



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
إدارة الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة
بالتعاون مع مشروع التحري لوفيات الأمهات
برنامج الفرص والإختيارات، جامعة ساوثمبتون،
المملكة المتحدة

البروتوكولات في معالجة ضاعفات الحمل والولادة



تقديم

في إطار الجهود التي تبذلها وزارة الصحة العامة والسكان في الجمهورية اليمنية لخفض نسب وفيات ومراضة الأمهات، فإننا نضع هذا الكتيب الذي يحوي على المعايير الطبية في معالجة المضاعفات الخطيرة أثناء الحمل والولادة كجزء هام في تطوير نوعية خدمات الطوارئ التوليدية التي تهدف إلى الأمومة الآمنة.

أود أن أعبر عن شكري الجزيل للأخ البروفيسر د. عبدالله عبد الولي ناشر على الجهود التي يبذلها من خلال مشروع التحري عن الأسباب والعوامل لوفيات الأمهات حيث يتم تطبيقه في المستشفيات. كما أتوجه بعميق الشكر والتقدير لخبراء جامعة ساوثهايتن على تقديمهم لنا العون الفني والمالي لتنفيذ المشروع مما أدى إلى إخراج هذا الكتيب إلى حيز الوجود. وأتقدم أيضا بامتناني لعدد من المتخصصين اليمنيين والمتخصصات اليمنيات في مجال أمراض النساء والتوليد والقبالة والتخدير والمختبرات على مشاركتهم الفاعلة في إعداد المحتوى لهذا الكتيب. نأمل أن يلتزم جميع الأطباء في تطبيق المعايير الطبية وأن يكون هذا الكتيب الذي بين أيديكم دليلا وعونا في تقديم خدمات الطوارئ التوليدية لإنقاذ الأمهات.

وزير الصحة العامة والسكان

أ.د. عبدالناصر المنبياري

جدول المحتويات

رقم الصفحة

تقديم

- | | | |
|----|--------------------------------|------------------------------|
| 1 | Hypertensive Disease/Eclampsia | مرض إرتفاع ضغط الدم الشرياني |
| 6 | Ante Partum Haemorrhage | الإجهاض والنزيف قبل الولادة |
| 8 | Post Partum Haemorrhage | النزيف بعد الولادة |
| 9 | Uterine Rupture | تمزق الرحم |
| 11 | Sepsis | التقيح |

مرض إرتفاع ضغط الدم الشرياني

• الأعراض : (التعرف على العلامات أثناء الحمل أو عقب الولادة)

أولاً ارتجاج التشنج الحلمي (إكلمبسي)، أو

ثانياً الارتفاع الشديد في ضغط الدم (160/110 أو أكثر) المصحوب بوجود بروتين في البول، أو

ثالثاً ارتفاع ضغط الدم (90/140 أو أكثر) المصحوب باعتلال إضافي لأحد الأعضاء فمثلاً ارتفاع نسبة الترانس أميناز في الكبد (أعلى من 50) وانخفاض نسبة عدد صفائح الدم (أقل من 100,000) مع تعقيدات في الجهاز البولي (حامض اليوريك أعلى من 5,5 مجرام كل 10 لتر أو الكرياتينين أعلى من 100 ميكرو جزئ/لتر أو أعلى من 1 مجرام / 10 لتر) أو قصور قلبي، أو

رابعاً ارتفاع ضغط الدم (90/140 أو أعلى) مع ظهور أعراض وعلامات إكلينيكية تُبين حدوث تدهور سريع (صداع، اضطراب الرؤية، ألم بجدار البطن الأمامي، ازدياد رد فعل/ قولوني).

• المعالجة (كيفية التصرف)

أولا التحكم في ضغط الدم (ضغط الدم عند انبساط القلب 110 أو أعلى)

- أستمعل هيدرالازين (Hydralazine) 5 مجم بالحقن الوريدي مع تكرار ذلك بالقدر اللازم بعد 15 دقيقة، ثم التسريب الوريدي لكمية 20 مجرام في 200 مل محلول ملحي ابتداء بمعدل 2,5 مجرام/ ساعة أو خمس قطرات في الدقيقة بهدف التخفيض التدريجي لضغط الدم الانبساطي إلى حوالي 100.
أو

- إعطاء نيفيديبين (Nifedipine) 5 مجرام تحت اللسان بمعدل يصل إلى جرعتين، ثم 10 مجرام بالفم مع تكراره بالقدر اللازم.

ثانياً السيطرة على النوبات

- إعطاء سلفات المغنيسيوم (Magnesium sulphate) 4-5 جرام في 20 مل من محلول ملحي أو دكستروز خلال مدة 20 دقيقة، ثم 1 جرام في الساعة عن طريق التسريب في الوريد لمدة 24 ساعة.

لا تستعمل ديازپام (Diazepam) إلا إذا لم يتوفر سلفات المغنيسيوم. ويجوز استعمال جرعة واحدة من 5 مجرام من ديازپام لإنهاء النوبة التي دامت لفترة طويلة.

للقااية من النوبات لى المراضات اللى تظهر علهن أعراض تدهور إكلنكى سرى كما فى الالة (الأعراض : رابعا) أعلاه، أستعمل نفس نظام حقن سلفات المغنسىوم فى الورىء.

ىجب مراقبة المراضات اللالى ىحصلن على سلفات المغنسىوم فى ىتم وقف الحقن الورىءى بالأسرىب فى الالة :

- إذا أنخفض معدل التنفس عن 16.
 - انخفضت كمية البول الخارج عن 30 مل/ساعة.
 - فى الالة اءم اءوء رء فعل الركبة Knee tendon reflex.
- عء الضرورة أعطى 10 مل من مءول ءلوكونات الكالسىوم 10% ءلال مءة 10 ءقائق.

ثالثا التوازن بین السوائل الداخلة والمفرزة

- أءل قسطرة فولى وأءفظ بءوازن السوائل فى الجسم من ءلال الرسم الببانى. فإذا أنخفض إفراز البول عن 30 مل فى الساعة ءلال ست ساعات متتالفة، أعطى 500 مل من مءول رىنءر لاكتات ءلال مءة 30 ءقفة لء السوائل. وإذا ظل إفراز البول منخفضا، ىتم إءالة المراضة أو ءوئلها لأء رأى أءصائى أمراض الكلى فى الالة الاشباه فى قشل كلوى.

- أستمعل 85 مل في الساعة (1 لتر لكل 12 ساعة) من محلول رينجر لأكات (لا تستعمل الديكستروز) في البداية.
- أرسل عينة دم لتقدير الترسيب الدموي: في حالة إذا كان الترسيب الدموي HCT أعلى عن 35 مما يبين تركيز دموي، أعطى 500 مل من محلول رينجر لأكات خلال مدة 30 دقيقة، ثم أستمع بمعدل 85 مل/ ساعة.
- أما بالنسبة للمريضات بعد الولادة فقط، أعطى فروسميد (Frusemide) 20 - 40 مجرام بالحقن الوريدي.

رابعاً اتخاذ القرار بالنسبة للولادة

- يتم تقييم الأمر عما إذا كان الوقت قد حان للولادة أو عما إذا كان ممكناً إطالة فترة الحمل (فمثلاً السماح بنضج رئة الجنين بالستيرويدات القشرية (corticosteroids)).
- فبعد حدوث نوبة، يجب اتخاذ قرار بالولادة العاجلة. يجب التقييم عما إذا كانت المريضة يمكن توليدها مهلبياً خلال ست ساعات. وإذا لم يكن ممكناً التوليد من المهبل خلال ست ساعات، فيتم التوليد بالعملية القيصرية بعد استقرار حالة المريضة.
- في حالة عدم حدوث نوبة للمريضة ولكن بدأ إعطائها سلفات المغنيسيوم بسبب تدهور الحالة إكلينيكي (أعراض رابعاً و ثانياً)، فيجب الاستعداد للولادة خلال 24 ساعة.

- للمريضات بأمراض أقل خطورة حيث تستدعي الدواعي **المحافظة** خلال بضعة أيام قليلة، يجب كتابة خطة سيطرة واضحة في ملاحظات المريضة والتخطيط على مراقبة منتظمة لضغط الدم والوضع الإكلينيكي وتوازن السوائل.

الإجهاض والنزيف قبل الولادة

• الأعراض : التعرف على الحالة

أ- نزيف مهبطي شديد أثناء الحمل، أو

ب- أعراض إكلينيكية لنزيف عرضي مخفي.

• المعالجة : (كيفية التصرف والسيطرة على الموقف)

أولاً تعويض نقص السوائل

- يتم تثبيت إبرة التسريب الوريدي في موضعين مختلفين.

- أبدأ التسريب الوريدي بمحلول الشبه البلوري Crystalloid solution

- يمكن إعطاء دم من الفئة O سلبي إذا كان متوفراً خلال انتظار نتائج الفحص للدم للتأكد من خلو الدم من أي من فيروسات نقص المناعة HIV وفيروسات الالتهاب الكبدي (B , C) وللتأكد من توافق الدم.

ثانيا

اتخاذ قرار فيما يتعلق بالتوليد في حالة إنفصام المشيمة

- إذا كان الجنين ميتاً، خطط للتوليد المهبلي. في حالة عدم التمكن السيطرة على النزيف، تستلزم الضرورة إجراء عملية قيصرية.
- إذا كان الجنين حياً، خطط للتوليد المهبلي إذا أمكن تحقيق ذلك بسرعة، ما لم يتم التوليد بالعملية القيصرية.

ثالثا

استقرار الحالة ومراقبتها أثناء التوليد

- قم بعمل ترتيبات لمراقبة وتسجيل النبض وضغط الدم كل 15 دقيقة مع مراقبة معدل ضربات قلب الجنين.

رابعا

العناية بعد التوليد

- أتخذ الخطوات لمنع حدوث نزيف بعد الولادة باستعمال أوكسيتوسين Oxytocin أو أرجومتريين Ergometrine أو ميسبروستول Misoprostol.
- إستمر في مراقبة وتسجيل النبض وضغط الدم كل 15 دقيقة.
- راقب معدل إفراز البول كل ساعة.
- كرر تقدير نسبة الهيموجلوبين بعد نقل الدم الأولي.

النزيف بعد الولادة

• الأعراض : التعرف على الحالة

آثار صدمة نتيجة للنزيف بعد الولادة. (لاحظ أن فقدان الدم الفعلي قد يفيد بتعريف 500 مل أو أكثر أو لتر بعد العملية القيصرية ولكن غالباً ما يصعب تقييم ذلك بدقة).

• المعالجة : كيفية التصرف والسيطرة على الموقف

أولاً تعويض نقص السوائل كما هو موصوف أعلاه.

ثانياً التشخيص. قم بتقييم وتسجيل سبب النزيف في دفتر الملاحظات الخاصة بالحالة.

ثالثاً استعمال أوكسيتوسيز Oxytocics

- أعطي مثرجين 0,5 Methergine مجرام بالحقن في العضل عندما يكون ضغط دم المريضة عادي. وفي حالة ارتفاع الضغط ، أستعمل أوكسيتوسين 30 Oxytocin وحدة في 500 مل من محلول ملحي عن طريق الحقن الوريدي بالتسريب. وكبديل لذلك أستعمل ميزوبروستول 600 Misoprostol ميكروجرام (3 أقراص) عن طريق فتحة الشرج.

رابعاً العناية بعد استقرار الحالة كما هو موصوف أعلاه.

تمزق الرحم

• الأعراض : التعرف على الحالة

تمزق في جدار الرحم.

• المعالجة : كيفية التصرف والسيطرة على الموقف

أولا تعويض نقص السوائل كما هو موصوف أعلاه، والإعداد لعملية جراحية.

ثانياً أبدأ بالمضادات الحيوية أثناء الإستعداد للجراحة.
أنظمة المضاد الحيوي المقترحة للحقن الوريدي:

1. أمبيسيلين Ampicillin 1 جرام كجرعة أولى ثم 500 مجرام أربع مرات في اليوم بالإضافة إلى جينتاميسين Gentamycin 80 مجرام بالحقن الوريدي (مفضل) أو بالحقن في العضل كل 8 ساعات بالإضافة إلى مترونيدازول Metronidazole 500 مجرام كل 8 ساعات بالحقن الوريدي.

2. (للمريضات اللاتي لديهن حساسية للبنسيلين) مضاد الأبواغ
الرأسية Cephalosporin من الجيل الثالث مثل
سيفترياكسون Ceftriaxone 1 جرام كل 12 ساعة
بالإضافة إلى مترونيدازول 500 مجرام كل 8 ساعات.

**ثالثاً إدخال أنبوب من الأنف إلى المعدة للتصريف الجوفي للإفرازات
بعد الجراحة.**

**رابعاً أعطى العلاج ضد التيتانوس وغاز الغرغرينة عند حدوث تمزق
الرحم لمدة تزيد عن 24 ساعة.**

خامساً الرعاية بعد العملية الجراحية كما هو موصوف أعلاه.

التقيح Sepsis

• الأعراض : التعرف على الحالة

شواهد إكلينيكية للصدمة التقيحية (انخفاض ضغط الدم، إسراع وخفقان القلب، ارتفاع أو انخفاض درجة الحرارة) بعد الإجهاض التقيحي أو تلوث النفاس.

• المعالجة : كيفية التصرف والسيطرة على الموقف

أولاً تعويض نقص السوائل كما هو موصوف أعلاه والإعداد للعملية الجراحية.

ثانياً إعطاء المضادات الحيوية كما هو موصوف في معالجة تمزق الرحم.

ثالثاً تقييم الحاجة للجراحة إكلينيكياً وباستعمال الأمواج فوق الصوتية Ultrasound إذا كان ذلك ملائماً. يتم ترتيب التدخل الجراحي بعد البدء بالعلاج بالمضادات الحيوية بالحقن الوريدي لمدة 12 ساعة.

رابعاً الرعاية بعد الجراحة كما هو موصوف أعلاه.

ملاحظات

ملاحظات

**Ministry of Public Health, Yemen in
collaboration with the Opportunities and
Choices Programme, University of
Southampton, UK, funded by DFID.
www.socstats.ac.uk/choices**

June 2003