي، يكون الجبهة، الحجاجين والعين واليافوخ الأمامي، وأحياناً العينين وجسر الأنف قابلين للجس (الأشكال 9.7). لكن لا يمكن جس التالي:
 - الذقن (وإلا يعد مجيء وجهي)؛
 - اليافوخ الخلفي (وإلا يعد مجيء قمي).
- الأشكال 9.7 - المجيء الجبهي

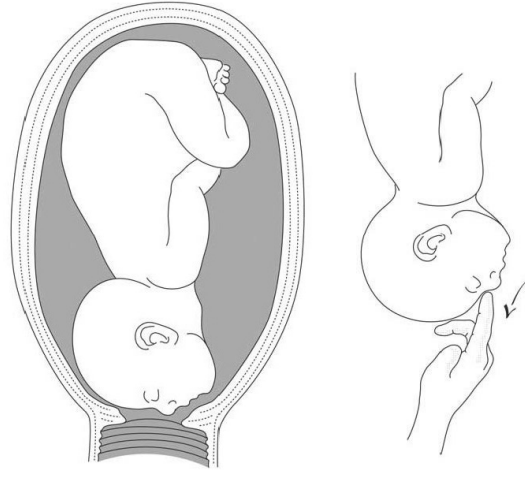


يمكن اثناء أي جزء متحرك من المجيء الجنيني لاحقاً. لذا لا يتم تشخيص المجيء الجبهي إلا بعد تمزق الأغشية وبدء تدخل الرأس في مجيء ثابت. تتحول بعض حالات المجيء الجبهي بشكل تلقائي إلى مجيء قمي، أو بشكل أكثر ندرة إلى مجيء وجهي. أثناء الولادة، يكون نزول جزء المجيء الجنيني بطيئاً؛ وتصبح الجبهة منحشرة.

2.10.7 التدبير العلاجي

الجنين حي

- يتم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية. عند إجراء الولادة بالجراحة القيصرية، يجب أن يكون مساعد القائم بالتوليد مستعداً لتحرير الرأس عبر دفعه للأعلى باستخدام اليد داخل المهبل.
 - كملجأً أخيراً، في حال كانت الولادة بالجراحة القيصرية مستحيلة، يتم محاولة إجراء المناورتين التاليتين:
 - تحويل المجيء الجبهي إلى مجيء وجهي: بين الانقباضات، يتم إدخال الأصابع عبر عنق الرحم وتحريك الرأس لتحفيز بسطه (الأشكال 10.7).
 - محاولة إجراء تحويل القدمين الداخلي (القسم 9.7).
- تشكل المناورتان كئناهما خطورة بالغة لحدوث تمزق الرحم. يوجد مانع للاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم)) واستخدام الملقط وإجراء بضع الارتفاق.
- الأشكال 10.7 - مناورة لتحويل المجيء الجبهي إلى مجيء وجهي



الجنين ميت

يتم إجراء تقطيع الجنين في حال توسع عنق الرحم بشكل كافي (الفصل 9، [القسم 7.9](#))، بخلاف ذلك يتم إجراء الولادة بالجراحة القيصرية.

الفصل الثامن: المرحلة الثالثة من المخاض

[1.8 المرحلة الثالثة الطبيعية من المخاض](#)

[2.8 النزف التالي للولادة المبكر](#)

[3.8 النزف التالي للولادة المتأخر](#)

[4.8 انقلاب الرحم](#)

[5.8 تمزقات عنق الرحم والمهبل](#)

1.8 المرحلة الثالثة الطبيعية من المخاض

تشير المرحلة الثالثة من المخاض إلى الفترة التي تبدأ مباشرةً بعد توليد الطفل وتنتهي مع خروج (ولادة) المشيمة والأغشية المرتبطة بها بشكل كامل.

توجد خطورة كبيرة لحدوث نزف خلال هذه المرحلة. تحتاج جميع المريضات إلى المراقبة عن قرب والوقاية الروتينية من النزف التالي للولادة.

1.1.8 الوصف

تستغرق هذه المرحلة عادةً 5-15 دقيقة.

- بعد توليد الطفل، تكون هناك فترة راحة بدون انقباضات تستمر 10 دقائق في المتوسط. يتم استغلال هذا الوقت في رعاية حديث الولادة. مع ذلك، يجب مراقبة الأم بعناية لظهور علامات النزف التالي للولادة، الذي قد يحدث في أي وقت.
- بعد ذلك، تعود الانقباضات وتنفصل المشيمة بشكل تلقائي. عند جس البطن، يمكن الشعور بصعود قاع الرحم ثم هبوطه مرة أخرى، مما يقابل نزوح (هجرة)/نزول المشيمة. عندما تصل المشيمة بالكامل إلى المهبل، ينكمش الرحم ليشكل كرة صلبة فوق عظمة العانة.
- يجب ألا يتجاوز حجم فقدان الدم المصاحب لخروج (ولادة) المشيمة مقدار 500 مل.

في حالة عدم حدوث النزف التالي للولادة، يمكن الانتظار 30-45 دقيقة بحد أقصى لإخراج (طرد) المشيمة. بعد ذلك يجب إزالة المشيمة يدويًا (الفصل 9، القسم 2.9).

2.1.8 الوقاية الروتينية من النزف التالي للولادة

التدبير العلاجي الفعال للمرحلة الثالثة من المخاض

يتمثل التدبير العلاجي الفعال للمرحلة الثالثة من المخاض في تطبيق أوكسيتوسين قبل إخراج (طرد) المشيمة، يتبعه شد الحبل السري المنضبط، ثم تدليك الرحم لمساعدة انكماش الرحم.

بعد الولادة، يجب جس بطن الأم للتأكد من عدم وجود توأم. يتم تطبيق 5 أو 10 وحدات دولية من **أوكسيتوسين** بالحقن الوريدي البطني أو بالحقن العضلي بعد الولادة مباشرةً (بعد ولادة آخر طفل في الحمل المتعدد) وقبل خروج (ولادة) المشيمة لتسريع انفصال المشيمة، وتسهيل توليدها، والمساعدة في الوقاية من النزف التالي للولادة.

ثم، بعد ربط (لقط) الحبل السري وقطعه، يتم خروج (ولادة) المشيمة عبر شد الحبل السري المنضبط (أثناء حدوث انقباض مع الضغط المعاكس على الرحم باستخدام اليد الموضوعة على البطن). يوجد مانع لشد الحبل السري غير المنضبط (أي بدون انقباض الرحم أو الضغط المعاكس)، حيث قد يتسبب في تمزق المشيمة، وبعدها احتباس حطام (بقايا) المشيمة المصحوب بخطورة حدوث النزف والعدوى.

عند استخدام أوكسيتوسين قبل خروج (ولادة) المشيمة، هناك خطورة من الناحية النظرية لحدوث احتباس المشيمة، خاصةً في حال عدم الحقن بشكل فوري (أي خلال 3 دقائق). لهذا السبب، يجب على القائم بالتوليد الذي يقوم بتطبيق أوكسيتوسين بعد الولادة مباشرةً أن يكون قادرًا على إزالة المشيمة يدويًا في حال الضرورة. وفي حال عدم تحقق هذه الشروط، يجب تطبيق أوكسيتوسين بعد إخراج (طرد) المشيمة.

تطبيق أوكسيتوسين بعد خروج (ولادة) المشيمة

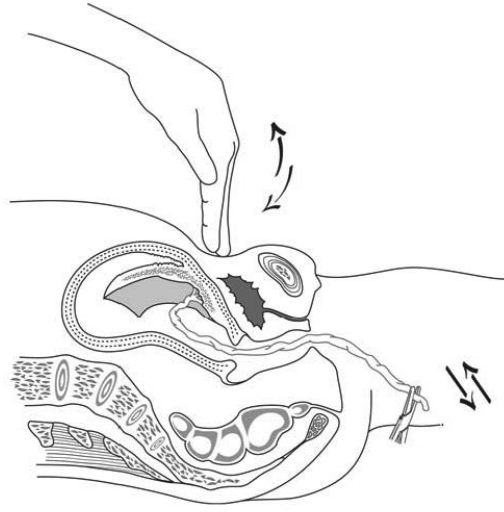
في حال عدم تطبيق أوكسيتوسين قبل خروج (ولادة) المشيمة، يجب تطبيقه بعد توليد المشيمة بشكل كامل. مع ذلك، يعد هذا أقل فعالية في الوقاية من النزف التالي للولادة.

أوكسيتوسين بالحقن الوريدي البطني أو الحقن العضلي: 5 أو 10 وحدات دولية سيكون إجراء استكشاف الرحم لإزالة حطام (بقايا) المشيمة أكثر صعوبة بعد حقن أوكسيتوسين. يجب التأكد من أن المشيمة كاملة قبل تطبيق أوكسيتوسين. بالإضافة إلى ذلك، يتم تدليك الرحم لمساعدة انكماش الرحم.

3.1.8 المراقبة

- نبض القلب، ضغط الدم، حجم فقدان الدم، أثناء انتظار توليد المشيمة وبعد إخراج (طرد) المشيمة (كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى، ثم كل 30 دقيقة خلال الساعة التالية) نظرًا لاستمرار خطورة حدوث النزف التالي للولادة.
- انفصال المشيمة: الضغط لأسفل على البطن فوق عظمة العانة مباشرةً. في حال عدم انكماش الحبل السري عند تطبيق الضغط، تكون المشيمة قد انفصلت (الشكل 1.8). لتسهيل الإخراج (الطرد) من المهبل في حال كان خروجها بطيئًا بعد الانفصال، يتم تطبيق ضغط متوسط الشدة على قاع الرحم باتجاه المهبل.
- ينكمش الرحم ويظل منكمسًا.

الشكل 1.8 - حدوث انفصال المشيمة في حال عدم انكماش الحبل السري عند تطبيق الضغط على البطن



4.1.8 فحص المشيمة

يتم فحص المشيمة للتحقق إخراجها (طردها) بشكل كامل. ينكمش الرحم بشكل ملائم فقط في حال كان فارغًا. عاجلاً أم آجلاً، سيؤدي الحطام (البقايا) المحتبس إلى حدوث نزف أو عدوى.

فحص الكيس الغشائي

يتم فرد الكيس عبر إدخال إحدى اليدين فيه، للبحث عن وعاء دموي ينتهي فجأة -مما يشير إلى احتمالية وجود فصوص إضافية متبقية في الرحم- أو للبحث عن تمزق يشير إلى احتباس الأغشية. في هذه الحالات، قد يكون من الضروري إجراء استكشاف الرحم يدويًا (الفصل 9، [القسم 3.9](#)).

فحص السطح الأمومي للمشيمة

فلقات حمراء زاهية، منتظمة. قد تشير أي ثقوب أو مناطق خشنة أو منخفضة، أو أي شقوق عميقة لا تصطف عند ضم الفلقات معًا إلى احتباس المشيمة، مما يتطلب إجراء استكشاف الرحم.

2.8 النزف التالي للولادة المبكر

يُعرّف النزف التالي للولادة المبكر بأنه النزف الذي يحدث خلال 24 ساعة (وعادةً بشكل فوري) بعد خروج (ولادة) المشيمة. ويتجاوز مقدار 500 مل حجم فقدان الدم الطبيعي في المرحلة الثالثة من المخاض. تعد المراقبة اللصيقة في غرفة الولادة ضرورية لمدة ساعتين بعد الولادة، لاكتشاف وعلاج النزف التالي للولادة بشكل سريع. غالبًا ما يتم تقدير حجم فقدان الدم بشكل خاطئ (بنسبة تصل إلى 50%). قد يؤدي تأخر العلاج إلى حدوث اضطرابات التخثر مع خطورة حدوث نزف غزير ومنتشر.

تعد الأسباب الأربعة الرئيسية للنزف التالي للولادة هي:

- الويني الرحمي (70% من الحالات): تم إخراج (طرد) المشيمة، لكن لم ينكمش الرحم. يتسع الرحم ويتمدد ويصبح رخوًا. تشمل عوامل حدوث الويني الرحمي: فرط التمدد (مَوْه السَّلَى، الحمل المتعدد، عمَلقة الجنين)، المخاض المُطَوَّل والعدوى (التهاب المشيمة والسَّلَى). قد يكون هو السبب أو العامل المُفَاعِم للنزف التالي للولادة.
- الرضوح التوليدية (20% من الحالات): تمزق الرحم، خاصًة في حالة الولادة المهبلية للنساء اللائي لديهن ندوب في الرحم، وأيضًا اللائي ليس لديهن ندوب في الرحم؛ انتهك عنق الرحم وانتهك المهبل؛ انقلاب الرحم.
- المشيمة المحتبسة (10% من الحالات): تظل المشيمة بالكامل أو حطام (بقايا) المشيمة متبقية في الرحم.
- اضطرابات التخثر (> 1% من الحالات): انظر الفصل 3، [القسم 2.2.3](#).

1.2.8 التدبير العلاجي خلال 30 دقيقة الأولى

- طلب المساعدة حيث يجب إجراء تدابير الإنعاش بالتوازي مع التدبير العلاجي التوليدي.
 - تسجيل نتائج التقييم الأولي والمراقبة والإجراءات في المخطط مع الإشارة للوقت.
- الجدول 1.8 - التدبير العلاجي الأولي**

التدبير العلاجي التوليدي الأولي	الإنعاش
<ul style="list-style-type: none">- تقييم ومراقبة فقدان الدم.- إزالة المشيمة يدويًا في حال عدم توليدها بعد.- إجراء تدليك الرحم لطرد أي جلطات ومساعدة انقباض الرحم (يتم التكرار كل 15 دقيقة خلال أول ساعتين بعد النزف التالي للولادة).- إدخال قنطار فولي: بقاء المثانة فارغة يسهل انكماش الرحم.- إجراء استكشاف الرحم لإزالة أي جلطات دموية أو حطام (بقايا) المشيمة والتحقق من عدم حدوث تمزق الرحم.- تطبيق أوكسيتوسين لتصحيح الويني الرحمي المحتمل أو لضمان انكماش الرحم: 5-10 وحدة دولية بالحقن الوريدي البطيء، ثم بدء التسريب الوريدي لجرعة 20 وحدة دولية ضمن 1 لتر من محلول رينغر لكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% خلال ساعتين (160 قطرة/دقيقة).- فحص قناة الولادة، والتحقق من أي إصابات في عنق الرحم أو المهبل باستخدام المباعيد.- في حال استمرار النزف 15 دقيقة بعد بدء تطبيق أوكسيتوسين وفقط في حال الاشتباه في الويني الرحمي، يتم تطبيق: ميزوبروستول تحت اللسان^(ب): 800 ميكروغرام^[1] و/أو ميثيل إرغوميترين بالحقن العضلي: 0.2 ملغ	<ul style="list-style-type: none">- وضع المريضة في وضعية مسطحة.- مراقبة: ضغط الدم، نبض القلب، الوعي، معدل التنفس، تشبع الأكسجين (في حال توافره). الأهداف: ضغط الدم الانقباضي ≤ 90 ملم زئبقي، تشبع الأكسجين $\leq 95\%$، المستوى الطبيعي للوعي، معدل إخراج البول ≤ 30 مل/ساعة.- في حال كان ضغط الدم الانقباضي > 90 ملم زئبقي، يتم رفع الساقين (تثبيت قدمي المريضة أو وضعهما في ركائبي طاولة الولادة).- إدخال خطين وريديين (قنطار قياس G18-16).- تعويض السوائل: محلول رينغر لكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% (1 لتر خلال 15 دقيقة ويتم التكرار حسب الضرورة).- إضافة 1 غ حمض الترانزيكساميك (لدى المرضى بعمر > 15 سنة، 15 ملغ/كغ، الجرعة القصوى 1 غ) ضمن اللتر الأول المستخدم للإنعاش بالسوائل.- الأكسجين (15 لتر/دقيقة).- تحديد الزمرة الدموية (فصيلة الدم) للمريضة، واختيار المتبرعين المحتملين أو التأكد من توافر الدم^(ب).- قياس مستوى الهيموغلوبين (HemoCue).

(أ) في حال نقل الدم، يجب فحص الدم (فيروس العوز المناعي البشري HIV النمطين 1 و2، التهاب الكبد ب و ج، الزهري، والملاريا في المناطق المتوطنة).

(ب) عند عدم إمكانية استخدام الطريق تحت اللسان، يتم تطبيق نفس الجرعة باستخدام الطريق الشرجي

2.2.8 التدبير العلاجي للنزف المستمر

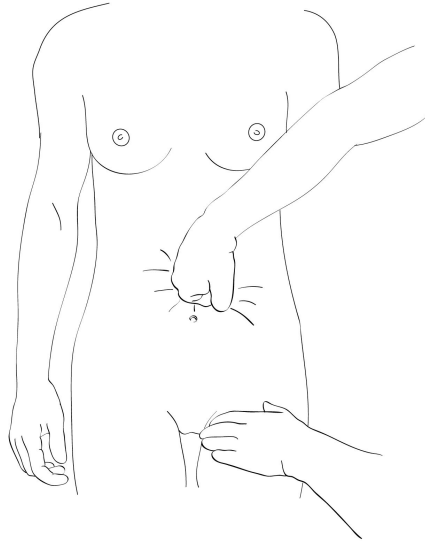
التدبير العلاجي التوليدي الإضافي	الإنعاش
<p>- في حالة استمرار الوني: يتم إدخال بالون داخل الرحم (ج) .</p> <p>- إجراء تدابير إضافية في حال الضرورة (القسم 3.2.8).</p> <p>- في حال استمرار النزف، يتم إجراء الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • العلاج الجراحي التحفظي: - الربط التدريجي للإمداد الدموي الرحمي (الأربطة المُدَوَّرَة، الشرايين الرحمية المبيضية، الشرايين الرحمية)؛ - الخياطة الضاغطة للرحم (خياطة بي-لينش أو خياطة أخرى) . • العلاج الجراحي الجذري: استئصال الرحم مع الحفاظ على الملحقات. <p>يفضل استئصال الرحم دون التام، حيث يقلل من وقت الجراحة.</p>	<p>- مواصلة تعويض السوائل.</p> <p>- تطبيق جرعة ثانية من حمض الترانيكساميك بعد 30 دقيقة من الجرعة الأولى: 1 غ (15 ملغ/كغ لدى المرضى بعمر > 15 سنة، الجرعة القصوى 1 غ) ضمن كيس يحوي 100 مل من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% خلال 15 دقيقة. يجب عدم تطبيق جرعات إضافية من حمض الترانيكساميك.</p> <p>- إجراء نقل الدم في وريد مخصص في حال:</p> <ul style="list-style-type: none"> • النزف الغزير (< 1500 مل)، أو • عدم استقرار ديناميكا الدم، أو • اضطرابات التخثر، أو • مستوى الهيموغلوبين ≥ 7 غ/ديسي ليدر <p>يتم نقل الدم الكامل الطازج أو نقل الكريات الحمراء المكدوسة أو الدم الكامل + البلازما الطازجة المجمدة في حالات النزف الغزير و/أو اضطرابات التخثر.</p>

(ج) في حال تم إدخال بالون داخل الرحم في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC)، يجب نقل المريضة بشكل إجباري إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) لتوفر الموارد الجراحية في حال الحاجة إليها.

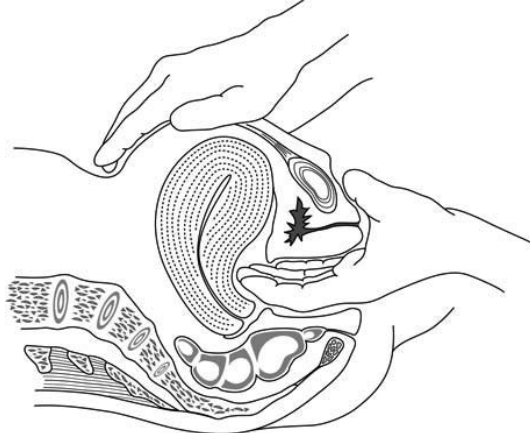
3.2.8 التدبير العلاجي للنزف الغزير بشكل فوري

في حالة فقدان الدم بمعدل 150 مل لكل الدقيقة أو الصدمة:

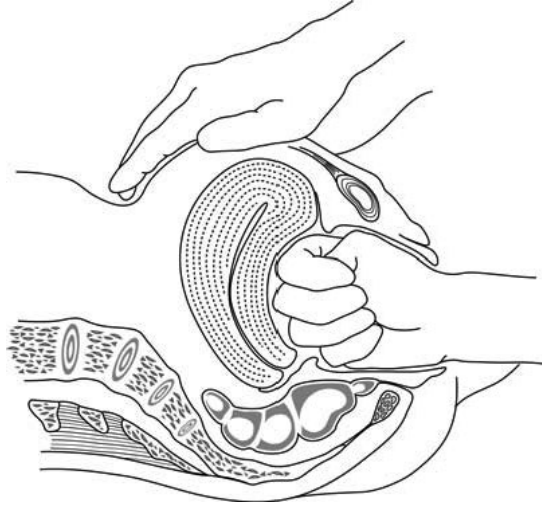
- يتم إجراء التدبير العلاجي الأولي بأسرع وقت ممكن، ويجب عدم الانتظار 30 دقيقة لإجراء التدبير العلاجي التوليدي الإضافي (دك (سد) بالبالون داخل الرحم، الإجراءات الجراحية).
 - بدء نقل الدم بأسرع وقت ممكن.
 - في حال الضرورة، يتم إجراء إحدى تدابير الضغط الإضافية أدناه.
- ضغط الشريان الأبهرى (الأورطي)**
- تطبيق ضغط على الشريان الأبهرى (الأورطي) البطني (فوق السرة مباشرة) حتى يصبح النبض الفخذي غير قابل للجس، لمدة تعادل مثلاً الوقت المستغرق لإدخال بالون داخل الرحم أو بدء بضع (شق) البطن (الشكل 2.8).
- الشكل 2.8 - ضغط الشريان الأبهرى (الأورطي)**



شكل 3.8 - ضغط الرحم باليدين (الشكل 3.8 والشكل 4.8).
الشكل 3.8 - ضغط الرحم بين الأصابع في المهبل واليد الأخرى الموضوعة على البطن



الشكل 4.8 - ضغط الرحم بين قبضة اليد واليد الأخرى الموضوعة على البطن



4.2.8 التدبير العلاجي لأسباب محددة

في حال اكتشاف الأسباب التالية، يكون من الضروري إجراء تدابير علاجية إضافية محددة.

الرضوح التوليدية

- تمزق الرحم: الفصل 3، [القسم 3.3](#).
- تمزقات عنق الرحم أو المهبل: [القسم 5.8](#).
- قد يؤدي بضع الفرج إلى النزف: يتم إيقاف النزف الشرياني بشكل مؤقت بواسطة ملقاط ثم الخياطة بأسرع وقت ممكن.
- انقلاب الرحم: [القسم 4.8](#).

المشيمة المحتبسة

- إزالة المشيمة يدويًا بشكل فوري في حال عدم توليدها بعد و/أو استكشاف الرحم الروتيني لإزالة أية جلطات أو حطام (بقايا) المشيمة (مما يسمح بانكماش الرحم بشكل جيد) والتحقق من عدم حدوث تمزق الرحم (خاصةً، في حالات الولادة المهبلية للنساء اللائي لديهن ندوب في الرحم).
- يتم إجراء إزالة المشيمة يدويًا واستكشاف الرحم يدويًا تحت التخدير. يجب عدم القيام بالإجراء بدون تخدير إلا إذا كان إجراء التخدير بشكل فوري غير ممكن.
- تطبيق العلاج الوقائي الروتيني بالمضادات الحيوية (الفصل 9، [القسم 2.1.9](#)).
- في حالات نادرة، يكون من المستحيل إزالة المشيمة يدويًا بسبب عدم وجود مستوى تَسَطُّر بين المشيمة وجدار الرحم (المشيمة الملتصقة). في هذه الحالة تتم الإحالة لإجراء استئصال الرحم.

اضطرابات التخثر

- في حالات اضطرابات التخثر:
 - يتم نقل الدم الكامل الطازج (تم الحصول عليه خلال فترة أقل من 4 ساعات ولم يتم تبريده) أو
 - يتم نقل الكريات الحمراء المكدوسة أو الدم الكامل + البلازما الطازجة المجمدة.
- قد تكون اضطرابات التخثر سببًا للنزف التالي للولادة ونتيجةً له أيضًا. يقلل التدبير العلاجي الفعال للنزف التالي للولادة من خطورة حدوث اضطرابات التخثر الثانوية.

الهوامش

(أ) لمزيد من المعلومات حول خياطة بي-لينش:

A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage 2nd Edition. Section 9, Chapter 51: Therapy for Non-atonic Bleeding, C. B-Lynch and H. Shah. Conservative Surgical Management

http://www.glowm.com/pdf/PPH_2nd_edn_Chap-51.pdf

المراجع

1. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.8 النزف التالي للولادة المتأخر

نزف مهبل غزير يحدث بعد الولادة بفترة تتراوح من 24 ساعة إلى 6 أسابيع.

1.3.8 التشخيص

مزيح من العلامات التالية: نرف مهبلي كرية الرائحة، حمى، الرحم رخو وأكبر من المتوقع، تدهور عام، فقر الدم.

2.3.8 الأسباب

- المشيمة المحتبسة أو الجلطات الدموية المصحوبة بعدوى ثانوية (التهاب بطانة الرحم).
- بشكل نادر، داء الأرومة الغاذية المستديم أو السرطانة المشيمائية.

3.3.8 التدبير العلاجي

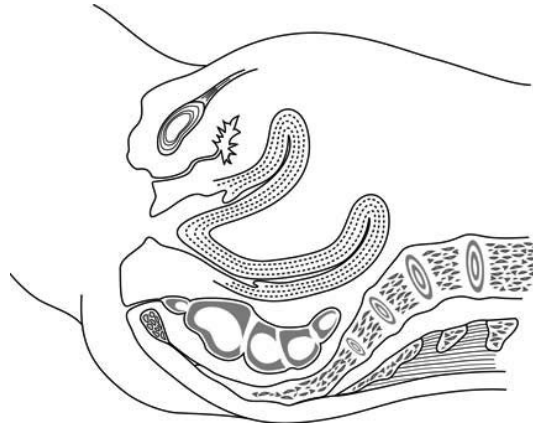
- إدخال المريضة إلى وحدة المرضى الداخليين.
- تطبيق العلاج بالمضادات الحيوية بشكل فوري:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك** الوريدي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين): 1 غ كل 8 ساعات + **جنتاميسين** بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم أو
- أمبيسيلين** الوريدي: 2 غ كل 8 ساعات + **ميترونيدازول** الوريدي: 500 ملغ كل 8 ساعات + **جنتاميسين** بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم
- يتم مواصلة العلاج لمدة 48 ساعة (حتى زوال الحمى)، ثم التغيير إلى:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك** الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) لإكمال 5 أيام من العلاج
- نسبة 1:8: 3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/62.5 ملغ 3 مرات في اليوم)
- نسبة 1:7: 2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/125 ملغ 3 مرات في اليوم)
- أو
- أموكسيسيلين** الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم + **ميترونيدازول** الفموي: 500 ملغ 3 مرات في اليوم، لإكمال 5 أيام من العلاج.
- يجب استكشاف الرحم يدويًا متى يسمح بذلك توسع عنق الرحم، بخلاف ذلك يتم إجراء الكشط الإصبعي (الفصل 9، [القسم 4.9](#)) أو الكشط بالأدوات باستخدام أوسع مكشطة متاحة (الفصل 9، [القسم 6.9](#))، وتطبيق أحد مقويات توتر الرحم (**أوكسيتوسين** بالحقن العضلي أو الحقن الوريدي البطيء: 5-10 وحدات دولية، أو في حال عدم توافره، **ميثيل إرغوميترين** بالحقن العضلي: 0.2 ملغ أو **ميزوبروستول** تحت اللسان: 800 ميكروغرام).

4.8 انقلاب الرحم

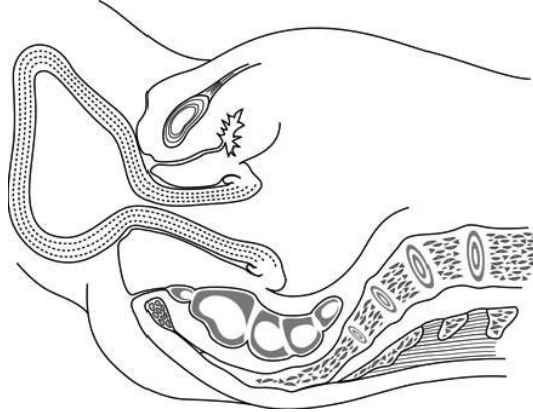
انقلاب الرحم من الداخل إلى الخارج، يحدث عادةً عند توليد المشيمة. غالبًا ما يكون ناجمًا عن الوني الرحمي (تعدد كبير في الولادات) أو شد الحبل السري بقوة مفرطة.

1.4.8 التشخيص

- الشعور عادةً بألم شديد في الحوض مع الإحساس "بنزول شيء ما"، وحدوث نرف متفاوت الشدة تتبعه صدمة نقص حجم الدم بشكل سريع.
- قاع الرحم غير واضح عند جس البطن، ويبرز في المهبل أو من فتحة المهبل (الشكل 5.8 والشكل 6.8).
- الشكل 5.8** - الرحم المقلوب لا يصل إلى فتحة المهبل

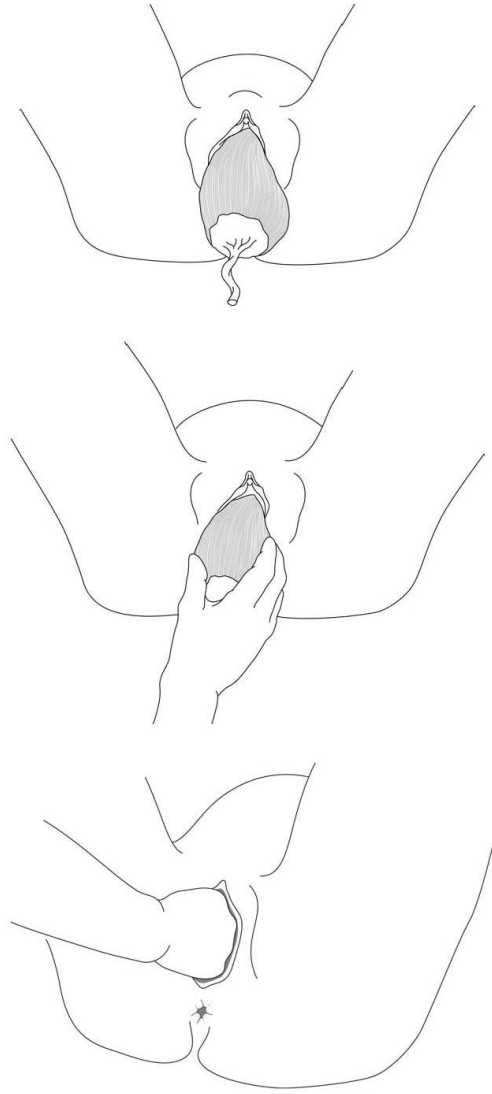


الشكل 6.8 - الرحم مقلوب تمامًا ويبرز عبر فتحة المهبل



2.4.8 التدبير العلاجي

- يتم علاج الصدمة والنزف بشكل فوري: انظر الإنعاش، [الجدول 1.8](#). يجب نقل الدم في حالة النزف الغزير بشكل فوري.
 - تطبيق حمض الترانيكساميك الوريدي ([القسم 1.2.8](#)) في حالة النزف الغزير أو في حال استمرار النزف بعد 15 دقيقة من التدبير العلاجي الأولي.
 - وضعية ترندلنبورغ (الاستلقاء على الظهر والرأس لأسفل).
 - إدخال قثطار فولي ومراقبة معدل إخراج البول.
 - إجراء التخدير العام إن أمكن.
 - في حال استمرار العلاج بمقويات توتر الرحم، يتم إيقافه لفترة كافية لتقليل الانقلاب.
 - مسح منطقة العجان بمحلول البوفيدون اليودي 10%.
 - في حال عدم انفصال المشيمة، يجب عدم إزالة المشيمة يدويًا إلا بعد تقليل الانقلاب.
 - أثناء ضغط الرحم، يتم دفعه للخلف بشكل تدريجي عبر عنق الرحم باستخدام إحدى اليدين (الأشكال 7.8)، باتجاه السرة، لإعادته إلى وضعه الطبيعي. باستخدام اليد الأخرى الموضوعة على البطن يتم تثبيت الرحم في موضعه.
 - في حال الضرورة، يتم استكشاف الرحم (برفق، لتجنب النكس (الرجعة)) لإزالة أي جلطات.
 - تطبيق العلاج الوقائي الروتيني بالمضادات الحيوية (الفصل 9، [القسم 2.1.9](#)).
 - استئناف أو بدء العلاج بمقويات توتر الرحم: **أوكسيتوسين** بالحقن الوريدي البطيء أو الحقن العضلي: 5 أو 10 وحدات دولية (أو في حال عدم توافره، **ميثيل إرغوميترين** بالحقن العضلي: 0.2 ملغ أو **ميزوبروستول** تحت اللسان: 800 ميكروغرام).
- الشكل 7.8 - تقليل انقلاب الرحم يدويًا



في حال فشل تقليل انقلاب الرحم يدويًا، يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراء جراحة بطنية: تقليل الانقلاب مع إمكانية قطع عنق الرحم المتوذم المنكمش، أو حتى استئصال الرحم المتأخر بعد حدوث نخر.

5.8 تمزقات عنق الرحم والمهبل

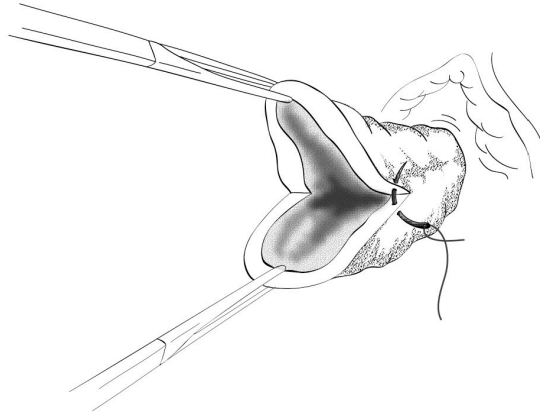
تحدث التمزقات أثناء الولادة، وتكون أكثر شيوعًا في حالات وذمة عنق الرحم، كبر حجم الجنين، أو الولادة بالأدوات (استخدام الملقط أو الاستخراج بالتخلية (آلة الشفط (المحجم)). يجب توفر طقم معقم يحوي مبايعد مهبلية وأدوات طويلة في كل جناح (عنبر) ولادة لاستكشاف وعلاج تمزقات عنق الرحم والمهبل العميقة.

1.5.8 التشخيص

يتم الاشتباه في حدوث التمزق في حالات النزف التالي للولادة عند انكماش الرحم بشكل جيد واستبعاد تمزق الرحم. يتم اكتشاف مصدر النزف أثناء فحص قناة الولادة، مع الفحص الدقيق للمهبل وعنق الرحم باستخدام اثنين من المبايعد المهبلية.

2.5.8 التدبير العلاجي

- إدخال خط وريدي (قنطار قياس 16G-18G)، وتطبيق محلول رينغر لكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9%.
 - في حالة فقدان الدم < 500 مل، انظر [القسم 2.8](#).
 - إن أمكن، إجراء التخدير النخاعي أو العام للحصول على رؤية جيدة.
 - تكون هناك حاجة عادةً لوجود أحد المساعدين لعرض الأنسجة باستخدام المبايد. ومن الضروري وجود إضاءة جيدة.
 - مسح منطقة العجان بمحلول البوفيدون اليودي 10%.
 - يتم سحب عنق الرحم نحو الخارج برفق باستخدام ملقط غير راضح (مثل الملقط الحلقي)، وتقييم مدى التمزق:
 - تمزق صغير في عنق الرحم، ونزف طفيف: يجب أن يلتئم بشكل تلقائي بدون خياطة وبدون حدوث مضاعفات.
 - تمزق أكبر في عنق الرحم، ونزف غزير: يجب خياطة عدة غرز على شكل X (الخياطة على شكل 8) في طبقة واحدة باستخدام خيط ممتص (قابل للامتصاص) نوع (Dec 3 (2/0)). يجب خياطة الغرزة الأولى فوق قمة الانهتاك للسيطرة على الشرايين المنكمشة (الشكل 8.8).
 - يجب أيضًا خياطة جدران المهبل في حال نزف الانهتاك. في حالة الانهتاكات المهبلية المتعددة مع أنسجة سهلة التفتت (هشة) تتمزق عند الخياطة، يتم إدخال حشوة (كمادة) مهبلية ثم إزالتها بعد 24 ساعة. يجب إدخال قنطار فولي أثناء وجود الحشوة (الكمادة) في موضعها.
 - في حال امتداد التمزق إلى الرحم (القطعة السفلية)، يجب نقل المريضة إلى الجراحة لإجراء بضع (شق) البطن.
- الشكل 8.8 - تمزق عنق الرحم**



الفصل التاسع: الإجراءات داخل الرحم

[1.9 الاحتياطات المطلوبة للإجراءات داخل الرحم](#)

[2.9 إزالة المشيمة يدويًا](#)

[3.9 استكشاف الرحم](#)

[4.9 الكشط الإصبعي](#)

[5.9 الشفط اليدوي بالتخلية](#)

[6.9 الكشط بالأدوات](#)

[7.9 تقطيع الجنين](#)

1.9 الاحتياطات المطلوبة للإجراءات داخل الرحم

- هناك نوعان من الإجراءات داخل الرحم:
- اليدوية: إزالة المشيمة يدويًا، استكشاف الرحم، والكشط الإصبعي.
 - بالأدوات: الشفط اليدوي بالتخلية، الكشط بالأدوات، وتقطيع الجنين.

1.1.9 الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم

إفراغ المثانة

- يسهل القيام بالإجراء ويقلل خطورة حدوث إصابة بالمثانة.
- الطلب من المريضة القيام بالتبول بنفسها.
 - إدخال قنطار بولي معقم فقط في حال عدم قيام المريضة بالتبول بنفسها.

التعقيم

- تنظيف الفرج والعجان بمحلول البوفيدون اليودي الرغوي (أو في حال عدم توفره بالصابون العادي). الشطف والتجفيف، ثم مسح الفرج والعجان بمحلول البوفيدون اليودي 10%.
- يتم استخدام أغطية جراحية معقمة، ريفادات (كمادات) معقمة وقفازات معقمة (قفازات خاصة بطب النساء معقمة طويلة الأكمام للإجراءات اليدوية).

التخدير

- يجب القيام بجميع الإجراءات تحت التخدير. يمكن القيام بالإجراء بدون تخدير فقط بشرطين: الحالة طارئة مهددة للحياة (مثل النزف التالي للولادة الناجم عن المشيمة المحتبسة)، وعدم إمكانية إجراء التخدير بشكل فوري.
- لإجراء الشفط اليدوي بالتخلية، توفر المشاركة بين تمهيد التخدير والتخدير الموضعي (الإحصار حول عنق الرحم) التخدير الملائم.

وقاية الطاقم الطبي

- جميع الإجراءات داخل الرحم تعرض الممارس لخطورة حدوث عدوى بالعوامل الممرضة المنقولة بالدم. تعد معدات الوقاية الشخصية ضرورية (قفازات، وزرة (سريال)، مئزر مطايطي أو بلاستيكي، قناع، نظارات واقية).

2.1.9 الاحتياطات الخاصة للإجراءات اليدوية

- لجميع الإجراءات اليدوية داخل الرحم، يتم إضافة:
- العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية قبل القيام بالإجراء:
- سيفازولين أو أمبيسيلين** بالحقن الوريدي البطني 2 غ جرعة واحدة.
- و
- مقوي لتوتر الرحم (بعد الإجراء مباشرة) لتحسين انقباضات الرحم:
- أوكسيتوسين** بالحقن العضلي أو بالحقن الوريدي البطني 5-10 وحدات دولية جرعة واحدة.

الهوامش

- (أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): **كليندامايسين** الوريدي 900 ملغ جرعة واحدة + **جنتاميسين** الوريدي 5 ملغ/كغ جرعة واحدة.

2.9 إزالة المشيمة يدويًا

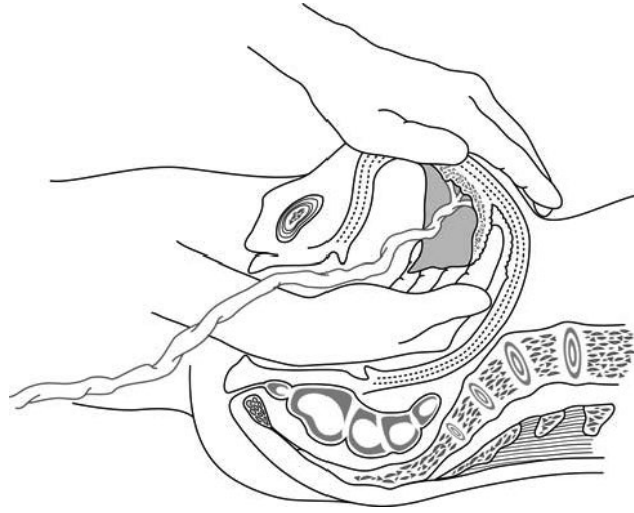
تفريغ المشيمة من الرحم باستخدام اليدين.

1.2.9 الدواعي

- عدم إخراج (طرد) المشيمة بعد 30-45 دقيقة من الولادة.
- النزف قبل إخراج (طرد) المشيمة بشكل تلقائي.

2.2.9 الطريقة

الشكل 1.9 - إزالة المشيمة يدويًا



- يجب اتباع الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم (القسم 1.1.9) والاحتياطات الخاصة للإجراءات اليدوية (القسم 2.1.9).
- تحجيم (تكويب) قاع الرحم باستخدام إحدى اليدين وتثبيتته لأسفل.
- التقدم باستخدام اليد الأخرى داخل الرحم، في وضعية الكب بشكل كامل، مباشرةً نحو قاع الرحم وتحديد موضع مستوى التشنُّج بين جدار الرحم والمشيمة باستخدام أطراف الأصابع. يتم إدخال هذه اليد حتى الساعد في السبيل التناسلي.
- بمجرد تحديد موضع مستوى التشنُّج، يتم استخدام حافة اليد في وضعية الكب مثل الملاعقة لفصل المشيمة وإحضارها للخارج.
- بشكل فوري، تتم إعادة إدخال اليد لإجراء استكشاف الرحم.
- في حالات نادرة، يكون من المستحيل إزالة المشيمة يدويًا بسبب عدم وجود مستوى تشنُّج بين المشيمة وجدار الرحم (المشيمة الملتصقة). في هذه الحالة تتم الإحالة لإجراء استئصال الرحم.

3.9 استكشاف الرحم

استكشاف جوف الرحم يدويًا للتحقق من سلامة الرحم وإزالة حطام (بقايا) المشيمة أو الجلطات الدموية التي تتداخل مع انقباضات الرحم، وبالتالي، إزقاء النزف.

1.3.9 الدواعي

- الاشتباه في تمزق الرحم .
- الاشتباه في احتباس حطام المشيمة بعد فحص المشيمة عقب توليدها.
- النزف التالي للولادة خلال 24 ساعة بعد الولادة.
- بشكل روتيني بعد إزالة المشيمة يدويًا.
- ملاحظة: في حالة النزف التالي للولادة، يجب استبعاد انهتكات المهبل أو عنق الرحم، خاصةً في حال بدت المشيمة كاملة وكان الرحم منقبضًا بشكل جيد (الفصل 8، [القسم 5.8](#)).

2.3.9 الطريقة

- يجب اتباع الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم ([القسم 1.1.9](#)) والاحتياطات الخاصة للإجراءات اليدوية ([القسم 2.1.9](#)).
- استكشاف الرحم الروتيني: الوجهين، الجانبيين، قاع الرحم، القرنين. يتم استخدام الأصابع للبحث عن حطام (بقايا) المشيمة وإزالتها باستخدام اليد.
- التأكد من حدوث انكماش الرحم باستخدام تدليك البطن: عند انكماش الرحم يصبح شبيهًا بكرة صلبة.

4.9 الكشط الإصبعي

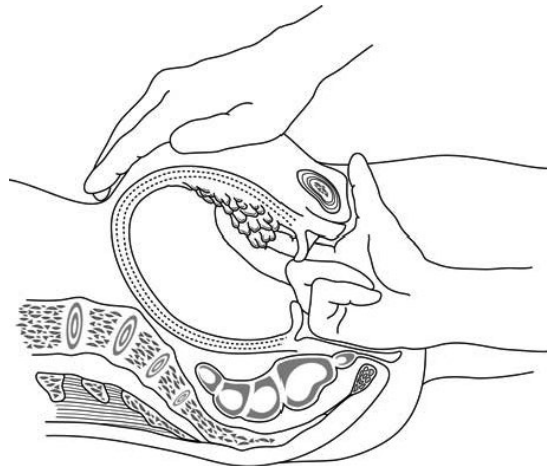
- استخدام إصبع أو عدة أصابع لإزالة حطام (بقايا) المشيمة أو الجلطات الدموية التي يتم اكتشافها لاحقًا بعد الإجهاض أو الولادة، عندما يكون توسع عنق الرحم غير كاف بشكل يجعل استكشاف الرحم مستحيلًا (مع ذلك، يجب أن يكون عنق الرحم مفتوحًا بشكل كافي للسماح بإدخال إصبع أو إصبعين إن أمكن).

1.4.9 الدواعي

- الاكتشاف المتأخر للإجهاض النازف أو المشيمة المحتبسة، عند عدم إمكانية إجراء استكشاف الرحم .

2.4.9 الطريقة

الشكل 2.9 - استكشاف الرحم باستخدام إصبعين



- يجب اتباع الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم ([القسم 1.1.9](#)) والاحتياطات الخاصة للإجراءات اليدوية ([القسم 2.1.9](#)).
- إدخال إصبع السبابة، وإصبع الوسطى إن أمكن، في جوف الرحم؛ وتحميم (تكوين) الرحم عن طريق البطن باستخدام اليد الأخرى.
- الاستكشاف بشكل منهجي وإزالة الحطام (البقايا) المتبقي.

5.9 الشفط اليدوي بالتخلية

تفريغ محتويات الرحم عن طريق الشفط.

1.5.9 الدواعي

- الإجهاض الناقص (غير المكتمل) قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.
- الحمل الرحوي (الرّحَى العُداریّة).
- إنهاء الحمل قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية (انظر [الفصل 12](#)).
- ملاحظة: بعد مرور 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، لا يكون الشفط اليدوي بالتخلية فعالاً، باستثناء في حالة الحمل الرحوي (الرّحَى العُداریّة).

2.5.9 الاحتياطات

- التهاب عنق الرحم القيحي وعدوى الحوض: يجب بدء تطبيق المضادات الحيوية قبل القيام بالإجراء.
- اضطرابات التخثر: خطورة حدوث النزف. يجب إجراء الشفط اليدوي بالتخلية في مرفق يتوفر به إمكانية إجراء جراحة طارئة ونقل الدم.

3.5.9 الأدوات

- طقم أدوات الشفط اليدوي بالتخلية:
- 2 محقنة الشفط اليدوي بالتخلية نوع "إيباس بلس" (Ipas Plus®) سعة 60 مل.
- 2 زجاجة من السيليكون لتزليق المحقنة.
- 20 مجموعة من القُنَيَّات المرنة نوع "إيباس إيزي غريب" (4-3، 5-6، 7-8، 9-10، 11-12 مم)، معقمة، وحيدة الاستعمال.
- 5 مُوسِّعات هيغار للرحم مزدوجة الأطراف (3-4، 5-6، 7-8، 9-10، 11-12 مم).
- 1 ملقط بوتزي حُطائيّ.
- 1 منظار مهبلي كولين.
- 1 مسبار رحمي.
- 1 ملقط ضماد تشيرون.
- 1 حُنْجود (وعاء صغير) سعة 100 مل.
- 1 سلة للأدوات من الفولاذ غير القابل للصدأ.
- جميع هذه الأدوات قابلة للتعقيم في الموصدة (الأوتوكلاف)، باستثناء القُنَيَّات التي تعد وحيدة الاستعمال بشكل صارم.
- أدوات الإجراء:

- 1 غطاء جراحي معقم لوضع الأدوات المعقمة عليه.
- 1 غطاء جراحي مزود بفتحات لوضعه على فُرْج المريضة.
- محلول البوفيدون اليودي الرغوي، أو في حال عدم توفره الصابون العادي.
- محلول البوفيدون اليودي الجلدي 10%.
- رفادات (كمادات) وقفازات معقمة.
- وسادة ماصّة لوضعها تحت إبطي المريضة.
- 1 إضاءة ساطعة.
- أدوات التخدير الموضعي:
- إبرة طويلة معقمة (للزلز القطعيّ قياس 22G أو للحقن العضليّ قياس 21G).

- ليدوكاين 1% (بدون إيبينيفرين) + محقنة وإبرة معقمين.

4.5.9 الطريقة

يجب اتباع الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم (القسم 1.1.9).

تحضير المريضة

في حال كانت المريضة تعاني من التهاب عنق الرحم القيحي أو عدوى الحوض، يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل إجراء الشفط اليودي بالتخلية (زيادة خطورة حدوث اثقاب الرحم). للعلاج بالمضادات الحيوية، انظر القسم 6.6.9.

إنضاج عنق الرحم

- عنق الرحم مفتوح: عدم إنضاج عنق الرحم باستخدام ميزوبروستول.
- عنق الرحم مغلق: **ميزوبروستول** 400 ميكروغرام جرعة واحدة، تحت اللسان قبل 1-3 ساعات من الإجراء، أو بالطريق المهبل في القبو الخلفي للمهبل قبل 3 ساعات من الإجراء^[1] لفتح عنق الرحم ومنع توسع عنق الرحم الرضحي.

العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية

ساعة واحدة قبل الإجراء: **دوكسيسيكليين** الفموي 200 ملغ جرعة واحدة أو **أزيثروميسين** الفموي 1 غ جرعة واحدة.

تمهيد التخدير الفموي

ساعة واحدة قبل الإجراء: **إيبوبروفين** الفموي 800 ملغ جرعة واحدة.
فقط في حالة القلق المفرط: **ديازيبام** الفموي 10 ملغ جرعة واحدة
ملاحظة: في حالة الإجهاض الناقص (غير المكتمل) المصحوب بنزف غزير، يجب عدم تأخير الإجراء. في مثل هذه الحالات:
- يجب عدم تطبيق تمهيد التخدير الفموي.
- في حال كان السياق يسمح (مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) مع توفر طبيب تخدير)، يتم القيام بالإجراء تحت التهديّة الواعية الوريدية أو التخدير العام.
- في حال عدم إمكانية التهديّة الواعية الوريدية أو التخدير العام، بدلاً من تمهيد التخدير الفموي يتم استخدام **ديكلوفيناك** بالحقن العضلي: 75 ملغ.

تحضير الأدوات

يتم تحضير عدة قُنِيَّات بمقاسات مختلفة:
- كقاعدة عامة، يجب أن يوافق قُطر القُنِيَّة تقريباً العمر الحملي بالأسابيع منذ آخر دورة شهرية. على سبيل المثال، في الأسبوع 10 منذ آخر دورة شهرية يتم اختيار قُنِيَّة ذات قُطر 8-10 مم.
- في الممارسة العملية، يعتمد قُطر القُنِيَّة التي يتم إدخالها على توسع عنق الرحم المطلوب. على سبيل المثال، في الأسبوع 10 منذ آخر دورة شهرية يمكن التوسيع بسهولة فقط حتى المُوَسَّع رقم 8 ويتم استخدام قُنِيَّة ذات قطر 8 مم.

الإحصار حول عنق الرحم

- تحضير المخدر الموضعي: سحب 20 مل من ليدوكاين 1%.
- إدخال المنظار؛ تطبيق محللول البوفيدون اليودي 10% على عنق الرحم والمهبل.
- وضع ملقط بوتزي على عنق الرحم الأمامي عند الساعة 12 (من الناحية العلوية في الوسط) وتطبيق الشد برفق على عنق الرحم لكشف المنطقة الانتقالية بين عنق الرحم وجدار المهبل. يتم تطبيق حقن الإحصار حول عنق الرحم في تلك المنطقة الانتقالية.
- يتم تطبيق 4 حقن، سعة 3-5 مل لكل منها، في 4 مواضع حول عنق الرحم (عند الساعة 2، 5، 7 و10)، وبعمق 2-3 مم بحد أقصى؛ يجب عدم تجاوز جرعة 20 مل بشكل إجمالي.

توسيع عنق الرحم

يتم توسيع عنق الرحم في حال عدم قدرة قناة عنق الرحم على استيعاب القُنيَّة الملائمة للعمر الحُملي (أو لحجم الرحم). يجب إجراء التوسيع برفق وبشكل تدريجي:

- باستخدام إحدى اليدين، يتم سحب المِلْقَط المثبت بعنق الرحم مع إبقاء الشد لوضع عنق الرحم وجسم الرحم بأفضل محاذاة ممكنة.

- باستخدام اليد الأخرى، يتم إدخال المُوَسِّع ذي القُطْر الأصغر؛ ثم تبديله بالمُوَسِّع التالي الأكبر في المقاس. يتم الاستمرار بهذه الطريقة باستخدام المُوَسِّع التالي في المقاس في كل مرة، حتى الوصول إلى التوسع الملائم للقُنيَّة المراد إدخالها، مع عدم إرخاء شد عنق الرحم على الإطلاق.

- إدخال المُوَسِّع عبر القُوَّة الداخلية. قد يتم الشعور بانعدام المقاومة؛ يشير هذا لعدم وجود حاجة لدفع المُوَسِّع أكثر من ذلك. لكن ليس بالضرورة أن يتم الشعور بهذا الانعدام في المقاومة. وفي تلك الحالة، يمكن افتراض أن القُوَّة الداخلية قد تم اختراقها عند إدخال المُوَسِّع لمسافة تجاوزت 5 سم من القُوَّة الخارجية.

- يجب عدم استخدام القوة مع مُوَسِّعات الرحم (خطورة حدوث تمزق أو انثقاب، خاصة عندما يكون الرحم منقلب بشدة للخلف أو للأمام).

الشفط

- الحفاظ على الشد على عنق الرحم باستخدام إحدى اليدين عبر تثبيت ملقط بوتزي.

- باستخدام اليد الأخرى، يتم إدخال القُنيَّة برفق في جوف الرحم. تدوير القُنيَّة مع تطبيق ضغط برفق يسهل من إدخالها. ببطء وبحذر يتم دفع القُنيَّة في جوف الرحم حتى تلامس قاع الرحم؛ ثم السحب للخلف بمقدار 1 سم.

- تثبيت المحقنة المعقمة التي سبق تحضيرها (تهيئة التخلية (تفريغ (شفط) الهواء)) إلى القُنيَّة.

- فك الصمامات في المحقنة لإجراء الشفط. يجب أن تكون محتويات الرحم مرئية عبر المحقنة (الدم ونواتج الحمل (الإخصاب) بيضاء اللون).

- بمجرد حدوث التخلية (تفريغ (شفط) الهواء) داخل المحقنة وإدخال القُنيَّة داخل الرحم، يتم إمساك المحقنة من الأنبوبة (وليس من المكبس)؛ وإلا قد يرتد المكبس ليدفع الأنسجة التي تم شفطها أو الهواء إلى داخل الرحم.

- يتم شفط كافة مناطق الرحم بحذر (خطورة حدوث انثقاب)، وتدوير القُنيَّة برفق ذهابًا وإيابًا بزاوية 180°. يجب الحرص على عدم فقد التخلية (تفريغ (شفط) الهواء) عبر سحب القُنيَّة خارج جوف الرحم.

- في حال امتلاء المحقنة، يتم غلق الصمامات، وفك المحقنة من القُنيَّة، وإفراغ المحتويات، ثم إعادة تهيئة التخلية (تفريغ (شفط) الهواء)، وإعادة تثبيت المحقنة إلى القُنيَّة واستئناف الإجراء.

- التوقف عندما يصبح الرحم فارغًا، كما يُستدل على ذلك من الرُشافة (الشفافة) الرغوية ذات اللون الأحمر الوردِي، مع عدم وجود أنسجة في المحقنة. من الممكن أيضًا تقييم إفراغ الرحم عبر تمرير القُنيَّة فوق سطح الرحم: في حال الشعور بحزير أو انقباض الرحم حول القُنيَّة، يمكن افتراض اكتمال تفريغ الرحم.

- يتم غلق الصمامات وفك المحقنة، ثم إزالة القُنيَّة والمِلْقَط. يجب التحقق من حدوث نزف قبل إزالة المنظار. في الظروف الجراحية، يمكن إجراء الشفط باستخدام قُنيَّة متصلة بآلة شفط كهربائية تحت ضغط 800 ملي بار كحد أقصى.

فحص المحتويات التي تم شفطها

لتأكيد اكتمال تفريغ الرحم، يجب التحقق من وجود الحطام (البقايا) وكميته، وتقييم ما إذا كان متوافقًا مع العمر الحُملي أم لا. يتكون الحطام (البقايا) من الرُغابات والأعشية الجنينية، وبعد 9 أسابيع أجزاء جنينية. لفحص الأنسجة عيانيًا، يتم وضعها في رفادة (كمادة) أو مصفاة، ثم شطفها بالماء.

لا يُوصى بإجراء فحص الأمواج فوق الصوتية الروتيني لتأكيد اكتمال تفريغ الرحم.

5.5.9 متابعة المريضة

- يجب عدم تطبيق مَقْو للتوتر الرحمي بشكل روتيني، باستثناء في حالة الحمل الرحوي (الرَّحَى العُدَارِيَّة).
- بعد الإجراء يستمر النزف البسيط غير المصحوب بجلطات. يجب مراقبة العلامات الحيوية وفقدان الدم لمدة ساعتين على الأقل. يجب وضع المريضة في وضعية مريحة أثناء فترة المراقبة.
- يكون هناك ألم متوسط الشدة عادةً، ويمكن تسكينه باستخدام باراسيتامول و/أو إيبوبروفين (الملحق 7).
- التحقق من وتحديث التحصين ضد الكزاز (التيتانوس) في حال الاشتباه في حدوث إجهاض غير آمن (الفصل 2، القسم 3.1.2).
- يمكن للمريضة العودة إلى المنزل في حال كانت العلامات الحيوية مستقرة وكانت قادرة على المشي، مع تزويدها بالمعلومات التالية:
 - سيستمر المعص (التشنجات) لعدة أيام (إعطاء مسكن للألم).
 - سيستمر النزف لمدة 8-10 أيام.
 - ستعود الدورة الشهرية خلال 4-8 أسابيع.
 - ستعود الخصوبة مرة أخرى خلال 8-10 أيام (يتم عرض وسيلة مانعة للحمل، الفصل 11، القسم 5.11).
 - يتم تقديم النصح حول النظافة والإصحاح؛ يجب عدم استخدام الغسول المهبلي.
 - العلامات والأعراض التي تتطلب الاستشارة: النزف طويل الأمد (لأكثر من أسبوعين)، النزف الأكثر غزارة من النزف الطبيعي أثناء الدورة الشهرية، الألم الشديد، الحمى، النوافض، التوعك، الإغماء.

6.5.9 المضاعفات

- عدم اكتمال تفريغ الرحم الناجم عن استخدام قُنيَّة صغيرة جدًا أو عن الشفط المتقطع: يجب البدء من جديد.
- انثقاب الرحم، النزف وعدوى الحوض: انظر القسم 6.6.9.
- الانصمام الهوائي: نادر للغاية، يحدث عند دفع مكبس المحقنة بينما لا تزال القُنيَّة داخل جوف الرحم.
- تدمّي (تراكم الدم في) الرحم: احتباس الدم داخل جوف الرحم خلال الساعات التالية للإجراء. يصبح الرحم متمدّدًا وحساسًا بشدة. يتم العلاج بإعادة تفريغ الرحم، وتطبيق دواء معجل للولادة، وتدليك الرحم.

للمزيد من المعلومات حول الشفط اليدوي بالتخلية:

Performing Uterine Evacuation with the Ipas MVA Plus® Aspirator and Ipas EasyGrip® Cannulae: Instructional Booklet (second edition, 2007).

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.194.935&rep=rep1&type=pdf>

المراجع

1. Ipas. (2018). Clinical Updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
<https://ipas.azureedge.net/files/CURHE18-march-ClinicalUpdatesinReproductiveHealth.pdf>

6.9 الكشط بالأدوات

إزالة حطام (بقايا) المشيمة بعد الإجهاض الناقص (غير المكتمل) أو التوليد غير المكتمل للمشيمة، باستخدام أداة (المكشطة).

1.6.9 الدواعي

- المشيمة المحتبسة أو الجلطات الدموية بعد الإجهاض الناقص (غير المكتمل): لا يعد الكشط الخيار الأمثل، ويستخدم فقط:
- قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية: الشفط اليدوي بالتخلية غير متوفر أو غير فعال.
- بعد 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية: توسع عنق الرحم بشكل طبيعي غير كاف لإجراء الكشط الإصبعي.
- المشيمة المحتبسة أو الجلطات الدموية بعد الولادة:
- مباشرةً بعد الولادة، دائماً ما توجد إمكانية لإجراء استكشاف الرحم أو الكشط الإصبعي؛ ولا يوجد سبب لإجراء الكشط بالأدوات.
- بعد الولادة، يستخدم الكشط بالأدوات فقط في ظروف استثنائية، عندما يكون توسع عنق الرحم بشكل طبيعي غير كاف للسماح باستكشاف الرحم أو الكشط الإصبعي.

2.6.9 الاحتياطات

يجب القيام بهذا الإجراء في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).

3.6.9 الأدوات

طقم أدوات الكشط:

- 1 مجموعة من 3 مكاشط ذات حافة كليلة (غير حادة).
- 1 ملقط أنسجة ديباكي.
- 2 مباعيد مهبلية.
- 8 مُوسَّعات هيغار للرحم (4، 6، 8، 10، 12، 14، 16، 18 مم).
- 1 ملقط بوتزي حُطائي.
- 1 منظار مهبلي كولين.
- 1 مسبار رحمي.
- 1 ملقط ضماد تشيرون.
- 1 حُنْجود (وعاء صغير) سعة 100 مل.
- 1 سلة للأدوات من الفولاذ غير القابل للصدأ.

4.6.9 الطريقة

يجب اتباع الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم ([القسم 1.1.9](#)).

تحضير المريضة

- في حال كانت المريضة تعاني من التهاب عنق الرحم القيحي أو عدوى الحوض، يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل إجراء الكشط (زيادة خطورة حدوث انثقاب الرحم). للعلاج بالمضادات الحيوية، انظر [القسم 6.6.9](#).
- في حالة الإجهاض الناقص (غير المكتمل) في الثلث الثاني من الحمل أو بعد الولادة: العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية (سيفازولين أو أمبيسيلين بالحقن الوريدي البطيء^أ، 2 غ جرعة واحدة).
- تحضير عنق الرحم: كما في الشفط اليدوي بالتخلية ([القسم 4.5.9](#)).

التخدير العام أو النخاعي

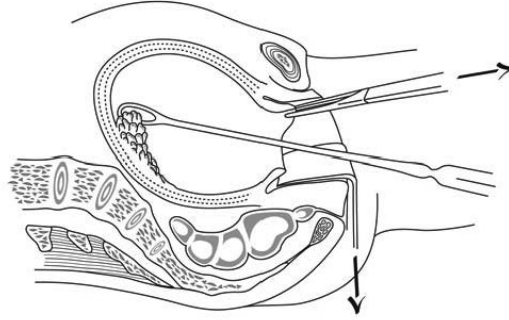
في حال عدم توفره، يتم استخدام تمهيد التخدير + الإحصار حول عنق الرحم كما في الشفط اليدوي بالتخلية (القسم 4.5.9).

توسيع عنق الرحم

كما في الشفط اليدوي بالتخلية (القسم 4.5.9).

الكشط

الشكل 3.9 - الكشط



- باستخدام إحدى اليدين، يتم سحب مِلْقَط بوترزي المثبت بعنق الرحم مع إبقاء الشد لوضع عنق الرحم وجسم الرحم بأفضل محاذاة ممكنة.
- يجب اختبار أكبر مِكشِطَة ممكنة، فكلما كانت المِكشِطَة أصغر كلما كانت خطورة حدوث الرضح أعلى. يُحدد المقاس بمقدار التوسع الذي يمكن الحصول عليه باستخدام المُوَسَّعات.
- يمكن استخدام المِسبار، لكنه ليس إلزاميًا. ويمكن أيضًا تقييم عمق الرحم عبر إدخال المِكشِطَة برفق نحو قاع الرحم وملاحظة الطول الذي تم إدخاله.
- يتم الاستكشاف بدءًا من قاع الرحم باتجاه الأسفل نحو عنق الرحم، لإحضار الحطام (البقايا) للخارج، مع تجنب حدوث الانتقاب. يتم الإمساك بالمِكشِطَة بخفة بين إصبعي الإبهام والسبابة، مع إراحة المقبض على أطراف الأصابع الأخرى، مما يسمح بحركة تذبذبية. يجب عدم إمساك المِكشِطَة بكامل اليد.
- يعتبر الهدف فصل الحطام (البقايا) بدون كشط الأغشية المخاطية. ليس من الضروري توقع الشعور بلمس رملي عبر المِكشِطَة عندما يكون الكشط عميقًا للغاية.
- عند انتهاء الإجراء، يجب التأكد من اكتمال تفريغ الرحم: عدم خروج المزيد من الأنسجة مع المِكشِطَة. الشعور بلمس خشن عند مرورها فوق سطح الرحم بأكمله.

5.6.9 متابعة المريضة

بعد الإجهاض

نفس المتابعة والنصح كما في بعد الشفط اليدوي بالتخلية (القسم 5.5.9).

بعد الولادة

تطبيق أوكسيتوسين بشكل روتيني بالحقن العضلي أو بالحقن الوريدي البطني: 5 أو 10 وحدات دولية.

6.6.9 المضاعفات

النزف المستمر

- عدم اكتمال تفريغ الرحم: يجب البدء من جديد.
- الوني الرحمي: تطبيق 5-10 وحدات دولية من **أوكسيتوسين** بالحقن الوريدي البطيء.
- انهنكات المهبل أو عنق الرحم (شائعة مع حالات الإجهاض غير الآمن): يجب خياطتها في حال الضرورة.

اثقاب الرحم

- اثقاب الرحم بواسطة المُوسَّعات أو المكاشط: النزف، دخول الأداة بشكل عميق للغاية، والألم.
- العلاج هو التزام الراحة بالإضافة إلى المضادات الحيوية لمدة 5 أيام:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك** الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) نسبة 1:8:3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/62.5 ملغ 3 مرات في اليوم).
- نسبة 1:7:2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/125 ملغ 3 مرات في اليوم).
- أو
- أموكسيسيلين** الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم + **ميترونيدازول** الفموي: 500 ملغ 3 مرات في اليوم.
- في حالة الحمى المصحوبة بإفرازات مهبلية كريهة الرائحة، يجب تطبيق العلاج لمدة 10 أيام.
- في حال كانت المريضة في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC) تتم إحالتها إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).
- يجب مراقبة العلامات الصفاقية (الألم أو منعكس الدفاع العضلي) خلال الأيام التالية. يستلزم ظهور هذه العلامات إجراء بضع (شق) البطن لاستكشاف وجود آفات محتملة في أعضاء البطن.
- إمكانية إصابة المثانة ثم حدوث ناسور لاحقاً بشكل محتمل، في حال عدم إفراغ المثانة قبل الكشط. في حال حدوث ذلك، يجب تركيب قثطار بولي على الفور وتركه في موضعه لمدة 7 أيام؛ حيث يسمح ذلك عادةً بالتئام المثانة.

العدوى

- يجب الوقاية من التهاب بطانة الرحم، التهاب البوق، التهاب البيريتوان (الصفاق) الحوضي والإنتان الدموي؛ وذلك عبر اتباع التقنية المعقمة بشكل صارم والإجراءات غير الرضحية، وتطبيق العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية في حالات ما بعد الولادة والإجهاض في الثلث الثاني من الحمل ([القسم 2.1.9](#)).
- لدى المريضة المصابة بحمى مصحوبة بعدوى الحوض، يتم بدء العلاج بالمضادات الحيوية:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك** الوريدي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين): 1 غ كل 8 ساعات + **جنتاميسين** بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم.
- أو
- أمبيسيلين** الوريدي: 2 غ كل 8 ساعات + **ميترونيدازول** الوريدي: 500 ملغ كل 8 ساعات + **جنتاميسين** بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم.
- يجب متابعة العلاج حتى زوال الحمى (48 ساعة على الأقل)، ثم التغيير إلى:
- أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك** الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) لاستكمال 5 أيام من العلاج نسبة 1:8:3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/62.5 ملغ 3 مرات في اليوم).
- نسبة 1:7:2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/125 ملغ 3 مرات في اليوم).
- أو
- أموكسيسيلين** الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم + **ميترونيدازول** الفموي: 500 ملغ 3 مرات في اليوم، لاستكمال 5 أيام من العلاج.
- في حالة الاثقاب، يجب تطبيق العلاج لمدة 10 أيام.

الهوامش

- (أ) بالنسبة للمريضات اللاتي لديهن سابقة تفاعلات فرط التحسس الفورية من البنسيلين (شرى، مشاكل تنفسية أو وذمة): **كلينداميسين** الوريدي 900 ملغ جرعة واحدة + **جنتاميسين** الوريدي 5 ملغ/كغ جرعة واحدة.

7.9 تقطيع الجنين

عملية جراحية مخربة (عملية تفتيت) لتقليل حجم الجنين الميت لتسهيل الولادة المهبلية عند وجود انسداد يمنع حدوث ذلك بشكل طبيعي.

هناك عدة أنواع من تقطيع الجنين:

- حَجَّ القحف: إجراء يتم فيه إحداث ثقب في جمجمة الجنين لتقليل حجم رأس الجنين الذي يمنع الولادة. يمكن إجراؤه إما في المجيء الرأسي المُعَرَّفَل، أو احتباس الرأس المتأخر في المجيء المقعدي.
- سَدُّخ القحف: إجراء يتم فيه سحق عظام جمجمة الجنين. يتم إجراؤه في حال الضرورة بعد حَجَّ القحف للسماح باستخراج رأس الجنين.
- فصل (قطع) الرأس: إجراء يتم فيه فصل (قطع) رأس الجنين لتخفيف الانحشار الناجم عن المجيء المستعرض.
- استئصال الأجزاء: إجراء يتم فيه إحداث بضع (شق) في البطن أو الصدر في حالة وجود كُتَل أو تجمع السوائل (استسقاء) الذي يمنع ولادة الجنين.
- قطع الترقوة: إجراء يتم فيه قطع إحدى الترقوتين أو كليهما لتقليل القُطر بين الأخرمين في حالة عسر ولادة الكتفين التي لا يمكن تدبيرها بالمناورات الأخرى.

يشكل تقطيع الجنين خطورة لحدوث الرضح (مثل تمزق الرحم، إصابات عنق الرحم أو المهبل وتلف الأنسجة الرخوة لدى الأم المصحوب بنواسير)، خاصةً أنه غالبًا ما يتم إجراؤه على رحم هش ومصاب بعدوى. تعد تلك الخطورة مرتفعة بشكل خاص في حالة فصل (قطع) الرأس.

هناك عدد قليل ممن لديهم الخبرة بهذه الإجراءات. يجب على القائم بالتوليد أن يكون لديه المعرفة بطب التوليد وأن يشعر بالراحة لدى إجراء المناورات التوليدية، وأن يكون لديه المهارات اللازمة لتدبير المضاعفات المحتملة. يفضل بعض الممارسين إجراء الولادة بالجراحة القيصرية لاستخراج الجنين الميت بدلاً من اللجوء إلى تشويبه. مع ذلك، بغض النظر عن طريقة الولادة (الولادة بالجراحة القيصرية أو المهبلية)، تشكل الولادة المعرّقة خطورة كبيرة لحدوث عدوى النفاس والناور والنزف التالي للولادة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للولادة بالجراحة القيصرية أن تعرض الأم لخطورة كبيرة لكلا من حياتها ووظائفها الحيوية. يعد الهدف من تقطيع الجنين هو تقليل تلك المخاطر.

يجب إجراء تقطيع الجنين في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC) (يجب إحالة المريضة في حال الضرورة، حتى في حال استغرقت الإحالة بعض الوقت).

1.7.9 الشروط العامة والاحتياطات

لا يوجد داع لاستخراج الجنين بشكل عاجل. يجب إعطاء الأولوية للرعاية المركزة بالأم (إدخال خط وريدي، الإمهاء الوريدي، العلاج بالمضادات الحيوية في حالات تمزق الأغشية المُطوّل أو العدوى، والقثطرة البولية).

- يمكن إجراء تقطيع الجنين بمجرد أن تصبح حالة الأم مستقرة، وذلك وفقاً للشروط التالية:
- تأكيد وفاة الجنين: غياب أصوات القلب لدى الجنين بالدوبلر الجنيني أو بالأموح فوق الصوتية.
- تأكيد وجود عائق للولادة المهبلية بسبب حجم و/أو مجيء الجنين.
- تأكيد إمكانية الوصول الملائم للجنين: توسع عنق الرحم الكامل أو شبه الكامل وتمزق الأغشية.
- إدخال قثطار فولي.
- القيام بالإجراء في غرفة العمليات مع الالتزام بشروط التعقيم بشكل صارم وتحت التخدير؛ يجب الاستعداد دائماً لإجراء بضع (شق) البطن في حال تمزق الرحم.
- تخصيص وقت للشرح للأم والعائلة المنافع المتوقعة (تجنب الولادة بالجراحة القيصرية) والمضاعفات المحتملة (احتمالية بضع (شق) البطن في حال فشل تقطيع الجنين أو في حال تمزق الرحم). يجب الحصول على موافقة المريضة.
- بعد استخراج الجنين، يجب بشكل روتيني فحص:
- جوف الرحم (استكشاف الرحم مع العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية، [القسم 3.9](#)).
- جدران المهبل (استخدام المبادئ المهبليّة الموجودة ضمن طقم أدوات الكشط، على سبيل المثال، للحصول على رؤية جيدة).
- بعد الإجراء، يتم تطبيق **أوكسيتوسين** بشكل روتيني بالحقن العضلي أو بالحقن الوريدي البطيء: 5 أو 10 وحدات دولية.
- في حالة الولادة المعرّقة، يتم ترك قثطار فولي في موضعه لمدة 14 يوم لتقليل خطورة حدوث تكون الناسور.
- يجب العناية بـجثمان الجنين: خياطة جروح الجلد؛ تنظيف ولف الجنين قبل عرضه أو إعطائه لوالديه أو عائلته تبعاً لرغبتهم.

2.7.9 الموانع

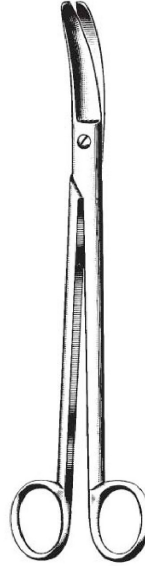
- الشك في وفاة الجنين أو حياته.
- تمزق الرحم.
- توسع عنق الرحم غير الكامل.

3.7.9 الأدوات

- ثاقوب سميلي (الشكل 4.9)
- مقص دوبوا، أو مقص عريض منحنى (الشكل 5.9)
- مشداخ قحفي براون (الشكل 6.9)
- 4 ملاقط فور



الشكل 6.9
مِشْدَاخ قحفي
براون



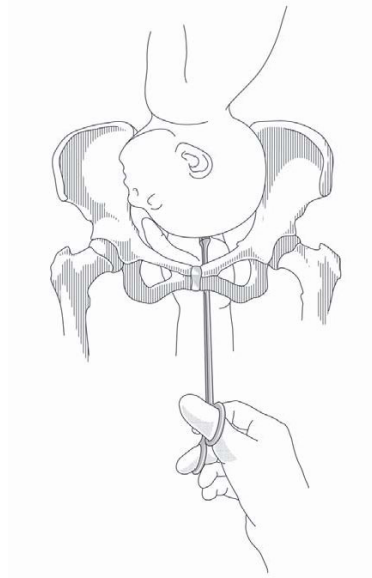
الشكل 5.9
مقص دوبوا



الشكل 4.9
ثاقوب سميلي

4.7.9 حَجَّ القحف في المجيء الرأسي المُعَرِّقَل

الشكل 7.9 - تقطيع الجنين باستخدام ثاقوب سميلي



- يقوم أحد المساعدين بوضع كفيّ يديه كليهما على بطن الأم وتطبيق ضغط لأسفل على رأس الجنين باتجاه الحوض.
- إدخال إحدى اليدين، على شكل قناة، في المهبل حتى تلامس رأس الجنين.
- باستخدام اليد الأخرى، يتم تمرير الثاقوب عبر القناة التي تم تشكيلها باليد الأولى (لحماية المهبل) حتى يلامس رأس الجنين. يمكن القيام بذلك تحت الرؤية المباشرة بعد التباعد بواسطة المبادئ المهبليّة.
- يجب إحداث الثقب في مركز الجمجمة لحماية الأنسجة الرخوة للأم. يكون من الأسهل إحداثه في اليافوخ. يتم تدوير الأداة لإحداث الثقب، ثم إخراجها ليتمكن نزع السائل الدماغي النخاعي و/أو المادة الدماغية عبر الثقب.
- بمجرد تصريف السائل الدماغي النخاعي، ينخمس (يتقلص) الرأس وتصبح الولادة سهلة؛ في حال عدم حدوث ذلك، يتم شد الجمجمة باستخدام 3 أو 4 ملاقط الممسكة بفروة الرأس حول الثقب. في حال الضرورة، يتم إجراء شُدْح القحف.

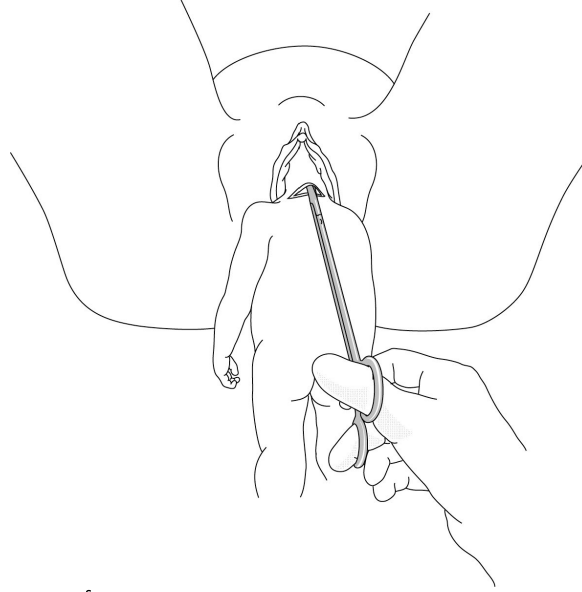
ملاحظة: في حالة استسقاء الدماغ (موه الرأس) لدى الجنين، يمكن إجراء الشفط بالإبرة بدلاً من الثقب.

5.7.9 شَدْخ القحف

- إدخال الفك الصلب لمَشْدَاخ القحف في الفتحة التي تم إحداثها بواسطة الثاقوب. ويتم وضع الفك المجوف بجانب الجمجمة بطريقة مشابهة لوضع مِلْقَط التوليد.
- يتم ضبط الفكين بواسطة اللولب (مسمار التثبيت) ثم استخراج الرأس في أفضل اتجاه ممكن.

6.7.9 حَجَّ القحف في احتباس الرأس المتأخر في المبيء المقعدي

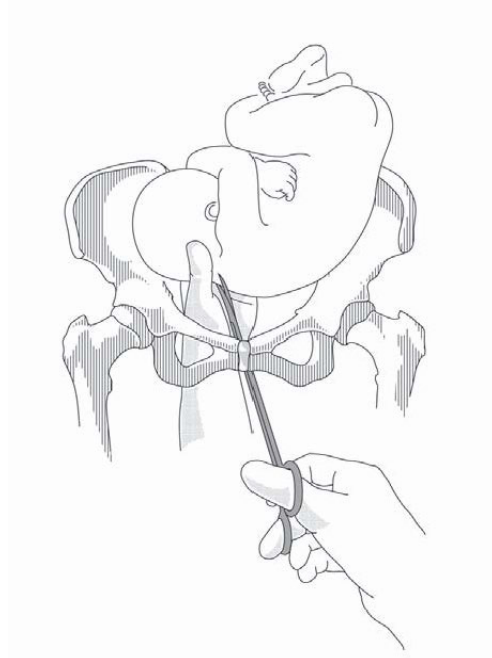
الشكل 8.9 - حَجَّ القحف في احتباس الرأس المتأخر



- يقوم أحد المساعدين بوضع كفيّ يديه كليهما على بطن الأم وتطبيق ضغط لأسفل على رأس الجنين باتجاه الحوض.
- سحب جسم الجنين للخارج وللأسفل للوصول إلى القذال. في حال الضرورة، يتم إبعاد جدار المهبل الأمامي باستخدام مبادئ جدار المهبل.
- إدخال الثاقوب (أو المقص، في حال عدم وجود ثاقوب) تحت القذال. يتم تدوير الأداة لإحداث الثقب. يتم الفتح والغلق لتقطيع المحتويات.
- يتم إخراج الثاقوب وشد الجذع. في حال ظل الرأس محتبسًا، يتم الشد مباشرة من الجمجمة باستخدام المِلْقَط المثبت حول الثقب. ملاحظة: في حالة استسقاء الدماغ (موه الرأس) لدى الجنين، يمكن إجراء الشفط بالإبرة بدلاً من الثقب.

7.7.9 فصل (قطع) الرأس في المبيء المستعرض

- يعد هذا الإجراء النوع الأكثر صعوبة لتقطيع الجنين، والذي يشكل الخطورة الأكبر لحدوث الإصابات الرضحية لدى الأم.
 - في حال كان الجنين كبير الحجم و/أو يصعب الوصول إليه، لا يمكن إجراء تقطيع الجنين وتكون الولادة بالجراحة القيصرية هي الخيار الأول والوحيد. يجب إدراك أن الولادة بالجراحة القيصرية ستكون مصحوبة بمضاعفات، مع احتمالية استخراج الجنين بصعوبة وخطورة حدوث اتساع في بضع (شق) الرحم.
 - يمكن محاولة إجراء تقطيع الجنين في حال كان الجنين صغير الحجم ويسهل الوصول إليه. تتم أولاً محاولة إجراء التحويل الداخلي (الفصل 7، [القسم 8.7](#)) في غرفة العمليات تحت التخدير والاستخراج المقعدي التام (الفصل 6، [القسم 3.6](#))، مع أو بدون حَجَّ القحف.
- الشكل 9.9 - فصل (قطع) الرأس باستخدام المقص



- تحديد وضعية الجنين بشكل دقيق (وضعية الرأس والرقبة وتحديد الذراع المتدلّية).
- في حالة المجيء الكتفي المهمل (الفصل 7، [القسم 1.6.7](#))، يقوم أحد المساعدين بشد الذراع المتدلّية (يجب عدم محاولة قطع الذراع المتدلّية أولاً، حيث يمكن استخدامها في شد الجسم للأسفل).
- يتم تمرير إحدى اليدين خلف الجنين وإحاطة الرقبة بإصبعي الإبهام والسبابة، مثل القلادة.
- باستخدام اليد الأخرى، يتم تمرير المقص مغلقاً عبر القناة التي تم تشكيلها باليد الأولى، مع إبقائه بشكل مسطح على اليد. يجب التقدم نحو الرقبة بزاوية صحيحة بشكل حتمي.
- باستخدام الأصابع للتحكم والتوجيه في تجويف القناة التي تم تشكيلها باليد، يتم قطع الرقبة شيئاً فشيئاً بفتح شفرتي المقص فقط بشكل محدود في كل مرة.
- بعد فصل الرأس، يتم إحضار الذراعين للأسفل الواحدة تلو الأخرى ثم توليد الجسم.
- لتوليد الرأس، يتم الإمساك بجذعة الرقبة والشد للأسفل، وإجراء التوليد كما في احتباس الرأس المتأخر، ووضع الأصابع في فم الجنين.

8.7.9 استئصال الأحشاء

- بدايةً، يجب محاولة بزل البطن باستخدام إبرة. فقد يكون ذلك كافياً لتقليل استسقاء الجنين مما يسمح بالولادة.
- في حال فشل ذلك (إما لعدم تقليل السوائل بشكل كافي أو لوجود كتلة صلبة)، يتم استخدام المقص لبضع (شق)، تحت الرؤية، جدار البطن وإزالة الأعضاء.

9.7.9 قطع الترقوة

- من الصعب قطع إحدى الترقوتين أو كليهما باستخدام مقص دوبوا، وتوجد خطورة كبيرة لقطع أنسجة الأم. يجب عدم محاولة هذا الإجراء إلا بعد فشل جميع المناورات التوليدية الموصوفة في الفصل 7، [القسم 1.5.7](#) بعد القيام بعدة محاولات.

للمزيد من المعلومات حول الولادة المُخرّبة، انظر:

Primary Surgery: Non-Trauma v.1. 1990.

https://storage.googleapis.com/global-help-publications/books/help_primarysurgery.pdf [Accessed 12 December 2018]

الفصل العاشر: رعاية حديثي الولادة في مستشفى الولادة

[1.10 الرعاية والفحوص الروتينية](#)

[2.10 إنعاش حديثي الولادة](#)

[3.10 رعاية حديثي الولادة المرضى](#)

[4.10 الرعاية النوعية عند إصابة الأم بمرض قابل للانتقال](#)

[5.10 رعاية حديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض \(> 2500 غ\)](#)

[6.10 معايير الخروج من مستشفى الولادة](#)



1.10 الرعاية والفحوص الروتينية

1.1.10 في الساعات الأولى من الحياة

يجب توقع الحاجة لإجراء إنعاش في كل ولادة. يجب توفر المعدات اللازمة في متناول اليد وجاهزة للاستخدام

التقييم الأولي

عند الولادة، يتم تجفيف حديث الولادة بعناية وتقييم حالته بشكل سريع:

حديث الولادة	
<ul style="list-style-type: none">• يتنفس أو يبكي بشكل تلقائي• لديه توتر عضلي جيد ويستجيب عند التحفيز• نبض القلب < 100 نبضة/الدقيقة• يصبح لونه وردي بشكل سريع	<ul style="list-style-type: none">• لا يتنفس بشكل تلقائي أو يتنفس بصعوبة• لديه توتر عضلي ضعيف• نبض القلب ≥ 100 نبضة/الدقيقة• لديه زُرّاق مركزي مستديم من الدقيقة الأولى
 بدء الرعاية الروتينية	 بدء الإنعاش القسم 2.10

ملاحظة: في حال اصطباغ السائل السلوي (السّلى) (السائل الأمنيوسي) بالبراز الجنين) لكن حديث الولادة يتنفس بشكل تلقائي، يتم مسح الوجه وبدء الرعاية الروتينية كالمبين أدناه.

تنظيم الحرارة

- عند الولادة:

- تجفيف حديث الولادة باستخدام قطعة قماش نظيفة وجافة.
- لف حديث الولادة بقطعة قماش أخرى نظيفة وجافة.
- وضع حديث الولادة على جسم الأم (بعد تجفيفه) وتغطيته بقطعة قماش جافة أو بطانية.
- إجراء فحص سريري شامل لحديث الولادة في جهاز تدفئة حديثي الولادة.
- تغطية الرأس بقلنسوة (قبعة) لتقليل فقدان الحرارة.
- يجب إبقاء درجة الحرارة تحت الإبط بين 36 و37 °مئوية، وأن تظل قدما حديث الولادة وريدتين ودافنتين.
- إبقاء حديث الولادة في غرفة دافئة (بين 23 و25 °مئوية).
- تأخير تحميم حديث الولادة حتى 24 ساعة بعد الولادة. في حال عدم إمكانية ذلك لأسباب ثقافية، يجب تأخيره لمدة 6 ساعات على الأقل.

بالنسبة لحديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض، انظر [القسم 5.10](#).

ربط (لقط) الحبل السري والعناية به

- يجب الانتظار لمدة 1-3 دقائق على الأقل قبل ربط (لقط) الحبل السري (خاصة لدى حديثي الولادة بوزن > 2500 غ).
- يتم ربط (لقط) الحبل السري باستخدام مِلْقَطَيْن كوشر (كوخر) على مسافة 10 سم من السُرَّة، والقطع بين المِلْقَطَيْن. يجب استخدام نصل (شفرة) أو مقص معقمين؛ واستخدام مقص مختلف عن المستخدم في بضع الفُرْج.
- يتم ربط الحبل السري باستخدام ملقاط بار أو خيط معقم (ربطة مزدوجة)، مع ترك جَدْعَة بطول 2-3 سم.
- تطهير السُرَّة: تطبيق **ثنائي غلوكونات الكلورهكسديدين 7.1%** (ينقل كلورهكسديدين 4%) على طرف وِجْدَعَة وقاعدة الحبل السري. في حال عدم توافره، يتم التطهير باستخدام **محلول البوفيدون اليودي 10%**. يتم التطبيق مرة واحدة عند الولادة.

حز (درجة) أبغار

- يتم تقييم حز (درجة) أبغار عند الدقيقة الأولى والدقيقة الخامسة عقب الولادة، ويتم تسجيلهما في المخطط الطبي والسجل الصحي لحديث الولادة.
 - يعد هذا الحز أداة لمراقبة نكيف حديث الولادة على الحياة خارج الرحم. لا يستخدم الحز لتحديد ما إذا كان هناك داع للإنعاش؛ حيث يجب تقييم ذلك عند الولادة، وذلك بناءً على ما إذا كان هناك جهد تنفسي تلقائي أم لا، بدون انتظار تقييم الدقيقة الأولى.
 - في حالة الإنعاش، يتم تحديد حز أبغار بأثر رجعي.
 - في حال كان حز (درجة) أبغار ≥ 4 عند الدقيقة الأولى أو ≥ 6 عند الدقيقة الخامسة، يجب على القابلة استدعاء الطبيب وأن تقوم ببدء الخطوات اللازمة وفقاً لاحتياجات حديث الولادة.
- الجدول 1.10 - حز (درجة) أبغار**

2	1	0	معايير التقييم / الحرز (الدرجة)
وردي بالكامل	زُرّاق الأطراف لا يوجد زُرّاق مركزي	شحوب شديد أو زُرّاق مركزي	لون الجلد ^(أ)
طبيعي	غير طبيعي (شاذ) (بطيء، غير منتظم، إلخ.)	منعدم	التنفس
< 100 نبضة/الدقيقة	≥ 100 نبضة/الدقيقة	0	نبض القلب
جيد ثني الأطراف مكتمل	نقص التوتر العضلي ثني الأطراف غير مكتمل	منعدم	التوتر العضلي
جيدة، بكاء شديد	تُكشيرة (عبوس)	منعدمة	الاستجابة (بعد التحفيز)

(أ) يُولد حديث الولادة السليم زُرّاق عادةً ثم يتحول إلى الوردي خلال 30 ثانية بعد بدء التنفس. لدى حديثي الولادة ذوي البشرة الداكنة، قد يكون من الصعب تقييم تغير لون الجلد. في تلك الحالة، يتم فحص باطن القدمين وراحة اليدين والأغشية المخاطية لتقييم تغير اللون من الأزرق إلى الوردي.

الجدول 2.10 - دلالة حرز (درجة) أبغار

الحرز (الدرجة) عند الدقيقة الخامسة		الحرز (الدرجة) عند الدقيقة الأولى	
اختناق	6 - 0	اختناق	4 - 0
صعوبة التكيف	8 - 7	صعوبة التكيف	7 - 5
تكيف جيد	10 - 9	تكيف جيد	10 - 8

الإطعام (التغذية)

- يتم وضع حديث الولادة على الثدي الأم بأقرب وقت ممكن خلال ساعة من الولادة.
- الإرضاع من الثدي عند الطلب نهارًا وليلًا (على الأقل 8 مرات كل 24 ساعة، أي مرة واحدة كل 3 ساعات).
- لمزيد من المعلومات، انظر [الملحق 3](#).
- في حالة إصابة الأم بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV، انظر [الملحق 3، القسم 7.3](#).
- بالنسبة لحديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض، انظر [القسم 5.10](#).

الفحص السريري وتقييم عوامل الخطورة

يجب على القائم بالولادة القيام بفحص سريري شامل لحديث الولادة في غرفة الولادة بأسرع وقت ممكن في جهاز تدفئة حديثي الولادة. تكون الأولوية للتعرف على علامات الخطر التي قد تشير لمرض شديد (القسم 1.3.10) ولتقييم عوامل خطورة حدوث العدوى ونقص سكر الدم.

يجب تسجيل جميع الملاحظات في سجل المراقبة.

أ. الفحص السريري الروتيني

- العلامات الحيوية:

• معدل التنفس: المدى الطبيعي 30-60 نَفَس/الدقيقة

• نبض القلب: المدى الطبيعي 100-160 نبضة/الدقيقة

• درجة الحرارة: المدى الطبيعي $36 \leq$ °مئوية و $37.5 >$ °مئوية

- الوزن (يجب وزن حديث الولادة عاريًا على ميزان ملائم، تمت معايرته مسبقًا).

- الجلد: انظر علامات الخطر، [القسم 1.3.10](#)

- الرأس: اليوافيخ، العينان، الأذنان، جوف الفم (الحنك والأغشية المخاطية)

- الصدر: الجهد التنفسي، أصوات القلب، أصوات التنفس

- البطن: الشكل، الحجم، السُرّة، الأعضاء التناسلية، الشرج، العمود الفقري

- الأطراف: الطرفان العلوي والسفلي، القدمان، اليدان

- الأعصاب: الوضعية، التوتر العضلي، المنعكسات (المص، القبض، الاستجابة للتحفيز).

ب. تقييم عوامل خطورة حدوث العدوى لدى حديث الولادة

تستطب المضادات الحيوية الوقائية لمدة 48 ساعة ([القسم 3.3.10](#)) في حال كان لدى حديث الولادة:

- عامل خطورة رئيسي واحد (باستثناء في حال، لدى تمزق الأغشية المُطوّل ≤ 18 ساعة أو وجود حمى لدى الأم، تلقي الأم علاج ملائم

بالمضادات الحيوية، أي تطبيق جرعتين على الأقل من أمبيسيلين الوريدي بفواصل زمني 4 ساعات بينهما مع تطبيق آخر جرعة خلال 4

ساعات قبل الولادة)

أو

- 3 عوامل خطورة بسيطة (أو أكثر)

عوامل الخطورة البسيطة	عوامل الخطورة الرئيسية
المولود الخديج (المبتسر) أو وزن الولادة > 2000 غ	حمى لدى الأم (≤ 38 °مئوية) قبل أو أثناء المخاض في المولود الخديج (المبتسر)
الإنعاش عند الولادة	تمزق الأغشية المُطوّل ≤ 18 ساعة
اصطبغ السائل السلوي (السّلي) (السائل الأمنيوسي) بالعُقّي (براز الجنين)	السائل السلوي (السّلي) (السائل الأمنيوسي) معكر، كزبه الرائحة
الولادة المنزلية (الفصل 11، القسم 3.3.11)	توأّم لديه علامات سريرية للعدوى

ج. تقييم عوامل خطورة حدوث نقص سكر الدم

- يتم فحص مستوى جلوكوز الدم خلال ساعة واحدة من الولادة لحديثي الولادة الذين لديهم أحد عوامل الخطورة التالية:
 - وزن الولادة > 2500 غ أو < 4000 غ
 - داء السكري لدى الأم
 - علاج الأم باستخدام لايتالول
 - صعوبة الإرضاع من الثدي (صعوبة المص أو الالتصاق بالثدي)
 - في حال كان مستوى جلوكوز الدم طبيعياً (≤ 2.5 مللي مول/ليتر أو ≤ 45 ملغ/ديسي ليدر)، يجب التحقق من إرضاع حديث الولادة من الثدي كل 3 ساعات على الأقل. يتم فحص مستوى جلوكوز الدم قبل كل رضعة حتى الحصول على 3 نتائج طبيعية متتالية.
 - في حال كان مستوى جلوكوز الدم > 2.5 مللي مول/ليتر أو > 45 ملغ/ديسي ليدر، انظر نقص سكر الدم، [القسم 4.3.10](#).
- ### د. تقييم الأمراض المنقولة من الأم إلى الطفل
- في حال عدم إجرائه قبل الولادة، يجب التحقق من إصابة الأم بأي مرض قابل للانتقال إلى حديث الولادة ([القسم 4.10](#)).

العلاجات الوقائية

التهاب الملتحمة بالمكورات البنية

- بأسرع وقت ممكن، يفضل خلال ساعة من الولادة: تطبيق شريط بطول 1 سم من **تتراسيكلين 1%** مرهم عيني في كلا العينين. ملاحظة: في حال كانت الأم لديها عدوى تناسلية مصحوبة بأعراض عند وقت الولادة، انظر [القسم 4.10](#).

الداء النزفي لدى حديث الولادة

- تطبيق **فيتوميناديون** (فيتامين ك1) بالحقن العضلي في الوجه الأمامي الجانبي للخذ خلال الساعات الأولى من حياة الطفل: لحديثي الولادة بوزن 1500 غ أو أكثر: 1 ملغ جرعة واحدة (0.1 مل في حال استخدام حبابة (أمبولة) عيار 2 ملغ/0.2 مل) لحديثي الولادة بوزن أقل من 1500 غ: 0.5 ملغ جرعة واحدة (0.05 مل في حال استخدام حبابة (أمبولة) عيار 2 ملغ/0.2 مل)

الرَّخَد (الكساح) وعوز فيتامين د

- يجب تلقي فيتامين د لمدة 6 أشهر لدى حديثي الولادة المعرضين للخطر بشكل خاص (الخدج (المبتسرون)، ووزن الولادة المنخفض، سوء التغذية لدى الأم، ظروف انتشار عوز فيتامين د) وإن أمكن جميع حديثي الولادة: **كولكالسيفيرول** (فيتامين د3) أو **إيرغوكالسيفيرول** (فيتامين د2) الفموي: للخدج (المبتسرين) أو حديثي الولادة الذين يعيشون في ظروف ارتفاع خطورة حدوث عوز فيتامين د: 600-1200 وحدة دولية مرة واحدة في اليوم

- لحديثي الولادة المولودين عند تمام الحمل: 400-800 وحدة دولية مرة واحدة في اليوم ملاحظة: يختلف عدد الوحدات الدولية لكل قطرة من المحلول الفموي تبعاً للجهة المصنعة. يجب مراجعة توجيهات الاستخدام.

انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV من الأم إلى الطفل

- يجب أن يتلقى جميع حديثي الولادة للأمهات المصابات بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بأسرع وقت ممكن. انظر البروتوكول المحدد للوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

التحصينات

يوصى بتطبيق لقاح التهاب الكبد ب أحادي التكافؤ ولقاح السل بأسرع وقت ممكن بعد الولادة لدى جميع حديثي الولادة، بما في ذلك حديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض والحدج (المبتسرين). ويوصى بتطبيق لقاح شلل الأطفال الفموي عند الولادة في مناطق توطن المرض أو المناطق المعرضة لخطر وفود فيروس شلل الأطفال. بالنسبة للقاح شلل الأطفال الفموي، تعد الجرعة عند الولادة جرعة إضافية (تسمى وتسجل "الجرعة 0"). وهي لا تعد إحدى الجرعات الثلاثة الضرورية ببرنامج التحصين الموسع خلال الفترة التالية للولادة. تعد جرعة الميلاد من لقاح التهاب الكبد ب للوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل. يجب تطبيقها بأسرع وقت ممكن، ويفضل في غرفة الولادة أو على الأقل خلال 24 ساعة الأولى من العمر. وفي حين أنه لا يزال من الممكن تطبيقها بعد ذلك الوقت، إلا أنه كلما تأخر تطبيق اللقاح، كلما قلت فعاليته في الوقاية^[1]،^[2].

الجدول 3.10 - تحصين حديثي الولادة

اللقاح	موانع الاستعمال	الجرعة / طريقة الإعطاء
لقاح التهاب الكبد ب أحادي التكافؤ	لا يوجد، لكن يجب استخدام اللقاح أحادي التكافؤ فقط	الجرعة الواحدة = 5-10 ميكروغرام (يجب اتباع توجيهات الجهة المصنعة) بالحقن العضلي، في الوجه الأمام الجانبي من الفخذ
لقاح شلل الأطفال الفموي ثنائي التكافؤ (فيروس شلل الأطفال النمط 1 و3) الجرعة 0	لا يوجد	الجرعة الواحدة = 2 قطرة (0.1 مل تقريبًا) بالطريق الفموي
لقاح السل	حديثي الولادة لأمهات مصابات بالسل النشط (القسم 6.4.10) ^(ب)	الجرعة الواحدة = 0.05 مل بالحقن داخل الأدمة، المنطقة الدالية (تقاطع الثلثين السفليين والثلث العلوي من الناحية الجانبية لأعلى الذراع (العضد))

(ب) يتم بدء تطبيق العلاج الوقائي باستخدام إيزونيازيد لدى حديث الولادة، ويتم تطبيق لقاح السل عند اكتمال العلاج باستخدام إيزونيازيد

2.1.10 بعد الساعات الأولى من الحياة

يعد معدل وفيات حديثي الولادة (والأمهات) خلال 24 ساعة الأولى بعد الولادة هو الأكثر ارتفاعًا. يجب حث النساء على البقاء في مستشفى الولادة لمدة 24 ساعة.

خلال 24 ساعة الأولى (أو أكثر في حال بقاء الأم في مستشفى الولادة لأكثر من 24 ساعة)، يجب مراقبة حديث الولادة وتسجيل الملاحظات في سجل مراقبة حديث الولادة:

- يجب مراقبة:

• علامات الخطر

• درجة الحرارة ونبض القلب ومعدل التنفس مرتين في اليوم

• قياس الوزن مرة واحدة في اليوم

• البول والبراز

- الحفاظ على إبقاء الحبل السري نظيف وجاف ومعرض للهواء (بدون ضماد).

- ملاحظة الإرضاع من الثدي.

بالنسبة لحديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض، انظر [القسم 5.10](#).

لمعايير خروج حديث الولادة من المستشفى، انظر [القسم 6.10](#).

المراجع

1. Vaccines. Sixth edition by Stanley Plotkin, Walter Orenstein and Paul Offit (2013).
2. Weekly epidemiological record/Relevé épidémiologique hebdomadaire : Hepatitis B vaccines/Vaccins anti-hépatite B, 2 october 2009, 84th year/2 octobre 2009, 84e année, No. 40, 2009, 84, 405-420.
<http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf>

2.10 إنعاش حديثي الولادة

يحتاج 10% من حديثي الولادة إلى المساعدة للتنفس بشكل صحيح عند الولادة؛ تكون تلك المساعدة في شكل تحفيز لمسي و/أو تفتيح المسلك الهوائي.

لا تعد هذه الإجراءات كافية لنصف حديثي الولادة هؤلاء، وفي حال كان حديث الولادة لا يتنفس أو يلهث على الرغم من التحفيز/الشفط، تكون هناك حاجة للتهوية من الدقيقة الأولى من العمر. قد لا نكتفي نسبة بسيطة من حديثي الولادة بالتهوية وتحتاج إلى إنعاش أكثر تقدمًا. يكون القائم بالتوليد المسئول عن الولادة مسئولًا أيضًا عن حديث الولادة. يجب عليه بدء الإنعاش على الفور، ثم طلب المساعدة في حال الضرورة.

1.2.10 الإنعاش الأساسي¹

يهدد انخفاض الحرارة الإنعاش. يجب إجراء الإنعاش في غرفة دافئة، وإن أمكن في جهاز تدفئة حديثي الولادة. يجب القيام بالخطوات من 1 إلى 5 خلال الدقيقة الأولى من العمر. يتم تسجيل جميع الإجراءات في سجل المراقبة.

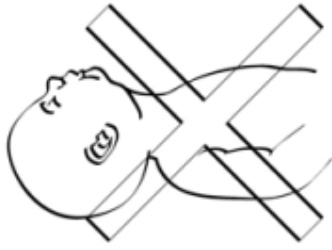
1 - تحفيز حديث الولادة بواسطة التحفيز

يمكن للتحفيز اللمسي بدء التنفس التلقائي. يتم ذلك عن طريق تحفيز حديث الولادة. في حال بدء حديث الولادة في التنفس أو البكاء خلال 5 ثواني، يتم بدء الرعاية الروتينية ([القسم 1.10](#)). في حال عدم حدوث ذلك، يتم إيقاف التحفيز والانتقال إلى الخطوة 2.

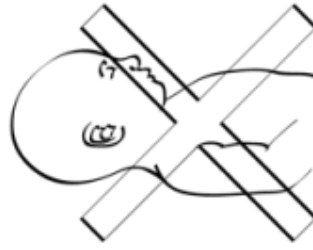
2 - تفتيح (تحرير) المسلك الهوائي

وضع حديث الولادة على ظهره والرأس في وضعية محايدة معتدلة (الشكل 1.10)؛ يجب تجنب ثني أو فرط تمديد (بسط) الرقبة، فقد يؤدي ذلك لانسداد المسلك الهوائي.

الشكل 1.10 - وضعية الرأس لتفتيح (تحرير) المسلك الهوائي



وضعية غير صحيحة



وضعية غير صحيحة



وضعية صحيحة

فقط في حالات وجود إفرازات غزيرة، يتم الشفط من الفم بواسطة محقنة الكرة المطاطية (محقنة بصلية) برفق أي بدون إدخال بشكل عميق للغاية (بعمق 2 سم من الشفتين بحد أقصى)، وبشكل سريع (لمدة 5 ثواني بحد أقصى). في حال ظل حديث الولادة لا يتنفس أو لا يتنفس بشكل جيد، يتم الانتقال إلى الخطوة 3.

3 - تحفيز حديث الولادة

يتم فرك الظهر وأخمص القدمين بقوة لكن دون قسوة (يجب عدم هزّ الطفل، أو صفعه، أو تعليقه من قدميه، إلخ). في حال كان حديث الولادة لديه صعوبة في التنفس أو ظل لا يتنفس بعد 5 ثواني: يتم إيقاف التحفيز النشط، والانتقال إلى الخطوتين 4 و 5.

4 - ربط (لقط) الحبل السري وقطعه

في حال عدم القيام بذلك بالفعل، يتم ربط (لقط) الحبل السري وقطعه.

5 - إجراء التهوية باستخدام الكيس والقناع (هواء الغرفة)

يتم تثبيت القناع على الأنف والفم والضغط بإحكام لمنع تسرب الهواء. يتم إمساك القناع بإحدى اليدين، ووضع إصبع الإبهام على أحد جانبيه ووضع إصبعي السبابة والوسطى على الجانب الآخر (الشكل 2.10 و 3.10). باستخدام اليد الأخرى، يتم الضغط على الكيس بمعدل 30-60 نفّس/الدقيقة لمدة 60 ثانية. تكون التهوية فعالة في حال صعود وهبوط الصدر. يجب الانتباه، حيث قد يسبب ضغط التهوية المفرط استرواح الصدر.

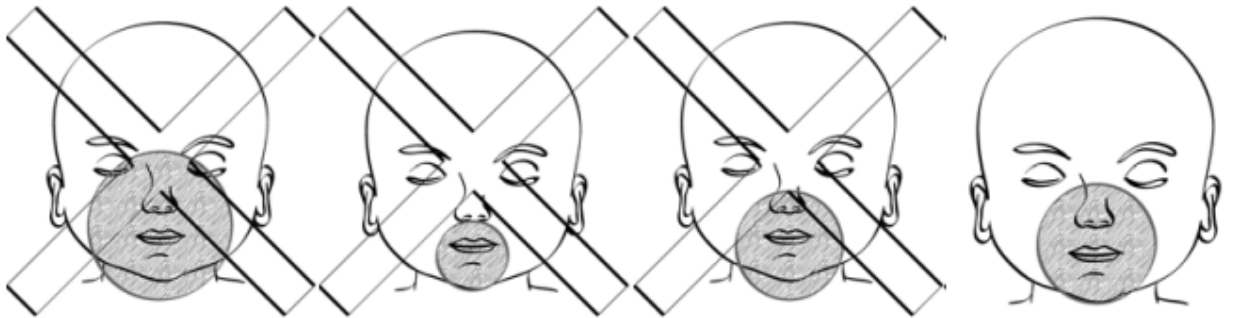
في حال عدم صعود الصدر:

- يتم فحص الوصلة بين الكيس والقناع.

- تصحيح وضعية القناع على الوجه.

- تصحيح وضعية الرأس.

الشكل 2.10 - وضعية القناع



وضعية غير صحيحة

وضعية غير صحيحة

وضعية غير صحيحة

وضعية صحيحة

الشكل 3.10 - التهوية اليدوية



يتم التحقق كل دقيقة من حدوث الجهد التنفسي التلقائي (ملاحظة حركة الصدر)؛ يجب عدم نزع القناع عن وجه حديث الولادة للتحقق من التنفس التلقائي. يتم الاستمرار في التهوية اليدوية حتى حدوث الجهد التنفسي التلقائي.

6 - الأكسجة

- في حال توافر الأكسجين: يتم توصيل كيس أمبو بخزان أكسجين بعد دقيقتين من التهوية، ويتم ضبطه على معدل تدفق 2 لتر/الدقيقة. تعد التهوية هي الأولوية ويجب عدم إيقافها لتوصيل الأكسجين (يتم توصيل الأكسجين بواسطة أحد المساعدين). يتم إيقاف الإنعاش في حال:
 - عدم وجود نبض القلب لدى حديث الولادة بعد 10 دقائق.
 - عدم حدوث تنفس تلقائي لدى حديث الولادة بعد 20 دقيقة من التهوية الفعالة، حتى في حال كان نبض القلب ملائمًا.

2.2.10 بعد الإنعاش

يتم إعادة تقييم جميع العلامات الحيوية، والبحث عن علامات الخطر وقياس مستوى غلوكوز الدم. يتم تقييم حرز (درجة) أبغار بأثر رجعي (القسم 1.1.10).

- يتم تسجيل النتائج في سجل المراقبة.
- يوجد داع لنقل حديث الولادة إلى وحدة رعاية حديثي الولادة في حالة حدوث أي من التالي:
 - تهوية حديث الولادة باستخدام القناع لمدة دقيقتين أو أكثر.
 - حرز (درجة) أبغار ≥ 4 عند الدقيقة الأولى أو ≥ 6 عند الدقيقة الخامسة.
 - وجود أي من علامات الخطر (القسم 1.3.10).
- يجب إبقاء الأم مع حديث الولادة معًا حيثما أمكن.
- في حال كان حديث الولادة يبدو جيدًا (لا توجد دواع لنقله) أو في حال كان النقل ضروريًا لكنه غير ممكن:
 - الإبقاء تحت الملاحظة لمدة 24 ساعة على الأقل.
 - التحقق من وجود أي من علامات الخطر (القسم 1.3.10) ومراقبة العلامات الحيوية كل ساعتين.
 - التأكد من تقديم الرعاية الروتينية (القسم 1.10).
 - بدء الإرضاع من الثدي بأقرب وقت ممكن.
- في حال تدهور حالة حديث الولادة أثناء المراقبة عن قرب، يرجى مراجعة القسم 3.10 للتدبير العلاجي الإضافي.

الهوامش

(أ) لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الدورة التدريبية حول مساعدة الأطفال الرضع على التنفس.

3.10 رعاية حديثي الولادة المرضى

1.3.10 علامات الخطر

قد تظهر علامات الخطر عند الولادة أو تتطور خلال ساعات أو أيام بعد الولادة. يجب فحص جميع حديثي الولادة للتحقق من علامات الخطر عند الولادة أو أثناء إقامتهم في مستشفى الولادة أو في أول زيارة تالية للولادة في حال الولادة في المنزل. في حال وجود أي من العلامات التالية، يجب علاجها على الفور ([القسم 2.3.10](#)) ونقل حديث الولادة إلى وحدة رعاية حديثي الولادة.

علامات الخطر	
الحرارة	<ul style="list-style-type: none"> • فرط (ارتفاع) الحرارة (درجة الحرارة تحت الإبط < 38 °مئوية). • انخفاض الحرارة (درجة الحرارة تحت الإبط > 35.5 °مئوية).
العلامات العصبية	<ul style="list-style-type: none"> • انتفاخ اليافوخ. • نقص التوتر العضلي. • النوم أو السبات (الغيبوبة). • عدم القدرة على الرضاعة من الثدي. • الاختلاجات بما في ذلك الحركات غير الملحوظة أو غير الطبيعية: - انحراف العينين المصحوب أو غير المصحوب بتشنجات، رمش جفن العين. - المصّ، التَمَطُّق (التلمظ) أو حركات الفم الأخرى. - حركات السباحة أو التبديل بالقدمين.
التنفس	<ul style="list-style-type: none"> • انقطاع النفس أو بطء التنفس (معدل التنفس > 30/الدقيقة). • تسرع التنفس (معدل التنفس < 60/الدقيقة). • انسحاب أسفل جدار الصدر إلى الداخل الشديد. • الشخير.
القلب	<ul style="list-style-type: none"> • تسرع القلب (نبض القلب < 180/الدقيقة). • زمن عود امتلاء الشعيرات المُطَوَّل (< 2 ثانية).
البطن	تمدد البطن الشديد
لون الجلد	<ul style="list-style-type: none"> • زُرَاق مُعَمَّم (لون أزرق) • شحوب شديد • يرقان منتشر (لون أصفر)
الجلد	<ul style="list-style-type: none"> • السُرَّة ذات لون أحمر أو تتزّ دَمًا أو قِيحًا • بثور كثيرة أو كبيرة
المفاصل	تورم وألم المفاصل (تهيج الطفل عند تحريكها) مع حركة المفاصل المحدودة.
مستوى غلوكوز الدم	نقص سكر الدم الناكس (الراجع) (مستوى غلوكوز الدم > 2.5 ملي مول/ليتر أو > 45 ملغ/ديسي ليتر لأكثر من نوبتين)

2.3.10 التدبير العلاجي العام

- يجب استقرار حالة حديث الولادة قبل نقله إلى وحدة رعاية حديثي الولادة:
- تعديل وضعية الرأس لفتح المسلك الهوائي.
- تطبيق الأكسجين باستخدام قنينة أنفية ذات مقاس ملائم، بمعدل تدفق 2 لتر/الدقيقة بحد أقصى (الهدف الوصول لتشبع الأكسجين 90-95%).
- في حالة انقطاع النفس أو في حال كان معدل التنفس > 20/الدقيقة: يتم إجراء التهوية باستخدام الكيس والقناع (القسم 1.2.10).
- فحص مستوى غلوكوز الدم و/أو علاج نقص سكر الدم (القسم 4.3.10).
- أثناء انتظار النقل:
- إبقاء حديث الولادة دافئًا في غرفة ذات درجة حرارة 23-25 ° مئوية ملفوفًا في بطانية أو في جهاز تدفئة حديثي الولادة مع تغطية الرأس بقلنسوة (قبعة).
- المراقبة اللصيقة لدرجة الحرارة ومعدل التنفس وتشبع الأكسجين.
- بدء علاج العدوى لدى حديث الولادة (القسم 3.3.10).
- التأكد من تقديم رعاية حديثي الولادة الروتينية (القسم 1.10).
- بدء أو استئناف الإطعام (التغذية) (الملحق 4)، فقط في حال الضرورة، يمكن إدخال أنبوب أنفي معدي و/أو التدعيم بالمحاليل الوريدية (الملحق 5).
- في حالة الضائقة التنفسية الشديدة، تمدد البطن، أو السبات (الغيبوبة)، يجب عدم إطعام (تغذية) حديث الولادة عن طريق الفم. يتم بدء المحاليل الوريدية إن أمكن (الملحق 5).

3.3.10 العدوى لدى حديثي الولادة

الاشتباه في العدوى الشديدة لدى حديثي الولادة

- قد تشير علامات الخطر إلى الإصابة بعدوى شديدة كاملة تتطلب نقل حديث الولادة إلى وحدة رعاية حديثي الولادة والعلاج بالمضادات الحيوية.
- أثناء انتظار النقل إلى وحدة رعاية حديثي الولادة، يتم بدء العلاج بالمضادات الحيوية:
- خط العلاج الأول هو المشاركة الدوائية **أمبيسيلين الوريدي** + **جنتاميسين** بالحقن العضلي. يفضل استخدام أمبيسيلين الوريدي؛ يعد الحقن العضلي خيارًا في حال كان السياق لا يسمح بالتطبيق الوريدي بشكل ملائم. مع ذلك، لتجنب الحقن العضلي المتعدد، قد يكون من الأفضل استخدام **بروكاين بنزيل البنيسيلين** بالحقن العضلي + **جنتاميسين** بالحقن العضلي.
 - في حال الاشتباه في التهاب السحايا، يجب عدم استخدام بروكاين بنزيل البنيسيلين.
 - في حال كانت العدوى جلدية المنشأ، يتم استخدام **كلوكساسيلين** الوريدي بدلاً من أمبيسيلين.
 - تبلغ مدة العلاج الكلية 7-10 أيام تبعًا للاستجابة السريرية. يجب إيقاف جنتاميسين بعد 5 أيام من العلاج.
- الجدول 5.10** - جرعات المضادات الحيوية

الوزن عند الولادة		المضاد الحيوي
< 2000 غ	≥ 2000 غ	
50 ملغ/كغ كل 8 ساعات في حالة التهاب السحايا: 100 ملغ/كغ كل 8 ساعات	50 ملغ/كغ كل 12 ساعة في حالة التهاب السحايا: 100 ملغ/كغ كل 12 ساعة	أمبيسيلين بالحقن الوريدي/العضلي
5 ملغ/كغ كل 24 ساعة	3 ملغ/كغ كل 24 ساعة	جنتاميسين بالحقن العضلي
50 000 وحدة دولية/كغ كل 24 ساعة في حالة التهاب السحايا: يجب عدم تطبيقه.		بروكايين بنزيل البنيسيلين^ب بالحقن العضلي
25 ملغ/كغ كل 8 ساعات	25 ملغ/كغ كل 12 ساعة	كلوكساسيلين بالسريب الوريدي

العلاج الوقائي لحديثي الولادة للاعرضيين (عديمي الأعراض) اللذين لديهم عوامل خطورة حدوث العدوى

- لحديثي الولادة للاعرضيين (عديمي الأعراض) (غياب علامات الخطر) ذوي التقييم الإيجابي عند الولادة لعوامل خطورة حدوث العدوى لدى حديثي الولادة ([القسم 1.1.10، الفحص السريري وتقييم عوامل الخطورة](#)):
- تطبيق المضادات الحيوية لمدة 48 ساعة^[1]: **أمبيسيلين الوريدي + جنتاميسين** بالحقن العضلي أو **بروكايين بنزيل البنيسيلين** بالحقن العضلي + **جنتاميسين** بالحقن العضلي. انظر [الجدول 5.10](#) للجرعات.
 - يجب مراقبة علامات الخطر ([القسم 1.3.10](#)). في حال ظهور علامة خطر واحدة على الأقل لدى حديث الولادة، يتم العلاج كما في الاشتباه في العدوى الشديدة كالمبين أدناه.
 - في حال عدم ظهور أي من علامات الخطر لدى حديث الولادة خلال 48 ساعة الأولى، يتم إيقاف المضادات الحيوية وإبقاء حديث الولادة تحت الملاحظة لمدة 24-48 ساعة.
 - في حال عدم ظهور أي من علامات الخطر لدى حديث الولادة خلال فترة الملاحظة أو الفحص السريري قبل الخروج من المستشفى: يمكن أن يذهب إلى المنزل. في هذه الحالة، يجب إبلاغ الوالدين بالعلامات التي تتطلب الاستشارة الفورية.
 - ملاحظة: حديثو الولادة المولودون في المنزل، الذين تم فحصهم لأول مرة بعد 72 ساعة من ولادتهم ولا يظهرون علامات العدوى، لا يحتاجون المضادات الحيوية الوقائية حتى في حال وجود أحد عوامل الخطورة لدى الأم.

4.3.10 نقص سكر الدم

يعد نقص سكر الدم شائعًا لدى حديثي الولادة لكنه غالبًا ما يكون غير مصحوب بأعراض أو مصحوبًا بعلامات غير محددة. قد يؤدي نقص سكر الدم الناكس (الراجع) أو المستديم إلى عقابيل (عواقب المرض) عصبية.

التشخيص

- مستوى غلوكوز الدم > 2.5 ملي مول/ليتر أو > 45 ملغ/ديسي ليدر.
- يتم قياس مستوى غلوكوز الدم من عينة من الدم الشعيري مأخوذة من الوجه الجانبي للكعب بواسطة واخزة (مبضع) أو إبرة قياس G24.

يجب التحقق دائماً من مستوى غلوكوز الدم:

- لدى حديثي الولادة المعرضين لخطورة حدوث نقص سكر الدم (القسم 1.1.10، الفحص السريري وتقييم عوامل الخطورة)

- لدى حديثي الولادة الذين تظهر عليهم إحدى العلامات التالية:

- انخفاض الحرارة
- التهيج أو الرعاش
- بطء التنفس أو انقطاع النفس أو الزُّراق
- نقص التوتر العضلي أو الاستجابة الضعيفة للتحفيز أو تغير الوعي
- الاختلاجات

التدبير العلاجي

نقص سكر الدم متوسط الشدة (2-2.4 ملي مول/ليتر أو 35-44 ملغ/ديسي ليدر) وغير المصحوب بأعراض

- إطعام (تغذية) حديث الولادة على الفور (يفضل لبن الثدي).

- في حال عدم توافر اللبن، يتم إعطاء 5 مل/كغ من محلول الغلوكوز 10% عبر الفم خلال 5-10 دقائق.

- فحص مستوى غلوكوز الدم بعد 30 دقيقة:

• في حال كان طبيعياً (≤ 2.5 ملي مول/ليتر أو ≤ 45 ملغ/ديسي ليدر)، يجب التأكد من إطعام (تغذية) حديث الولادة بشكل منتظم وفحص مستوى غلوكوز الدم مرة أخرى قبل كل رضعة حتى الحصول على 3 نتائج طبيعية متتالية.

• في حال ظل مستوى غلوكوز الدم > 2.5 ملي مول/ليتر أو > 45 ملغ/ديسي ليدر، يكون العلاج كحالة نقص سكر الدم الناكس (الراجع).

نقص سكر الدم الشديد (> 2 ملي مول/ليتر أو > 35 ملغ/ديسي ليدر) المصحوب بأعراض أو الناكس (الراجع)

- إعطاء 5 مل/كغ من محلول الغلوكوز 10% عبر الفم أو الأنبوب المعدي خلال 5-10 دقائق، أو في حال وجود خط وريدي مثبت، يتم

إعطاء 2 مل/كغ من محلول الغلوكوز 10% بالحقن الوريدي البطيء (خلال 2-3 دقائق).

- فحص مستوى غلوكوز الدم بعد 30 دقيقة:

• في حال كان طبيعياً (≤ 2.5 ملي مول/ليتر أو ≤ 45 ملغ/ديسي ليدر)، يجب التأكد من إطعام (تغذية) حديث الولادة بشكل منتظم وفحص مستوى غلوكوز الدم مرة أخرى بعد 30 دقيقة ثم قبل كل رضعة حتى الحصول على 3 نتائج طبيعية متتالية.

• في حال ظل مستوى غلوكوز الدم > 2.5 ملي مول/ليتر أو > 45 ملغ/ديسي ليدر، وظل حديث الولادة يظهر أعراضاً، يتم إعطاء جرعة

ثانية من محلول الغلوكوز 10% (5 مل/كغ عبر الفم أو 2 مل/كغ بالطريق الوريدي) ونقله إلى وحدة رعاية حديثي الولادة. أثناء انتظار

النقل، يتم بدء التسريب المستمر لمحلول الغلوكوز 10% (80 مل/كغ/24 ساعة) إن أمكن والاستمرار في مراقبة مستوى غلوكوز الدم.

ملاحظة: فقط في حال عدم إمكانية التسريب أو تركيب الأنبوب المعدي، يمكن تطبيق 1 مل/كغ من محلول الغلوكوز 50% تحت اللسان.

5.3.10 اليرقان

يعد اليرقان لدى حديثي الولادة حميداً بشكل عام، لكن اليرقان الشديد قد يسبب اعتلال دماغي حاد مما قد يؤدي إلى عقابيل (عواقب المرض) عصبية والوفاة.

التشخيص

- تلون الجلد وُصُلبَت العين بلونٍ أصفر الناجم عن زيادة مُستويات البيليروبين في الدم. يظهر أولاً على الوجه، ثم ينتقل إلى الصدر وبعدها إلى الأطراف.

- يجب القيام بالفحص في ضوء النهار. يتم ذلك عن طريق الضغط على جلد حديث الولادة وملاحظة ما إذا كان لونه يتحول للأصفر على الفور بعد إزالة الضغط.

- تقييم معايير النقل إلى وحدة رعاية حديثي الولادة:

الجدول 6.10 - معايير نقل حديثي الولادة المصابين باليرقان الشديد إلى وحدة رعاية حديثي الولادة

العمر	معايير النقل
اليوم 1	أي يرقان ظاهر
اليوم 2	> 1500 غ أو عوامل الخطورة ^(أ) : أي يرقان ظاهر < 1500 غ: يرقان متوسط الشدة (الرأس، الصدر، الجزء السفلي من الجسم، الفخذين)
اليوم 3 أو بعد ذلك	> 1500 غ أو عوامل الخطورة ^(أ) : يرقان منتشر (الرأس، الصدر، الجزء السفلي من الجسم، الذراعين، الفخذين وأسفل الساقين) > 1500 غ: يرقان منتشر للغاية (الرأس، الصدر، الجزء السفلي من الجسم، الذراعين، الفخذين أسفل الساقين، اليدين والقدمين)

- (أ) تشمل عوامل الخطورة:
- تنافر (عدم توافق) الرُّم الدموي (ABO) أو الزمرة الدموية الرِّيسوسية (Rh) بين الأم وحديث الولادة.
 - عدم كفاية مدخول اللبن (التجفاف، فقدان الوزن).
 - عوز نازعة هيدروجين العُلوكوز - 6 - فوسفات (G6PD): يجب أخذه بعين الاعتبار في حال وجود سابقة (تاريخ) عائلية لليرقان الشديد أو في مناطق الانتشار (أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، شبه الجزيرة العربية وأجزاء من آسيا/البحر المتوسط).
 - العدوى لدى حديثي الولادة
 - الورم الدموي الرأسي/التكدم

التدبير العلاجي

حديثو الولادة الذين لا يجب نقلهم

- إطعام (تغذية) حديث الولادة 8-12 مرة في اليوم.
- مراقبة انتشار اليرقان لمدة 12-18 ساعة.
- في حال كانت كل الأمور جيدة، يمكن خروج حديث الولادة من المستشفى. يتم إعطاء الأم النصائح الروتينية للخروج من المستشفى (القسم 6.10) ونصائح محددة خاصة باليرقان: العودة للمستشفى في حال أصبح البراز فاتحًا جدًا وأصبح البول داكنًا أو استمرار اليرقان أكثر من أسبوعين.

حديثو الولادة الذين يجب نقلهم

- إطعام (تغذية) حديث الولادة 8-12 مرة في اليوم في الأيام القليلة الأولى في حال قدرته على الرضاعة من الثدي. في حال الضرورة، يتم التدعيم بلبن الثدي المعصور أو لبن الرضع. في حال عدم إمكانية تناول عبر الفم، يتم استخدام أنبوب معدي.
- بدء علاج العدوى، في حال وجودها (القسم 3.3.10).

6.3.10 الاختلاجات

غالبًا ما تكون الاختلاجات لدى حديثي الولادة غير ظاهرة، حيث تظهر كأى حركة تكرارية أو نمطية غير معتادة (القسم 1.3.10).

• فحص مستوى غلوكوز الدم و/أو علاج نقص سكر الدم (القسم 4.3.10).

- يتم العلاج باستخدام **فينوباريتال** الوريدي في حال استمرار الاختلاجات أكثر من 3 دقائق، أو تكررت (< 2-3 نوبات خلال ساعة واحدة)، أو كانت مصحوبة باضطراب قلبي تنفسي:

• الجرعة الأولى: 20 ملغ/كغ بالتسريب الوريدي البطيء خلال 30 دقيقة. يجب عدم تطبيق فينوباريتال بالحقن الوريدي المباشر السريع أبدًا. يمكن تطبيق فينوباريتال بالحقن العضلي (بدون تمديد) في حال عدم وجود منفذ للدخول الوريدي.

• في حال استمرار الاختلاجات بعد 30 دقيقة، يتم تطبيق جرعة ثانية من **فينوباريتال** 10 ملغ/كغ بالتسريب الوريدي البطيء خلال 30 دقيقة. في حال استمرار عدم وجود منفذ للدخول الوريدي، يتم تطبيق الجرعة الثانية من فينوباريتال 10 ملغ/كغ بالحقن العضلي (بدون تمديد) بعد 60 دقيقة على الأقل من الجرعة الأولى بالحقن العضلي.

يجب عدم تطبيق أكثر من 40 ملغ/كغ بشكل إجمالي.

- يجب نقل حديث الولادة الذي يحتاج العلاج بفينوباريتال إلى وحدة رعاية حديثي الولادة.

- يجب المراقبة اللصيقة لحديث الولادة أثناء انتظار النقل. يجب التأكد من توافر معدات التهوية حيث توجد خطورة لحدوث خمود تنفسي.

الهوامش

(أ) بسبب خطورة حدوث النخر الموضعي، يجب تطبيق **كلوكساسيلين** بالتسريب الوريدي ضمن محلول الغلوكوز 5% أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% خلال (30-60 دقيقة) (أو في حال عدم الإمكانية، بالحقن الوريدي البطيء خلال 5 دقائق على الأقل).

(ب) يجب عدم تطبيق **بروكايين بنزيل البنيسيلين** بالطريق الوريدي

المراجع

1. World Health Organization. Pocket book of hospital care in children. Guidelines for the management of common childhood illnesses, second edition, 2013.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/

4.10 الرعاية النوعية عند إصابة الأم بمرض قابل للانتقال

1.4.10 الزهري

- يجب التحقق من علامات الزهري لدى حديث الولادة في حالة إيجابية اختبار الزهري و/أو الاشتباه في الإصابة بالزهري لدى الأم:

• طفح مخاطي جلدي، لطخات رمادية، حطاطات وبقعاعات يتبعها توسف الجلد في راحة اليدين وأخمص القدمين؛

• إنتان، يرقان، فقر الدم، تضخم العقد اللمفية، تمدد البطن المصحوب بضخامة الكبد والطحال.

- يجب التحقق من تلقي الأم العلاج الملائم للزهري قبل شهر واحد على الأقل من الولادة (انظر الفصل 4، [القسم 1.2.4](#)).

- بناءً على النتائج، يتم تطبيق أحد العلاجات التالية:

العلاج	المعايير
<p>بنزيل البنسيلين الوريدي: اليوم 1 إلى اليوم 7: 50 000 وحدة دولية/كغ (= 30 ملغ/كغ) كل 12 ساعة اليوم 8 إلى اليوم 10: 50 000 وحدة دولية/كغ (= 30 ملغ/كغ) كل 8 ساعات أو بروكايين بنزيل البنسيلين بالحقن العضلي: اليوم 1 إلى اليوم 10: 50 000 وحدة دولية/كغ (= 50 ملغ/كغ) كل 24 ساعة</p>	<p>وجود العلامات السريرية للزهري لدى حديث الولادة أو عدم تلقي الأم للعلاج الملائم أثناء الحمل</p>
<p>بنزاثين بنزيل البنسيلين بالحقن العضلي: 50 000 وحدة دولية/كغ (= 37.5 ملغ/كغ) جرعة واحدة</p>	<p>عدم وجود العلامات السريرية للزهري لدى حديث الولادة و تلقي الأم للعلاج الملائم أثناء الحمل</p>

- بالإضافة إلى الاحتياطات "القياسية"، يتم اتباع احتياطات "المخالطة" (القفازات والوزرة (السربال) الواقي) عند كل مخالطة (تماس) مع حديث الولادة خلال 24 ساعة الأولى بعد بدء العلاج.

2.4.10 العدوى التناسلية بالمكورات البنية و/أو بالمتدثرة

قد يكون حديثو الولادة المولودون لأمهات لديهن إفرازات عنق الرحم القيحية عند وقت الولادة لاعرضيين (عديمي الأعراض) وقد يكونوا مصابين بالتهاب المتلحمة المصحوب بأعراض.

- بالنسبة لحديثي الولادة المصابين بالتهاب المتلحمة المصحوب بأعراض (سواء كانت الأم عرضية (لديها الأعراض) أم لا) أو المولودين لأمهات لديهن أعراض عند وقت الولادة (حتى في حال كان حديثو الولادة لاعرضيين (عديمي الأعراض)):

- يتم تنظيف كلا العينين باستخدام محلول كلوريد الصوديوم 0.9% 4 مرات على الأقل في اليوم حتى زوال الإفرازات.
- يتم تطبيق جرعة واحدة عند الولادة من **سيفترياكسون** بالحقن العضلي: 50 ملغ/كغ؛ الجرعة القصوى 125 ملغ (أو **سيفوتاكسيم** بالحقن العضلي: 100 ملغ/كغ في حال وجود مانع لاستعمال سيفترياكسون).
- في حال استمرار التهاب المتلحمة بعد 48 ساعة من تطبيق سيفترياكسون، يتم تطبيق:
- أزيثروميسين** الفموي: 20 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم لمدة 3 أيام (أو في حال عدم توافر أزيثروميسين، **إريثروميسين** الفموي: 12.5 ملغ/كغ 4 مرات في اليوم لمدة 14 يوم).
- في حال ظهور الأعراض بعد 7 أيام من العمر، في نفس الوقت يتم تطبيق سيفترياكسون بالحقن العضلي + أزيثروميسين الفموي أو إريثروميسين الفموي، كالمين أعلاه.

3.4.10 الحلاً (الهربس) التناسلي

قد يكون حديثو الولادة المولودون لأمهات لديهن آفات حَلْيِيَّة (هربسية) تناسلية نشطة عند وقت الولادة مصابين بحلاً (هربس) حديثي الولادة.

عادةً ما يكون حديث الولادة لاعرضيًا (عديم الأعراض) عند الولادة. تظهر الأعراض في وقت ما خلال الأسابيع الأربعة الأولى من العمر (عادةً بين 7 و14 يوم من العمر).

- يجب التحقق من علامات حلاً (هريس) حديثي الولادة:
- آفات حويصلية على الجلد، الفم و/أو العينين (فقط لدى 45% من حديثي الولادة).
- إصابة دماغية: التهاب الدماغ والاختلاجات.
- علامات غير محددة للعدوى المنتشرة (تهيج، نوام، حمى، صعوبة الإطعام (التغذية)).
- يعتمد التدبير العلاجي على الخطورة التي يتعرض لها حديث الولادة عند الولادة:

العلاج ^[1]	معايير خطورة حدوث عدوى الحلاً (الهريس)
<p>تطبيق جرعة واحدة على الفور من أسيكلوفير مرهم عيني في كلا العينين عند الولادة^(أ).</p> <p>تتم الإحالة إلى وحدة رعاية حديثي الولادة للعلاج باستخدام أسيكوفير الوريدي.</p>	<p>خطورة مرتفعة</p> <p>وجود علامات الحلاً (الهريس) لدى حديث الولادة أو وجود آفات حَلْيِيَّة (هريسية) تناسلية أولية لدى الأم عند وقت الولادة أو وجود آفات حَلْيِيَّة (هريسية) تناسلية لدى الأم عند وقت الولادة، وغير معروف ما إذا كانت العدوى أولية أو ناكسة (راجعة) أو وجود آفات حَلْيِيَّة (هريسية) تناسلية ناكسة (راجعة) لدى الأم عند وقت الولادة و مصحوبة بواحد على الأقل من عوامل الخطورة التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تمزق الأغشية ≤ 6 ساعات قبل الولادة (حتى في حال الولادة بالجراحة القيصرية) • الوزن عند الولادة > 2000 غ أو الخديج (المبتسر) ≥ 37 أسبوع • انهتك الجلد لدى حديث الولادة أو إصابة الأم بعدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV
<p>تطبيق جرعة واحدة على الفور من أسيكلوفير مرهم عيني في كلا العينين عند الولادة*.</p> <p>الملاحظة لمدة 5 أيام:</p> <ul style="list-style-type: none"> • في حال أصبح حديث الولادة عرضياً (لديه أعراض)، تتم إحالته إلى وحدة رعاية حديثي الولادة للعلاج باستخدام أسيكوفير الوريدي. • في حال ظل حديث الولادة لاعرضياً (عديم الأعراض): يتم إخراجه من المستشفى؛ وتوجيه والديه لطلب العناية الطبية العاجلة في حال ظهور الأعراض. 	<p>خطورة منخفضة</p> <p>حديث الولادة لا عرضي (عديم الأعراض) و وجود آفات حَلْيِيَّة (هريسية) تناسلية ناكسة (راجعة) لدى الأم عند وقت الولادة و عدم وجود عوامل الخطورة السابقة.</p>

(أ) في هذه الحالة، يجب الانتظار 12 ساعة قبل تطبيق تتراسكلين مرهم عيني (القسم 1.1.10، العلاجات الوقائية).

- بالإضافة إلى الاحتياطات "القياسية"، يتم اتباع احتياطات "المخالطة" (القفازات والوزرة (السربال) الواقي) عند كل مخالطة (تماس) مع حديث الولادة خلال 24 ساعة الأولى بعد بدء العلاج.

4.4.10 عدوى التهاب الكبد ب

يكون حديث الولادة لاعرضياً (عديم الأعراض).
يجب تطبيق لقاح التهاب الكبد ب لحديث الولادة عند الولادة، بغض النظر عن الحالة المصلية للأم (القسم 1.1.10، [التحصينات](#)).

5.4.10 عدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV

يكون حديث الولادة لاعرضياً (عديم الأعراض).
يجب بدء العلاج الوقائي بمضادات الفيروسات القهقرية على الفور بعد الولادة: يرجى مراجعة إرشادات الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.
للإرضاع من الثدي: انظر [الملحق 3، القسم 7.3](#).

6.4.10 السل النشط

لجميع حديثي الولادة المولودين لأمهات مصابات بالسل النشط عند الولادة:
- يجب عدم تطبيق لقاح السل.
- تطبيق العلاج الوقائي باستخدام **إيزونيازيد** الفموي : 10 ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم لمدة 6 أشهر.
- يتم تطبيق لقاح السل بعد إكمال العلاج باستخدام إيزونيازيد.
- يجب عدم فصل الأم عن حديث الولادة (الإرضاع من الثدي، إلخ.)، لكن يتم مراعاة قواعد منع انتقال المرض.
لمزيد من المعلومات، راجع دليل [السل](#)، منظمة أطباء بلا حدود.

المراجع

1. Neonatal herpes simplex virus infection: Management and prevention, Gail J Demmler-Harrison, UpToDate, Literature review current through: Oct 2013, last update: Mar 7, 2013.

5.10 رعاية حديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض (> 2500 غ)

يشير وزن الولادة المنخفض إلى الخداج (الابتسار) (أقل من 37 أسبوع) أو تأخر النمو داخل الرحم أو كليهما.
يعد حديثو الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض، سواء كانوا خدج (مبتسرين) أم لا، معرضين على المدى القصير لخطورة كبيرة لحدوث انخفاض الحرارة، نقص سكر الدم، انقطاع النفس، الضائقة التنفسية، اليرقان، العدوى، فقر الدم، التجفاف، مشاكل الإطعام (التغذية)، ومعرضين على المدى الطويل لخطورة كبيرة لحدوث تأخر النمو (التطور) النفسي الحركي.
يجب إحالة حديثي الولادة المرضى أو بوزن أقل من 1500 غ إلى وحدة رعاية حديثي الولادة متى أمكن.
يمكن تدبير حديثي الولادة بوزن 1500-2500 غ، بغض النظر عن تمام الحمل، في مستشفى الولادة في حال كانوا غير مرضى، تبعاً للتوصيات أدناه.

1.5.10 رعاية الكنغر

الأشكال 4.10 - رعاية الكنغر



تعد رعاية الكنغر¹ طريقة لرعاية حديثي الولادة تتضمن وضعهم على صدر الأم بحيث يلامس جلد حديث الولادة جلد الأم مباشرة، ويفضل على مدار 24 ساعة في اليوم.

يمكن استخدام هذه الطريقة لرعاية جميع حديثي الولادة غير المرضى بوزن > 2500 غ (الخداج (الابتسار) و/أو تأخر النمو داخل الرحم). يتم وضع حديث الولادة بشكل عمودي على صدر الأم (يمكنه ارتداء حفاض وجوارب)؛ يجب أن يكون فمه قادرًا دومًا على الوصول لحلمة الثدي. يتم إبقاء حديث الولادة في هذا الوضع باستخدام قطعة قماش. في حال الحاجة، يمكن استخدام بطانية لإبقاء الأم وحديث الولادة دافئين. عندما تنام الأم، يجب رفع الثدي ومراقبة حديث الولادة. أهداف رعاية الكنغر:

- إبقاء حديث الولادة دافئًا والوقاية من أو علاج انخفاض الحرارة.
 - المساعدة في بدء الإرضاع من الثدي واستمراره.
 - تقوية الرابطة بين الأم وحديث الولادة وتقليل القلق لدى حديث الولادة.
 - تقليل نوبات انقطاع النفس وبطء القلب لدى حديثي الولادة الخدج (المبتسرين).
- ملاحظة: يمكن أيضًا القيام بالتلامس الجلدي المباشر من قبل الأب، أو فرد آخر من الأسرة، أو المُرَضعة خلال الفترات التي لا تكون فيها الأم متاحة.

2.5.10 تنظيم الحرارة

- تغطية الرأس بقلنسوة (قبعة) لتقليل فقدان الحرارة.
- التأكد من أن درجة حرارة الغرفة بين 23 و25 °مئوية.
- استخدام رعاية الكنغر (القسم 1.5.10).

3.5.10 الإطعام (التغذية)

- يعد الإرضاع من الثدي بشكل حصري هو الخيار الأمثل (الملحق 3).
- في حال كان المص غير فعال لكن منعكس البلع موجود، يتم عصر لبن الثدي بشكل يدوي أو باستخدام مضخة الثدي وإطعام (تغذية) حديث الولادة باستخدام كوب/ملعقة (الملحق 3، [القسم 2.3](#) و [القسم 3.3](#)).
- في حال كان المص غير فعال لكن منعكس البلع ضعيف أو غير موجود، يتم عصر لبن الثدي وإطعام (تغذية) حديث الولادة باستخدام أنبوب معدني (الملحق 3، [القسم 2.3](#) و [القسم 4.3](#)).
- لمعرفة الكميات اليومية المطلوبة للإطعام (التغذية)، انظر [الملحق 4](#).
- في حال كانت كمية لبن الثدي غير كافية:
 - خلال 72 ساعة الأولى من العمر، يتم تعويض الكميات المطلوبة باستخدام محلول غلوكوز 10% عبر الفم.
 - بعد 72 ساعة من العمر، يتم تعويض الكميات المطلوبة باستخدام لبن الرضع (أو في حال عدم توافره، يتم استخدام اللبن العلاجي F-100 الممدد ^ب).
- في الوقت نفسه، يجب مواصلة تحفيز إنتاج لبن الثدي لدى الأم (مضخة الثدي وطريقة "الإرضاع التكميلي"، الملحق 3، [القسم 5.3](#)).
- في جميع الحالات، يجب محاولة وضع حديث الولادة على الثدي بشكل دوري لتقييم فعالية الإرضاع من الثدي من عدمها.
- في حالة القَلَس:
 - يجب إطعام كل رضعة ببطء شديد.
 - يجب إمساك حديث الولادة مائلًا بشكل طفيف والرأس مرفوع.
- في حالة الإقياء، تمدد البطن، وجود دم في البراز أو براز أخضر اللون كره الرائحة، يتم إيقاف الإطعام (التغذية) واستدعاء الطبيب على الفور.
- يوجد لدى حديثي الولادة ذوي وزن الولادة المنخفض للغاية (> 1500 غ) خطورة مرتفعة لحدوث التهاب الأمعاء والقولون الناخر الحاد مع الإطعام (التغذية) المبكر عبر الفم. خلال 48 ساعة الأولى، يتم إعطاء محلول غلوكوز 10% بالتسريب الوريدي المستمر ([الملحق 5](#)).
- في حال كانت حالة حديث الولادة مستقرة سريريًا، يمكن البدء بكميات صغيرة جدًا من لبن الثدي بمقدار 10 مل/كغ في اليوم خلال اليوم 1 أثناء انتظار النقل إلى وحدة رعاية حديثي الولادة.
- في حال عدم إمكانية تطبيق التسريب الوريدي أو النقل إلى وحدة رعاية الأطفال حديثي الولادة، يتم إعطاء لبن الثدي المعصور ومحلول غلوكوز 10% سويًا عبر الفم ([الملحق 4](#)).

4.5.10 المراقبة

- نفس المراقبة كما لدى حديثي الولادة بوزن < 2500 غ، بالإضافة إلى:
 - قياس الوزن بشكل يومي؛
 - قياس درجة الحرارة كل 4 ساعات؛
 - فحص مستوى غلوكوز الدم قبل كل رضعة أو كل 3 ساعات حتى الحصول على 3 نتائج طبيعية متتالية. في حالة نقص سكر الدم، انظر [القسم 4.3.10](#).

الهوامش

(أ) لمزيد من المعلومات:

.World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide. 2003

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42587/9241590351.pdf?sequence=1>

(ب) اللبن العلاجي F-100 الممدد: كيس واحد (456 غ) من اللبن العلاجي F-100 ضمن 2800 مل من الماء.

6.10 معايير الخروج من مستشفى الولادة

- عدم وجود علامات الخطر (القسم 1.3.10).
- التدبير العلاجي الملائم للعدوى لدى حديث الولادة (القسم 3.3.10 والقسم 4.10) وعوامل خطورة حدوث العدوى لدى حديث الولادة (القسم 1.1.10، تقييم عوامل خطورة حدوث العدوى لدى حديث الولادة).
- حديث الولادة سليم: الإرضاع من الثدي عند الطلب بشكل جيد، التنفس ودرجة الحرارة طبيعيين، إلخ.
- الوزن < 1500 غ.

9

- تطبيق العلاجات الوقائية ولقاحات السل والتهاب الكبد ب وشلل الأطفال (الجرعة 0) (القسم 1.1.10).
- ملء السجل السريري (بما في ذلك الوزن عند الخروج من المستشفى).
- تحديد موعد زيارة ما بعد الولادة (الفصل 11، القسم 3.11).
- إعطاء أكياس للاستخدام مرة واحدة **ثنائي غلوكونات الكلورهيكسيدين 7.1%** عيار 3 غ لاستكمال العناية بالحبل السري لمدة 7 أيام في المنزل في الظروف التي تتواجد فيها ممارسات تقليدية ضارة (مثل دهن جَدَعَة الحبل السري باللبن، التراب، العسل، الزبد أو الروث). يجب التوضيح للأم كيفية تطبيق المستحضر على الحبل السري.

9

معلومات للأم

- الإرضاع من الثدي: الملحق 3.
- رعاية الطفل:
- غسل الطفل بالماء والصابون مرة واحدة في اليوم، وتجفيفه على الفور بمنشفة أو قطعة قماش حتى لا يصاب الطفل بالبرد.
- العناية بالحبل السري: التنظيف بالماء والصابون في كل مرة يتسخ فيها، يتم الشطف جيّدًا والتجفيف ثم تركه دون تغطية. يجب عدم دهن أي مواد ضارة على الحبل السري. يقع (يسقط) الحبل السري بين اليوم 5 واليوم 15 بعد الولادة.
- رعاية الكنغر في حال كان الوزن < 2500 غ (القسم 1.5.10).
- إرقاد الطفل على ظهره.
- استخدام شبكة بعوض (ناموسية) نهارًا وليلاً عندما ينام الطفل.
- يجب إبقاء الطفل بعيدًا عن الأطفال والبالغين المرضى (المصابين بأمراض معدية).
- يجب غسل اليدين قبل وبعد رعاية الطفل.
- علامات الخطر التي تتطلب استشارة الطبيب:
- صعوبة أو عدم القدرة على الرضاعة من الثدي بشكل مناسب
- الحركات غير الطبيعية
- صعوبة التنفس
- لون الجلد غير طبيعي
- احمرار أو إفرازات قيحية من السرة
- الحمى

الفصل 11: فترة النفاس

[1.11 الأحداث الطبيعية في الفترة التالية للولادة \(دور النفاس\)](#)

[2.11 رعاية الأم في الفترة التالية للولادة \(دور النفاس\)](#)

[3.11 استشارات ما بعد الولادة](#)

[4.11 المضاعفات التالية للولادة \(مضاعفات النفاس\)](#)

[5.11 منع الحمل](#)

1.11 الأحداث الطبيعية في الفترة التالية للولادة (دور النفاس)

تمتد الفترة التالية للولادة (دور النفاس) من الولادة وحتى ستة أسابيع بعد الولادة. وهي الفترة الزمنية اللازمة كي يعود الرحم إلى حجمه الأصلي ويختفي التغيرات البيولوجية والهرمونية المرتبطة بالحمل.

1.1.11 أوب الرحم

- بعد خروج (ولادة) المشيمة، ينقبض الرحم ويصبح صلبًا. ويكون قابلاً للرجس تحت السرة.
- بحلول اليوم الخامس أو السادس، يكون في منتصف المسافة بين السرة والارتفاق العاني.
- بحلول اليوم العاشر، يكون عند الارتفاق العاني.
- بعد 6 أسابيع، يعود الرحم إلى حجمه الطبيعي.
- تتغلق الفوهة الداخلية بين اليوم الثامن واليوم الثاني عشر.

2.1.11 الهلابة (السائل النفاسي)

إفرازات مهبلية، تكون دموية خلال 3 أيام الأولى ثم تصبح مشوبة بالدم. عادةً ما تكون عديمة الرائحة وتتوقف بعد 15-21 يوم.

3.1.11 الإلبان (درّ اللبن)

- اليومين الأولين: إفراز اللبأ (أول اللبن) أصفر اللون.
- بحلول اليوم الثالث، يحدث إيلام الثدي، مصحوبًا أحيانًا بحمى 38-38.5 ° مئوية لفترة قصيرة. يتغير تركيب اللبن: لبن ناضج، أكثر بياضًا ووفرة.

4.1.11 عودة الدورة الشهرية

تحدث الدورة الشهرية الأولى عادةً بين الأسبوع السادس والأسبوع الثامن لدى النساء غير المرضعات.

2.11 رعاية الأم في الفترة التالية للولادة (دور النفاس)

النفاس

تحدث أكثر من 60% من وفيات الأمهات في الفترة التالية للولادة (دور النفاس)، وتحدث 45% من الوفيات التالية للولادة خلال 24 ساعة الأولى. لذلك يجب بقاء النساء في مرفق الرعاية الصحية لمدة 24 ساعة^[1] على الأقل بعد الولادة.

1.2.11 في مستشفى الولادة

الفترة التالية لما بعد الولادة مباشرةً (الفصل 5، [القسم 2.2.5](#))، خلال اليوم الأول (وبشكل يومي في حال بقاء المريضة لأكثر من 24 ساعة) يجب مراقبة:

- العلامات الحيوية (نبض القلب، ضغط الدم، درجة الحرارة، معدل التنفس) مرتين في اليوم.
- أوب الرحم.
- النزف المهبل.
- تمزق العجان/ندبة بضع الفرج.
- التبول وحركة الأمعاء (التبرز).
- علامات فقر الدم (في حال وجودها، يجب قياس مستوى الهيموغلوبين).
- يجب تسجيل جميع البيانات في السجل الطبي للمريضة.
- في حالة الولادة بالجراحة القيصرية، انظر الفصل 6، [القسم 4.6](#).
- يجب إعلام ونصح الأم بما يلي:
- الإصحاح والنظافة الشخصية (تنظيف منطقة العجان بشكل يومي بالماء والصابون، وتغيير الفوط (الحفاضات) الصحية كل 4-6 ساعات).
- التحرك والمشي للوقاية من الخثار.
- رعاية حديث الولادة (الفصل 10، [القسم 6.10](#)).
- الإرضاع من الثدي ([الملحق 3](#)).
- العلامات لدى الأم التي تتطلب الاستشارة الفورية:
- نزف مهبل غزير (أي يتطلب تغيير الفوط (الحفاضات) الصحية كل 20-30 دقيقة خلال 1-2 ساعة و/أو طرد (خروج) جلطات في عدة مناسبات).
- صداع مصحوب باضطراب الرؤية أو الغثيان والإقياء؛ الاختلاجات.
- صعوبة التنفس أو التنفس بسرعة.
- حمى.
- ألم بطني شديد.
- إفرازات مهبلية كريهة الرائحة.
- تسرب البول.
- سخونة، احمرار، ألم الثدي.
- عدم الاستقرار الانفعالي (العاطفي)، الاكتئاب، إلخ.
- منع الحمل ([القسم 5.11](#)).

حالات خاصة: وفاة الجنين داخل الرحم أو وفاة حديث الولادة أو التخلي عن الطفل.

في حال عدم وجود موانع للاستعمال (الاعتلال الصمامي القلبي، ارتفاع ضغط الدم، ما قبل التسمم الحملي (مقدمات الارتعاج)، سابقة الذهان التالي للولادة)، يمكن كبت (إيقاف) الإلبان (درّ اللبن) باستخدام:

كابروغولين الفموي: 1 ملغ، جرعة واحدة في اليوم الأول بعد الولادة، لتثبيت الإلبان (درّ اللبن)، أو 0.25 ملغ كل 12 ساعة لمدة يومين، لكبت (إيقاف) الإلبان (درّ اللبن) بعد حدوثه.

ملاحظة: يقتصر استخدام كابرغولين على الحالات الخاصة أعلاه.

في حال عدم توافر كابرغولين أو وجود مانع لاستعماله:

- يجب عدم استخدام أي من ناهضات الدوبامين الأخرى مثل بروموكريبتين.

- يجب عدم ضغط الثديين باستخدام عصابة ضاغطة (غير مريح وغير فعال).

- يمكن تقليل عدم الارتياح المصاحب للإلبان (درّ اللبن) بارتداء صدرية (حمالة صدر) طوال الوقت (نهارًا وليلًا) وباستخدام باراسيتامول. في غياب التحفيز، يتوقف إنتاج اللبن خلال 1-2 أسبوع.

بالإضافة إلى ذلك، يجب تقديم الدعم النفسي لجميع النساء في مستشفى الولادة وخلال الفترة التالية للولادة (دور التفاس). انظر الفصل

4، [القسم 2.11.4](#).

2.2.11 عند الخروج من المستشفى

- في حال عدم وجود فقر الدم السريري، يجب إكمال استخدام مكملات الحديد وحمض الفوليك لمدة 3 شهور^[1] (الفصل 1، [القسم](#)

[5.2.1](#)). في حالة فقر الدم، انظر الفصل 4، [القسم 1.4](#).

- يجب إعطاء فيتامين أ (ريتينول الفموي: 200 000 وحدة دولية، جرعة واحدة) في الدول التي يعد العمى الليلي (العشاوة) فيها مشكلة صحة عامة (اتباع التوصيات الوطنية).

- تحديد موعد لاستشارة ما بعد الولادة ([القسم 3.11](#)).

- التحقق من توفير المعلومات وتقديم النصح.

المراجع

1. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1

3.11 استشارات ما بعد الولادة

1.3.11 توقيت استشارات ما بعد الولادة

يجب تقديم استشارتين لما بعد الولادة للأم ولحديث الولادة خلال 6 أسابيع الأولى بعد الولادة:

- تكون الاستشارة الأولى خلال الأسبوع الأول، خاصةً لدى النساء اللاتي قمن بالولادة في المنزل ([القسم 2.3.11](#) و [القسم 3.3.11](#)). بالنسبة للنساء اللاتي قمن بالولادة في مرفق الرعاية الصحية وبقين بها لأكثر من 24 ساعة، تعتبر استشارة الخروج من المستشفى للأم ولحديث الولادة بمثابة استشارة ما بعد الولادة الأولى.

و

- تكون الاستشارة الثانية خلال 4-6 أسابيع للفحص السريري الروتيني وعلاج أية مضاعفات محتملة.

في حال كان حديث الولادة بوزن أقل من 2000 غ، يوصى بإجراء استشارة كل أسبوع خلال الشهر الأول، ثم استشارة في الأسبوع السادس.

2.3.11 للأم

- تقييم العلامات الحيوية: نبض القلب، ضغط الدم، درجة الحرارة، معدل التنفس.
- تقييم أوب الرحم.
- تقييم الثام البضع (الشق) الجراحي في حالات الولادة بالجراحة القيصرية.
- فحص الفرج والعجان: البحث عن وجود تمزقات، تقييم الثام بضع الفرج أو الجروح التي تم خياطتها ومظهر ورائحة الهلابة (السائل النفاسي).
- الاستفسار عن التبول وحركة الامعاء (البرز). في حالة تسرب البول، البحث عن وجود ناسور (الفصل 7، [القسم 5.2.7](#)).
- التحقق من آفات الثدي.
- البحث عن وجود علامات فقر الدم. في حال عدم وجود فقر الدم السريري، يجب إكمال استخدام مكملات الحديد وحمض الفوليك لمدة 3 شهور (الفصل 1، [القسم 5.2.1](#)). في حالة فقر الدم السريري، انظر الفصل 4، [القسم 1.4](#).
- في حال وجود سوء التغذية (محيط منتصف أعلى الذراع ≥ 230 مم)، يجب إلحاق المرأة ببرنامج التغذية العلاجية. في الظروف التي يندر فيها الطعام، يوصى بتطبيق المكملات الغذائية لجميع النساء المرضعات حتى في عدم وجود علامات سوء التغذية.
- إجراء تحليل البول باستخدام غميسة (شريط الغمس) بولية، في حال وجود أي أعراض لعدوى السبيل البولي و/أو الحمى و/أو ارتفاع ضغط الدم.
- تقديم النصح بخصوص فيروس العوز المناعي البشري وإجراء الاختبار في حال عدم إجرائه أثناء الحمل أو عند الولادة.
- ملاحظة مدى التفاعل بين الأم وحديث الولادة والحالة النفسية للأم.
- توفير المعلومات حول منع الحمل (الفترة الزمنية حتى عودة الخصوبة، وسائل منع الحمل المتاحة، الفعالية، المنافع، قيود الاستعمال، والتأثيرات الجانبية لكل وسيلة) مع توفير وسيلة لمنع الحمل في حال الرغبة في ذلك ([القسم 5.11](#)).
- تطبيق فيتامين أ في حال وجود داع للاستعمال؛ فقط في حال عدم القيام بذلك بعد الولادة ([القسم 2.2.11](#)).
- استكمال التحصين ضد الكزاز (التيتانوس) في حال الضرورة.
- توفير المعلومات وتقديم النصح: العلامات التي تتطلب الاستشارة الفورية ([القسم 1.2.11](#))، الإصحاح والنظافة، الإرضاع من الثدي، استخدام شبكات البعوض (الناموسيات) المعالجة بالمبيدات الحشرية للأم ولحديث الولادة.

3.3.11 لحديث الولادة

- تكرر الفحص السريري الشامل الذي يتضمن:
 - العلامات الحيوية، علامات الخطر، علامات العدوى لدى حديث الولادة (الفصل 10، [القسم 1.3.10](#))، علامات العدوى القابلة للانتقال من الأم (الفصل 10، [القسم 4.10](#)).
 - الوزن والطول و أي أمور غير طبيعية (شذوذات) (الفصل 10، [القسم 1.1.10](#)، [الفحص السريري الروتيني](#)).
 - قياس مستوى الهيموغلوبين في حال وجود أي من علامات لفقر الدم (شحوب الملتحمة وراحة اليدين وباطن القدمين).
 - الإحالة إلى وحدة رعاية حديثي الولادة في حال:
 - وجود علامات الخطر/علامات العدوى (يتم بدء العلاج أثناء انتظار النقل)
 - مستوى الهيموغلوبين > 10 غ/ديسي ليدر
 - تقييم عوامل خطورة حدوث العدوى لدى حديثي الولادة (الفصل 10، [القسم 2.3.10](#)). يجب ملاحظة أن الولادة المنزلية تعد بحد ذاتها من عوامل الخطورة (البيسة) لحدوث العدوى لدى حديثي الولادة.
 - تقييم الرضاعة من الثدي: التعلق بالثدي، تكرار/الفاصل الزمني بين الرضعات ([الملحق 3](#))، حالة الإمهاء.
 - التحقق من تلقي الرعاية الروتينية عند الولادة. في حال كان حديث الولادة مولود في المنزل و/أو لم يتلق الرعاية الروتينية عند الولادة (الفصل 10، [القسم 1.10](#))، يجب القيام بالتالي:
 - 1 - العناية بالحبـل السري
 - تنظيف الحبل السري بالماء والصابون في حال كان متسخًا، ثم تجفيفه.
 - تطبيق **ثنائي غلوكونات الكلورهيكسدين 7.1%**.
 - في المناطق التي تشجع فيها ممارسات تقليدية ضارة بالحبل السري، يجب استكمال العلاج في المنزل كما هو موضح في [القسم 6.10](#).
 - 2 - الرعاية الروتينية الأخرى
 - تتراسيكلين مرهم عيني (في حال فحص حديث الولادة خلال 7 أيام بعد الولادة).
 - فيتامين ك1.
 - التحصينات الروتينية: لقاح السل، لقاح التهاب الكبد ب أحادي التكافؤ، لقاح شلل الأطفال الجرعة 0.
 - تطبيق مكمل فيتامين د حتى عمر 6 شهور (الفصل 10، [القسم 1.1.10](#)).
 - التأكد من تطبيق العلاج الوقائي بمضادات الفيروسات القهقرية عند الضرورة (الفصل 10، [القسم 4.10](#)).

4.3.11 بطاقة الرعاية بعد الولادة

يتم تسجيل جميع المعلومات ذات الصلة في بطاقة المتابعة التالية للولادة ([الملحق 6](#)).

4.11 المضاعفات التالية للولادة (مضاعفات النفاس)

1.4.11 النزف الرحمي الغزير

عادةً ما تكون كمية الهلابة (السائل النفاسي) مماثلة للدورة الشهرية الطبيعية. في حال كانت الإفرازات أكثر غزارة، يجب الأخذ بعين الاعتبار احتباس المشيمة و/أو التهاب بطانة الرحم.

في حالة الاشتباه في احتباس المشيمة:

- إجراء الكشط الإصبعي أو الشفط اليدوي بالتخلية أو الكشط بالأدوات بحذر شديد، مع العلاج بالمضادات الحيوية (الفصل 9).

- العلاج بالمضادات الحيوية لمدة 5 أيام:

أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين)

نسبة 1:8: 3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/ 62.5 ملغ 3 مرات في اليوم)

نسبة 1:7: 2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/ 125 ملغ 3 مرات في اليوم)

أو

أموكسيسيلين الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم + ميترونيدازول الفموي: 500 ملغ 3 مرات في اليوم

2.4.11 مضاعفات العدوى

التحقق من وجود عدوى لدى المريضات اللاتي لديهن حمى تتجاوز 38 ° مئوية لأكثر من 48 ساعة.

التهاب بطانة الرحم والتهاب البوق التاليين للولادة (النفاسيين)

العلامات السريرية

- حمى، عادةً مرتفعة.

- ألم في البطن و/أو الحوض، إفرازات مهبلية كريهة الرائحة أو قيحية.

- الرحم متضخم، رخو، مؤلم عند تحريكه؛ عنق الرحم مفتوح؛ تورم في القبو الخلفي للمهبل.

التدبير العلاجي

- إدخال المريضة إلى وحدة المرضى الداخليين؛ وتطبيق العلاج بالمضادات الحيوية:

أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الوريدي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين): 1 غ كل 8 ساعات + جنتامايسين بالحقن العضلي: 5

ملغ/كغ مرة واحدة في اليوم

أو

أمبيسيلين الوريدي: 2 غ كل 8 ساعات + ميترونيدازول الوريدي: 500 ملغ كل 8 ساعات + جنتامايسين بالحقن العضلي: 5 ملغ/كغ مرة

واحدة في اليوم

يتم مواصلة العلاج لمدة 48 ساعة بعد زوال الحمى والعلامات السريرية الأخرى ^[1].

- بالنسبة للأشكال المبكرة والبسيطة (عدم وجود حمى، ألم بسيط)، يمكن علاجها خارج المستشفى باستخدام:

أموكسيسيلين/حمض الكلافولانيك الفموي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) لمدة 5-7 أيام:

نسبة 1:8: 3000 ملغ في اليوم (2 قرص عيار 500/ 62.5 ملغ 3 مرات في اليوم)

نسبة 1:7: 2625 ملغ في اليوم (1 قرص عيار 875/ 125 ملغ 3 مرات في اليوم)

- يجب البحث عن احتباس المشيمة وإجراء تفريغ الرحم بعد 24-48 ساعة من العلاج بالمضادات الحيوية. في حال عدم استقرار ديناميكا

الدم الناجم عن النزف أو العدوى، يجب إجراء تفريغ الرحم على الفور.

الخراج الحوضي أو التهاب البيريتوان (الصفاق)

إحدى مضاعفات التهاب بطانة الرحم أو التهاب البوق التالي للولادة (النفاسي) غير المعالج.

العلامات السريرية

- منعكس الدفاع العضلي أو تشنج بطني، علوص (انسداد الأمعاء)، كتلة حوضية.

التدبير العلاجي

- بضع البطن أو في حالة اقتصار الخراج على جُبيّة دوغلاس يتم بضع المهبل لنزح الخراج.
- العلاج بالمضادات الحيوية كما في التهاب بطانة الرحم والتهاب البوق التالي للولادة (النفاسي).

مضاعفات العدوى الأخرى

- الخراج بعد الولادة بالجراحة القيصرية.
- التهاب الأوعية اللمفية وخراج الثدي (القسم 3.4.11).
- التهاب الحويضة والكلية (الفصل 4، القسم 3.2.4).
- ملاحظة: في حال وجود حمى، يجب إجراء اختبار للملاريا في المناطق المتوطنة بشكل منهجي.

3.4.11 المضاعفات المرتبطة بالثدي

الحلمة المشقوقة

العلامات السريرية

- تأكل حلمة الثدي وألم شديد عند بدء الإرضاع.
- عدم وجود الحمى (باستثناء عندما تكون مصحوبة بالتهاب الأوعية اللمفية).

التدبير العلاجي

- تنظيف الحلمة بصابون وماء نظيف قبل وبعد كل رضعة؛ وتجفيفها بعناية.
- مراقبة حديث الولادة أثناء الرضاعة، وتصحيح وضعيته في حال الضرورة. غالبًا ما تكون الحلمة المشقوقة ناجمة عن الالتقام بشكل غير صحيح.

تَحْفُلُّ (احتقان) الثدي

العلامات السريرية

- ألم ثنائي الجانب بعد 2-3 أيام من الولادة؛ الثدي متصلب ومؤلم.

التدبير العلاجي

- رفادات (كمادات) باردة أو دافئة (قبل الإرضاع)؛ وزيادة معدل الإرضاع.
- عصر لبن الثدي بشكل يدوي برفق (الملحق 3) قبل الإرضاع، في حال كان حديث الولادة لا يستطيع التقام الثدي مفرط التمدد أو بعد الإرضاع لإنهاء إفراغ الثدي.
- ينحسر التَّحْفُلُّ (الاحتقان) خلال 24-48 ساعة.

التهاب الأوعية اللمفية

العلامات السريرية

- ألم أحادي الجانب بعد 5-10 أيام من الولادة. التهاب موضعي، احمرار وسخونة موضعية، مع ألم لا يتغير.
- حمى مرتفعة (39-40 °مئوية)؛ تضخم العقدة اللمفية الإبطية.
- عدم وجود قيح في لبن الثدي عند عصره على رفاة (كمادة).

التدبير العلاجي

- إفراغ الثدي بزيادة معدل إرضاع حديث الولادة من الثدي بالجانب المصاب. في حال شعور الأم بأن الإرضاع مؤلم للغاية، يتم إيقاف الإرضاع بشكل مؤقت من الثدي بالجانب المصاب (لكن يجب إفراغ الثدي بشكل يدوي) ومواصلة الإرضاع من الثدي الآخر.
- مسكنات الألم الروتينية: (باراسيتامول الفموي، [الملحق 7](#)).

عدوى الثدي (التهاب الثدي، الخراج)

العلامات السريرية

- التهاب الثدي
- وجود منطقة صلبة، حمراء، مؤلمة، متورمة في أحد الثديين مصحوبة بالحمى.
- العقدة اللمفية الإبطية قد تكون متضخمة.
- إفرازات قيحية من الحلمة.
- خراج الثدي: كتلة متموجة، مؤلمة، قابلة للرجس.

التدبير العلاجي

- إيقاف الإرضاع بشكل مؤقت من الثدي بالجانب المصاب. يتم عصر كل اللبن من الثدي المصاب بالعدوى برفق (بشكل يدوي).
- مسكنات الألم الروتينية: (باراسيتامول الفموي، [الملحق 7](#))؛ رفادات (كمادات) باردة أو دافئة.
- العلاج بالمضادات الحيوية الفعالة ضد المكورات العنقودية قد يمنع تطور خراج الثدي (كلوكساسيلين الفموي: 1 غ 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام).
- خراج الثدي: النزح بشكل عاجل حيث يمكن أن ينتشر الخراج بشكل سريع، والعلاج بالمضادات الحيوية كالمبين أعلاه.

4.4.11 تسرب البول

العلامات السريرية

- البحث عن وجود ناسور مثاني مهبلي، خاصةً بعد المخاض المطوّل.

التدبير العلاجي

- في حال وجود ناسور: انظر الفصل 7، [القسم 5.2.7](#).
- في حال عدم وجود ناسور؛ يحتمل أن يكون سلس الإجهاد: اقتراح ممارسة تمارين تقوية قاع الحوض.
- يعد سلس الإجهاد أكثر شيوعًا في التعدد الكبير في الولادات، وبعد الاستخراج باستخدام الملقط أو بالتخلية (آلة الشفط (الممحجم))، وفي حالات عملاقة الجنين. عادةً ما يختفي خلال 3 شهور بممارسة تمارين قاع الحوض.

5.4.11 الاضطرابات النفسية

"أحزان الولادة"

تبدأ هذه المتلازمة خلال أيام بعد الولادة وتستمر عادةً لمدة أسبوعين. تتسم بتقلبات المزاج، البكاء، الهياج، القلق الشديد المرتكز على حديث الولادة، الشك في القدرة على أن تكون "أم جيدة"، مصحوبة بأرق وفقدان الشهية واضطرابات التركيز. تزول هذه المشاكل بشكل عام خلال عدة أيام. الطمأنة والدعم الأسري والمتابعة للتأكد من عدم تطور الحالة إلى الاكتئاب عادةً ما تكون كافية.

الاكتئاب التالي للولادة

يتطور الاكتئاب التالي للولادة خلال الأسابيع الأولى بعد ولادة الطفل؛ وقد يكون شديدًا وغالبًا ما يتم التقليل من أهميته. الأعراض المميزة للاكتئاب هي الحزن، البكاء المتكرر، فقدان الثقة بالنفس، المخاوف المستمرة بشأن الطفل (أو، على النقيض، السدّر (اللامبالاة))، الشعور بعدم الكفاءة كأم، الشعور بالذنب (أو حتى أفكار عدوانية تجاه الطفل) مصحوب بأرق وفقدان الشهية. تستمر هذه الأعراض لأكثر من أسبوعين وتتفاقم بشكل تدريجي، مما يؤدي إلى حالة من الإنهاك. يجب أثناء مقابلة الأم البحث عن وجود أفكار انتحارية بشكل محتمل وتقييم قدرة الأم ورغبتها في رعاية الطفل (قد يكون للاكتئاب انعكاسات على تطور الطفل). من الضروري أن يقوم أفراد الأسرة والأصدقاء بتفهم حالة الأم وطمأنتها وتقديم المساعدة في الأنشطة اليومية. قد تكون الأدوية المضادة للاكتئاب ضرورية (يجب اختيار أحد مضادات الاكتئاب المتوافقة مع الإرضاع من الثدي، والذي يجب استمراره متى أمكن). يرجى مراجعة [دليل الإرشادات السريرية](#)، منظمة أطباء بلا حدود. ملاحظة: يعد الاكتئاب التالي للولادة أكثر شيوعًا بعد ولادة جنين ميت أو وفاة الجنين داخل الرحم.

الذهان التالي للولادة

يحدث بشكل أقل شيوعًا ويتسم بظهور أعراض ذهانية بعد ولادة الطفل. تتضمن الأعراض الهياج، التقلبات المزاجية الخطيرة، الأوهام، الهلاوس، وسلوكيات لامنتظمة (مضطربة)، عجيبة (غريبة)، وأحيانًا عنيفة. يجب إرسال المريضة إلى طبيب على الفور. يعد العلاج بمضادات الذهان ضروريًا، وعادةً الإدخال إلى المستشفى. يرجى مراجعة دليل [الإرشادات السريرية](#)، منظمة أطباء بلا حدود.

المراجع

1. World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=28797ACA5A26CA683EAD63F667EA7107?sequence=1>

5.11 منع الحمل

يجب اختبار وسائل منع الحمل بناءً على تفضيل المرأة وموانع الاستعمال الطبية المحتملة التي يتم التعرف عليها من خلال التاريخ والفحص السريريين.

الفحوص السريرية الأساسية:

- بالنسبة لمنع الحمل الهرموني: ضغط الدم. يمنع استعمال موانع الحمل الإستروجينية البروجسترونية المفعول، التي تسمى أيضًا موانع الحمل المركبة الفموية، لدى النساء المصابات بارتفاع ضغط الدم ($\leq 140/90$ ملم زئبقي). ويمنع استعمال موانع الحمل البروجسترونية المفعول بالحقن لدى النساء المصابات بارتفاع ضغط الدم الشديد ($\leq 160/100$ ملم زئبقي).

- بالنسبة للولب الرحمي: الفحص بالمنظار والفحص المهلي الإصبعي. يمنع استعمال اللولب الرحمي في حالات العدوى التناسلية النشطة. يجب وضعه بعد علاج العدوى.

في جميع الحالات، يجب استبعاد الحمل (في حال الشك، يتم إجراء اختبار الحمل).

لا توجد فحوص مختبرية مطلوبة لوصف موانع الحمل.

تقاس فعالية موانع الحمل بعدد حالات الحمل غير المقصود لكل 100 امرأة خلال السنة الأولى من الاستخدام الصحيح المنتظم لمنع الحمل.

الجدول 1.11 معدلات فشل موانع الحمل¹

يوضح هذا الجدول فعالية موانع الحمل من الأكثر إلى الأقل فعالية عند الاستخدام الأمثل.

الوسائل	حالات الحمل غير المقصود لكل 100 امرأة
الغرسات بروجسترونية المفعول إيتونوجستريل أو ليفونورجستريل	0.05%
ليفونورجستريل لولب رحمي	0.2%
اللولب الرحمي النحاسي	0.8%
الحقن بروجسترونية المفعول ميدروكسي بروجسترون	6%
الأقراص بروجسترونية المفعول ليفونورجستريل أو ديزوجستريل	9%
موانع الحمل المركبة الفموية إيثينيل استراديول + ليفونورجستريل	9%

لاختيار مانع الحمل، يجب تقديم النصح وتوفير المعلومات للنساء حول الوسائل المتاحة المختلفة وفعالية كل منها.

1.5.11 وسائل منع الحمل الرئيسية

يمكن لمنع الحمل أن يبدأ في أي وقت (حسب رغبة المرأة)، طالما تم التأكد بشكل معقول من أنها غير حامل. يجب إعلام المرأة بأن بدء الحماية قد يستغرق بضعة أيام وأنه يجب استخدام الواقي الجنسي خلال هذه الفترة^[1].

يعد مانع الحمل الإضافي (الواقي الجنسي) غير مطلوب في الحالات التالية:

- استخدام اللولب الرحمي النحاسي.
 - استخدام الأقراص بروجستيرونية المفعول أو مانع الحمل المركب الفموي خلال 5 أيام بعد بدء الحيض.
 - استخدام الغرسات بروجستيرونية المفعول أو ليفونورجستريل لولب رحمي أو الحقن بروجستيرونية المفعول خلال 7 أيام بعد بدء الحيض.
 - استخدام أي وسيلة لمنع الحمل خلال 7 أيام بعد الإجهاض في الثلث الأول أو الثلث الثاني من الحمل.
 - استخدام أي وسيلة لمنع الحمل خلال 28 يوم بعد الولادة، سواءً كانت المرأة تقوم بالإرضاع أم لا.
 - استخدام أي وسيلة لمنع الحمل بعد 28 يوم إلى 6 شهور بعد الولادة، في حال تحقق شروط انقطاع الحيض الإرضاعي (القسم 2.5.11).
- بخلاف تلك الحالات أعلاه، تكون مدة تأخير الحماية يومين بالنسبة للأقراص بروجستيرونية المفعول، و7 أيام بالنسبة للغرسات بروجستيرونية المفعول، أو ليفونورجستريل لولب رحمي أو الحقن بروجستيرونية المفعول أو موانع الحمل المركبة الفموية. يمكن استخدام موانع الحمل على الفور بعد الولادة (أو الإجهاض) وأثناء الإرضاع من الثدي، باستثناء موانع الحمل المركبة الفموية التي يمكن بدء استخدامها بعد 21 يوم على الأقل بعد الولادة في حال كانت المرأة لا تقوم بالإرضاع، وبعد 6 أسابيع على الأقل بعد الولادة في حال كانت المرأة تقوم بالإرضاع.
- تعد جميع هذه الوسائل عكوسة (قابلة للعكس). تحدث عودة الخصوبة على الفور بعد إيقاف (أو إزالة) مانع الحمل، باستثناء الحقن بروجستيرونية المفعول.

منع الحمل الهرموني

الغرسات بروجستيرونية المفعول

- يتم غرس عود واحد (أو اثنين) بالإدخال تحت الجلد في أعلى الذراع (العضد)، تحت التخدير الموضعي.
- الحماية: 3 سنوات بالنسبة لإيتونوجستريل؛ 5 سنوات بالنسبة لليفونورجستريل. بعد هذه الفترة يجب تغييرها طالما الرغبة باستخدام هذه الوسيلة لمنع الحمل موجودة. يمكن إزالتها في أي وقت بواسطة أحد مقدمي الرعاية الصحية في حال لم تعد الرغبة بمنع الحمل موجودة.
- نقاط يجب التأكيد عليها: لا تعتمد الفعالية على الامتثال؛ قد يحدث نزف في أي وقت (غير منتظم) أو قد لا يكون هناك نزف شهري (انقطاع الحيض)؛ تكون الكبسولة خفية لكنها قابلة للجس تحت الجلد.

الحقن بروجستيرونية المفعول

- حقنة واحدة كل 13 أسبوع. هناك شكلان صيدلانيان: ميدروكسي بروجستيرون بالحقن العضلي يتم تطبيقها عن طريق الحقن العضلي بواسطة أحد مقدمي الرعاية الصحية، وميدروكسي بروجستيرون بالحقن تحت الجلد يتم تطبيقها بشكل ذاتي عن طريق الحقن تحت الجلد.
- الحماية: 3 أشهر.
- نقاط يجب التأكيد عليها: عدم التطبيق بشكل يومي؛ وسيلة خفية (لا دليل على منع الحمل)؛ يمكن تطبيقها بشكل ذاتي (ميدروكسي بروجستيرون بالحقن تحت الجلد)؛ عودة الخصوبة تتأخر لفترة طويلة (في المتوسط 5 شهور بعد إيقاف الحقن، وأحياناً حتى سنة واحدة^[1])؛ قد يحدث نزف في أي وقت (غير منتظم) أو قد لا يكون هناك نزف شهري (انقطاع الحيض).

وسائل منع الحمل الفموية

• الأقراص بروجسترونية المفعول

قرص واحد مرة واحدة في اليوم يؤخذ في نفس الوقت كل يوم، باستمرار دون انقطاع، حتى أثناء الحيض.

- الحماية: تنتهي بمجرد إيقاف استعمال الوسيلة المانعة للحمل.

- نقاط يجب التأكيد عليها: تعتمد الفعالية على الامتثال (خطورة نسيان تناول القرص)؛ يجب الالتزام بموعد تناول القرص بدقة (لا يجب تأخير تناول القرص أكثر من 3 ساعات بالنسبة لليفونورجستريل و 12 ساعة بالنسبة لديزوجستريل)؛ قد يحدث نزف في أي وقت (غير منتظم) أو قد لا يكون هناك نزف شهري (انقطاع الحيض).

• موانع الحمل المركبة الفموية

قرص واحد مرة واحدة في اليوم يفضل أخذه في نفس الوقت كل يوم، باستمرار دون انقطاع، حتى أثناء الحيض (حزمة تكفي 28 يوم تحوي

21 قرص فعال يحتوي على إيثينيل استراديول + ليفونورجستريل و 7 أقراص غير فعالة تحوي أملاح الحديد)^ب

- الحماية: تنتهي بمجرد إيقاف استعمال الوسيلة المانعة للحمل.

- نقاط يجب التأكيد عليها: تعتمد الفعالية على الامتثال (خطورة نسيان تناول القرص).

لمزيد من المعلومات حول وسائل منع الحمل الهرمونية، بما في ذلك موانع الاستعمال، والتفاعلات الدوائية، والتحذيرات، يرجى مراجعة [دليل الأدوية الأساسية](#)، منظمة أطباء بلا حدود.

اللولب الرحمي

يتم إدخال اللولب الرحمي في الرحم خلال 48 ساعة بعد الولادة. في حال عدم إدخاله خلال 48 ساعة، يجب تأخير الإدخال 4 أسابيع بعد الولادة^[1].

يمكن استخدامه لدى النساء اللاتي ليس لديهن أطفال.

هناك نوعان من اللولب الرحمي: اللولب الرحمي الهرموني الذي يقوم بإطلاق ليفونورجستريل واللولب الرحمي النحاسي.

- الحماية: 5 سنوات بالنسبة لليفونورجستريل لولب رحمي؛ 10 سنوات بالنسبة لللولب الرحمي النحاسي.

بعد هذه الفترة يجب تغيير اللولب الرحمي طالما الرغبة باستخدام هذه الوسيلة لمنع الحمل موجودة. يمكن إزالتها في أي وقت بواسطة أحد مقدمي الرعاية الصحية في حال لم تعد الرغبة بمنع الحمل موجودة.

- نقاط يجب التأكيد عليها: لا تعتمد الفعالية على الامتثال؛ قد يحدث نزف في أي وقت (غير منتظم) أو قد لا يكون هناك نزف شهري

(انقطاع الحيض) عند استخدام ليفونورجستريل لولب رحمي؛ نزف طويل الأمد وتشنجات خاصة في الشهور القليلة الأولى عند استخدام اللولب الرحمي النحاسي؛ قد يشعر الشريك بخيوط اللولب الرحمي.

2.5.11 وسائل أخرى

الواقيات الجنسية (العازل)

تستخدم الواقيات الجنسية (الذكورية والأنثوية) للحماية من العدوى المنقولة جنسياً وأيضاً كوسيلة مؤقتة لمنع الحمل. يتم استخدامها أحياناً في نفس الوقت مع نوع آخر من موانع الحمل. تعتمد فعاليتها على الاستخدام الصحيح المنتظم عند كل ممارسة للجماع. تمتلك معدل فشل مرتفع (18% للواقيات الذكورية و21% للواقيات الأنثوية).

وسيلة انقطاع الحيض الإرضاعي

يعد الإرضاع من الثدي وسيلة لمنع الحمل مؤقتة وفعالة (98%)، لكن فقط في حال تحقق الشروط الثلاثة التالية كلها: (1) عدم عودة النزف لدى الأم، (2) الإرضاع من الثدي بشكل حصري نهاراً وليلاً، (3) الطفل بعمر أصغر من 6 شهور.

التعقيم

يعد ربط البوق إجراء جراحي لاعكوس. يتم إجراؤه في حالات معينة (مثل في حال كان الحمل اللاحق ذو مخاطر مهددة لحياة المرأة وكانت ترغب في منع الحمل بشكل دائم) أثناء إجراء جراحي أو ولادة بالجراحة القيصرية. يجب الحصول على موافقة مكتوبة من المريضة قبل إجراء هذا التدخل.

3.5.11 حالات خاصة

عدوى فيروس العوز المناعي البشري HIV

يساعد استخدام الواقي الجنسي في منع انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري إلى الشريك، ومنع تكرار العدوى بسلاسل أخرى من فيروس العوز المناعي البشري في حال كان الشريك إيجابي لفيروس العوز المناعي البشري، ومنع انتقال العدوى المنقولة جنسيًا الأخرى. يجب على المرضى الإيجابيين لفيروس العوز المناعي البشري استخدام الواقيات الجنسية بشكل روتيني. لمنع حدوث أي حمل غير مقصود، يجب أيضًا استخدام وسيلة فعالة أخرى لمنع الحمل.

العلاج باستخدام الأدوية المحرزة للإنزيمات الكبدية

تقوم الأدوية المحرزة للإنزيمات الكبدية بإنقاص فعالية الغرسات وموانع الحمل الفموية^[2]. لدى النساء اللاتي يتناولن الأدوية المحرزة للإنزيمات الكبدية (ريفامبيسين، ريفابوتين، إيفافيرينز، نيفيرابين، لوينافير، ريتونافير، فينوباربيتال، فينتونين، كاربامازين، غريزوفولفين، إلخ): يتم النصح باستخدام لولب رحمي أو الحقن بروجسترونية المفعول.

منع الحمل الإسعافي (الطارئ)

يجب إعلام جميع النساء بمنع الحمل الإسعافي (الطارئ) وتوفير الوصول إليه. يجب استخدامه في أقرب وقت ممكن خلال 5 أيام أو 120 ساعة بعد الجماع غير المحمي أو الجماع المحمي بشكل غير كافي (نسيان تناول القرص أو تمزق الواقي الجنسي، إلخ). هناك ثلاثة خيارات ممكنة:

ليفونورجستريل الفموي: 1.5 ملغ جرعة واحدة (3 ملغ جرعة واحدة لدى النساء اللاتي يتناولن الأدوية المحرزة للإنزيمات الكبدية^[2]) أو **أسيتات أوليبريستال الفموي:** 30 ملغ جرعة واحدة أو اللولب الرحمي النحاسي

ملاحظات:

- لا توجد موانع استعمال لموانع الحمل الإسعافية (الطارئة) الفموية.
- لدى النساء اللاتي يتناولن الأدوية المحرزة للإنزيمات الكبدية، يتم استخدام ليفونورجستريل (3 ملغ) أو اللولب الرحمي النحاسي.
- يمنع وضع اللولب الرحمي في حالة وجود عدوى تناسلية نشطة.^ج

الهوامش

(أ) لمزيد من المعلومات انظر:

.Centres for Disease Control and Prevention. Effectiveness of Family Planning Methods

https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/pdf/Contraceptive_methods_508.pdf

(ب) في حال استخدام حزمة تحوي 21 قرص: قرص واحد في اليوم لمدة 21 يوم، يتبعها فاصل لمدة 7 أيام بدون تناول أقراص.

(ج) لمزيد من المعلومات انظر:

.World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition 2015

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1

المراجع

1. World Health Organization. Family Planning - A global handbook for providers, 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
2. FSRH. Clinical Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception, 2018.
<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/>

الفصل الثاني عشر: إنهاء الحمل

[1.12 الرعاية قبل إنهاء الحمل](#)

[2.12 الإجهاض الطبي \(بالأدوية\)](#)

[3.12 الشفط](#)

1.12 الرعاية قبل إنهاء الحمل

يتناول هذا الفصل إنهاء الحمل في حالات الحمل داخل الرحم حتى 22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية.

1.1.12 توفير المعلومات وتقديم المشورة

يعد قرار إنهاء الحمل عائدًا للمريضة. ويجب احترام قرارها بدون انتقاد أو إصدار أحكام. يعد دور فريق الرعاية الصحية هو السماح لها باتخاذ قرار مستنير مدروس، وتوفير رعاية آمنة وبيئة تتسم بالخصوصية والسرية. قبل إنهاء الحمل، يجب التأكد من توفير المعلومات وتقديم المشورة:

- الاستماع للمريضة: الأفكار والمشاعر والموقف والاحتياجات والمخاوف.
- مناقشة طرق إنهاء الحمل: الوصف والمميزات والعيوب والمتابعة.
- مناقشة خيارات منع الحمل بعد إنهاء الحمل (الفصل 11، [القسم 5.11](#)).

يجب على فريق الرعاية احترام خصوصية وسرية الاستشارة والفحص والإجراء. يجب الحصول على موافقة المريضة على إنهاء الحمل بشكل صريح وواضح.

2.1.12 التاريخ الطبي والفحص

- في حالة الشك يتم إجراء اختبار حمل. لا توجد فحوص مختبرية أخرى مطلوبة بشكل روتيني.
- يتم تقدير العمر الحمل (تاريخ) (موعد) آخر دورة شهرية و/أو حجم الرحم عن طريق الفحص باليدين أو جس البطن؛ لا يوصى بإجراء الفحص الروتيني بالأموح فوق الصوتية.
- البحث عن المشكلات الحالية وعلاجها: العدوى المنقولة جنسياً (مثل الإفرازات المهبلية غير الطبيعية)، علامات الحمل خارج الرحم (المتبذ)، آلام الحوض، الحمى، فقر الدم الشديد، إلخ.
- أخذ التاريخ الطبي والتوليدي: التحقق من وجود موانع لإنهاء الحمل و/أو لوسائل منع الحمل التي ستستخدم لاحقاً.
- في حالات نادرة عند وجود لولب رحمي مع الحمل، يجب إزالته إن أمكن.

3.1.12 اختيار الطريقة

قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية

هناك طريقتان: الإجهاض الطبي (بالأدوية) والشفط. يجب عدم إجراء الكشط بالأدوات.

الجدول 1.12 - مقارنة بين الطريقتين

الشفط	الإجهاض الطبي (بالأدوية)	
<ul style="list-style-type: none"> • النتيجة فورية. • عدم وجود موانع استعمال مطلقة. • يمكن تركيب لولب رحمي في نهاية الإجراء. 	<ul style="list-style-type: none"> • طريقة غير باضعة (جائرة). • يمكن إجراؤها في المنزل. • العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية غير ضروري. 	المميزات
<ul style="list-style-type: none"> • طريقة باضعة (جائرة). • خطورة (منخفضة) لحدوث اثقب الرحم أو انهتك عنق الرحم. • العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية ضروري. 	<ul style="list-style-type: none"> • النتيجة غير فورية (تستغرق ساعات إلى أيام). • النزف الغزير وتقلصات أثناء طرد الحمل. • يكون الشفط ضرورياً في حالة الفشل. 	العيوب

يعتمد اختيار الطريقة على تفضيل المرأة والإمكانية في سياق محدد. في معظم الحالات، يفضل الإجهاض الطبي (بالأدوية). يعد الشفط أيضاً طريقة صحيحة وآمنة يجب استخدامها عند وجود مانع لإجراء الإجهاض الطبي (بالأدوية) (اضطرابات التخثر) أو عند فشله أو عندما يكون الإجهاض الطبي (بالأدوية)، في سياق محدد، ليس خياراً متاحاً.

بين 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية

يمكن إجراء الإجهاض الطبي (بالأدوية) فقط.

2.12 الإجهاض الطبي (بالأدوية)

يعد الإجهاض الطبي (بالأدوية) طريقة آمنة وفعالة لإنهاء الحمل. تقدر نسبة خطورة حدوث مضاعفات شديدة بأقل من 0.1% و يبلغ معدل نجاحه 97-98%.

تعد المشاركة الدوائية ميفيبريستون + ميزوبروستول أكثر فعالية من ميزوبروستول بمفرده وتقلل عدد الجرعات المطلوبة من ميزوبروستول، مما يقلل من تأثيراته الجانبية. مع ذلك، يعد ميزوبروستول خياراً فعالاً وآمناً حتى عند استخدامه بمفرده.

1.2.12 الاحتياطات

- اضطرابات التخثر: يفضل إجراء الشفط اليدوي بالتخلية، في حال إجراء الإجهاض الطبي (بالأدوية) يجب القيام به تحت الملاحظة.
- فشل الكظر المزمّن والربو الشديد غير المنضبط: استخدام ميزوبروستول بمفرده.
- في حالة وجود ندبتين سابقتين أو أكثر في الرحم، نظرًا لخطورة حدوث تمزق الرحم:
- يفضل استخدام المشاركة الدوائية ميفيبريستون + ميزوبروستول، حيث يكون عدد الجرعات المطلوبة من ميزوبروستول أقل.
- 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية: يتم إدخال المريضة للمستشفى للملاحظة؛ تقليل جرعة ميزوبروستول إلى 200 ميكروغرام؛ الالتزام بفواصل يوم واحد على الأقل بين تطبيق ميفيبريستون وميزوبروستول.
- ملاحظة: لا يمكن استخدام ميفيبريستون وميزوبروستول لإنهاء الحمل خارج الرحم (المنتبذ) أو الحمل الرحوي.

2.2.12 البروتوكول

بين 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية	قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية
<p>ميفيبريستون الفموي: 200 ملغ جرعة واحدة ثم بعد 1-2 يوم:</p> <p>ميزوبروستول تحت اللسان أو ضمن المهبل: 400 ميكروغرام كل 3 ساعات حتى طرد الجنين والمشيمة^[2] في حال عدم توفر ميفيبريستون أو وجود مانع لاستعماله: تطبيق ميزوبروستول بمفرده كالمبين أعلاه.</p>	<p>ميفيبريستون الفموي: 200 ملغ جرعة واحدة ثم بعد 1-2 يوم:</p> <p>ميزوبروستول تحت اللسان أو ضمن المهبل: 800 ميكروغرام^[1] في حال عدم بدء الطرد خلال 24 ساعة، يتم تطبيق جرعة ثانية 800 ميكروغرام من ميزوبروستول. في حال عدم توفر ميفيبريستون أو وجود مانع لاستعماله: ميزوبروستول تحت اللسان أو ضمن المهبل: 800 ميكروغرام كل 3 ساعات (حتى في حال بدء النزف بعد الجرعة الأولى أو الثانية)؛ الحد أقصى 3 جرعات.^[2]</p>
و	
<p>مسكن للألم أو مشاركة دوائية بين عدة مسكنات للألم:</p> <p>إيبوبروفين الفموي: 800 ملغ كل 8 ساعات (الجرعة القصوى 2400 ملغ في اليوم)؛ بدء ميزوبروستول والاستمرار تبعًا للحاجة بعد الطرد، حتى 3 أيام كحد أقصى.</p> <p>في حال الضرورة، يتم إضافة: كودايين الفموي: 30-60 ملغ كل 6 ساعات (الجرعة القصوى 240 ملغ في اليوم) أو ترامادول الفموي: 100-50 ملغ كل 6 ساعات (الجرعة القصوى 400 ملغ في اليوم).</p> <p>يتم استخدام أحد هذين الدواءين بمفرده في حال وجود مانع لاستعمال إيبوبروفين.</p>	

ملاحظات:

- يمكن استخدام هذه الجرعات لدى البالغات والمراهقات بعمر أكبر من 12 سنة.
- تبعًا للقيود الخاصة بالمريضة، يمكن تناول ميفيبريستون وميزوبروستول في نفس الوقت.
- في حالة الغثيان/الإقياء (بشكل غير روتيني): **ميتوكلوبراميد** الفموي: 5 ملغ لكل جرعة لدى النساء بوزن > 60 كغ؛ 10 ملغ لكل جرعة للنساء بوزن < 60 كغ. يجب أن يكون الفاصل الزمني بين كل جرعتين من ميتوكلوبراميد 6 ساعات على الأقل.

3.2.12 رعاية المريضة

قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية

- يتم إجراء الإجهاض الطبي (بالأدوية) خارج المستشفى. يجب الترتيب لإجراء زيارة واحدة لتوفير المعلومات وتقديم المشورة حول إنهاء الحمل والأدوية المستخدمة لهذا الغرض بالإضافة إلى منع الحمل والوسيلة المحددة التي ستختارها المريضة.
- يتم تطبيق ميفيبريستون عادةً تحت الملاحظة المباشرة لكنها ليست إلزامية. يمكن أن تختار المرأة تناول جميع الأدوية في المنزل.
- يتم تناول ميزوبروستول في المنزل بعد 1-2 يوم (4 أقراص عيار 200 ميكروغرام للجرعة الأولى). من المتوقع أن يبدأ النزف والتقلص خلال 3 ساعات. في الغالبية العظمى من الحالات، ينجح هذا العلاج. في حال عدم حدوث الطرد خلال 24 ساعة، يجب تناول جرعة ثانية (4 أقراص عيار 200 ميكروغرام). يمكن للمرأة أن تختار العودة للاستشارة لتناول ميزوبروستول بدلاً من تناوله في المنزل.
- في حال استخدام ميزوبروستول بمفرده، يجب إعطاء المريضة العدد الإجمالي للجرعات (4 أقراص عيار 200 ميكروغرام كل 3 ساعات؛ بإجمالي 12 قرص).
- يتم إعطاء إيبوبروفين للمريضة ليتم تناوله بمجرد بدء التقلص. يجب إعطاء كمية كافية لتغطية 3 أيام من العلاج.
- يمكن بدء جميع وسائل منع الحمل في نفس اليوم (إدخال الغرسات أو تطبيق الحقن أثناء الاستشارة، إعطاء موانع الحمل الفموية لمدة 3 شهور على الأقل) باستثناء اللولب الرحمي الذي لا يمكن تركيبه إلا بعد الطرد.

بين 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية

- نظرًا لزيادة خطورة حدوث المضاعفات، يتم إدخال المريضة إلى المستشفى للملاحظة بعد 12 أسبوع منذ آخر دورة شهرية. مع ذلك، بين 13-16 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يمكن أن تختار المرأة تناول العلاج في المنزل، إلا في حال وجود خطورة لحدوث تمزق الرحم (القسم 1.2.12).
- مع زيادة العمر الحملي، يستغرق الطرد وقتًا أطول ويكون مؤلمًا أكثر (يجب التأكد من التدبير العلاجي للألم بشكل ملائم).
- يكون الجنين أكثر نموًا وعادةً ما يكون مَليصًا (مولود ميت). في حالات استثنائية، يمكن ملاحظة حدوث تنفس و/أو حركة بشكل تلقائي عابر. قد يكون ذلك صعبًا من الناحية العاطفية لكل من المرأة والطاقر الطبي.
- يجب التخلص من الجنين الميت بسرية واحترام.
- لدى نساء بالعمر الحملي بين 13-16 أسبوع منذ آخر دورة شهرية اللاتي اخترن تناول العلاج في المنزل، يجب توفير المعلومات وتقديم المشورة كالمبين أعلاه، بما في ذلك الاعتبارات المتعلقة بالتخلص من الجنين الميت.
- في حال استخدام ميزوبروستول، يجب إعطاء المريضة الجرعات الكافية للعلاج لمدة 24 ساعة (2 قرص عيار 200 ميكروغرام كل 3 ساعات؛ بإجمالي 16 قرص). يتم نصح المرأة بإيقاف استخدام ميزوبروستول بمجرد حدوث الطرد.

4.2.12 معلومات للمريضة

- قبل تطبيق الأدوية، يجب توفير المعلومات التالية للمريضة:
- الإجهاض الطبي (بالأدوية) فعال وآمن. تحتاج امرأتان فقط من بين كل 100 امرأة لإجراء الشفط بالتخلية لإنهاء الحمل. تعد المضاعفات نادرة الحدوث.
- قد يكون لميزوبروستول تأثير ماسخ (التسبب في تشوهات) (يجب أن تكون هذه المعلومة معروفة للمريضة، في حال غيرت من رأيها بعد تناول الأدوية أو في حال فشل العلاج).
- أثناء الإجهاض، ستعاني المريضة من التقلص، النزف، طرد الجلطات الدموية، وفي حال كانت بين 13-22 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، سيحدث طرد للجنين والمشيمة.
- في الغالب، لن تعاني المريضة من التقلص والنزف بعد تناول ميفيبريستون. يبدأ التقلص والنزف بعد 1-3 ساعات من تناول ميزوبروستول، ثم تقل الشدة عادةً خلال 24 ساعة. ويجب ألا يستمر لأكثر من 48 ساعة. قد يستمر النزف الطفيف حتى شهر واحد.
- يكتمل الإجهاض عادةً خلال 24-48 ساعة.
- قد يسبب ميزوبروستول، خاصةً عند تناول عدة جرعات، الغثيان، الإسهال، النوافض والحمى، الذين لا يستمررون لأكثر من 24 ساعة بعد تناول الدواء.
- يعد الألم الشديد، النزف الغزير (تشبع فوطتين (حفاضتين) صحتين لكل ساعة لمدة ساعتين متتاليتين)، الإفرازات كريهة الرائحة والحُمى الذين يستمررون لأكثر من 24 ساعة علامات تتطلب الاستشارة الفورية.
- ستعود الدورة الشهرية خلال 4-8 أسابيع لكن الخصوبة ستعود بشكل سريع؛ يمكن أن تحدث الإباضة في وقت مبكر بعد 10 أيام من الإجهاض. لذا يوصى ببدء منع الحمل على الفور.

5.2.12 متابعة المريضة

- لا يجب إجراء الاستشارة التالية للإجهاض بشكل روتيني.
- يجب تشجيع المرأة على العودة في أي وقت في حال كان لديها مخاوف أو مضاعفات أو أسئلة.
- يجب تشجيع المرأة على العودة لمنع الحمل في حال لم تبدأ في استخدام أي وسيلة على الفور عند إجراء الإجهاض.
- في حالة الإجهاض الناقص (غير المكتمل)، انظر الفصل 2، [القسم 3.1.2](#).
- في حالة الحمل خارج الرحم (المنتبذ)، انظر الفصل 2، [القسم 3.2.2](#).
- في حالة استمرار الحمل قبل 13 أسبوع منذ آخر دورة شهرية، يتم إجراء الشفط بالتخلية (الفصل 9، [القسم 5.9](#)).

المراجع

1. World Health Organization. Medical management of abortion, 2019.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>
2. IPAS. Clinical Updates in Reproductive Health. April 2019.
<https://ipas.azureedge.net/files/CURHE19-april-ClinicalUpdatesInReproductiveHealth.pdf>

3.12 الشفط

يعد الشفط بالتخلية (سواء كان يدويًا أو كهربائيًا) خيارًا بديلًا للإجهاض الطبي (بالأدوية).

1.3.12 الاحتياطات

- التهاب عنق الرحم القيسي أو عدوى الحوض:
- يتم تأخير الشفط إن أمكن، حتى إكمال العلاج بالمضادات الحيوية (الفصل 9، [القسم 6.6.9](#)).
- في حال عدم إمكانية تأخير الشفط، يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل بدء الإجراء.
- اضطرابات التخثر: خطورة حدوث النزف، يجب إجراء الشفط في مرفق تتوفر فيه إمكانية الجراحة الطارئة ونقل الدم.

2.3.12 الأدوات

انظر الفصل 9، [القسم 3.5.9](#)

3.3.12 الطريقة

- يجب اتباع الاحتياطات المشتركة لجميع الإجراءات داخل الرحم (الفصل 9، [القسم 1.1.9](#)).
- بدء العلاج بالمضادات الحيوية في حالات العدوى في حال عدم إمكانية تأخير الإجهاض. للعلاج بالمضادات الحيوية، انظر الفصل 9، [القسم 6.6.9](#).
- العلاج الوقائي بالمضادات الحيوية، تحضير عنق الرحم (في حال الضرورة)، تمهيد التخدير، تحضير الأدوات، الإحصار حول عنق الرحم والإجراء، انظر الفصل 9، [القسم 4.5.9](#).
- ملاحظة: في حال رغبة المريضة في استخدام اللولب الرحمي كوسيلة لمنع الحمل، يمكن تركيبه بعد إجراء الشفط، طالما لا توجد عدوى الحوض.

4.3.12 متابعة المريضة

المتابعة الفورية

- وضع المريضة في وضعية مريحة أثناء فترة المراقبة (ساعتان على الأقل).
- مراقبة العلامات الحيوية وفقدان الدم.
- التدبير العلاجي للألم: باراسيتامول و/أو إيبوبروفين ([الملحق 7](#)).
- يمكن للمريضة العودة إلى المنزل في حال كانت العلامات الحيوية مستقرة وكانت قادرة على المشي، مع تزويدها بالمعلومات التالية:
 - سيستمر المعص (التشنجات) لعدة أيام.
 - سيستمر النزف لمدة 8-10 أيام.
 - ستعود الدورة الشهرية خلال 4-8 أسابيع.
 - ستعود الخصوبة بشكل سريع؛ يمكن أن تحدث الإباضة في وقت مبكر بعد 10 أيام من الإجهاض. يجب بدء منع الحمل على الفور في نفس اليوم (الفصل 11، [القسم 5.11](#)).
 - النظافة الشخصية والإصحاح: يجب التنظيف باستخدام الماء والصابون مرة واحدة في اليوم؛ يجب عدم استخدام الغسول المهيلي.
 - يجب طلب الاستشارة بشكل فوري في حال: الألم الشديد أو النزف الغزير، الإفرازات كريهة الرائحة أو الحمى.

الاستشارة التالية للإجهاض

- لا يجب إجراء الاستشارة التالية للإجهاض بشكل روتيني.
- يجب تشجيع المرأة على العودة في أي وقت في حال كان لديها مخاوف أو مضاعفات أو أسئلة.
- يجب تشجيع المرأة على العودة لمنع الحمل في حال لم تبدأ في استخدام أي وسيلة على الفور عند إجراء الإجهاض.

5.3.12 المضاعفات

انظر الفصل 9، [القسم 6.6.9](#).

الملاحق

[ملحق 1: بطاقة رعاية ما قبل الولادة](#)

[الملحق 2: الدك \(السد\) بالبالون داخل الرحم](#)

[الملحق 3: الإرضاع من الثدي](#)

[الملحق 4: الكميات اليومية المطلوبة للإطعام \(التغذية\)](#)

ملحق 1: بطاقة رعاية ما قبل الولادة

بطاقة الرعاية قبل الولادة

الملحق 2: الدك (السد) بالبالون داخل الرحم

1.2 الدواعي

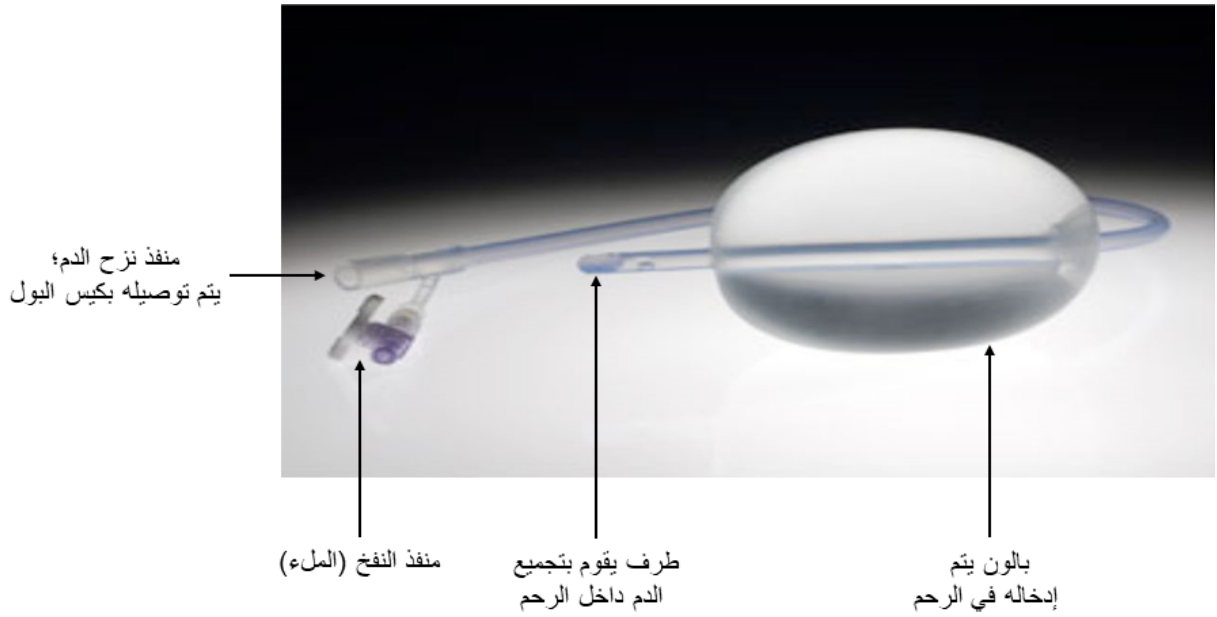
النزف التالي للولادة الناجم عن الوبي الرحمي، عند فشل استخدام مقويات توتر الرحم في التحكم في النزف. يستخدم البالون داخل الرحم لتقليل النزف داخل الرحم وتجنب إجراء استئصال الرحم لإرقاء النزف. يمكن استخدام البالون داخل الرحم في مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الأساسية (BEmONC) كي تستقر حالة المريضة قبل إحالتها إلى مرفق الرعاية التوليدية ورعاية حديثي الولادة الطارئة الشاملة (CEmONC).

2.2 الموانع

- تمزق الرحم
- عدوى قيفية في المهبل أو عنق الرحم أو الرحم

3.2 إدخال البالون

- تقييم الحاجة لتسكين الألم/التخدير.
- تطبيق محلول مطهر (محلول البوفيدون اليودي 10%) على منطقة العجان.
- إزالة أي جلطات دموية من الرحم (استكشاف الرحم).
- إدخال قنطار فولي.
- تقدير حجم الرحم وتسجيله (للمتابعة).
- إدخال منظار. إدخال البالون (غير المنفوخ) داخل الرحم، إما بشكل يدوي أو باستخدام ملقط غير راضح. يجب التأكد من مرور البالون بالكامل من الفوهة الداخلية لعنق الرحم.
- يتم نفخ (ملء) البالون باستخدام محلول كلوريد الصوديوم 0.9% في درجة حرارة الغرفة المعقم، حتى يمكن رؤيته في عنق الرحم (250-300 مل عادةً، 500 مل كحد أقصى)؛ وتسجيل حجم المحلول المستخدم.
- يتم تطبيق شد بسيط على القنطار وتثبيت طرفه بشرط لاصق إلى فخذ المريضة.
- توصيل منفذ النزح بكيس جمع السوائل (كيس البول) لمراقبة إرقاء النزف.



4.2 العلاج المرافق

- **أوكسيتوسين** بالتسريب الوريدي المستمر: 20-40 وحدة دولية تبعًا للجرعة التي تم تطبيقها بالفعل (الجرعة القصوى الإجمالية 60 وحدة دولية) ضمن 1 ليتر من محلول رينغر لكتات أو محلول كلوريد الصوديوم 0.9% خلال 8 ساعات (42 قطرة/دقيقة).
- العلاج بالمضادات الحيوية: **أميسيلين** الوريدي 1 غ + **ميترونيدازول** بالتسريب الوريدي 500 ملغ أو **أموكسيسيلين/احمض الكلافولانيك** الوريدي (الجرعات يعبر عنها بالأموكسيسيلين) 1 غ كل 8 ساعات، حتى إزالة البالون.
- بدء أو إكمال نقل الدم لتصحيح فقر الدم.

5.2 متابعة المريضة

- المراقبة كل ساعة: العلامات الحيوية، إخراج البول، ارتفاع قاع الرحم، النزف المهبطي، حجم الدم الذي تم تجميعه في كيس جمع السوائل، تشبع الأكسجين (في حال التوافر).
- في حال عدم تدفق الدم في كيس جمع السوائل، لكن ارتفاع قاع الرحم يزيد، قد يكون القثطار مسدودًا بجلطات دموية: يتم الفحص للتأكد من أنه مفتوح عبر حقن 15-30 مل من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% المعقم.
- في حال عدم تدفق الدم في كيس جمع السوائل وعدم وجود تدفق مهبطي وعدم زيادة ارتفاع قاع الرحم وكانت حالة المريضة مستقرة، يعني هذا التحكم في النزف: يتم ترك البالون في موضعه لمدة 24 ساعة.
- بعد مرور 24 ساعة، يتم تفريغ نصف حجم السائل المحقون من البالون والتحقق من حدوث النزف وفحص العلامات الحيوية بعد 30 دقيقة:
- في حال عدم وجود نزف مرئي وكانت حالة المريضة مستقرة، يتم تفريغ البالون بالكامل وإزالته.
- في حال حدوث النزف مرة أخرى، يتم إعادة نفخ (ملء) البالون لمدة 6-8 ساعات أخرى و/أو الأخذ بعين الاعتبار الجراحة.
- في حال فشل الدك (السد) الأولي أو حدوث النزف مرة أخرى أثناء وجود البالون المنفوخ في موضعه، يستطب العلاج الجراحي.

الملحق 3: الإرضاع من الثدي

يعد الإرضاع من الثدي بشكل حصري (عدم إطعام (تغذية) الطفل بأي طعام أو شراب آخر سوى لبن الثدي) خلال 6 شهور الأولى الخيار الأمثل للرضع، بغض النظر عن تمام الحمل أو وزن الولادة.

للأمهات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري HIV، انظر [القسم 7.3](#).

في حال كان حديث الولادة لا يمكنه المص بشكل فعال أو على الإطلاق:

- يمكن عصر لبن الثدي باستخدام مضخة الثدي أو بشكل يدوي ([القسم 2.3](#)).

- في حال كان منعكس البلع جيداً لدى حديث الولادة: يمكن إعطاء اللبن بواسطة كوب أو ملعقة أو محقنة ([القسم 3.3](#)).

- في حال كان حديث الولادة لا يستطيع البلع بشكل فعال أو على الإطلاق: يتم إعطاء اللبن بواسطة أنبوب أنفي معدي ([القسم 4.3](#)) لمنع الاستنشاق (الشفط) وإنهاك حديث الولادة.

في حال كان المص غير فعال، يجب التحقق من نقص سكر الدم ([الفصل 10](#)، [القسم 4.3.10](#)) وعلامات الخطر ([الفصل 10](#)، [القسم 1.3.10](#)).

في حال كان حديث الولادة يستطيع الرضاعة لكن كمية لبن الأم غير كافية، تتيح طريقة الإرضاع التكميلي إمكانية إطعام (تغذية) حديث الولادة باستخدام لبن الرضع أثناء تحفيز إنتاج لبن الثدي ([القسم 5.3](#)).

يجب دائماً التأكد من توافق الأدوية التي تتناولها الأم مع الإرضاع من الثدي، وتعديل العلاج تبعاً لذلك في حال الضرورة.

1.3 عوامل نجاح الإرضاع من الثدي

عوامل نجاح الإرضاع من الثدي:

- إعلام النساء الحوامل بمنافع الإرضاع من الثدي وكيفية تطبيقه.

- وضع حديث الولادة على الثدي مبكراً، خلال ساعة من الولادة.

- اتخاذ الوضعية الصحيحة والمريحة للأم ولحديث الولادة. يتيح التقام الثدي بشكل صحيح المص الفعال ويقلل من المضاعفات (التشقق): يجب أن يكون حديث الولادة مواجهاً لجسم الأم، بحيث تكون ذقنه مواجهة لثديها، وتكون الأنف حرة وتكون الحلمة ومعظم هالة الحلمة داخل فم حديث الولادة.

- بالنسبة للنساء ذوات الحلمات المقلوية أو المسطحة: يتم استخدام الطرق التي تساعد على بروز الحلمة (تدليك الحلمة، استخدام مضخة الثدي قبل إرضاع حديث الولادة مباشرة).

- المداومة على الإرضاع من الثدي بشكل حصري (ما لم يوجد مانع طبي).

- الإرضاع من الثدي عند الطلب على الأقل 8 مرات في اليوم (على الأقل مرة واحدة كل 3 ساعات).

- الحرص على الإمهاء الجيد (على الأقل 3 لترات في اليوم) ومدخول السعرات الحرارية < 2500 كيلو سعر حراري في اليوم لدى الأم، حيث يؤثر ذلك بشكل مباشر على كمية اللبن التي يتم إنتاجها.

- العناية بالحلمة، الغسل بماء نظيف قبل الإرضاع.

- اتخاذ الترتيبات التي تتيح للأم ولحديث الولادة البقاء سوياً 24 ساعة في اليوم.

- المساعدة في مداومة الإرضاع حتى في حال اضطرار الأم للانفصال عن حديث الولادة (منع توقف إنتاج اللبن بسبب نقص التحفيز).

يجب عدم إيقاف الإرضاع من الثدي في حال:

- إصابة حديث الولادة بالإسهال: التوضيح للأم أن لبنها ليس هو سبب الإصابة بالإسهال.

- مرض الأم (ما لم تكن حالة خطيرة): التوضيح للأم أن مرضها لا يؤثر على جودة لبنها.

2.3 العصر بشكل يدوي وحفظ لبن الثدي

يعد العصر بشكل يدوي بديلاً عند عدم توفر مضخة الثدي. ويتم عصر اللبن كل 2-3 ساعات.

يتم توضيح الطريقة للأم. يجب إعطاؤها كوب أو وعاء نظيف لجمع اللبن. يجب غسل الوعاء وغليه وشطفه بالماء المغلي وتجفيفه بالهواء قبل كل استخدام.

الطريقة

- غسل اليدين، الجلوس في وضعية مريحة والإمساك بالوعاء أسفل الثدي.
- بواسطة اليد الأخرى، يتم رفع الثدي لأعلى باستخدام أربعة أصابع، مع وضع إصبع الإبهام فوق هالة الحلمة.
- يتم عصر هالة الحلمة بين إصبع الإبهام وبقيّة الأصابع أثناء الضغط للخلف نحو القفص الصدري.
- يتم عصر كل ثدي لمدة 5 دقائق على الأقل، مع التبديل بين الثديين، حتى يتوقف تدفق اللبن.
- في حال عدم تدفق اللبن، يجب مراجعة الطريقة وتطبيق رفاذات (كمادات) دافئة على الثديين.
يتم إطعام (تغذية) حديث الولادة مباشرةً بعد عصر اللبن (بواسطة الكوب أو الأنبوب الأنفي المعدي).
في حال عدم تناول حديث الولادة كل اللبن الذي تم جمعه، يمكن حفظه في وعاء نظيف داخل الثلاجة (درجة حرارة 2-8 °مئوية) لمدة 24 ساعة كحد أقصى .

يتم تدفئة اللبن (في حمام مائي) حتى يصبح في درجة حرارة الجسم عند الرضعة التالي.
في حال عدم توفر ثلاجة، يمكن حفظ اللبن في وعاء نظيف (مغطى) في درجة حرارة الغرفة لمدة تصل إلى 4 ساعات في حال كانت درجة الحرارة المحيطة ≥ 22 °مئوية أو لمدة تصل إلى ساعة واحدة في حال كانت درجة الحرارة المحيطة < 22 °مئوية.

3.3 إعطاء اللبن بواسطة كوب أو إناء آخر

يمكن إعطاء اللبن بواسطة كوب أو ملعقة أو محقنة.
يتم استخدام وعاء/إناء نظيف (يجب غسله، غليه أو شطفه بالماء المغلي وتجفيفه بالهواء) عند كل رضعة.

الطريقة

يجب على الأم (بمساعدة أحد مقدمي الرعاية):
- تقدير حجم اللبن المطلوب تبعًا لعمر ووزن حديث الولادة (الملحق 4).
- تثبيت حديث الولادة على حجرها في وضعية نصف جلوس أو وضعية قائمة.
- وضع الكوب/الملعقة برفق عند الشفة السفلى لحديث الولادة وملامسة حافة الكوب للجزء الخارجي لشفته العليا.
- إمالة الكوب/الملعقة حتى يصل اللبن لشفتي حديث الولادة.
- ترك حديث الولادة يتناول اللبن بالسرعة التي تناسبه؛ يجب عدم صب اللبن في فمه مطلقًا.
- إيقاف الإطعام (التغذية) عندما يغلق حديث الولادة فمه ويصبح غير مهتم بالإرضاع.
في حال إصابة حديث الولادة بسعال أو قلّس عدة مرات أو عدم قدرته على تناول كمية كافية، يعني ذلك أنه لم يتطور لديه منعكس البلع بشكل كاف بعد. في هذه الحالة، يجب إطعام (تغذية) حديث الولادة باستخدام أنبوب أنفي معدي حتى وقت لاحق.

4.3 إعطاء اللبن بواسطة أنبوب أنفي معدي

الدواعي

- حديثو الولادة الخدج (المبتسرون) أو ذوي وزن الولادة > 1500 غ: المص ضعيف، التناسق بين المص والبلع ضعيف أو غير موجود، والتعب بشكل سريع.
- حديثو الولادة المصابون بضائقة تنفسية: خطورة حدوث الاستنشاق (الشفط)، التعب بشكل سريع.
- حديثو الولادة المرضى الذين لديهم المص غير موجود أو ضعيف و/أو المصابون بنقص التوتر العضلي.
- حديثو الولادة المصابون بالحنك المشقوق، خاصةً عندما يكون الشق واسعًا للغاية.

الإطعام (التغذية)

قبل كل رضعة:

- يتم شطف محتويات المعدة واستخدام اختبار الأس الهيدروجيني (درجة الحموضة) (pH) للتحقق من وجود الأنبوب المعدي في الوضعية الصحيحة.
- يجب التحقق من علامات عدم التحمل (الإقياء، تمدد أو إيلاام البطن، البراز الدموي). في حال وجودها، يتم تقييم مظهر وحجم رشافة (شفاطة) المعدة:
- في حال كانت الرشافة راتقة أو لبنية و > 3 مل/كغ: يتم إعادة حقن الرشافة ببطء والإطعام بالكمية المقررة. تتم إعادة تقييم الرشافة قبل الرضعة التالية.
- في حال كانت الرشافة راتقة أو لبنية و ≤ 3 مل/كغ: يتم إعادة حقن الرشافة ببطء والإطعام بالكمية المقررة مطروحًا منها الحجم المتبقي. تتم إعادة تقييم الرشافة قبل الرضعة التالية. يتم مواصلة الرضعات لكن يجب عدم زيادة حجم الرضعة حتى يصبح حجم الرشافة > 3 مل/كغ.
- في حال كانت الرشافة خضراء أو دموية أو تننة: يجب عدم إعادة حقن الرشافة؛ يتم إيقاف الإطعام، والتحقق من وجود علامات الخطر (الفصل 10، [القسم 1.3.10](#)) والالتهاب المعوي القولوني الناخر (وجود دم في البراز وتمدد البطن المؤلم). يتم تركيب خط وريدي للعلاج بمحاليل المداومة ([الملحق 5](#))، وبدء العلاج بالمضادات الحيوية قبل نقل حديث الولادة إلى وحدة رعاية حديثي الولادة. إعطاء اللبن:
- استعمال محقنة معقمة أو نظيفة (يجب غسلها، شطفها بالماء المغلي وتجفيفها بالهواء)، ذات سعة كافية لإجمالي كمية اللبن المقررة للرضعة. يتم نزع المكس وتوصيل المحقنة بالطرف المخروطي للأنبوب.
- يتم صب اللبن في المحقنة، التي يجب الإمساك بها بشكل رأسي.
- الطلب من الأم إمساك المحقنة على مسافة 10 سم فوق حديث الولادة والسماح للبن بالتدفق عبر الأنبوب بفعل الجاذبية.
- يجب عدم استعمال مكبس المحقنة لدفع اللبن للأسفل بسرعة أكبر.
- يجب أن تستغرق كل رضعة 10-15 دقيقة.
- للكميات اليومية المطلوبة للإطعام (التغذية)، انظر [الملحق 4](#).

5.3 طريقة "الإرضاع التكميلي"

تستخدم هذه الطريقة:

- لمداومة الإرضاع من الثدي عندما يكون إنتاج اللبن أقل من الكمية اليومية التي يحتاج إليها حديث الولادة، أو
 - لدى حديثي الولادة الذين لديهم صعوبة في التقام الثدي.
- عبارة عن إعطاء لبن الثدي المعصور أو لبن الرضع عبر أنبوب تغذية أثناء تحفيز إنتاج لبن الثدي.

الطريقة

- يتم قطع طرف أنبوب معدي CH8 (على مسافة 1 سم من الفتحات) ونزع الغطاء من الطرف الآخر.
 - يتم تثبيت الطرف الأول إلى الحلمة باستخدام شريط لاصق. يتم وضع الطرف الآخر في الكوب. يجب أن يكون الحلمة والأنبوب كليهما داخل فم حديث الولادة أثناء الرضاعة (الشكل 1).
 - يجب على الأم الإمساك بالكوب على مسافة 10 سم أسفل مستوى الثدي، حتى لا يتم مص اللبن بسرعة كبيرة.
 - قد يحتاج حديث الولادة إلى 2-3 أيام للتكيف مع الطريقة. في حال عدم تناول حديث الولادة، في الأيام القليلة الأولى، لكل اللبن الموجود في الكوب، يتم إعطاؤه الباقي باستخدام كوب أو ملعقة أو محقنة.
- الشكل 1 - طريقة "الإرضاع التكميلي"**



6.3 التدبير العلاجي لمشكلات الإطعام (التغذية) (ملخص)

التدبير العلاجي	الحالة
تقديم المزيد من النصح للأم، تعزيز ثقتها، تواجدها أحد أعضاء الفريق الطبي دائماً أثناء الإرضاع من الثدي، تسجيل الملاحظات في مخطط حديث الولادة.	وجود مشكلة في الإرضاع من الثدي، لكنه ممكن (إنتاج اللبن والمص والبلع ملائمون)
• تحفيز إنتاج اللبن عن طريق الإرضاع من الثدي المتكرر (8 مرات في اليوم). • استخدام مضخة الثدي وطريقة "الإرضاع التكميلي".	الإرضاع من الثدي بكمية غير ملائمة من لبن الثدي (كمية اللبن التي يتم إنتاجها أقل من الاحتياجات اليومية لحديث الولادة)
• عصر اللبن باستخدام مضخة الثدي أو بشكل يدوي. • إعطاء اللبن بواسطة كوب أو ملعقة أو محقنة.	المص غير فعال لكن منعكس البلع جيد
• عصر اللبن باستخدام مضخة الثدي أو بشكل يدوي. • إرضاع لبن الثدي بواسطة أنبوب أنفي معدي.	المص غير فعال ومنعكس البلع ضعيف أو غير موجود

7.3 الإرضاع من الثدي لدى الأمهات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري

HIV

للحد من خطورة انتقال فيروس العوز المناعي البشري، يجب أن تتلقى الأمهات العلاج طويل الأمد بمضادات الفيروسات القهقرية. يوصى بالإرضاع من الثدي بشكل حصري خلال 6 شهور الأولى من العمر، ثم الفطام بشكل تدريجي خلال شهر واحد بدءاً من عمر 6 شهور. لا يوصى بإيقاف الإرضاع من الثدي بشكل مفاجئ.

يمكن استخدام بدائل لبن الثدي كبديل للإرضاع من الثدي بشكل حصري فقط بالشروط التالية:

- توافر لبن الرضع بشكل كاف للاستخدام بشكل حصري حتى عمر 6 شهور.
- قدرة الأم (أو الشخص المسئول) على تحضير لبن الرضع تحت شروط النظافة الجيدة وبالتكرار الكافي للحد من خطورة حدوث الإسهال أو سوء التغذية.
- إمكانية الوصول لإحدى منشآت الرعاية الصحية التي تقدم كافة أنماط رعاية الأطفال.

الملحق 4: الكميات اليومية المطلوبة للإطعام (التغذية)

وزن الولادة ≤ 2500 غ

لبن الثدي	الإجمالي (مل/كغ/اليوم)	
23 × 8 مل	60	اليوم 1
30 × 8 مل	80	اليوم 2
38 × 8 مل	100	اليوم 3
45 × 8 مل	120	اليوم 4
53 × 8 مل	140	اليوم 5
60 × 8 مل	160	اليوم 6
68-60 × 8 مل	180-160	اليوم 7
75-60 × 8 مل	^(ب) 200-160	اليوم 8 وبعد ذلك

وزن الولادة 2000 غ إلى > 2500 غ

بن الثدي	الإجمالي (مل/كغ/اليوم)	
17 × 8 مل	60	اليوم 1
23 × 8 مل	80	اليوم 2
28 × 8 مل	100	اليوم 3
34 × 8 مل	120	اليوم 4
40 × 8 مل	140	اليوم 5
45 × 8 مل	160	اليوم 6
51-45 × 8 مل	180-160	اليوم 7
56-45 × 8 مل	200-160 [Ⓜ]	اليوم 8 وبعد ذلك

وزن الولادة 1500 غ إلى > 2000 غ

بن الثدي	الإجمالي (مل/كغ/اليوم)	
13 × 8 مل	60	اليوم 1
18 × 8 مل	80	اليوم 2
22 × 8 مل	100	اليوم 3
26 × 8 مل	120	اليوم 4
31 × 8 مل	140	اليوم 5
35 × 8 مل	160	اليوم 6
39-35 × 8 مل	180-160	اليوم 7
44-35 × 8 مل	200-160 [Ⓜ]	اليوم 8 وبعد ذلك

وزن الولادة 1250 غ إلى > 1500 غ

بشكل مبدئي، لدى حديثي الولادة ذوي وزن الولادة > 1500 غ يجب إعطاء محلول غلوكوز 10% بالتسريب الوريدي المستمر خلال 48 ساعة الأولى من الحياة (الملحق 5). في حال كانت حالة حديث الولادة مستقرة سريريًا، يمكن البدء بكميات صغيرة جدًا من لبن الثدي بمقدار 10 مل/كغ في اليوم خلال اليوم 1 أثناء انتظار النقل إلى وحدة رعاية حديثي الولادة. في حال عدم إمكانية تطبيق التسريب الوريدي أو النقل إلى وحدة رعاية الأطفال حديثي الولادة، يتم إعطاء لبن الثدي المعصور ومحلول غلوكوز 10% سويًا عبر الفم تبعًا للجداول أدناه.

محلول غلوكوز 10%	لبن الثدي	الإجمالي (مل/كغ/اليوم)	
4 × 12 مل	5 × 12 مل	80	اليوم 1
4 × 12 مل	7 × 12 مل	100	اليوم 2
4 × 12 مل	10 × 12 مل	120	اليوم 3
2 × 12 مل	14 × 12 مل	140	اليوم 4
-	18 × 12 مل	160	اليوم 5
-	21-18 × 12 مل	180-160	اليوم 6
-	23-18 × 12 مل	200-160	اليوم 7
-	23-18 × 12 مل	200-160	اليوم 8 وبعد ذلك

وزن الولادة 1000 غ إلى > 1250 غ

محلول غلوكوز 10%	لبن الثدي	الإجمالي (مل/كغ/اليوم)	
3 × 12 مل	5 × 12 مل	80	اليوم 1
3 × 12 مل	6 × 12 مل	100	اليوم 2
3 × 12 مل	8 × 12 مل	120	اليوم 3
2 × 12 مل	11 × 12 مل	140	اليوم 4
-	15 × 12 مل	160	اليوم 5
-	17-15 × 12 مل	180-160	اليوم 6
-	19-15 × 12 مل	200-160	اليوم 7
-	19-15 × 12 مل	200-160 ^(أ)	اليوم 8 وبعد ذلك

(أ) يمكن إعطاء حتى 220 مل/كغ، في حال الضرورة للنمو.

الملحق 5: محاليل المداومة الوريدية لحديثي الولادة المرضى

حيثما أمكن، يتم بدء محاليل المداومة الوريدية لدى حديثي الولادة المرضى الذين لا يجب إطعامهم (تغذيتهم) عن طريق الفم أو الذين لا يمكنهم الحصول على الطعام (الغذاء) بشكل كافي عن طريق الفم، أثناء انتظار النقل إلى وحدة رعاية حديثي الولادة.

محلول غلوكوز 10% بالتسريب الوريدي: 60-80 مل/كغ في اليوم في اليوم 1 واليوم 2 من العمر
مقدار 1/5 من **محلول كلوريد الصوديوم 0.9%** + مقدار 4/5 من **محلول غلوكوز 10%** بالتسريب الوريدي: 100 مل/كغ في اليوم في اليوم 3 من العمر

اليوم 3	اليوم 2	اليوم 1	وزن الولادة/ العمر
مقدار 1/5 من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% + مقدار 4/5 من محلول غلوكوز 10%	محلول غلوكوز 10%	محلول غلوكوز 10%	
15 مل/ساعة	12 مل/ساعة	9 مل/ساعة	3500 غ ≤
13 مل/ساعة	11 مل/ساعة	8 مل/ساعة	3000 غ إلى > 3500 غ
11 مل/ساعة	9 مل/ساعة	7 مل/ساعة	2500 غ إلى > 3000 غ
9 مل/ساعة	7 مل/ساعة	5 مل/ساعة	2000 غ إلى > 2500 غ

مثال: لحديث الولادة بعمر يومين ووزن الولادة 2750 غ، يتم إعطاء محلول غلوكوز 10% بالتسريب الوريدي بمعدل 9 مل/ساعة؛ ثم في اليوم 3 من العمر، يتم إعطاء مقدار 1/5 من محلول كلوريد الصوديوم 0.9% + مقدار 4/5 من محلول غلوكوز 10% بالتسريب الوريدي بمعدل 11 مل/ساعة.

الملحق 6: بطاقة الرعاية بعد الولادة

[بطاقة الرعاية بعد الولادة](#)

الملحق 7: التدبير العلاجي للألم لدى النساء الحوامل أو المرضعات

الإرضاع من الثدي	الحمل		مسكنات الألم	
	من الشهر 6	5-0 شهور		
الخيار الأول	الخيار الأول	الخيار الأول	باراسيتامول الفموي 1 غ كل 6-8 ساعات (الجرعة القصوى 4 غ في اليوم) باراسيتامول الوريدي بوزن > 50 كغ: 15 ملغ/كغ كل 6 ساعات (الجرعة القصوى 60 ملغ/كغ في اليوم) بوزن ≤ 50 كغ: 1 غ كل 6 ساعات (الجرعة القصوى 4 غ في اليوم)	المستوى 1
يمكن استعماله يجب أن يكون العلاج لأقصر فترة ممكنة. يجب مراعاة موانع الاستعمال.	يمنع استعماله	يجب تجنبه	إيبوبروفين الفموي 200-400 ملغ كل 6-8 ساعات (الجرعة القصوى 1200 ملغ في اليوم)	
يجب تجنبه	يمنع استعماله	يجب تجنبه	حمض أستيل ساليسيليك (أسبرين) الفموي	
يتم تطبيق الدواء بحذر، لفترة قصيرة (2-3 أيام)، بأقل جرعة فعالة. يجب مراقبة الأم وحديث الولادة: في حال حدوث نعاس بشكل زائد، يتم إيقاف المعالجة.	قد يظهر حديث الولادة أعراض الامتناع (الانسحاب)، الخمود التنفسي والنعاس في حال التطبيق المستمر لجرعات كبيرة في نهاية الثلث الثالث من الحمل. يجب مراقبة حديث الولادة عن قرب.	يمكن استعماله	كوداين الفموي 30-60 ملغ كل 4-6 ساعات	المستوى 2
قد يظهر حديث الولادة النعاس عند معالجة الأم بترامادول في نهاية الثلث الثالث من الحمل وأثناء الإرضاع. يتم تطبيق الدواء بحذر، لفترة قصيرة، بأقل جرعة فعالة. يجب مراقبة الأم وحديث الولادة.		يمكن استعماله	ترامادول الفموي 50-100 ملغ كل 4-6 ساعات (الجرعة القصوى 400 ملغ في اليوم)	

		<p>ترامادول بالحقن العضلي، الحقن الوريدي البطيء أو بالتسريب الوريدي 100-50 ملغ كل 4-6 ساعات (الجرعة القصوى 600 ملغ في اليوم)</p>	
<p>قد يظهر حديث الولادة أعراض الامتناع (الانسحاب)، الخمود التنفسي والنعاس عند معالجة الأم بمورفين في نهاية الثلث الثالث من الحمل وأثناء الإرضاع. يتم تطبيق الدواء بحذر، لفترة قصيرة، بأقل جرعة فعالة. يجب مراقبة حديث الولادة.</p>	<p>يمكن استعماله</p>	<p>المستوى 3</p> <p>مورفين الفموي، ذو الإطلاق السريع 10 ملغ كل 4 ساعات، يتم تعديل الجرعة تبعاً لشدة الألم مورفين الفموي، ذو الإطلاق المستديم يتم تحديد الجرعة اليومية أثناء المعالجة البدئية بمورفين ذو الإطلاق السريع. في حال بدء العلاج مباشرةً باستخدام مورفين ذو الإطلاق المستديم: 30 ملغ كل 12 ساعة، يتم تعديل الجرعة تبعاً لشدة الألم مورفين بالحقن تحت الجلد، بالحقن العضلي 0.2-0.1 ملغ/كغ كل 4 ساعات مورفين الوريدي 0.1 ملغ/ كغ تطبق على دفعات مجزأة (0.05 ملغ/ كغ كل 10 دقائق) كل 4 ساعات في حال الضرورة</p>	