

دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

الطبعة الثانية : 2013

(مراجعة طبعة 1991 التي نشرتها وزارة الصحة بالتعاون مع اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية)

تم إنجازها ضمن مشروع

"خلق آليات تحسين تكوين وتسيير أشخاص الصحة مع ضمان حق المرأة
والطفل الموريتانيين في صحة ذات جودة"

(2011-2013) ممول من طرف AECID (التعاون الإسباني)

الفهرس

9	قائمة الاختصارات المستخدمة.....
11	مقدمة.....
13	كلمة شكر.....
15	تنبيه.....
17	كيف يستخدم هذا الدليل.....

19 الجزء الأول

21	الفصل الأول: تذكير استهلاكي.....
21	1. النظافة والوقاية.....
22	2. التلقيح.....
26	3. الإصحاح.....

27 **الفصل الثاني: الأسس العامة لوضع التشخيص.....**

33 **الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيهات العلاجية.....**

35	الفصل الأول: بعض الأعراض أو التناذرات.....
35	1. سوء التغذية.....
58	2. الحمى.....
61	3. الألام.....
63	4. فقر الدم.....
65	5. الاختلاجات.....
67	6. الصدمات.....
71	7. الامساك.....

73 **الفصل الثاني: الأمراض التنفسية.....**

73	1. التهاب الأنف والتهاب الأنف والبلعوم.....
75	2. التهاب الجيوب.....
76	3. التهاب الحنجرة الحاد.....
79	4. التهاب اللوزات.....
80	5. التهاب الأذن.....
81	6. التهابات القصبات.....
82	7. التهابات القصبات المزمن.....
83	8. الإنتانات الرئوية والقصبية الحادة.....
85	9. الربو.....
88	10. السل.....

95 **الفصل الثالث: الأمراض الهضمية**

95	1. التهابات الفم.....
97	2. التهابات المعدة والقرحة المعدية العفجية.....
98	3. الإسهالات.....
103	4. داء الشيغيلا.....
104	5. الأميبيا.....
105	6. الكوليرا.....

107 **الفصل الرابع: الأمراض الجلدية**

107	1. علم أمراض الجلد.....
109	2. انتانات الجلد البكتيرية.....
112	3. الجرب البشري.....
114	4. الفطور الجلدية.....
116	5. الجذام.....

117 **الفصل الخامس: أمراض العيون**

117	.....	1. التهابات الملتحمة
119	.....	2. الرمذ الحبيبي
121	.....	3. التهاب الحدقة
123	.....	4. رضوض العيون
124	.....	5. الجروح الثاقبة
125	.....	6. عوز فيتامين A

127 الفصل السادس: الأمراض الاستوائية

127	.....	1. البلهاريسيا (الشيستوزومياز)
129	.....	2. داء التتينات أو دودة غينيا
130	.....	3. الملاريا

133 الفصل السابع: الأمراض الجرثومية

133	.....	1. التهاب السحايا الجرثومي
136	.....	2. السعال الديكي
138	.....	3. الكزاز
140	.....	4. حمى التيفويد
143	.....	5. الديقثيريا

147 الفصل الثامن: الأمراض الفيروسية

147	.....	1. الحصباء
149	.....	2. النكاف
150	.....	3. شلل الأطفال
151	.....	4. التهابات الكبد الفيروسية
153	.....	5. الحمى النزفية: الحمى اليرقانية النزفية: الحمى الصفراء
154	.....	6. حمى الوادي المتصدع و الحمى النزفية كريمي كونغو

156 الفصل التاسع: أمراض أخرى

- 157 1. أمراض القلب والأوعية
- 158 A. قصور القلب
- 159 B. ارتفاع الضغط الشرياني
- 160 2. السكري غير المعتمد على الأنسولين

173 **الفصل العاشر: الأمراض البولية الكلوية**

- 174 1. التهاب الكبد والكلية الحاد
- 176 2. التهاب المثانة
- 178 3. الحصى البولية
- 179 4. التهاب الحويضة الكلوية
- 180 5. التهاب البروستاتة

181 **الفصل الحادي عشر: الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس**

- 182 1. مراحل الكشف عن أم ع ط ج/ف م ب/السيدا
- 183 2. الجداول

189 **الفصل الثاني عشر: أمراض النساء والتوليد**

- 190 1. الثر الأبيض
- 191 2. التهاب بطانة الرحم
- 192 3. النزف الرحمي
- 194 4. نزوف النصف الأول من الحمل
- 194 A. الإجهاض العفوي
- 195 B. الحمل خارج الرحم
- 195 C. العذارية الخلفية
- 197 5. نزوف النصف الثاني من الحمل
- 197 A. المشيمة المنحرفة
- 197 B. الورم الدموي المشيمي الرجعي
- 198 C. تمزق الرحم

199 D. تشنج الإرجاج

199 E. نزوف الخلاص

201 **الفصل الثالث عشر: أمراض المفاصل (الأمراض الرثية)**

202 1. روماتيزم المفاصل الحاد

204 2. التهاب المفاصل

205 3. هشاشة العظام

206 4. ألم النسا (عرق النسا)

207 **الفصل الرابع عشر: الأمراض العصبية النفسية**

208 1. الصرع

209 2. حالات الهمود

210 3. حالات الهوس (الجنون)

211 **الفصل الخامس عشر: أمراض الأسنان**

212 1. آلام الأسنان

213 2. انتانات الأسنان

..... **الفصل السادس عشر: الأمراض الطبية الجراحية**

215 1. الضمادات والجروح

218 2. الحروق

220 3. اللدغات واللسعات السامة

223

الجزء الثالث: اللائحة الوطنية للأدوية الأساسية

حسب المستوى (يوليو 2012)..

244

الجزء الرابع: المراجع المعتمدة.....

قائمة الاختصارات المستخدمة

Acide Acétyle Salicylique	A.A.S	حمض الساليسيليك أستيل
Antibiotique	A.B.	مضاد حيوي
Accident Vasculaire Cérébral	A.V.C.	السكتة الدماغية
Banque Africaine Développement	B.A.D	البنك الإفريقي للتنمية
Benzoate de Benzyle	B.B	بنزوات البنزويل
Vaccin contre la tuberculose	B.C.G	لقاح السل
Bacille de koch (tuberculose)	B.K	عصبة كوخ
Banque Mondiale	B.M	البنك الدولي
Center for Diseases Control	C.D.S	مركز مراقبة الأمراض
Centre National d'Hygiène	C.N.H	المركز الوطني للوقاية
Centre de Récupération et d'éducation nutritionnelle	C.R.E.N	مركز التعويض والتهديب الغذائي
Commissariat a la Sécurité Alimentaire	C.S.A	مفوضية الأمن الغذائي
Circonscription Sanitaire départementale	C.S.D	الإدارة الصحية على مستوى المقاطعة
Direction de la lutte contre la maladie	D.L.M	إدارة مكافحة الأمراض
Direction de la pharmacie et du laboratoire	D.P.L	إدارة الصيدلة والمختبر
Direction de la Planification, Formation et de la Coopération	D.P.F.C	إدارة التخطيط والتكوين والتعاون
Direction de la pharmacie et du médicament	D.P.L	إدارة الصيدلة والأدوية
Direction Régionale de l'action Sanitaire	D.R.A.S	الإدارة الجهوية للعمل الصحي
Déshydratation	D.S.H	التجفاف (فقد السوائل)
Diphthérie, Tétanos, Coqueluche	D.T.C	الديفتيريا، الكزاز، السعال الديكي (لقاح ضد)
Enfant Complètement Vaccine	E.C.V	طفل أكمل تلقيحه
Ecole Nationale de Sante Publique	E.N.S.P	المدرسة الوطنية للصحة العمومية
Education pour la Sante	E.P.S	التثقيف من أجل الصحة
Glomerulo néphrite Aigue	G.N.A	التهاب كبد وكلية حاد
Hypertension Artérielle	H.T.A	ارتفاع التوتر الشرياني
Intramusculaire (voie)	I.M	داخل العضلة (طريق)
Isoniazide	I.N.H	إزونيازيد

Intraveineuse (voie)	I.V	داخل الوريد
Intraveineuse directe (voie)	I.V.D	داخل الوريد مباشرة
Microscope optique	M.O	مجهر ضوئي
Ministère de la santé et des affaires sociales	M.S.A.S	وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية
Maladies sexuellement transmissibles	M.S.T.	أمراض منتقلة عن طريق الجنس
Million d`unités internationales	M.U.I.	مليون وحدة دولية
Œdème aigu du poumon	O.A.P.	وذمة رئة حادة
Organisation mondiale de la sante	O.M.S.	منظمة الصحة العالمية
Oto-rhino-laryngologie	O.R.L.	أذن أنف حنجرة
Pénicilline benzyle	Peni.G	بنزويل بينسيلين
Phenoxy méthyle pénicilline	Peni.V	فنوكسي متيل بنيسيلين
Programme Elargie de Vaccination	P.E.V.	البرنامج الموسع للتلقيح
Per Os (Voie Orale)	P.O.	عن طريق الفم
Pénicilline Procaïne Forte	P.P.F.	بروكاين بنيسيلين قوي
Rhumatisme Articulaire aigu	R.A.A	رئة مفصلية حادة
République Islamique de Mauritanie	R.I.M	الجمهورية الإسلامية الموريتانية
Sous cutanée (voie)	S.C.	تحت الجلد (طريق)
Syndrome Immono déficitaire Acquis	SIDA	تتأخر فقد المناعة المكتسب
Service National de Lutte Contre la Tuberculose et la Lèpre	SNATL	مصلحة مكافحة السل والجذام
Sels de réhydratation orale	SRO	أملاح التزويد بالماء عن طريق الفم
Tension Artérielle	T.A	ضغط الدم
Technicien Supérieur en Sante (Infirmier Spécialise)	T.S.S	فني عالي في الصحة (ممرض متخصص)
Toucher Vaginal	T.V.	لمس مهبل
Unité Internationale	U.I	وحدة دولية
Fond des Nations Unies pour l'Enfance	UNICEF	صندوق الأمم المتحدة للطفولة
Virus du Sida	V.I.H	فيروس السيدا

تمهيد

إن إطار تكوين عمال الصحة المكتتبين حديثاً، والذين تخرجوا للتو من كليات الطب ومدارس الصحة العمومية يختلف كثيراً عن بيئة عملهم في المراكز والنقاط الصحية.

ففي الواقع تتوفر المراكز الاستشفائية الجامعية والمستشفيات الوطنية التي تمثل ميادين تدريبهم على إمكانيات كبيرة للمساعدة في التشخيص لا تتوفر على المستوى المحلي.

من المؤكد أن هؤلاء الموظفين يمتلكون الإرادة القوية والمعرفة اللازمة ولكن نقص التجربة يمنعهم من التصدي لعدد المشاكل التي تواجههم يومياً. في هذا السياق يتنزل هذا الدليل الذي أنجز لأول مرة عام 1991 لمساعدتهم على العمل في بيئة تطبعها ندرة المعدات ونقص التأطير الأكاديمي.

يأتي هذا الإصدار الحالي للعام 2014 وهو الثاني بعد أن تعذر نشر نسخة أخرى في العام 2001. لا يمكن لهذا الدليل أن يحل محل التكوين الأساسي أو مراجع الطب والتمريض.

يقدم هذا الدليل أولويات الصحة العمومية ووسائل التشخيص المناسبة للإطار الفعلي الذي يعمل فيه مقدمو الخدمات، ولكن أيضاً الوسائل العلاجية المتوفرة انطلاقاً من استراتيجيات و بروتوكولات التكفل الوطنية المصادق عليها.

يتوجه هذا الدليل إذا إلى الممارسين (أطباء عامين، فنيين سامين وممرضين وقابلات) العاملين في المراكز والنقاط الصحية. ولا يمكن أن يبقى جامداً لأن الطب - ومن خلاله مقاربات الصحة العمومية - يتطور باستمرار وتتعين مرافقة ذلك التطور. وسيكون أساس هذه المرافقة - بالطبع - مراجعة وتنقيح هذا الدليل بناء على المستجدات الدولية، ولكن أيضاً بناء على اقتراحاتكم لتحسين مضمونه وشكله.

يتمثل هدفنا في وزارة الصحة في تقديم خدمات صحية وقائية وعلاجية وترويجية وملطفة ذات جودة مؤكدة لجميع الموريتانيين. إنكم رأس الحربة في هذه المعركة النبيلة. لذا أحثكم على قراءة هذا الدليل بعناية واستخدامه مرجعاً في ممارستكم اليومية من أجل أن تعرفوه أكثر وتساعدونا على تحسينه.

أحمدو ولد حديمين ولد جافون
وزير الصحة
Le Ministre
Ministère de la Santé



كلمة شكر

قام بتنسيق إنجاز الطبعة الثانية المنقحة من الدليل:

السيد انكام حاميدو عمر (ممرض دولة، أستاذ فني للصحة، متخصص في هندسة التكوين وتكوين البالغين) الخبير المنتدب لمراجعة الدليل

الدكتور عبدات ولد آبه، مدير المصادر البشرية بوزارة الصحة
الدكتور عبد الرحمن ولد جنو، مدير الصحة القاعدية والتغذية
الدكتور انيانك صيدو دورو، مدير مكافحة المرض
الدكتور حمود فاضل يامحمد، مدير الصيدلة والمخابر
الدكتور عالي ولد الشيباني مساعد مدير الصحة القاعدية والتغذية
الدكتور ابراهيم عباد، إطار بمديرية الصيدلة والمخابر
السيد الرباني زلد أحمد سالم، إطار بمديرية المصادر البشرية
السيد أحمدو ولد محمدن، مديرية الصحة القاعدية والتغذية
السيد افرانثيسكو رامون لوبيز، منسق المنظمة غير الحكومية EPM بموريتانيا
السيد عبد الرحمن صو، مساعد منسق المنظمة غير الحكومية EPM بموريتانيا

مع لجنة المراجعة والتصديق المكونة من:

السيد لمرابط ولد الشيخ، مساعد م ج ع ص بنواكشوط
السيد يوسف ولد الإمام، رئيس مصلحة بمديرية الصحة القاعدية والتغذية
السيد المختار ولد العلوي، رئيس مصلحة التكوين والتدريب/م ب
السيدة عايسا افال، رئيسة قسم التكوين الأولي/م ب
الدكتور حمود فاضل يامحمد، مدير الصيدلة والمخابر
السيد عبد الرحمن ولد حمود، رئيس ANIDEM
السيد محمد الأمين ولد محمدن، رئيس مصلحة بمديرية الصيدلة والمخابر
الدكتور عبد الصمد دادو، صيدلاني، إطار في م ص م
الدكتور لمرابط ولد محمد مولود، الطبيب الرئيس في المركز الصحي بدار النعيم
الدكتور ياصا عالي كوليبالي، صيدلاني، م ج ع ص بنواكشوط
السيد عبد الله صامبا، المسؤول الصحي لكاريتاس موريتانيا
الدكتور البار ولد الشيخ، طبيب أطفال، م ج ع ص بنواكشوط
السيدة سيرا كاميسوكو، فنية عالية في أمراض النساء والتوليد/ح أ
السيد السالم الناجي ولد محمد موسى، أستاذ بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية بنواكشوط
السيد محمد الأمين ولد اسحق، ف ع ص في م و ص ع/نواكشوط، ممثل ANIDEM (الرابطة الوطنية لمرضي الدولة الموريتانيين)

السيدة يس امبودج، ف ع ص/ ممثلة رابطة القابلات الموريتانيات

الدكتور محمدن المنير، خبير UNICEF

السيدة اندومبي امبودج، مستشارة القابلة/ صندوق الأمم المتحدة للسكان
السيد افرانثيسكو رامون لوبيز، منسق المنظمة غير الحكومية EPM بموريتانيا
السيد عبد الرحمن صو، مساعد منسق المنظمة غير الحكومية EPM بموريتانيا

نتقدم بخالص الشكر على التوجيهات والملاحظات إلى:

الدكتور مامادو درامي وفريقه في منظمة الصحة العالمية بموريتانيا

كما نتقدم بالشكر الجزيل للمدرسة الوطنية للصحة العمومية بنواكشوط لتوفير القاعات التي احتضنت دورات ورشة التصديق.

تبييه

هذه الطبعة المراجعة من دليل السريريات والعلاج الموجه لعمال الصحة وشبه الصحيين القائمين على المركز الصحي في الجمهورية الإسلامية الموريتانية هي النسخة الثانية. يجب هذا الدليل على التساؤلات والمشاكل التي يتعرض لها عمال الصحة في الميدان ويقترح حلولاً تطبيقية نابعة من التطور العلمي والصحي ومنتشبة مع السياسات الصحية التي ترسمها وزارة الصحة.

تتعرض هذه الطبعة الثانية هذه أساساً للجوانب العلاجية و- بدرجة أقل - للجوانب الوقائية لأهم الأمراض المسجلة ميدانياً. إن لائحة الأمراض غير مكتملة لكنها تشمل أهم حاجات الطاقم الطبي والتمريضي.

ومن البديهي أن هذا الدليل لوحده لا يمكن أن يحل محل جميع المراجع الطبية التي تعودتم مطالعتها، إلا أنه ينبغي أن يبقى حاضراً في ذهن كل واحد أن إنجازَه (بخلاف كتب أخرى لا تتلاءم مع حقائقنا وخصوصياتنا) ظل مرهوناً بالتجارب والعراقيل التي عشناها (أو نعيشها) خلال ممارسة الطب في وضعية عزلة.

لقد تم بهذا الصدد تحديد ثلاثة أهداف كبرى:

- تدعيم قدرات التشخيص والتوجيه العلاجي لعمال المركز الصحي من خلال توفير أداة موحدة، ممكنة الاستخدام من طرف الجميع وأينما كانوا، وقابلة للترقية كم طرف الأطباء المسؤولين عن البنيات الصحية.
- الحد من كمية الأدوية الأساسية المتوفرة من أجل معرفة أدق واستخدام أنسب لها، لكن أيضاً من أجل وضع نظام تموين وتوزيع فعال.
- تحسين جودة الخدمات وتخفيض الكلفة في أفق مشاركة المجموعات في مصاريف الصحة وتسيير المنشآت الصحية ولكن أيضاً من أجل تمكين الفئات الأكثر فقراً من الوصول إلى مستوى مقبولاً أدنى من العلاجات.
- إننا نأمل مساندة الجميع من أجل الحصول على تحسن مضطرد لجودة هذا الدليل بغية جعله شريكاً تطبيقياً فعالاً لمسؤولي المراكز الصحية ومساعدتهم في بلدنا.

كيف يستخدم هذا الدليل ؟

- 1 تجدون في هذا الدليل
 - وصفا لأهم الإصابات المشاهدة في موريتانيا مع التركيز على أبرز أعراضها وعلاماتها وتدابير هذه الحالات.
 - ونأمل أن تتمكن من معالجة 90 إلى 95% من الأمراض المشاهدة على مستوى المركز الصحي. هذا الكتاب ليس شاملا وبالتالي لا يمكن أن يجيب على كل المواقف التي تلقونها، إلا أنه يجب اعتباره قاعدة لإعداد سياسة أو برنامج عملي للعلاجات الدوائية.
 - في نهاية الكتاب ستجدون قسم الأدوية الذي خص كل دواء فيه بصفحة مستقلة وهي أدوية تنتمي إلى القائمة الوطنية للأدوية الأساسية.
 - تم إبراز موانع الاستطباب والتداخلات الدوائية لكل دواء ظهر في الكتاب وعليه حين الاضطرار لاستخدام مركب دوائي غير موجود في هذا الكتاب يجب التأكد من مضادات استطبابه والتداخلات الدوائية الأخرى التي يستعملها المريض.
- 2 أريد لهذا الكتاب أن يكون عمليا لذلك تم الأخذ بعين الاعتبار الإمكانات المتاحة والعراقيل أي بشكل عام الواقع الموريتاني المعاش خاصة على مستوى المراكز الصحية الريفية.
- 3 لتسهيل الحصول على ما تريدونه من معلومات أعد فهرس مفصل في بداية الكتاب تشمل ترقيما للفصول والأمراض والاستمارات العلاجية والصفحات المطابقة.
- 4 أعد هذا الكتاب بالدرجة الأولى للأطباء رؤساء المراكز الصحية ثم الممرضين والقابلات ونأمل أن يسهم في تكوين الفريق الصحي على مستوى المركز ولهذه الغاية سيرفق بمخطط يسهل وضع تشخيص خاص بالممرضين والقابلات وينطلق من أهم الإصابات المشاهدة وأكثرها شيوعا.
- 5 على اعتبار أن معالجة بعض الأمراض هي من اختصاص الطبيب أو الممرض المختص حصرا قسمت لائحة الأدوية الأساسية إلى مجموعتين:

مراكز استطباب محولة إلى مؤسسة عمومية

- مستشفى جهوي
- مركز صحي
- نقطة صحية
- وحدة صحة قاعدية

الجزء

I

الفصل الأول

تذكير تمهيدي

1. النظافة والوقاية

يهدف وضع هذا الباب في مقدمة الكتاب إلى تذكيرنا بأنه إذا كانت معالجة الإصابات الشائعة هي الإجراء اللازم اتباعا لمعالجة شكوى الفرد فإن تحسنا ملموسا للوضع الصحي لجميع الموريتانيين يتطلب عناية خاصة بالإصحاح والوقاية على مستوى الفرد والمجتمع بما في ذلك اتباع الإجراءات الوقائية بالنسبة للأطفال والنساء.

وعلى كل واحد منا أن يعمل على هذا الأساس انطلاقا مما يلي:

- الاطلاع على المعارف الضرورية
- تعليم تلك المعارف إلى زملائه في المهنة
- اغتنام كل فرصة متابعة للالتقاء بالسكان (سواء داخل المركز الصحي أو خارجه) لإطلاعهم على تلك المعلومات والإجابة على تساؤلات كل واحد منهم.

ويجب أن لا ننسى أن المعالجة الدوائية ليست فعالة في كل الحالات بل إن بعض هذه الحالات يمكن تفادي حدوثها باتباع إجراءات بسيطة وهي التي نقدمها في هذا الباب. نذكر أخيرا أن إجراءات الإصحاح والوقاية الخاصة بكل إصابة سيتم التطرق لها في الفصول الخاصة بها.

2. التلقيح

إن مبدأ التلقيح هو حقن إنسان سليم بمادة ما بغية منع إصابته بمرض معين. التلقيح وسيلة لحماية الأطفال من أمراض عديدة تقتل أو تعيق سنويا آلاف الأطفال في بلادنا.

تزسي السياسة الوطنية للتحصين بتلقيح الأطفال من 0 إلى 11 عاما والنساء في سن الانجاب (14-45 عاما) مع التركيز على النساء الحوامل ضد 8 أمراض في الوقت الراهن.

الأمراض المستهدفة ببرنامج التلقيح الموسع

يستهدف برنامج التلقيح الموسع في الوقت الراهن الأمراض التالية:

1. السل
2. شلل الأطفال
3. الخناق
4. السعال الديكي
5. الكزاز
6. التهاب الكبد B
7. المستدمية النزلية من النوع ب
8. الحصباء

وينوي في المستقبل إدخال الأمراض الثلاثة التالية:

1. عدوى المكورات الرئوية
2. عدوى فيروس الروتا
3. الحمى الصفراء

ملاحظة: بالنسبة للأطفال يجب التلقيح بالأمصال المقررة في البرنامج قبل اكتمال السنة من العمر خلال خمسة اتصالات تلقيحية.

ويتعلق الأمر بلقاحات ضد السل، الشلل، الخناق، الكزاز، السعال الديكي، الكبد، الانتانات الناجمة عن عدوى المكورات الرئوية من الدرجة (Pentavalent) B والحصباء (VAR) كما يزمع مستقبلا إدخال لقاحات مضادة للإنتانات الناجمة عن المكورات الرئوية (VCP-13)، فيروس الروتا والحمى الصفراء (VAA).

استراتيجيات التلقيح

تنفذ أنشطة التلقيح تبعا لثلاث استراتيجيات تقليدية:

• الاستراتيجية الثابتة:

تستهدف السكان القاطنين في شعاع أقل من خمسة كيلومترات من البنية الصحية تتوفر على وحدة تلقيح ثابتة. إنها الاستراتيجية الأساسية التي تتطلب وجود شبكة تبريد في البنيات الصحية تمكن من استمرارية خدمات التلقيح.

● الاستراتيجية المتقدمة:

تستهدف السكان المقيمين في شعاع يتراوح ما بين 5 و10 كيلومترات من المنشأة الصحية. تستوجب معدات شبكة التبريد السريع (محفظة اللقاحات) ووسيلة نقل خفيفة (دراجة أو ما يقوم مقامها) تمكن تنقل عمال التلقيح إلى المناطق المجاورة للوحدة الثابتة.

● الاستراتيجية المتنقلة:

تستهدف السكان القاطنين في مناطق تبعد أكثر من 10 كيلومترات من البنية الصحية. وهي الاستراتيجية الأكثر ملاءمة بالنظر إلى تشتت السكان وضعف الكثافة السكانية في موريتانيا. تتطلب هذه الاستراتيجية معدات شبكة التبريد السريع بطاقة تمكن من حفظ كميات كبيرة نسبيا من اللقاحات تكفي لعدة أيام (حافظات ثلج، صناديق عازلة للحرارة بالإضافة إلى حاملات لقاحات) ووسيلة نقل مناسبة (سيارات رباعية الدفع). تمكن من تنقل فريق تلقيح في المناطق التي لا تستفيد من الاستراتيجيتين السابقتين.

جدول تلقيحات الأطفال

اللقاح	الجرعة	السن الموصى به
BCG	جرعة واحدة	عند الولادة
Hep B	جرعة واحدة	عند الولادة
Polio O	جرعة 0	قبل 14 يوما بعد الولادة
Polio + pentavalent + PCV-13 + Rota	جرعة أولى	6 أسابيع على الأقل بعد الولادة
	جرعة ثانية	10 أسابيع بعد الولادة (28 يوما على الأقل بعد الجرعة الأولى)
	جرعة ثالثة	14 أسبوعا بعد الولادة (28 يوما على الأقل بعد الجرعة الثانية)
VAR et VAA	جرعة واحدة	9 أشهر

جدول تلقيحات النساء في سن الإنجاب

بالنسبة للنساء في سن الإنجاب خاصة الحوامل، فإن البرنامج يشمل خمس اتصالات تلقيحية في إطار مكافحة الكزاز والديفتيريا لدى الأمهات والمولود.

اللقاح	الجرعة	السن الموصى به	مدة الحماية
Td	الجرعة الأولى	عند أول اتصال	لا شيء
	الجرعة الثانية	شهرًا واحدًا على الأقل بعد الجرعة الأولى	3 سنوات
	الجرعة الثالثة	6 أشهر على الأقل بعد الجرعة الثانية	5 سنوات
	الجرعة الرابعة	سنة على الأقل بعد الجرعة الثالثة	10 سنوات
	الجرعة الخامسة	سنة على الأقل بعد الجرعة الرابعة	مدى الحياة

حفظ اللقاحات

يجب حفظ اللقاحات من أجل المحافظة على فعاليتها فسوء حفظها يفقدها فعاليتها بل يجعلها خطيرة.

يجب أن يعرف الطاقم الطبي الموكل إليه حفظ الأدوية مختلف اللقاحات، تعبئتها، حفظها وحساسيتها.

الجدول التالي يلخص أهم النقاط المتعلقة بحفظ اللقاحات:

الحفظ	التقديم	الحساسية من التثليج	اللقاح
من 2 إلى 8 درجات	مجفف بالتجميد	غير حساس	BCG
من 2 إلى 8 درجات	سائل	غير حساس*	Polio
من 2 إلى 8 درجات	سائل	حساس جدا**	Penta
من 2 إلى 8 درجات	سائل	حساس جدا**	Pneumo
من 2 إلى 8 درجات	سائل		Rota
من 2 إلى 8 درجات	مجفف بالتجميد	غير حساس	VAR
من 2 إلى 8 درجات	مجفف بالتجميد	غير حساس	VAA
من 2 إلى 8 درجات	سائل	حساس جدا**	VAT

" في حالة مدة حفظ طويلة (> 3 أشهر)، فإنه من الضروري حفظه في درجة التجمد (التثليج)
 "" في حالة التجمد فإن هذه اللقاحات تفقد قابلية الاستعمال.

استخدام اللقاحات

يجب أن يعرف الطاقم الطبي المكلف بتقديم اللقاحات الجرعات اللازم إعطاؤها وطرق ومواقع استعمالها. وهو ما يبيئه الجدول التالي:

مكان الاستخدام	طريقة الاستعمال	الجرعة	اللقاح
الذراع الأيسر	داخل الجلد	0.5 مل	BCG
الفم	عن طريق الفم	قطرتان	Polio
الجانب الخارجي من الفخذ	عن طريق الوريد	0.5 مل	Penta
الجانب الخارجي من الفخذ	عن طريق الوريد	0.5 مل	Pneumo
الفم	عن طريق الفم	قطرتان	Rota
في منبث العضلة الدلتاوية للذراع الأيمن	تحت الجلد	0.5 مل	VAR
في منبث العضلة الدلتاوية للذراع الأيمن	تحت الجلد	0.5 مل	VAA
في منبث العضلة الدلتاوية للذراع الأيسر	في العضلة	0.5 مل	VAT

ملاحظات:

- من أجل الحفاظ على صلاحية وفعالية اللقاحات فإنه من الضروري حفظها في درجة الحرارة المناسبة (ما بين 2 و 8 درجات) بدء من المصنع وحتى استعمالها للمستهدف. ومن أجل ذلك ينبغي منح عناية خاصة لسلسلة التبريد بغية المحافظة على درجة حرارة في حدود مقبولة طيلة

مدة تخزين ونقل اللقاحات وكذلك خلال حصص التلقيح وفي مختلف الاستراتيجيات (الثابتة، المتقدمة والمتحركة).

- احترام الفواصل الزمنية بين الجرعات
- ضمان استخدام المحلول المشعشع
 - كل لقاح مع المشعشع المناسب له
 - المشعشع واللقاح من نفس المصنع
 - تبريد المشعشع 24 ساعة على الأقل قبل تركيب اللقاح
- من أجل تقليل المخاطر المرتبطة بالحقن: لا يستخدم في التلقيح إلا الإبر ذاتية التوقيف والحرص على رميها في صناديق الأمان المخصصة لهذا الغرض.
- تطبيق سياسة القارورة المبدوءة (عدم استخدام اللقاحات بعد 6 ساعات من تركيبها وتلك السائلة بعد 28 يوما من فتحها).
- السهر على الرقابة الدائمة PCV قرص رقابة اللقاح (ق ر ل)

3. الإصحاح

نعرف جميعا مدى الصعوبة في نشر المعلومات المتعلقة بالنظافة وتطبيقها فعليا من طرف السكان.

ذلك أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار الكثير من العوامل التي لا تتعلق بالصحة وحدها كالسكن، القدرة الشرائية، وسائل الاتصال.

وفي موريتانيا يعتبر النقص في توفير المياه وعادات الترحال واتساع المدن نتيجة الهجرة من الريف والجفاف كلها عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار عند إعداد برنامج يستهدف السكان، إلا أن هناك بعد القواعد الأساسية يجب إبلاغها وتكرارها كي تتولد القناعة باهمية تطبيقها:

- الاستحمام كل ما أمكن ذلك وغسل اليدين مرات عديدة
- غسل الثياب والشراشف وتعريضها للشمس
- حماية مصادر المياه للمحافظة عليها صالحة للشرب
- معالجة مياه الشرب (الترشيح، الغلي، استخدام ماء جافيل) خاصة عند استخدامها في تحضير أطعمة الأطفال أو أشربتهم.
- حفر المراحيض بعيدا عن أماكن الشرب واستخدامها
- حفر أماكن خاصة بعيدة لطمر الأوساخ
- استخدام الأحذية وعدم المشي بقدمين حافيتين

أما بالنسبة لتطهير المياه بمحلول جافيل: إضافة نصف كاس شاي من الجافيل إلى برميل من فئة 200 لتر من الماء وتركه 30 دقيقة قبل الاستعمال.

إضافة قطرتين من محلول جافيل إلى كل لتر من الماء.

الفصل الثاني

المبادئ الأساسية للمساعدة في وضع التشخيص

المبادئ الأساسية للمساعدة في وضع التشخيص

في هذا الفصل نتطرق للمراحل الثلاث الموصلة إلى التشخيص:

- الاستجواب
- الفحص الفيزيائي
- التحاليل

.غالبا ما يكفي الاستجواب الجيد والفحص الفيزيائي الدقيق لوضع التشخيص السببي لإصابة ما أو على الأقل العرض أو التناذر

أحيانا يتطلب الأمر إجراء تحاليل مخبرية وهو أمر صعب الإنجاز في المراكز الصحية نظرا لقلّة الإمكانيات المتاحة لهذا الغرض، إلا أن بعضها يمكن إجراؤه من طرف صحيين مكونين.

1. الاستجواب:

يتمثل في كافة المعلومات التي يمكن الحصول عليها من المريض نفسه أو من ذويه حول سوابقه وتاريخ الإصابة وتفاصيلها.

بعض النقاط الأساسية لإجراء استجواب جيد:

- يوضع المريض في وضعه مريحة لوحده كلما أمكن لاحترام شعوره.
- المحافظة على السر المهني قاعدة من ذهب تمكن من الحصول على ثقة المريض واحترامه للفاحص.
- انتهبوا فرصة الفحص لتسدوا نصائح في الوقاية والنظافة.

- حاولوا أن تحددوا ما إذا كانت الشكوى مبررة ام لا
- راقبوا المريض أثناء تحدثكم له وتحدثه لكم.

هوية المريض:

الاسم، العمر، الجنس، محل الإقامة، بعدها عن المركز الصحي، الوظيفة، الحالة المدنية.

الشكوى الأساسية:

وهي الداعي لطلب الاستشارة الطبية.

القصة المرضية (تاريخ الإصابة الحالية).

- أين تنموضع الشكوى؟
- متى بدأت؟ وصف دقيق للأعراض؟
- بماذا تزداد الشكوى وماذا يخففها؟
- هل يشكو المريض من أعراض أخرى؟
- هل طلب استشارة طبية قبل الآن وهل تلقى معالجة؟
- هل يأخذ علاجاً الآن؟
- هل يشكو بعض أفراد أسرته من نفس المرض؟

السوابق الطبية:

وتتمثل في الإصابات المهمة التي عانى منها المريض سابقاً.

- استشفاء، عمل جراحي، كسور، أمراض خطيرة
- أمراض الطفولة، السوابق النسائية.

حالة المريض وعاداته الشخصية.

- مستوى العيش، التعليم، العادات الضارة بالصحة (التدخين، الكحولية).

2. الفحص الفيزيائي.

حتى لو مكن الاستجواب في بعض الأحيان من وضع التشخيص يلجأ دوماً لتأكيد عن طريق الفحص الفيزيائي الدقيق على الرغم من أنه يصعب إجراؤه بصورة دقيقة في ظروف كظروفنا خاصة إذا كان عدد المرضى المنتظرين الاستشارة كبيراً

بالنسبة للرضع والأطفال الصغار، النساء الحوامل والحالات الخطيرة، يجب إجراء فحص متكامل مهما كلف الوقت، إضافة لذلك يجب التعود على إجراء الفحص الفيزيائي الدقيق في الأيام الأولى التي يكون فيها عدد المراجعين قليلاً للتعود على إجرائه من جهة ولاكتساب الخبرة اللازمة لطبيب سريري من جهة أخرى.

في هذه الحالة يلجأ لفحص الأجهزة التي نتوقع ان تفيدينا في تأكيد التشخيص مبتدئين بالجهاز الذي يعاني من الإصابة الرئيسية.

الجزء الأول

الانتطباع حول الحالة العامة للمريض:

• الحالة العقلية:

- التصرفات (طبيعية غاضمة، غريبة، هذيان)
- المزاج (حزين، معتدل، فرح، متألم...)

• الحالة الفيزيائية العامة:

- الحالة العامة للصحة (جيدة، متوسطة، سيئة)
- الوزن، القامة
- مظهر الجلد
- التنفس
- علامات التجفاف
- الودمات

العلامات الحيوية

الحرارة

طبيعية 37c (تحت 36c عند الرضع قد تشير إلى حالة إنتانية).

النبض

الطبيعي:

- رضيع 100-140/دقيقة
- طفل 80-100/دقيقة
- البالغ 60-80/دقيقة

وتيرة مرات التنفس

طبيعية

- الرضع والأطفال: 40/دقيقة
- البالغون: 20/دقيقة

ضغط الدم: يأخذ بعد استراحة المريض 5 إلى 10 دقائق

طبيعي:

- 140/80 ملم زئبقي (14/8 سم زئبقي)
- الوزن والقامة: البحث المنهجي عن علامات سوء التغذية لدى الأطفال

فحص مناطق الجسم وأعضائه المختلفة

- إمعان التأمل وملاحظة جسم المريض كله
- الجس براحة اليدين والأصابع
- الإصغاء: بسماع الأصوات (القلب، الرنتنين).

الاستعانة بالأدوات المتوفرة (سماعة الأذن، مقياس الضغط، منظار الحنجرة والبلعوم، الخ)

يجب تأمل كل الأجزاء الآتية إن أمكن:

دليل السريريّات والعلاج الموجه للفانمين على المراكز الصحية الموريتانية

- الجلد (الاندفاعات، البقع، الجروح)
- الأذنين، الأعين، الأنف (سيلان، احمرار....)
- العنق والعقد اللفافوية (بالحس القساوة التورم حرية الحركة....)
- الصدر والرتنين (نظم التنفس والأصوات بالإصغاء)
- القلب والأوعية (النظم والأصوات)
- الأثداء (سيلان، خراجات عقد)
- البطن (الندبات، الآلام، حجم الأحناء)
- المفاصل والعضلات (متورمة، حمرة، ساخنة)
- الأعضاء التناسلية (تقرحات، سيلان)
- الشرج والمستقيم (البواسير، التثققات)

التحاليل

تعتبر التحاليل هامة من اجل تأكيد التشخيص إلا أن بعض العرّاقيل الفنية والمادية تحول دون إنجازها أحياناً وأهميتها أحياناً أخرى على سبيل المثال ضرورة وجود أخصائي مخبري، وجود المعدات الضرورية، وجود الوقت الكافي لإجراء الفحوص إذ أن كل فحص يتطلب قدراً من الوقت... وفي الوقت الحالي على مستوى المراكز الصحية يجب علينا أن نكتفي بالملاحظات العيانية لمفرزات المريض وهي ملاحظات لها أهمية كبرى في توجيه التشخيص.

البراز:

- مظهره وقوامه (قاسي، رخو، مائي)
- لونه (أسود، أبيض، مدمي)
- احتواؤه على مكونات غير طبيعية (ديدان، مخاط)

البول

- لونه
- كثافته
- البروتينات

القشع

- لونه
- مدمي
- رائحته

الضائعات المهبلية

- لونها
- رائحته

الجزء الأول

- غزارتها

الإقياءات

- لونها
- رائحتها (رائحة برازية: علامة انسداد الأمعاء)
- احتواؤها على دم (أحمر، خثرات، أسود).

باستثناء بعض الحالات يمكن وضع التشخيص من طرف الطبيب الذي يتقن السريريات دون اللجوء إلى التأكد المخبري خاصة وأن هذا الأخير لا تتوفر عليه غالباً، وتذكروا دائماً أن الطبيب المجتهد يفيد المرضى إفادة لا يمكن للمخابر مجتمعة ان تقدمها لهم، في بعض الأحيان يستعصي وضع التشخيص دون اللجوء إلى المخبر عندئذ يبقى الأهم هو تحديد الأعراض الأساسية ومعالجتها معالجة مناسبة مع مراقبة تطور المرض.

الجزء

II

الدليل السريري والتوجيه العلاجي

الفصل الأول بعض الأعراض أو التناذرات

1. سوء التغذية

ينجم سوء التغذية عن عدم توازن مديد بين الوارد الغذائي والحاجيات للفرد، وهو شائع بين الأطفال من ستة أشهر إلى خمس سنوات.

ويعتبر من أهم مشاكل الصحة العامة في بلدنا وهو ذو صلة وثيقة:

- بالظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة للأسر الأكثر فقرا.

- الجهل والعادات الغذائية السيئة

الإستراتيجية الوطنية للتكفل بسوء التغذية الحاد

تعنى الإستراتيجية الشاملة للتكفل بسوء التغذية الحاد في موريتانيا بالأشخاص المصابين لسوء التغذية الحاد.

وهذه الإستراتيجية الشاملة وإن كانت تهتم في الأساس بسوء التغذية الحاد، فإنها لا تهمل أهمية استراتيجيات الوقاية التي تعنى بالأسباب الكامنة وراء سوء التغذية: الولوج إلى الأغذية، إلى الخدمات الصحية، إلى العلاج، إلى التربية، إلى الماء الصالح للشرب، إلى الموارد، إلى تحسين الوسط البيئي وإلى الإصحاح. وهي استراتيجيات تتعرض لها بالتفصيل السياسة الوطنية لترقية التغذية.

المجموعات المستهدفة:

تستهدف الإستراتيجية الشاملة للتكفل الجماعي والمندمج بسوء التغذية الحاد الفئات التالية:

- الأطفال من 6 أشهر إلى سن الرشد في حالة سوء التغذية الحاد؛
- النساء الحوامل؛
- النساء المرضعات؛

دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

- الأطفال دون 6 أشهر؛
- الأشخاص المتعايشين مع VIH/السيدا؛
- مرضى السل.

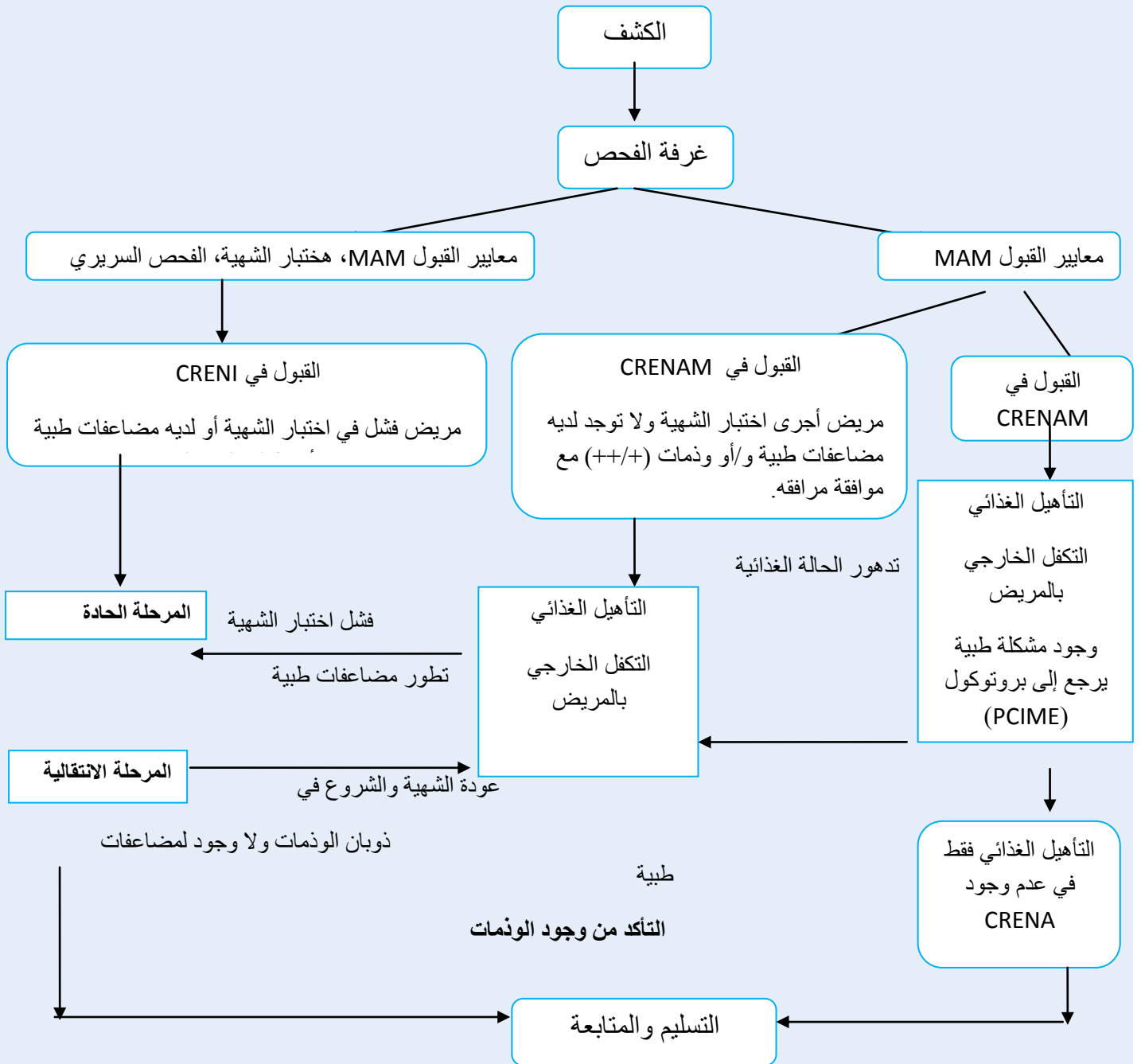
الجدادة التالية تصف التكفل بالأطفال المصابين بسوء التغذية:

المصدر: لبروتوكول الوطني للتكفل المندمج بسوء التغذية الحاد (PECIMA)
إدارة الصحة القاعدية والتغذية (DSBN)- اليونيسيف - م ص ع (دجمبر 2011)

جذائة ملخص CRENAS

1. CRENI هو مجموع الخدمات المقدمة في الحجز الطبي في الوحدة المختصة في التغذية (و م ت) أو المستشفيات الجهوية أو المراكز الصحية للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الشديد مع شهية ضعيفة و/أو مضاعفات طبية؛
2. CRENAS هو مجموع الخدمات المقدمة على مستوى مراكز ونقاط الصحة من أجل التكفل بسوء التغذية الحاد الشديد لدى المريض الخارجي مع شهية متوسطة أو جيدة وغياب مضاعفات طبية؛
3. CRENAM هو مجموع الخدمات المقدمة على مستوى م ت ج/و ص ق (مراكز التغذية الجماعية/وحدة الصحة القاعدية) من أجل التكفل بسوء التغذية الحاد المتوسط؛
4. المجموعة: هو مجموع النشاطات ذات الصلة بالمجموعة (وكلاء الصحة القاعدية، المتطوعون في الكشف النشط، الرفع إلى بنيات التكفل، الزيارات المنزلية، الخ).

الكشف والإجراءات الأثرية



دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

التأكد من وجود الوذمات

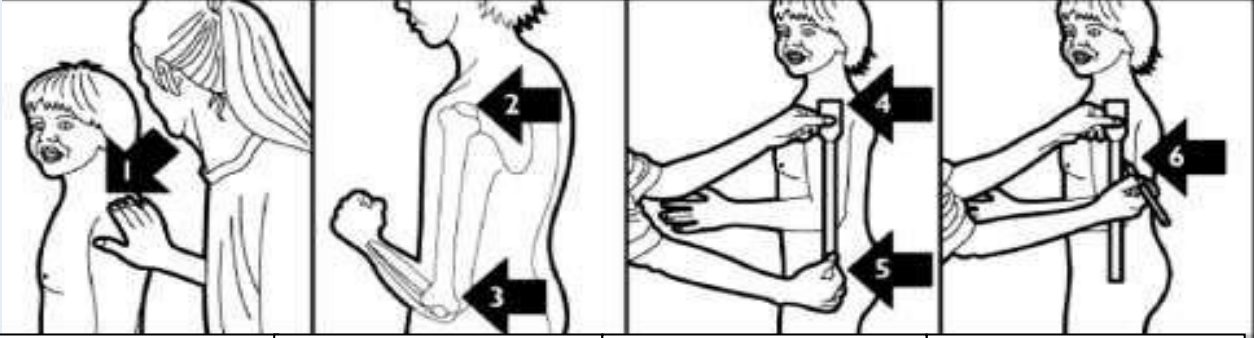
وحدهم الأطفال الذين لديهم وذمات ثنائية الجانب يسجلون كأن لديهم وذمات غذائية¹ ينبغي الاختبار عن طريق الضغط باليد، فالنظر وحده لا يكفي.



الترميز	شدة الوذمات
+	وذمات خفيفة: في الرجلين
++	وذمات متوسطة: في الرجلين والجزء السفلي من الساقين أو اليدين والجزء السفلي من الساعدين
+++	وذمات شديدة: معممة أي تشمل الرجلين واليدين والساعدين والوجه

¹ توجد أسباب أخرى للوذمات الثنائية الجانب، مثال ذلك: التناذر الكلوي؛ لكنها تتطلب جميعها الحجز في بنية داخلية

شريط "إدراج" محيط الذراع



1- البحث عن قمة الكتف

7. قمة الكتف
8. طرف الكوع

9. وضع الشريط على قمة الكتف
10. سحب الشريط خارج الكوع المعطوف

6. تحديد نقطة الوسط



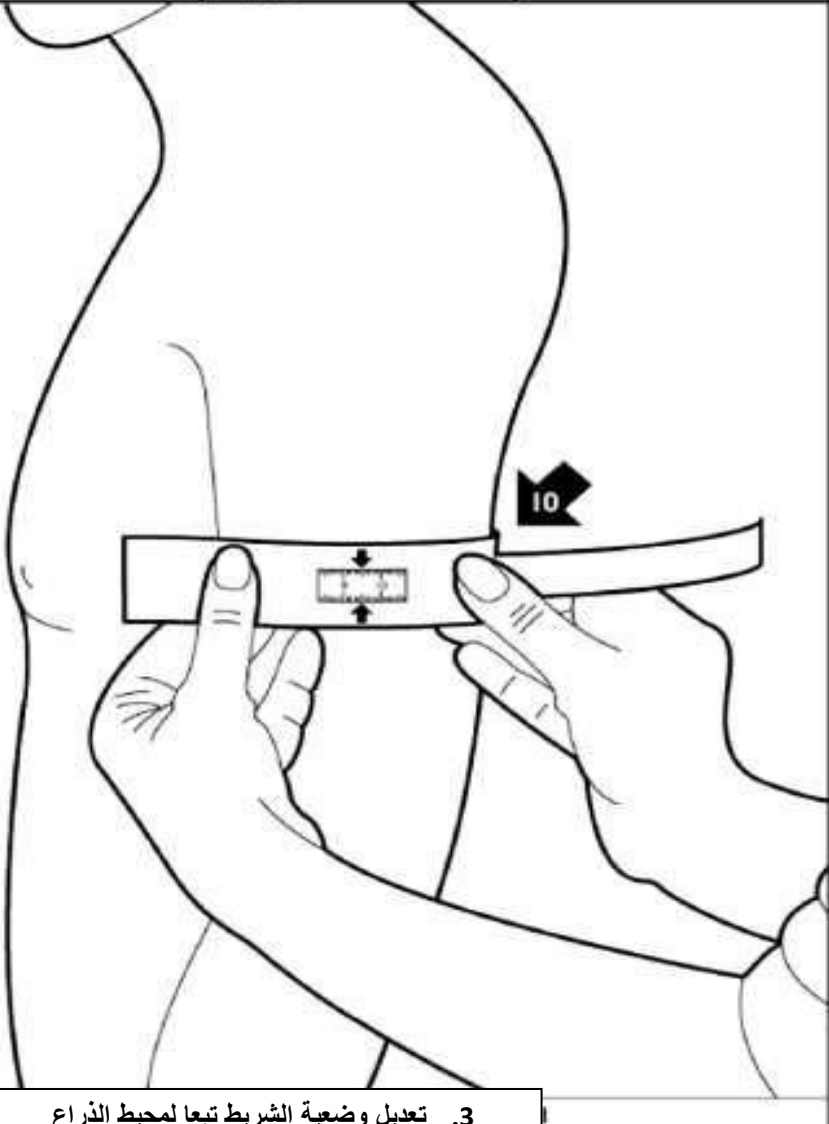
5. تعديل ضغط الشريط



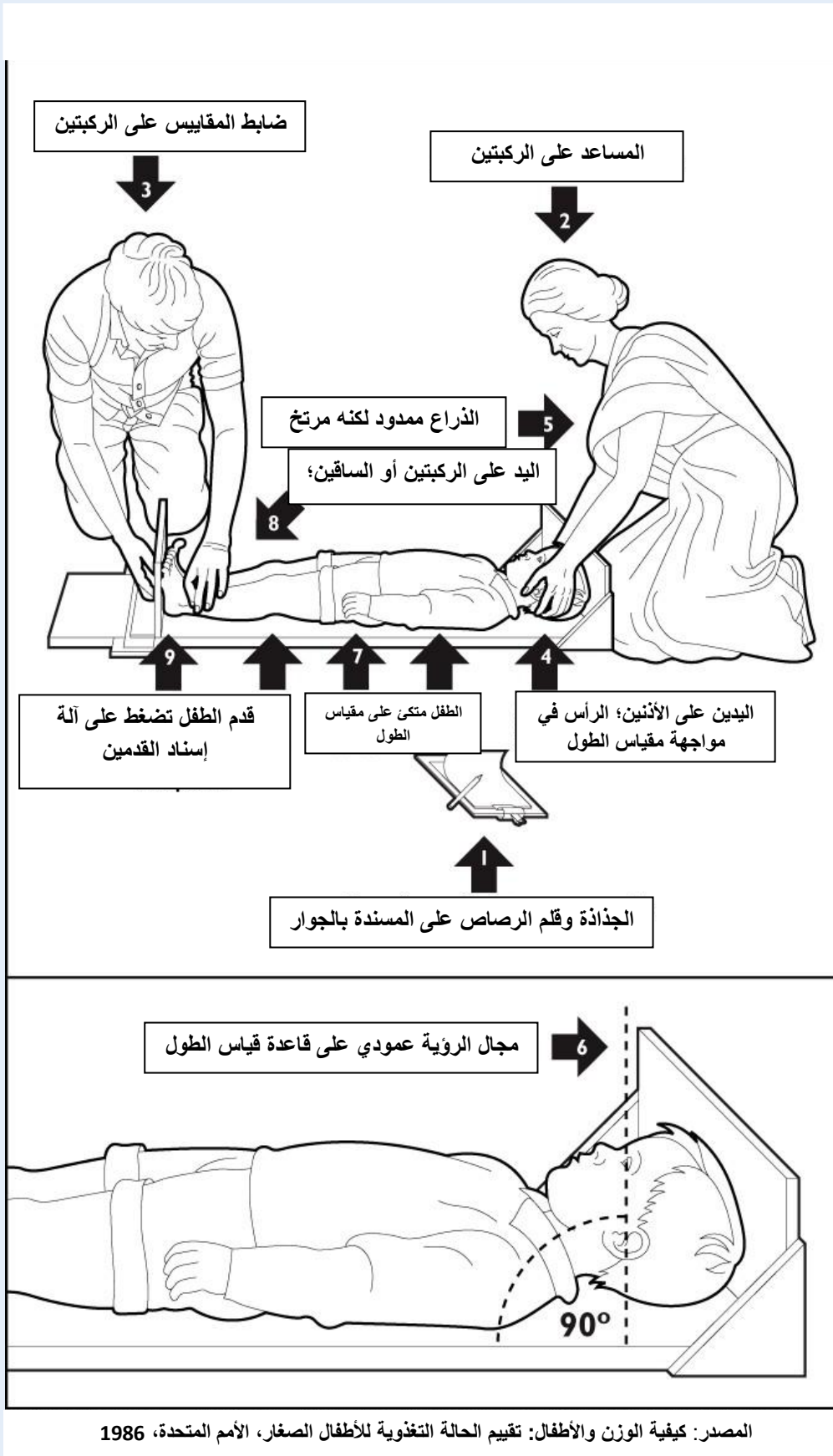
4. شريط مشدود جدا

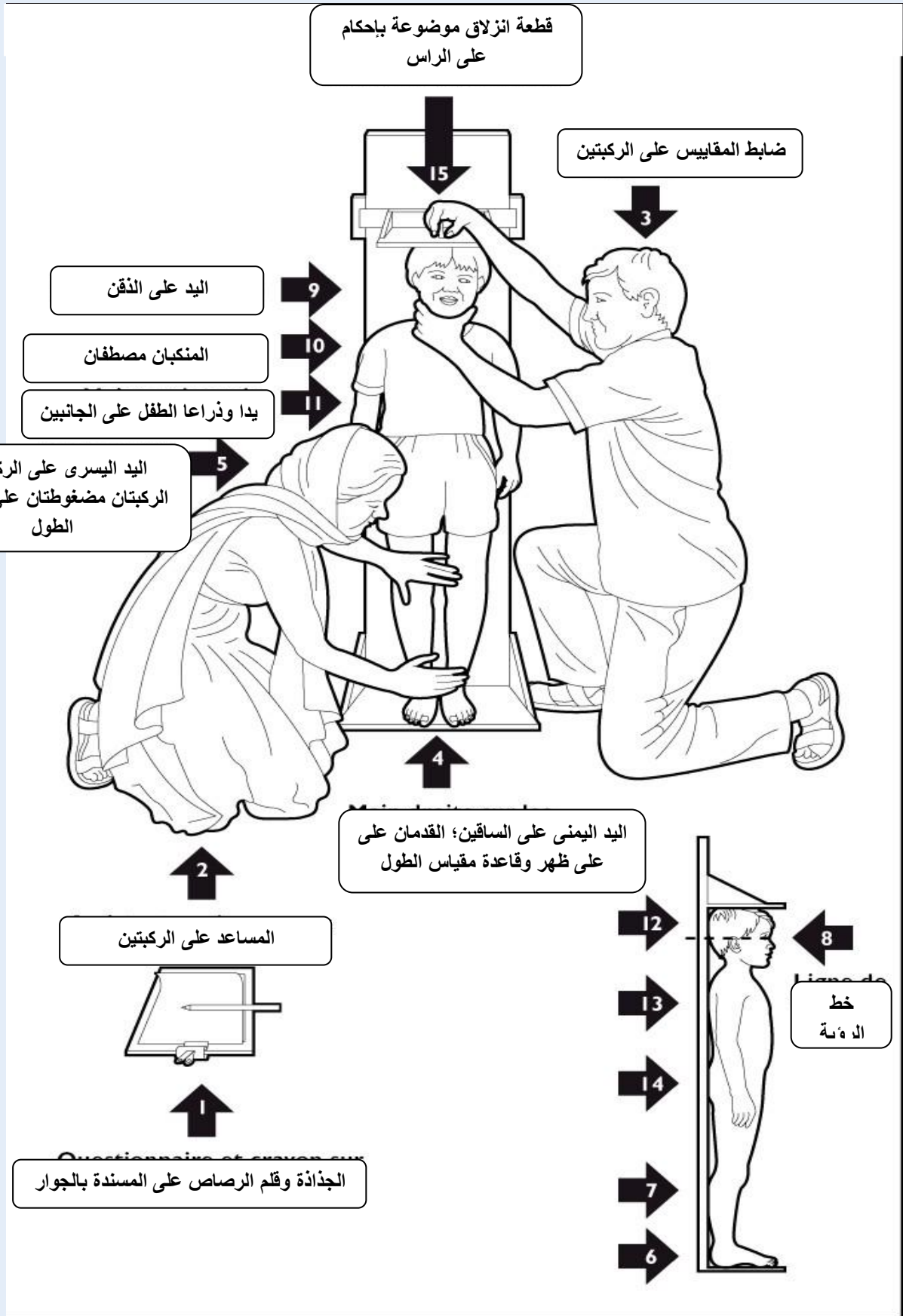


2. شريط غير مشدود



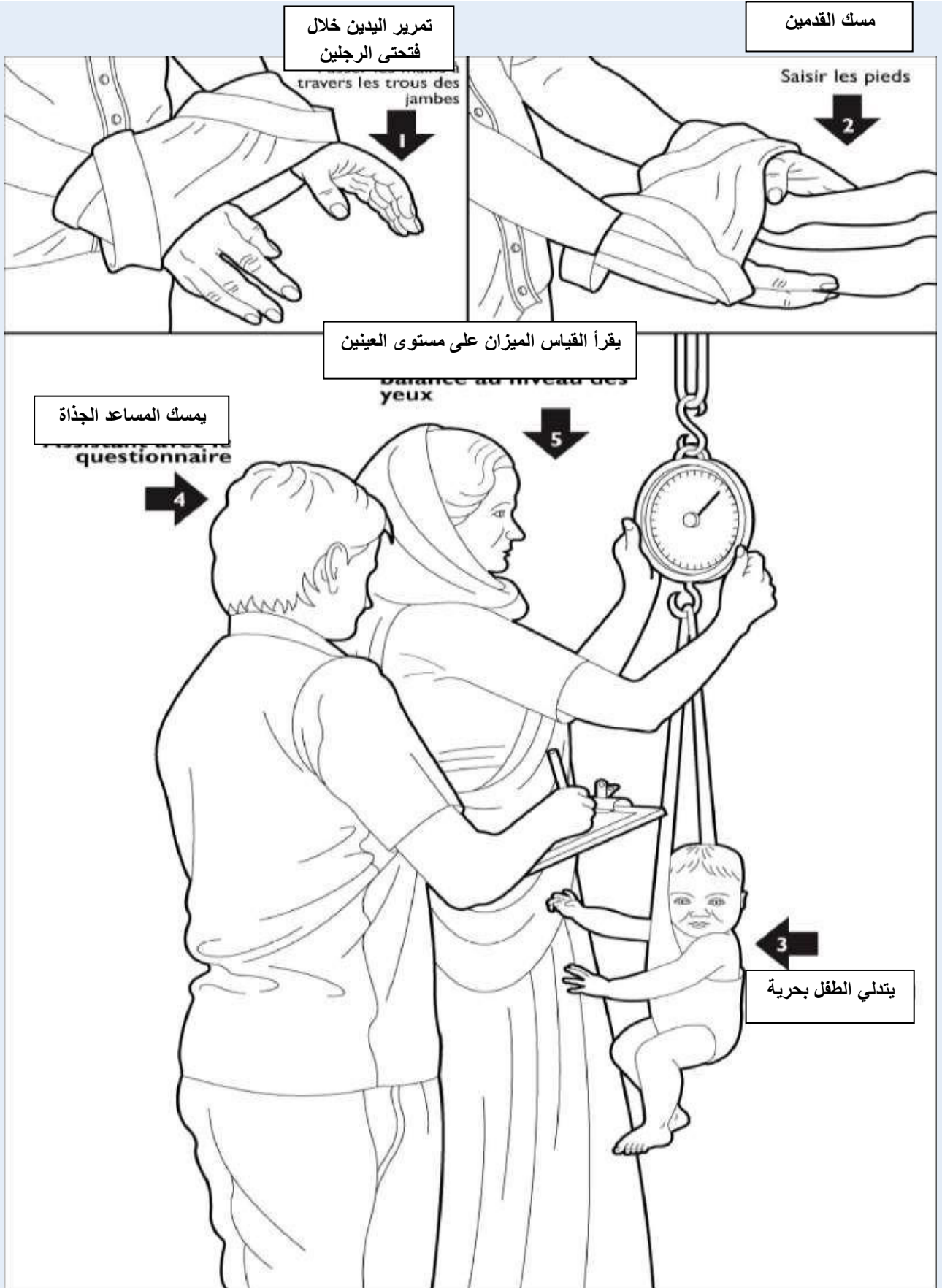
3. تعديل وضعية الشريط تبعا لمحيط الذراع





Source : How to Weigh and Measure Children : Assessing the Nutritional Status of Young Children, Nations Unies, 1986.

المصدر: كيفية الوزن والأطفال: تقييم الحالة التغذوية للأطفال الصغار، الأمم المتحدة، 1986



المصدر: كيفية الوزن والأطفال: تقييم الحالة التغذوية للأطفال الصغار، الأمم المتحدة، 1986

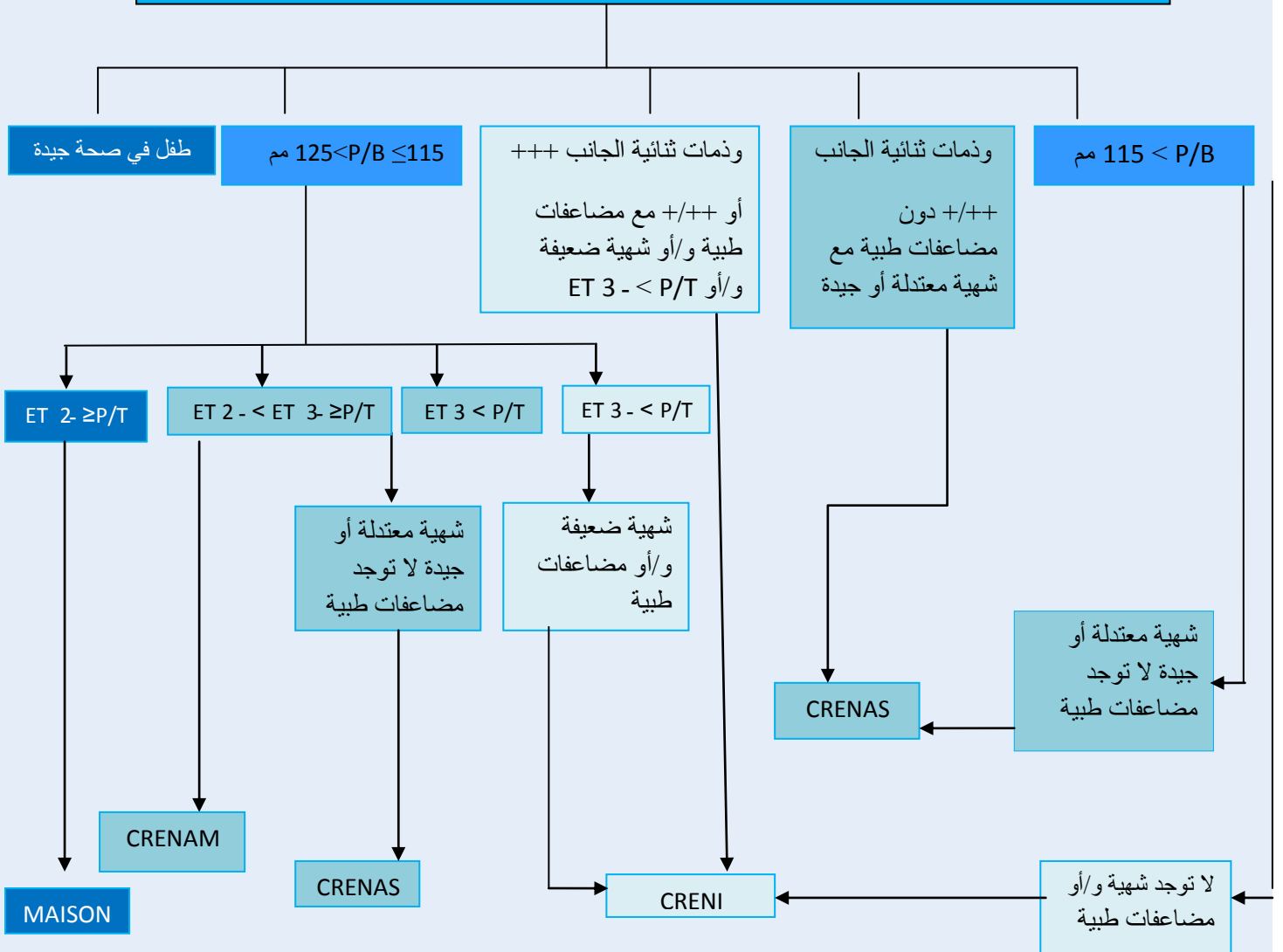
من أجل إجراء اختبار الشهية، فإن الإضافة يجب أن تكون "جيدة" أو "متوسطة".
يمكن استخدام الجداول التالية التي تبين الحجم الأدنى الذي يجب تناوله:

وزن الجسم	أقياس
أقل من 4 كغ	8/1 إلى 1/4
6,9-4	3/1 إلى 1/4
9,9-7	3/1 إلى 1/2
14,9-10	3/4 إلى 1/2
29-15	3/4 إلى 1
أكثر من 30 كغ	1 >

هذا هو المقدار الأدنى الذي يجب ان يتناوله مصاب بسوء التغذية الشديد من اجل الخضوع لاختبار الشهية: ATPE أو المعجون

المصدر: لبروتوكول الوطني للتكفل المندمج بسوء التغذية الحاد (PECIMA)
إدارة الصحة القاعدية والتغذية (DSSBN)- اليونسيف - م ص ع (دجمبر 2011)

الكشف المنهجي في نقاط ومراكز الصحة للأطفال من 6 إلى 59 شهرا



دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

ملخص معايير القبول لتصنيف (فرز) ثان من أجل التكفل في CRENI أو CRENAS: إذا كان أحدهما موجودا، يجب رفع/تحويل المريض تبعا لمعايير مع اعتبار رغبة المرافق.

العامل	التكفل في CRENI	التكفل في CRENAS
رغبة المرافق (في كل وقت من فترة التكفل)	يختار المرافق أن يبدأ أو يواصل أو يحول إلى CRENI يجب احترام رغبة المرافق	يختار المرافق أن يبدأ أو يواصل أو يحول إلى CRENAS يجب احترام رغبة المرافق
الشهية	فشل اختبار الشهية أو غموضه	اختبار الشهية ناجح
وذمات ثنائية الجانب	وذمات ثنائية الجانب درجة 3 (+++) نقص البروتين، السفلى (-) $P/T \leq 3Z$ والنتيجة ووذمات ثنائية الجانب	في جل البلدان: نقص البروتين مع وذمات ثنائية الجانب درجة 1 إلى 2 (+) و++)
الجلد	جروح جلدية مفتوحة	لا توجد جروح جلدية مفتوحة
مضاعفات طبية	كل الأمراض الخطرة حسب معايير PECIME - إنتانات تنفسية حادة، نقص الدم الشديد، نقص سريري في فيتامين A، فقد السوائل، حمى، سبات، الخ - حصباء.	متيقظ ودون مضاعفات طبية

أي مريض يتوفر فيه واحد من معايير الجدول أعلاه يعاني من سوء تغذية حاد شديد

تعريف سوء التغذية الحاد الشديد

العمر	معايير القبول
أقل من 6 أشهر	انظر الفقرة: الرضع <6 أشهر و <3 كلغ مع مرافقة والملحق 20
6 أشهر إلى 8 سنوات	$P/T < 3Z$ - نتيجة (جدول وحيد الجنس م ص ع 2006) أو $PB < 115$ مم أو وجود وذمات ثنائية الجانب (+ أو ++ القبول في CRENAS؛ +++ القبول في CRENI)
8 إلى 18 سنة	$P/T < 70\%$ NCHS أو وجود وذمات ثنائية الجانب (+ أو ++ القبول في CRENAS؛ +++ القبول في CRENI)
البالغون	$PB < 180$ مم مع فقدان وزن حديثا أو مؤشر الكتلة الجسمية (م ك ج) < 16 مع فقدان وزن حديثا أو وجود وذمات ثنائية الجانب (ما لم يوجد سبب صارخ آخر)

تنبيه: من المهم الإلحاح على أن أي مريض يتصف بواحد على الأقل من هذه المعايير يقبل حتى إذا لم يف بالمعايير الأخرى.

العلاج الغذائي (حجم ATPE اللازم تقديمه في CRENAS انطلاقاً من الوزن)

المعجون		الوزن
كيس/اسبوع	كيس/يوم	
8	1 ^{1/4}	3.0 - 3.4
10	1 ^{1/2}	3.5 - 4.9
15	2	5.0 - 6.9
20	3	7.0 - 9.9
30	4	10.0 - 14.9
35	5	15.0 - 19.9
40	6	20.0 - 29.9
50	7	30.0 - 39.9
55	8	40.0 - 60

العلاج الطبي المنهجي

- 1.1 لا ينبغي إعطاء أي غذاء آخر
- 1.2 العلاج المنهجي بالمضادات الحيوية

جرعات الأموكسيسيلين

فئة الوزن كغ	حقن ملغ	أموكسيسيلين (50-100 ملغ/كغ/يوم) جرعتان يوميا كبسولة/صفائح (250 ملغ)
<5 كغ	125 ملغ*2	½ كبسولة*2
5-10,0	250 ملغ*2	1 كبسولة*2
10-20,0	500 ملغ*2	2 كبسولة*2
20-35,0	750 ملغ*2	3 كبسولة*2
>35	1000 ملغ*2	4 كبسولة*2

تعطى الجرعة الأولى تحت الرقابة وتخبر الأم أن العلاج يجب أن يستمر 7 أيام.

3.1. العلاج المضاد للملاريا

- يرجع إلى الدليل الوطني للملاريا اللاعرضية أو إلى الوقاية من الملاريا (ما عدا الكنين الذي لا يعطى للمصابين بسوء التغذية الشديد)؛
- ترفع حالات الملاريا العرضية من أجل التكفل على مستوى CRENI؛
- في حالة رفض المريض الولوج إلى الوسط الاستشفائي يعالج بالطرق الموصى بها للمرضى في وشط استشفائي (راجع الفقرة المتعلقة بالمضاعفات)؛
- توزيع الناموسيات المشبعة بالمبيد الحشري في مناطق الملاريا الوبائية.

4.1. محاربة الطفيليات

العلاج بالمضادات الحيوية

العمر	< سنة	2-1 سنة	≥ 2 سنة
البيندازول 400 ملغ	لا يعطى	½ قرص	قرص واحد
ميبيندازول 500 ملغ	لا يعطى	½ قرص	قرص واحد

5.1. التلقيح ض = الحصباء

- يعطى اللقاح المضاد للحصباء خلال المعاينة الرابعة لجميع الأطفال فوق 9 أشهر الذين ليست لديهم بطاقة تلقيح؛
- لا يلحق المرضى الذين قبلوا مباشرة في CRENAS فمن غير المحتمل أن يصابوا بالحصباء ولن يكونوا عرضة للإنتانات الاستشفائية.

6.1. فيتامين A

- يعطى فيتامين A لجميع الأطفال خلال المعاينة الرابعة إذا لم يكونوا تلقوه خلال الأربعة أشهر الأخيرة؛
- في هذا الحين، فإن إعادة توطينه كافية لتمكين امتصاص كميات كبيرة من فيتامين A على مستوى الكبد. الإضافة الكاملة من البروتينات الطاقوية يحوي الكفاية من فيتامين A لعلاج النقص البسيط. لا تعطى جرعات كبيرة من فيتامين A عند القبول في CRENAS؛
- لا يحتفظ في CRENAS بالأطفال الذين تبدو عليهم علامات عوز فيتامين A: قد تتضرر رؤيتهم (بصرهم) بسرعة لذا وجب تحويلهم بأسرع ما يكون إلى CRENI من أجل التكفل بهم فيه؛
- إذا حصل وباء حصباء يعطى فيتامين A لجميع الأطفال.

العلاج المنهجي لفيتامين A

العمر	فيتامين A ود عن طريق الفم
6 إلى 11 شهرا	كبسولة زرقاء (100000 ود= 30000 µغ)
12 شهرا فأكثر	كبسولتان زرقاوان أو واحدة حمراء (200000 ود= 60000 µغ)

7.1. ملخص العلاج المنهجي

الجدول التلخيصي للعلاج المنهجي.

الأدوية الاعتيادية	الأدوية
جرعة عند القبول + العلاج لمدة 7 أيام في المنزل بالنسبة للوافدين الجدد فقط	اموكسيسيلين
جرعة خلال الأسبوع الثاني (الزيارة الثانية) - جميع المرضى	البيندازول/ميسيندازول
لقاح في الأسبوع الرابع (الزيارة الرابعة) - جميع المرضى عدا الذين سبق وأن تلقوا جرعة في الأشهر الأربعة الأخيرة.	لقاح مضاد للحصبة (ابتداء من 9 أشهر)
جرعة في الأسبوع الرابع (الزيارة الرابعة) - جميع المرضى عدا الذين سبق وأن تلقوا جرعة في الأشهر الأربعة الأخيرة.	فيتامين A

أدوية لمجموعات خاصة تعاني من سوء التغذية الحاد الشديد تم قبولها في CRENI.

يمكن إعطاء جرعة من حمض الفوليك (5 ملغ) للمرضى المصابين بنقص الدم الاكلينيكي. الإضافات الكلية من البروتين الحراري تحوي كميات كافية من حمض الفوليك لعلاج نقص بسيط من هذا الحمض. لا ينبغي إعطاء كميات كبيرة من حمض الفوليك عندما يستعمل فانيسيدار (SP) كعلاج مضاد للملاريا.

الرقابة

ملخص الرقابة

الوتيرة	CRENAS
كل اسبوع	قياس الوزن الخام
كل اسبوع	الوزن والوذمات
تلقائيا ولكل المرضى ذوي نمو وزن ضعيف	اختبار الشهية
كل اسبوع	حرارة الجسم
كل اسبوع	العلامات السريرية ت م أ ط (البراز، التقيؤ، وتيرة التنفس، الخ)
عند القبول وعند الشك في استبدال أطفال	القامة متكنا (< 87 سم) والقامة واقفا (≥ 87 سم)
يوم القبول	و/ق في منطقة القياس

المضاعفات الطبية (ت م أ ط) = الرفع من CRENAS إلى CRENI

عندما تنجز القياسات الأنثروبومترية واختبار الشهية يجب أن يجري الممرض فحوصا لاكتشاف المضاعفات التي تتطلب علاجاً قبل رفع المريض إلى CRENI.

إذا تم العثور على مضاعفة طبية كبيرة يجب رفع المريض إلى CRENI. تشمل هذه المضاعفات الأمراض التالية:

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

- أسهال وفقد سوائل مبنين سوابق المريض وتغير حديث في المظهر (العلامات السريرية ليست ضعيفة لدى المرضى المصابين بسوء التغذية الشديد ولا ينبغي استخدامها لتشخيص فقد السوائل).

- تقيؤ شديد؛
- إتهاب رئوي:
- >60 تنفسا/دقيقة بالنسبة للأطفال دون السنتين
- >50 تنفسا/دقيقة بالنسبة للأطفال من 2 إلى 12 شهرا
- >40 تنفسا/دقيقة بالنسبة للأطفال من 1 إلى 5 سنوات
- >30 تنفسا/دقيقة بالنسبة للأطفال فوق 5 سنوات
- جذب تحت الأضلاع
- جروح جلدية مفتوحة
- انخفاض حرارة < 35,5 دم (شرجي) أو < 35 دم (إبطي)
- حمى > 39 دم (شرجي) أو > 38,5 دم (إبطي)
- شحوب أقصى (فقر دم شديد)
- ضيف، لا مبالي أو فاقد الوعي
- تشنجات
- نقص سريري من فيتامين A
- كل ظرف يستدعي التسريب الوريدي أو القسطرة الأنفية المعدية
- كل العلامات الأخرى التي تتطلب تحريا أو تكفلا في CRENI، حسب رأي الممرض.

فشل العلاج (علمي، مستوى CRENAS) = الرفع إلى CRENI

الزمن بعد القبول	معايير الفشل في العلاج
21 يوم	وزن ثابت (أطفال بدون ودمات)
14 يوم	نقص الوزن منذ الولوج إلى البنامج (أطفال بدون ودمات)
14 يوم	لم يبدأ ذوبان الودمات
21 يوم	استمرار وجود الودمات
كل زيارة	فشل اختبار الشهية
كل زيارة	نقص وزن الجسم بنسبة 5% (أطفال بدون ودمات)
كل زيارة	نقص الوزن خلال زيارتين متتاليتين
كل زيارة	الفشل في زيادة الوزن بصفة مرضية بعد ذوبان الودمات بصفة كلية (الكواشوركور) أو ابتداء من اليوم الرابع عشر (الركود)

معايير التسليم

العمر	معايير التسليم
6 أشهر إلى 8 سنوات	الوزن/القامة $\geq 1,5$ zنتيجة في أكثر من مناسبة إذا كانت الترتيبات المناسبة للمتابعة قد اتخذت (أي يومان بالنسبة للمرضى في CRENI، أسبوعان للمرضى في CRENAS) أو الوزن/الذراع > 125 مم بالنسبة للأطفال و غياب الودمات الغذائية لمدة 14 يوم
فريق متنقل: هذا المعيار ليس مستخدماً في المراكز الصحية و CRENAS الثابتة	تم الوصول إلى الوزن المنشود و غياب الودمات الغذائية لمدة 14 يوم
8 إلى 18 سنة	الوزن/القامة $\geq 85\%$ NCHS و غياب الودمات الغذائية لمدة 14 يوم
البالغون	الوزن/الذراع ≥ 185 مم أو $17,5 \geq IMC$ و غياب الودمات الغذائية لمدة 14 يوم

انظر الملحق 10: جدول نقص الوزن بنسبة 5%

جدول الوزن للقامة جدول (م ص ع 2006) للأطفال من 0 إلى 8 سنوات

سم	0	1-	1,5-	2-	3-	سم	0	1-	1,5-	2-	3-	سم
استخدام القامة متكناً بالنسبة لأقل من 87 سم												
7,5	6,9	6,7	6,4	5,9	66	45	2,44	2,23	2,13	2,04	1,88	45
7,6	7	6,8	6,5	6	66,5	45,5	2,52	2,31	2,21	2,11	1,94	45,5
7,7	7,1	6,9	6,6	6,1	67	46	2,61	2,38	2,28	2,18	2,01	46
7,9	7,2	7	6,7	6,2	67,5	46,5	2,69	2,46	2,36	2,26	2,07	46,5
8	7,3	7,1	6,8	6,3	68	47	2,78	2,54	2,43	2,33	2,14	47
8,1	7,5	7,2	6,9	6,4	68,5	47,5	2,86	2,62	2,51	2,40	2,21	47,5
8,2	7,6	7,3	7	6,5	69	48	2,95	2,70	2,58	2,48	2,28	48
8,3	7,7	7,4	7,1	6,6	69,5	48,5	3,04	2,78	2,66	2,55	2,35	48,5
8,4	7,8	7,5	7,2	6,6	70	49	3,13	2,87	2,75	2,63	2,42	49
8,5	7,9	7,6	7,3	6,7	70,5	49,5	3,23	2,96	2,83	2,71	2,5	49,5
8,6	8	7,7	7,4	6,8	71	50	3,33	3,05	2,92	2,80	2,58	50
8,8	8,1	7,8	7,5	6,9	71,5	50,5	3,43	3,14	3,01	2,89	2,66	50,5
8,9	8,2	7,9	7,6	7	72	51	3,54	3,24	3,11	2,98	2,75	51

9	8,3	8	7,6	7,1	72,5	3,65	3,34	3,21	3,08	2,83	51,5
9,1	8,4	8	7,7	7,2	73	3,76	3,45	3,31	3,17	2,93	52
9,2	8,5	8,1	7,8	7,2	73,5	3,88	3,56	3,41	3,28	3,02	52,5
9,3	8,6	8,2	7,9	7,3	74	4,01	3,68	3,53	3,38	3,12	53
9,4	8,7	8,3	8	7,4	74,5	4,14	3,80	3,64	3,49	3,22	53,5
9,5	8,8	8,4	8,1	7,5	75	4,27	3,92	3,76	3,61	3,33	54
9,6	8,8	8,5	8,2	7,6	75,5	4,55	4,18	4,01	3,85	3,55	54,5
9,7	8,9	8,6	8,3	7,6	76	4,69	4,31	4,14	3,97	3,67	55
9,8	9	8,7	8,3	7,7	76,5	4,83	4,44	4,26	4,10	3,78	55,5
9,9	9,1	8,8	8,4	7,8	77	4,98	4,58	4,4	4,22	3,90	56
10	9,2	8,8	8,5	7,9	77,5	5,13	4,71	4,53	4,35	4,02	56,5
10,1	9,3	8,9	8,6	7,9	78	5,1	4,7	4,5	4,3	4	57
10,2	9,4	9	8,7	8	78,5	5,3	4,9	4,7	4,5	4,1	57,5
10,3	9,5	9,1	8,7	8,1	79	5,4	5	4,8	4,6	4,3	58
10,4	9,5	9,2	8,8	8,2	79,5	5,6	5,1	4,9	4,7	4,4	58,5
10,4	9,6	9,2	8,9	8,2	80	5,7	5,3	5	4,8	4,5	59
10,5	9,7	9,3	9	8,3	80,5	5,9	5,4	5,2	5	4,6	59,5
10,6	9,8	9,4	9,1	8,4	81	6	5,5	5,3	5,1	4,7	60
10,7	9,9	9,5	9,1	8,5	81,5	6,1	5,6	5,4	5,2	4,8	60,5
10,8	10	9,6	9,2	8,5	82	6,3	5,8	5,5	5,3	4,9	61
10,9	10,1	9,7	9,3	8,6	82,5	6,4	5,9	5,7	5,4	5	61,5
11	10,2	9,8	9,4	8,7	83	6,5	6	5,8	5,6	5,1	62
11,2	10,3	9,9	9,5	8,8	83,5	6,7	6,1	5,9	5,7	5,2	62,5
11,3	10,4	10	9,6	8,9	84	6,8	6,2	6	5,8	5,3	63
11,4	10,5	10,1	9,7	9	84,5	6,9	6,4	6,1	5,9	5,4	63,5
11,5	10,6	10,2	9,8	9,1	85	7	6,5	6,2	6	5,5	64
11,6	10,7	10,3	9,9	9,2	85,5	7,1	6,6	6,3	6,1	5,6	64,5
11,7	10,8	10,4	10	9,3	86	7,3	6,7	6,4	6,2	5,7	65
11,9	11	10,5	10,1	9,4	86,5	7,4	6,8	6,5	6,3	5,8	65,5

يستخدم للأولاد والبنات												
الوزن كلغ - Z نتيجة						القامة واقفا	الوزن كلغ - Z نتيجة					القامة واقفا
0	1-	1,5-	2-	3-	سم		0	1-	1,5-	2-	3-		سم
استخدام القامة واقفا بالنسبة ل 87 سم فما فوق												
16,5	15,2	14,6	14	13	104		12,2	11,2	10,8	10,4	9,6	87
16,7	15,4	14,7	14,2	13,1	104,5		12,3	11,3	10,9	10,5	9,7	87,5
16,8	15,5	14,9	14,3	13,2	105		12,4	11,5	11	10,6	9,8	88
17	15,6	15	14,4	13,3	105,5		12,5	11,6	11,1	10,7	9,9	88,5
17,2	15,8	15,1	14,5	13,4	106		12,6	11,7	11,2	10,8	10	89
17,3	15,9	15,3	14,7	13,5	106,5		12,8	11,8	11,3	10,9	10,1	89,5

17,5	16,1	15,4	14,8	13,7	107	12,9	11,9	11,5	11	10,2	90
17,7	16,2	15,6	14,9	13,8	107,5	13	12	11,6	11,1	10,3	90,5
17,8	16,4	15,7	15,1	13,9	108	13,1	12,1	11,7	11,2	10,4	91
18	16,5	15,8	15,2	14	108,5	13,2	12,2	11,8	11,3	10,5	91,5
18,2	16,7	16	15,3	14,1	109	13,4	12,3	11,9	11,4	10,6	92
18,3	16,8	16,1	15,6	14,3	109,5	13,5	12,4	12	11,5	10,7	92,5
18,5	17	16,3	15,5	14,4	110	13,6	12,6	12,1	11,6	10,8	93
18,7	17,1	16,4	15,8	14,5	110,5	13,7	12,7	12,2	11,7	10,9	93,5
18,9	17,3	16,6	15,9	14,6	111	13,8	12,8	12,3	11,8	11	94
19,1	17,5	16,7	16	14,8	111,5	13,9	12,9	12,4	11,9	11,1	94,5
19,2	17,6	16,9	16,2	14,9	112	14,1	13	12,5	12	11,2	95
19,4	17,8	17	16,3	15	112,5	14,2	13,1	12,6	12,1	11,3	95,5
19,6	18	17,2	16,5	15,2	113	14,3	13,2	12,7	12,2	11,4	96
19,8	18,1	17,4	16,6	15,3	113,5	14,4	13,3	12,8	12,3	11,5	96,5
20	18,3	17,5	16,8	15,4	114	14,6	13,4	12,9	12,4	11,6	97
20,2	18,5	17,7	16,9	15,6	114,5	14,7	13,6	13	12,5	11,7	97,5
20,4	18,6	17,8	17,1	15,7	115	14,8	13,7	13,1	12,6	11,8	98
20,6	18,8	18	17,2	15,8	115,5	14,9	13,8	13,3	12,8	11,9	98,5
20,8	19	18,2	17,4	16	116	15,1	13,9	13,4	12,9	12	99
21	19,2	18,3	17,5	16,1	116,5	15,2	14	13,5	13	12,1	99,5
21,2	19,3	18,5	17,7	16,2	117	15,4	14,2	13,6	13,1	12,2	100
21,4	19,5	18,7	17,9	16,4	117,5	15,5	14,3	13,7	13,2	12,3	100,5
21,6	19,7	18,8	18	16,5	118	15,6	14,4	13,9	13,3	12,4	101
21,8	19,9	19	18,2	16,7	118,5	15,8	14,5	14	13,4	12,5	101,5
22	20	19,1	18,3	16,8	119	15,9	14,7	14,1	13,6	12,6	102
22,2	20,2	19,3	18,5	16,9	119,5	16,1	14,8	14,2	13,7	12,7	102,5
22,4	20,4	19,5	18,6	17,1	120	16,2	14,9	14,4	13,8	12,8	103
						16,4	15,1	14,5	13,9	12,9	103,5

جدول الوزن/القامة من 8 إلى 18 سنة

الجنس	<70% شد يد	<80% متوسط	85% (ج) مستهدف	100% متوسط	القامة (سم)	الجنس	<70% شد يد	<80% متوسط	85% (ج) مستهدف	100% متوسط	القامة (سم)
ذكر/أنثى	26,2	30	31,9	37,5	146	ذكر/أنثى	15,5	17,7	18,8	22,1	120,5
ذكر/أنثى	26,5	30,3	32,2	37,8	146,5	ذكر/أنثى	15,6	17,8	19	22,3	121
ذكر/أنثى	26,7	30,5	32,4	38,2	147	ذكر/أنثى	15,8	18	19,1	22,5	121,5
ذكر/أنثى	27	30,8	32,7	38,5	147,5	ذكر/أنثى	15,9	18,2	19,3	22,7	122
ذكر/أنثى	27,2	31,1	33	38,9	148	ذكر/أنثى	16,1	18,4	19,5	23	122,5
ذكر/أنثى	27,4	31,4	33,3	39,2	148,5	ذكر/أنثى	16,2	18,6	19,7	23,2	123
ذكر/أنثى	27,7	31,6	33,6	39,5	149	ذكر/أنثى	16,4	18,8	19,9	23,5	123,5
ذكر/أنثى	27,9	31,9	33,9	39,9	149,5	ذكر/أنثى	16,6	19	20,1	23,7	124
ذكر/أنثى	28,2	32,2	34,2	40,3	150	ذكر/أنثى	16,8	19,2	20,4	24	124,5
ذكر/أنثى	28,4	32,5	34,5	40,6	150,5	ذكر/أنثى	16,9	19,4	20,6	24,2	125

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

ذكر/أنثى	28,7	32,8	34,8	41	151	ذكر/أنثى	17,1	19,6	20,8	24,5	125,5
ذكر/أنثى	28,9	33,1	35,1	41,3	151,5	ذكر/أنثى	17,3	19,8	21	24,7	126
ذكر/أنثى	29,2	33,4	35,4	41,7	152	ذكر/أنثى	17,5	20	21,2	25	126,5
ذكر/أنثى	29,4	33,7	35,8	42,1	152,5	ذكر/أنثى	17,7	20,2	21,5	25,3	127
ذكر/أنثى	29,7	34	36,1	42,4	153	ذكر/أنثى	17,9	20,4	21,7	25,5	127,5
ذكر/أنثى	30	34,3	36,4	42,8	153,5	ذكر/أنثى	18,1	20,7	21,9	25,8	128
ذكر/أنثى	30,2	34,6	36,7	43,2	154	ذكر/أنثى	18,3	20,9	22,2	26,1	128,5
ذكر/أنثى	30,5	34,9	37,1	43,6	154,5	ذكر/أنثى	18,5	21,1	22,4	26,4	129
ذكر/أنثى	30,8	35,2	37,4	44	155	ذكر/أنثى	18,7	21,3	22,7	26,7	129,5
ذكر	30,9	35,4	37,6	44,2	155,5	ذكر/أنثى	18,9	21,6	22,9	27	130
ذكر	31,2	35,7	37,9	44,6	156	ذكر/أنثى	19,1	21,8	23,2	27,3	130,5
ذكر	31,5	36	38,2	45	156,5	ذكر/أنثى	19,3	22,1	23,4	27,6	131
ذكر	31,8	36,3	38,6	45,4	157	ذكر/أنثى	19,5	22,3	23,7	27,9	131,5
ذكر	32,1	36,7	38,9	45,8	157,5	ذكر/أنثى	19,7	22,5	24	28,2	132
ذكر	32,4	37	39,3	46,2	158	ذكر/أنثى	19,9	22,8	24,2	28,5	132,5
ذكر	32,7	37,3	39,6	46,6	158,5	ذكر/أنثى	20,2	23	24,5	28,8	133
ذكر	33	37,7	40	47,1	159	ذكر/أنثى	20,4	23,3	24,7	29,1	133,5
ذكر	33,3	38	40,4	47,5	159,5	ذكر/أنثى	20,6	23,5	25	29,4	134
ذكر	33,6	38,4	40,8	48	160	ذكر/أنثى	20,8	23,8	25,3	29,7	134,5
ذكر	33,9	38,7	41,1	48,4	160,5	ذكر/أنثى	21,1	24,1	25,6	30,1	135
ذكر	34,2	39,1	41,5	48,8	161	ذكر/أنثى	21,3	24,3	25,8	30,4	135,5
ذكر	34,5	39,4	41,9	49,3	161,5	ذكر/أنثى	21,5	24,6	26,1	30,7	136
ذكر	34,8	39,8	42,3	49,8	162	ذكر/أنثى	21,7	24,8	26,4	31	136,5
ذكر	35,1	40,2	42,7	50,2	162,5	ذكر/أنثى	22	25,1	26,7	31,4	137
ذكر	35,5	40,5	43,1	50,7	163	ذكر/أنثى	22,2	25,4	27	31,7	137,5
ذكر	35,8	40,9	43,5	51,1	163,5	ذكر/أنثى	22,4	25,6	27,2	32,1	138
ذكر	36,1	41,3	43,9	51,6	164	ذكر/أنثى	22,7	25,9	27,5	32,4	138,5
ذكر	36,5	41,7	44,3	52,1	164,5	ذكر/أنثى	22,9	26,2	27,8	32,7	139
ذكر	36,8	42,1	44,7	52,6	165	ذكر/أنثى	23,1	26,4	28,1	33,1	139,5
ذكر	37,2	42,5	45,1	53,1	165,5	ذكر/أنثى	23,4	26,7	28,4	33,4	140
ذكر	37,5	42,9	45,6	53,6	166	ذكر/أنثى	23,6	27	28,7	33,7	140,5
ذكر	37,9	43,3	46	54,1	166,5	ذكر/أنثى	23,9	27,3	29	34,1	141
ذكر	38,2	43,7	46,4	54,6	167	ذكر/أنثى	24,1	27,5	29,2	34,4	141,5
ذكر	38,6	44,1	46,9	55,1	167,5	ذكر/أنثى	24,3	27,8	29,5	34,8	142
ذكر	38,9	44,5	47,3	55,6	168	ذكر/أنثى	24,6	28,1	29,8	35,1	142,5
ذكر	39,3	44,9	47,7	56,2	168,5	ذكر/أنثى	24,8	28,3	30,1	35,4	143
ذكر	39,7	45,4	48,2	56,7	169	ذكر/أنثى	25	28,6	30,4	35,8	143,5
ذكر	40,1	45,8	48,7	57,3	169,5	ذكر/أنثى	25,3	28,9	30,7	36,1	144
ذكر	40,5	46,3	49,2	57,8	170	ذكر/أنثى	25,5	29,2	31	36,5	144,5
ذكر	40,9	46,7	49,6	58,4	170,5	ذكر/أنثى	25,8	29,4	31,3	36,8	145
ذكر	41,3	47,2	50,1	59	171	ذكر/أنثى	26	29,7	31,6	37,1	145,5

جدول IMC للبالغين

IMC						القامة (سم)	IMC						القامة (سم)
16	16,5	17	17,5	18	18,5		16	16,5	17	17,5	18	18,5	
الوزن بالكيلوغرام							الوزن بالكيلوغرام						
43.6	44.9	46.3	47.6	49.0	50.4	165	31.4	32.3	33.3	34.3	35.3	36.3	140
44.1	45.5	46.8	48.2	49.6	51.0	166	31.8	32.8	33.8	34.8	35.8	36.8	141
44.6	46.0	47.4	48.8	50.2	51.6	167	32.3	33.3	34.3	35.3	36.3	37.3	142
45.2	46.6	48.8	49.4	50.8	52.2	168	32.7	33.7	34.8	35.8	36.8	37.8	143
45.7	47.1	48.6	50.0	51.4	52.8	169	33.2	34.2	35.3	36.3	37.3	38.4	144
46.2	47.7	49.1	50.6	52.0	53.5	170	33.6	34.7	35.7	36.8	37.8	38.9	145
46.8	48.2	49.7	51.2	52.6	54.1	171	34.1	35.2	36.2	37.3	38.4	39.4	146
47.3	48.8	50.3	51.8	53.3	54.7	172	34.6	35.7	36.7	37.8	38.9	40.0	147
47.9	59.4	50.9	52.4	53.9	55.4	173	35.0	36.1	37.2	38.3	39.4	40.5	148
48.4	50.0	51.5	53.0	54.5	56.0	174	35.5	36.6	37.7	38.9	40.0	41.1	149
49.0	50.5	52.1	53.6	55.1	56.7	175	36.0	37.1	38.3	39.4	40.5	41.6	150
49.6	51.1	52.7	54.2	55.8	57.3	176	36.5	37.6	38.8	39.9	41.0	42.2	151
50.1	51.7	53.3	54.8	56.4	58.0	177	37.0	38.1	39.3	40.4	41.6	42.7	152
50.7	52.3	53.9	55.4	57.0	58.6	178	37.5	38.6	39.8	41.0	42.1	43.3	153
51.3	52.9	54.5	56.1	57.7	59.3	179	37.9	39.1	40.3	41.5	42.7	43.9	154
51.8	53.5	55.1	56.7	58.3	59.9	180	38.4	39.6	40.8	42.0	43.2	44.4	155
52.4	54.1	55.7	57.3	59.0	60.6	181	38.9	40.2	41.4	42.6	43.8	45.0	156
53.0	54.7	56.3	58.0	59.6	61.3	182	39.4	40.7	41.9	43.1	44.4	45.6	157
53.6	55.3	56.9	58.6	60.3	62.0	183	39.9	41.2	42.4	43.7	44.9	46.2	158
54.2	55.9	57.6	59.2	61.6	62.6	184	40.4	41.7	43.0	44.2	45.5	46.8	159
54.8	56.5	58.2	59.9	61.6	63.3	185	41.0	42.2	43.5	44.8	46.1	47.4	160
55.4	57.1	58.8	60.5	62.3	64.0	186	41.5	42.8	44.1	45.4	46.7	48.0	161
56.0	57.7	59.4	61.2	62.9	64.7	187	42.0	43.3	44.6	45.9	47.2	48.6	162
56.6	58.3	60.1	61.9	63.6	65.4	188	42.5	43.8	45.2	46.5	47.8	49.2	163
57.2	58.9	60.7	62.5	64.3	66.1	189	43.0	44.4	45.7	47.1	48.4	49.8	164
57.8	59.6	61.4	63.2	65.0	66.8	190							

التفسير	IMC
هزال شديد	16,0 <
هزال متوسط	16,9 - 16,0
هزال هامشي	18,4 - 17,0
طبيعي	24,9 - 18,5

المصدر: WHO: Physical status (1995) WHO: Report of a WHO expert committee, WHO the use and interpretation of anthropometry.

الكمية الدنيا من الإضافات الكلية البروتينو- حرارية الواجب تقديمها في CRENAS

ATPE أكياس (96 غ)				ATPE pâte - غرامات في الأسبوع				أسبوع العلاج
التموينية القياسية	الوسيط (الأسبوع الثاني)	الكمية الدنيا المطلقة (الأسبوع الأول)	الكمية الحرجة قبل انقطاع المخزون	التموينية القياسية	الوسيط (الأسبوع الثاني)	الكمية الدنيا المطلقة (الأسبوع الأول)	الكمية الحرجة قبل انقطاع المخزون	

فئة الوزن (كغ)	100 سعرة حرارية/كغ/يو م	135 سعرة حرارية/كغ/يوم	150 سعرة حرارية/كغ/يوم	170 سعرة حرارية/كغ/يوم	100 سعرة حرارية/كغ/ يوم	135 سعرة حرارية/كغ/ يوم	150 سعرة حرارية/كغ/ يوم	170 سعرة حرارية/كغ/ يوم
3,0 - 3,4	440	600	660	750	5	6	7	8
3,5 - 4,9	530	720	800	900	6	8	9	10
5,0 - 6,9	830	1100	1250	1400	9	12	13	15
7,0 - 99	1060	1430	1600	1800	12	15	17	20

تنبيه: يمكن استخدام هذا الجدول عندما تكون كميات ATPE محدودة بسبب انقطاع في التموين (غير متوقع)، أو إذا كانت لدى الطفل شهية متوسطة في بداية العلاج وكان عمال CRENAS لا يريدون التقاسم داخل الأسرة بسبب وجود فائض كبير قبل أن يستعيد الطفل شهية جيدة. الكمية المقدمة لا يجوز أبداً أن تكون أقل من 135 كيلو كالوري/كغ/اليوم. إذا كانت الكمية أقل من 100 كيلو كالوري فإن وزن الطفل سيتناقص وستدهور حالته. يجب ملاحظة ضالة الفرق بين الكمية الحرجة والكمية الدنيا اللازم تقديمها. وهذا الفارق الضئيل هو الذي سيمكن الطفل من استعادة وزنه. لذلك كان التقاسم داخل الأسرة يؤدي إلى نسبة شفاء صغيرة نسبياً. ومن هنا يكون من المهم أن يشرح للمرافق والأسرة ضرورة عدم تقاسم ATPE مع باقي أفراد الأسرة.

نقص الوزن 5%

نقص الوزن بنسبة 5% (غير المستجيبين ل CRENAS)						
الأسبوع الأول	النقص	الأسبوع الثاني	الأسبوع الأول	النقص	الأسبوع الثاني	الأسبوع الثالث
4.0	0.2	3.8	8.0	0.4	7.6	
4.1	0.2	3.9	8.1	0.4	7.7	
4.2	0.2	4.0	8.2	0.4	7.8	
4.3	0.2	4.1	8.3	0.4	7.9	
4.4	0.2	4.2	8.4	0.4	8.0	
4.5	0.2	4.3	8.5	0.4	8.1	
4.6	0.2	4.4	8.6	0.4	8.2	
4.7	0.2	4.5	8.7	0.4	8.3	
4.8	0.2	4.6	8.8	0.4	8.4	
4.9	0.2	4.7	8.9	0.4	8.5	
5.0	0.3	4.8	9.0	0.5	8.6	
5.1	0.3	4.8	9.1	0.5	8.6	
5.2	0.3	4.9	9.2	0.5	8.7	
5.3	0.3	5.0	9.3	0.5	8.8	
5.4	0.3	5.1	9.4	0.5	8.9	

9.0	0.5	9.5		5.2	0.3	5.5
9.1	0.5	9.6		5.3	0.3	5.6
9.2	0.5	9.7		5.4	0.3	5.7
9.3	0.5	9.8		5.5	0.3	5.8
9.4	0.5	9.9		5.6	0.3	5.9
9.5	0.5	10.0		5.7	0.3	6.0
9.6	0.5	10.1		5.8	0.3	6.1
9.7	0.5	10.2		5.9	0.3	6.2
9.8	0.5	10.3		6.0	0.3	6.3
9.9	0.5	10.4		6.1	0.3	6.4
10.0	0.5	10.5		6.2	0.3	6.5
10.1	0.5	10.6		6.3	0.3	6.6
10.2	0.5	10.7		6.4	0.3	6.7
10.3	0.5	10.8		6.5	0.3	6.8
10.4	0.5	10.9		6.6	0.3	6.9
10.5	0.5	11.0		6.6	0.3	7.0
10.5	0.6	11.1		6.7	0.4	7.1
10.6	0.6	11.2		6.8	0.4	7.2
10.7	0.6	11.3		6.9	0.4	7.3
10.8	0.6	11.4		7.0	0.4	7.4
10.9	0.6	11.5		7.1	0.4	7.5
11.0	0.6	11.6		7.2	0.4	7.6
11.1	0.6	11.7		7.3	0.4	7.7
11.2	0.6	11.8		7.4	0.4	7.8
11.3	0.6	11.9		7.5	0.4	7.9
11.4	0.6	12.0		7.6	0.4	8.0

زيادة الوزن (غ/كغ/اليوم) لمدة 14 يوما					زيادة الوزن (غ/كغ/اليوم) لمدة 14 يوما				
15	10	5	2,5	7.0	15	10	5	2,5	4.0
8.5	8.0	7.5	7.2	7.0	4.8	4.6	4.3	4.1	4.0
8.6	8.1	7.6	7.3	7.1	5.0	4.7	4.4	4.2	4.1
8.7	8.2	7.7	7.5	7.2	5.1	4.8	4.5	4.3	4.2
8.8	8.3	7.8	7.6	7.3	5.2	4.9	4.6	4.5	4.3
9.0	8.4	7.9	7.7	7.4	5.3	5.0	4.7	4.6	4.4
9.1	8.6	8.0	7.8	7.5	5.4	5.1	4.8	4.7	4.5
9.2	8.7	8.1	7.9	7.6	5.6	5.2	4.9	4.8	4.6
9.3	8.8	8.2	8.0	7.7	5.7	5.4	5.0	4.9	4.7
9.4	8.9	8.3	8.1	7.8	5.8	5.5	5.1	5.0	4.8
9.6	9.0	8.5	8.2	7.9	5.9	5.6	5.2	5.1	4.9
9.7	9.1	8.6	8.3	8.0	6.1	5.7	5.4	5.2	5.0
9.8	9.2	8.7	8.4	8.1	6.2	5.8	5.5	5.3	5.1

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

9.9	9.3	8.8	8.5	8.2	6.3	5.9	5.6	5.4	5.2
10.0	9.5	8.9	8.6	8.3	6.4	6.0	5.7	5.5	5.3
10.2	9.6	9.0	8.7	8.4	6.5	6.2	5.8	5.6	5.4
10.3	9.7	9.1	8.8	8.5	6.7	6.3	5.9	5.7	5.5
10.4	9.8	9.2	8.9	8.6	6.8	6.4	6.0	5.8	5.6
10.5	9.9	9.3	9.0	8.7	6.9	6.5	6.1	5.9	5.7
10.6	10.0	9.4	9.1	8.8	7.0	6.6	6.2	6.0	5.8
10.8	10.1	9.5	9.2	8.9	7.1	6.7	6.3	6.1	5.9
10.9	10.3	9.6	9.3	9.0	7.3	6.8	6.4	6.2	6.0
11.0	10.4	9.7	9.4	9.1	7.4	7.0	6.5	6.3	6.1
11.1	10.5	9.8	9.5	9.2	7.5	7.1	6.6	6.4	6.2
11.3	10.6	10.0	9.6	9.3	7.6	7.2	6.7	6.5	6.3
11.4	10.7	10.1	9.7	9.4	7.7	7.3	6.8	6.6	6.4
11.5	10.8	10.2	9.8	9.5	7.9	7.4	7.0	6.7	6.5
11.6	10.9	10.3	9.9	9.6	8.0	7.5	7.1	6.8	6.6
11.7	11.1	10.4	10.0	9.7	8.1	7.6	7.2	6.9	6.7
11.9	11.2	10.5	10.1	9.8	8.2	7.8	7.3	7.0	6.8
12.0	11.3	10.6	10.2	9.9	8.3	7.9	7.4	7.1	6.9
12.1	11.4	10.7	10.4	10.0	8.5	8.0	7.5	7.2	7.0

زيادة الوزن (غ/كغ/يوم) لمدة إقامة من 14 يوما

جدول زيادة الوزن للأطفال > 4 كيلو غرام				جدول زيادة الوزن للأطفال < 4 كيلو غرام			
الدخول	الشفاء	الدخول	الشفاء	الدخول	الشفاء	الدخول	الشفاء
9.9	8.5	4.7	4.0	3.18	2.70	2.14	1.80
10.0	8.6	4.8	4.1	3.20	2.72	2.16	1.82
10.1	8.7	4.9	4.2	3.22	2.74	2.18	1.84
10.3	8.8	5.0	4.3	3.25	2.76	2.21	1.86
10.4	8.9	5.1	4.4	3.27	2.78	2.23	1.88
10.5	9.0	5.3	4.5	3.29	2.80	2.25	1.90
10.6	9.1	5.4	4.6	3.32	2.82	2.27	1.92
10.7	9.2	5.5	4.7	3.34	2.84	2.30	1.94
10.8	9.3	5.6	4.8	3.36	2.86	2.32	1.96
11.0	9.4	5.7	4.9	3.39	2.88	2.34	1.98
11.1	9.5	5.8	5.0	3.41	2.90	2.37	2.00
11.2	9.6	6.0	5.1	3.43	2.92	2.39	2.02
11.3	9.7	6.1	5.2	3.46	2.94	2.41	2.04
11.4	9.8	6.2	5.3	3.48	2.96	2.44	2.06
11.5	9.9	6.3	5.4	3.50	2.98	2.46	2.08
11.7	10.0	6.4	5.5	3.53	3.00	2.48	2.10
11.9	10.2	6.5	5.6	3.55	3.02	2.51	2.12
12.1	10.4	6.7	5.7	3.57	3.04	2.53	2.14
12.4	10.6	6.8	5.8	3.60	3.06	2.55	2.16
12.6	10.8	6.9	5.9	3.62	3.08	2.58	2.18
12.8	11.0	7.0	6.0	3.64	3.10	2.60	2.20

13.1	11.2		7.1	6.1	3.66	3.12		2.62	2.22
13.3	11.4		7.2	6.2	3.69	3.14		2.65	2.24
13.5	11.6		7.4	6.3	3.71	3.16		2.67	2.26
13.8	11.8		7.5	6.4	3.73	3.18		2.69	2.28
14.0	12.0		7.6	6.5	3.76	3.20		2.72	2.30
14.2	12.2		7.7	6.6	3.78	3.22		2.74	2.32
14.5	12.4		7.8	6.7	3.80	3.24		2.76	2.34
14.7	12.6		7.9	6.8	3.83	3.26		2.78	2.36
14.9	12.8		8.0	6.9	3.85	3.28		2.81	2.38
15.2	13.0		8.2	7.0	3.87	3.30		2.83	2.40
15.4	13.2		8.3	7.1	3.93	3.35		2.85	2.42
15.6	13.4		8.4	7.2	3.99	3.40		2.88	2.44
15.9	13.6		8.5	7.3	4.05	3.45		2.90	2.46
16.1	13.8		8.6	7.4	4.10	3.50		2.92	2.48
16.3	14.0		8.7	7.5	4.16	3.55		2.95	2.50
16.6	14.2		8.9	7.6	4.22	3.60		2.97	2.52
16.8	14.4		9.0	7.7	4.28	3.65		2.99	2.54
17.0	14.6		9.1	7.8	4.34	3.70		3.02	2.56
17.2	14.8		9.2	7.9	4.39	3.75		3.04	2.58
17.5	15.0		9.3	8.0	4.45	3.80		3.06	2.60
17.7	15.2		9.4	8.1	4.51	3.85		3.09	2.62
17.9	15.4		9.6	8.2	4.57	3.90		3.11	2.64
18.2	15.6		9.7	8.3	4.63	3.95		3.13	2.66
18.4	15.8		9.8	8.4	4.68	4.00		3.16	2.68

يمكن استخدام جدول وزن الأطفال < 4 كيلوغرام عندما يتعسر أخذ القامة بدقة (خاصة لدى الأطفال قصيري القامة). لا يجوز استخدام هذا الجدول إلا للأطفال المهazيل الذين تكون علاقة وزنهم على قامتهم $Z \leq 3$. الجدول الخاص بالأطفال الأكبر وزنا يمكن استخدامه من قبل الفرق المتنقلة عندما يكون القبول على أساس الوزن/الذراع حصريا ولم تكن القامة قد قيست.

لقد تم وضع هذه الجداول من قبل م ص ع 2006 باستخدام معطيات الوزن على القامة بالنسبة للأولاد. لقد تم وضعها من أجل توضيح أخذ الوزن الضروري لطفل، للمرور من علاقة وزن على القامة - $Z 3,5$ عند الدخول إلى علاقة - $Z 1,5$ عند الخروج.

2. الحمى

عموميات

الحمى هي عرض شائع غالبا ما يكون مؤشرا لإصابة بإنتان معين، تعتبر الحمى عرضا هاما ليس فقط لدورها المساعد في وضع التشخيص وإنما في مراقبة تطور المرض.

في حالة مريض محموم، ينبغي أولا البحث عن علامات خطورة ثم محاولة وضع تشخيص.

تعالج الحمى في الحالات التالية:

- إذا كانت درجة الحرارة أعلى من 38 درجة لدى الأطفال
- إذا زادت عن 38,5 درجة عن البالغين

في حالة عدم توفر ميزان حرارة يجب البحث عن: تسرع في النبض أو زيادة في عدد التنفس أو لمس المريض لتقدير درجة ارتفاع الحرارة.

العلامات السريرية

- يجب الانتباه إلى المخاطر الكبيرة والسريعة الحدوث التي يمكن أن تنجم عن الحمى، وتتناسب شدة المخاطر عكسا مع سن المصاب وتتمثل في الآتي:

- الاختلاجات.

- التجفاف.

- ارتفاع الحرارة الخبيث وما يؤول إليه من وهط دوراني وسبات

لذلك يجب البحث عن العلامات السابقة ومعالجتها إن وجد أو اتخاذ التدابير اللازمة لمنع حدوثها إن لم تحدث بعد.

البحث عن سبب الحمى

يعتبر الاستجواب والفحص السريري المتقن أنجع وسيلة لمعرفة السبب مع الأخذ بعين الاعتبار المعطيات

الوبائية، ويمثل المخبر (إن وجد) وسيلة هامة لتأكيد التشخيص، وفيما يلي نضع مخططا يمكن الرجوع إليه للتشخيص مع

بعض الاختلافات التي تملئها المعطيات الوبائية، تفاوت مستويات عمال الصحة والتسهيلات المختبرية المتاحة.

الحمى في الإنتانات الشائعة

- حرارة مرتفعة، تصيب عرق، صرع، اضطراب الوعي، منطقة موبوءة بالملايا تثير الشك بنوبة ملاريا عادية يمكن غياب المعالجة أن تتطور إلى ملاريا عصبية فيجب إذن إجراء مسحة دموية أو النقطة الكثيفة ثم البدء بالمعالجة.
- حرارة مرتفعة، سوء الحالة العامة مع أو بدون حالة انسمام شديدة أو بدون علامات هضمية يجب التفكير بحمى التقيؤ.
- حرارة مرتفعة صلابة نقرة،
- علامات عصبية سحائية أخرى توجب التفكير بالتهاب السحايا أو السحايا والدماغ.
- حرارة مرتفعة مع تناذر نزفي توجب التفكير بانسمام بالمكورات السحائية أو بالحميات النزفية (حمى الأرياف والحمى الصفراء).
- حرارة مرتفعة مع يرقان، توجب التفكير بالتهاب الكبد.
- حرارة عالية مع حالة صدمة توجب التفكير بالصدمة الإنتانية في أعقاب انسمام الدم.
- حرارة عالية مع زلة تنفسية فكروا ب: ذات الرئة، التهاب القصيبات، التهاب لسان المزمار.
- حرارة عالية في أشهر الحمل الأخيرة: تمثل خطرا كبيرا على الأم والجنين فكروا بالتهاب الحويضة والكلية أو الملاريا.
- حرارة عالية عند الوليد: إنذارها سيء إذ غالبا ما يكون سببا خطرا ابحتوا عنه.
- حرارة مرتفعة لدى شاب بالغ مع تدهور حديث في الحالة العامة، ضخامة عقدية وإسهال مزمن تثير الاشتباه بالإصابة بالسيدا.

تشارك الحمى مع علامات موضعية

يكون التشخيص سهلا في هذه الحالة على سبيل المثال:

- علامات بلعومية في التهاب اللوزات (احمرار، عسرة بلع)
- علامات رئوية في إصابات الرئة (سعال، زلة، خراخر)
- اندفاع جلدي أو بقع كوبليك في الحصبة
- علامات هضمية في الإصابة بالشيجلوز shigelloose (زحير، براز مخاطي مدمى)
- علامات بولية لالتهاب كلوي
- تورم مؤلم في حالة تشكل خراج أو في حالة التهاب العظم والنقي
- اليرقان في الإصابة الكبدية
- ضخامة كبدية مؤلمة في حالة الخراج الأميبي

الحمى غير المترافقة بعلامات موضعية اكيدة: (الحميات الإنتانية غير الشائعة)

حسب المعطيات الوبائية والعلامات المشاركة يمكن التفكير ب:

- الحمى المالطية: أو البروسيلوز
- الأربو فيروس Arbovirose حمى الضنك Dengues تيفوس
- حمى مديدة
- السل، الحمى المالطية، الأمراض الجهازية، امراض الغراء

الحمى المعزولة

حين لا يوجد ما يساعد في وضع التشخيص وإذا كان معدل الحدوث غالبا تجري استقصاءات وبائية للمساعدة في معرفة السبب وغالبا ما يسهم إشراك المسؤولين الصحيين المحليين في وضع التشخيص.

المعالجة

- معالجة السبب: حسب تشخيص سبب الحمى
 - المعالجة العرضية:
 - وتكتسي أهمية بالغة خاصة عند الأطفال،
 - يلف الطفل بقطعة ثياب مبللة أو يوضع في مغطس ماء 37 درجة مدة دقائق.
 - المعالجة الدوائية: A.Acetyl Salicylique (A.A.S) عن طريق الفم.
- يستخدم الباراستمول في حالة وجود تحسس الـAAA** أو عند المرضى الذين يعانون من امراض معدية (قرحة، فرط حموضة) أو عند النساء الحوامل وفي حالة النزف.
- إماهة جيدة للمصاب وتغذية مناسبة (إرضاع طبيعي)
 - متابعة التغذية حتى ولو كان الطفل فاقدا للشهية ويجب إقناع الأم بذلك.
 - إذا حدثت اختلاجات Diazepan (عن طريق الشرج) أو عن طريق الوريد ويبطء إذا وجد إسهال.

3. الألم

عموميات

يعتبر الألم أحد أهم دواعي الاستشارة الطبية وهو شعور ذاتي ينجم عن ظواهر مرضية متباينة، ويتطلب اتباع منهج سريري منظم ومتكامل لتحديد سببه.

العلامات السريرية

يجب أن يظهر الفحص السريري

- الظروف التي ظهر فيها الألم : مفاجئ، مخائل، مزمن، منقطع، مستمر
- التموضع، صداع، آلام بطنية، صدرية، مفصالية، عضلية.
- طبيعة الألم، قولنج، حرق، مغص، تشنج، ثقل
- العلامات المرافقة: عامة (حمى، وهن، نقص وزن) وموضعية (سعال، إقياءات، إسهالات، حرقة بولية)

يجب دائما تقدير الوضع النفسي للمريض

- إجراء فحص عام وفحص موضعي لمنطقة الإصابة.

المعالجة

يترتب العلاج على تمط الألم وحدته. فهو في نفس الوقت عرضي وسببي عندما يتم العثور على سبب قابل للعلاج وهو عرضي محض في الحالات الأخرى (سبب غير محدد، مرض غير قابل للعلاج)

آلام ذات أصل مسبب

رتبت منظمة الصحة العالمية المضادات المؤثرة على هذه الآلام في ثلاثة مستويات:

- **المستوى الأول:** مسكنات غير أفيونية ممثلة من طرف باراسيتامول ومضادات الإلتهاب غير الستيرويدية
- **المستوى الثاني:** مسكنات غير الأفيونية ضعيفة ممثلة . خلطها مع واحد أو اثنين من الصنف الأول موصى به
- **المستوى الثالث:** مسكنات أفيونية قوية يتقدمها كوديين خلطها مع واحد أو اثنين من الصنف الأول موصى به
- المستويان 1 و2 هما وحدهما الموصى بهما في المراكز والنقاط الصحية.

يرتكز علاج الألم على مفاهيم أساسية:

- لا يمكن علاج الألم بفعالية إلا إذا تم تقديره. المريض هو الشخص الوحيد الذي يمكن أن يقوم حدة ألمه. ينبغي استخدام مدرج (سلم) تقويم, يجب تدوين نتائج التقويم في ملف المريض بنفس الاعتبار مع الثوابت الحياتية الأخرى
- يجب الاسراع بعلاج الألم, يوصى بالبدء باستخدام مضادات الألم (قبل علاج مؤلم مثلا)
- يجب وصف واستعمال مضادات الألم بانتظام في أوقات محددة (وليس حسب الطلب)
- يجب استخدام الأدوية عن طريق الفم كلما أمكن ذلك
- ينبغي خلط عدة ذرات (مضاد آلام متعدد الذرات)
- البدء بالمستوى المفترض الفعالية. مثال: في حالة كسر الفخذ البدء بمهدئ من المستوى 3
- اختيار العلاج والجرعة مرهون ليس فقط بتقويم حدة الألم ولكن أيضا باستجابة المريض التي تختلف اختلافا كبيرا من شخص لآخر.

علاج الآلام الحادة

ألم بسيط	Paracetamol+/-AINS
ألم متوسط	Paracétamol+/-AINS+tramadol ou codéine
ألم حاد	Réferer

4. فقر الدم

يمتاز فقر الدم بشحوب الملحمة وانخفاض معدل الهيموغلوبين. وهو عرض شائع في المناطق الاستوائية حيث 10 إلى 20% من السكان لديهم نسبة هيموغلوبين أقل من 10 غرام في دسيلتر.

أنواع فقر الدم وأسبابها:

النوع	الأسباب
فقر الدم المزمن	<ul style="list-style-type: none"> عوز غذائي الديدان المعوية المالاريا
فقر الدم الحاد	<ul style="list-style-type: none"> النزوف التسمم (أدوية، لدغة أفعى، الخ.)

في المناطق الاستوائية كثيرا ما تكون الاسباب متأخرة وأكثرها شيوعا العوز الغذائي والمالاريا. أما الفئات الأكثر عرضة فهم الأطفال والفتيات خاصة إبان فترة الحمل.

العلامات السريرية

- علامات فقر الدم المشتركة: شحوب الملحمة وبقية الأغشية المخاطية وراحة الكفين والقدمين، دوار، زلة تنفسية، وهن
- في الحالات المتقدمة نلاحظ: تسرع القلب، نفخة قلبية، وذمات... إلخ

المختبر

- نسبة الهيموغلوبين
- Frottis/GE أو اختبار سريع في حالة اتهام بالمالاريا.

المعالجة

فقر الدم المزمن:

- سلفات الحديد+ حمض الفوليك عن طريق الفم
- معالجة الطفيليات المعوية عند الأطفال المصابين بفقر الدم بإعطاء Mebendazole عن طريق الفم.
- فقر الدم الحاد مع سوء الإنذار والذي يقود سريعا إلى (قصور القلب).

معالجة عرضية بالمركز الصحي (إعطاء Dextran 70) تسريبا بالوريد وإلا يعطى Ringer Lactate.

معالجة السبب

الوقاية:

- عند المرأة الحامل : سلفات الحديد + حمض الفوليك طيلة فترة الحمل وأشهر الرضاعة الأولى بالجرعة الوقائية
- إحالة الأطفال المصابين بسوء التغذية إلى مراكز التعويض والتهديب الغذائي.
- التثقيف الصحي والغذائي (مكافحة الملاريا ، صحة البيئة ، تشجيع استخدام أغذية غنية بالحديد وحمض الفوليك.

5. الإختلاجات

هي حركة لا إدارية من مصدر دماغي يرافقها فقد الوعي وتأخذ شكلاً نوبياً ، عواقبها وخيمة وتستدعي معالجة سريعة

تهدف إلى :

- وقف الإختلاجات
- وضع تشخيص صحيح للسبب.

لدى المرأة الحامل فإن الإختلاجات في سياق ارتجاج نفاسي يتطلب تكفلاً خاصاً في المجال الطبي والولادي.

ففي حالة ارتفاع درجة الحرارة تجرى مسحة دموية أو (النقطة الكثيفة).

لكشف طفلي الملاريا ويجري البزل القطني إذا لم يجد مضاد استطباب لإستبعاد إنتهاب السحايا.

العلاج

العلاج الأولي

المريض يختلج:

- الحماية من الصدمات، التأكد من طلاقة الأعضاء التنفسية الهوائية، تمديد المريض على ظهره، إرخاء الملابس
- جل الأزمات تنقش تلقائياً وبسرعة. استعمال مضاد للتشنج ليس تلقائياً. إذا استمرت الأزمة أكثر من ثلاث دقائق وجب توقيفها بواسطة diazepam

الطفل: 0.5 مع/كغ عن طريق الشرج بمحقنة خاصة على أن تتجاوز 10 مع

الطريقة الوريدية ممكنة (0.30 مع/كغ خلال 2 أو 3 دقائق شريطة توفر معدات تهوية في المتناول)

البالغ: 10 مع عن طريق الشرج أو وريديا وببطء.

في جميع الحالات:

إذابة 10 مغ (2 مل) من diazepam في 8 مل من كلوكوز 5% أو حامض الصوديوم 0.9%

علاج العرض

Diazepam (عن طريق الحقن)

- البالغ: 10 مغ وريديا وببطء
- الطفل: 0.5 مع/كغ عن طريق الشرج بمحقنة خاصة. في حالة التندر (إسهال) نفس الجرعة وريديا وببطء.

إذا استمرت الاحتجاجات بعد 10 دقائق، تعطى نفس الجرعات مجدداً. جعل المريض في وضعية جانبية آمنة، تحرير المجاري التنفسية العلوية.

علاج السبب (راجع الفصول التي تتعرض للإصابات المسببة)

- ارتفاع الحرارة : علاج الحمى خفض الحرارة

- نوبة الملاريا الشديد: Quinine (راجع الملاريا)

- إلتهاب السحايا :مضادات حيوية

- الإرجاج

- الصراع والحالة الضعيرة :مضادات الصرع

- منشأ إستقبالي :نقص سكر الدم . نقص كلسيوم الدم

إذا كان الاشتباه أن المنشأ استقبالي يعطي Diazepam ثم يحال المريض إلي المستشفى

- إرجاج نفاسي

- حالة ألم اختلاجي

6. الصدمات

نقص أكسجة حاد علي مستوي الأعضاء الحيوية تالي لوهط دوراني. كثيرا ما تسبب في الوفاة في غياب تشخيص وعلاج مبكر.

الأسباب

- نقص الحجم
 - (النزف، الإسهال الحاد، الحروق الواسمة...)
- فشل العضلة القلبية
 - (قصور القلب، احتشاء العضلة القلبية)
- توسع وعائي
 - (صدمة إنتانية او تأقية)

دليل السريبات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

الأعراض والعلامات

- اضطراب في الوعي
- برودة الأطراف
- نبض سريع وخطي
- هبوط ضغط وحيانا انعدامه
- فرط تهوية
- شح بول

التدبير

- الإجراءات الأولية
- يوضع المريض بوضعية الاضجاع مع رفع خفيف للساقين وتدفئة للمريض
- فتح طريق وريدي ويفضل أن يكون كبيرا
- دعم التنفس بإجراء (تنفس فم/ فم أو فم أنف)
- تمسيد القلب

معالجة السبب

نقص الحجم

- النزوف، إعطاء الدم إن وجد وإلا يعطى Dextran 70 حتى عودة الضغط إلى الطبيعي.
- التجفاف الحاد: إعطاء محلول رينجر ثم المتابعة بمحلول إعادة التمييه عن طريق الفم (SRO)
- فشل العضلة القلبية:

دليل الشربقيصوالعلاجالقلبيوالفميينالحائيالرحمدفصحيةالموربتانية

- وضعية نصف الجلوس مع تدلية الأطراف

- FUROCEMIDE مباشرة بالوريد مع مراقبة الضغط والنبض

• DIGOXINE بالوريد مباشرة في حالة غياب اضطراب النظم.

• التوسع الوعائي:

• الصدمة الإنتانية: يحدد العامل الممرض

المعالجة بالمضادات الحيوية:

أمكزوسيللين Amoxicilline وتناقش جدوى وضرورة مشاركته مع جنتاميسين Gentamycine عضليا.

• الصدمة التأقية: يبحث عن السبب ويتم اتباعه

• المعالجة المرضية: إينفرين (ادرينالين) تحت الجلد وفي حال عدم توفره تستخدم الكرتكويدات ديكزاميثازون

Dexaméthasone

ملاحظة:

في كل حالات الصدمة تجب مراقبة تطور المرض اعتمادا على الثوابت الحيوية وإحالة المريض عند الضرورة بعد

إجراء الإسعافات الأولية.

7. الإمساك

تعريف

الإمساك هو تأخر في مرور الفضلات عبر المجرى المعوي ويتظاهر بتبدل في قوام البراز (صلابة) وتباعد في أوقات التبرز (فوق 3 أيام)

العلامات السريرية

- براز نادر وصلب
- أحيانا انتفاخ مع آلام بطنية
- الأعراض العامة: صداع، هذيان، نعاس، آلام ظهرية

العلاج

- إجراءات صحية غذائية، تناول أغذية غنية بالألياف (صمغ، خضار، أوراق)
- النصح باستعمال زيوت نباتية في بدء الوجبات
- الإكثار من السوائل
- رياضة

على أن لا يفرط في استعماله لأنه مخرش وعلى المدى البعيد قد يفقد Sene في حالة تعند الإمساك يستعمل (السنان) إلى داء الملينات.

قد يلجأ في آخر المطاف إلى إجراء الحقنة الشرجية.

إذا تطلب الأمر قد يستعان بتنظيف وتدخّل بواسطة اليد لا يعطى للأطفال

الفصل الثاني

الأمراض التنفسية

1. التهاب الأنف والتهاب الأنف والبلعوم

تعريف- عموميات

إنّان يصيب الغشاء المخاطي للأنف أو البلعوم أو الاثنين معا وهو شائع يعود غالبا إلى سبب فيروسي، يتطلب معالجة مناسبة لتفادي حدوث الاختلاطات، التهاب الجيوب، التهاب الأذن، ذات الرئة، والقصبات، أحيانا التهاب الوريد الخثري في مستوى الجيب الكهفي وانسداد دم عند الرضع مع تجفاف.

الأسباب

- 1- فيروسية: كوريزا حاد، حسبة، جدري الماء، إنفلونزا.
- 2- جرثومية: دفتيريا، مكورات عقدية ممرضة.
- 3- العوامل المؤهلة: انحراف الوترة: الناميات، الإرهاق الجسمي، البرد، تدهور الحالة الصحية العامة.

العلامات السريرية

- حكة انفية، عطاس، سيلان أنفي، انسداد أنفي.
- أحيانا حمى، صداع، آلام معممة التهاب الملتحمة.
- لدى الأطفال دون سن الخامسة، فحص الطبلة بحثا عن التهاب أذني متوسط مرافق.

المعالجة

الدوائية

- إزالة الانسداد الأنفي بواسطة محلول Proprionate de Sodium أو بالماء المفتر والمضاف إليه القليل من الملح.
- إذا ارتفعت درجة الحرارة يعطى AAS أو Paracétamol عن طريق الفم.
- إذا حدث إنتان ثانوي يعطى Amoxycilline عن طريق الفم (التهاب جيوب، التهاب أذن، التهاب رئة أو قصبات).
- إذا كان هناك ما يشير إلى إصابة تحسسية (عطاس صباحي شديد) يعطى Chlorphenamine عن طريق الفم.

الوقائية

الاعتناء بالنظافة الفردية والجماعية من أجل منع انتقال العدوى عن طريق الجهاز التنفسي والأيدي الملوثة.

2. التهاب الجيوب

التهاب الجيوب الحاد إنتان يصيب الأغشية المخاطية المبطنة للجيوب مع إفراز قيحي ذات مصدر من التهاب مخاطية الأنف (التهاب مخاطية الأنف، حساسية، انسداد) أو سنية. يمكن أن تتحول إلى مزمنة لدى كبار الأطفال والبالغين.

العلامات السريرية

تجمع بين الألم وانتان الأنف القيحي

كبار الأطفال والبالغين

- آلام في منطقة الرقبة في حالة التهاب الجيوب الوجهي؛ آلام الوجه عند التهاب الجيب الفكي.
- سيلان الأنف القيحي من الجانب المصاب، انسداد أنفي وحمى خفيفة.
- عند الفحص:
 - ضغط مؤلم للجبهة والوجه
 - إفراز قيح في الفجوة المتوسطة والتهاب الغشاء المخاطي.

الجرثوم المسئول هو *H. influenzae* قبل 5 سنوات و *Pneumococque* بعد ذلك.

أشكال خاصة بالرضع وصغار الأطفال:

- العظمي الحاد: حمى قوية، تورم التهابي للملحمية السفلى وج1ع الأنف، إفراز قيحي.
 - خطر انتشار الإصابة إلى العظم، إلى حجاج العين، إلى السحايا.
- الجرثوم المسئول هو *H. influenzae* و *Pneumococque* أو *Staphylocoque*.

المعالجة

- تحرير المجاري التنفسية عن طريق التنظيف بحمض الصوديوم 0.9% أو Ringer lactate 4 إلى 6 مرات في اليوم
- الحمى والألم: Paracétamol عن طريق الفم.
- الأطفال: 60 مع/كغ/يوم توزع إلى 3 أو 4 جرعات
- البالغين: ¼ غ/يوم توزع إلى 3 أو 4 جرعات

العلاج بالمضادات الحيوية حسب الحدة:

- Amoxicilline عن طريق الفم: 80 مع/كغ/يوم موزعة على 2 أو 3 جرعات لمدة 7 إلى 10 أيام.

في حالة حساسية من Pénicilline:

- Erythromicyne عن طريق الفم: 30 إلى 40 مغ/كغ/يوم موزعة على 2 أو 3 جرعات لمدة 7 إلى 10 أيام.
- قلع الضرس إن كانت السبب مع استعمال المضادات.

3. التهاب الحنجرة الحاد

التهاب حاد للغشاء المخاطي للحنجرة ذو سبب فيروسي وجرثومي أحيانا.

الأعراض السريرية المشتركة.

- صعوبة تنفس لدى الزفير مع إمكانية ضغط الأضلاع مع سعال وبحة صوت
- علامات الخطورة: عرق، إسراع دقات القلب، ازرقاق، اضطراب الوعي

يفحص الطفل جالسا، لا يمدد: يوجد احتمال انسداد المجاري التنفسية

الأسباب والعلاج:

لدى الطفل فوق 6 أشهر

الحالة الأولى: ظهر ضيق التنفس مبكرا (خلال ساعات)
التهاب حنجرة حاد: *Haemophilus influenzae*: بداية عنيفة، ضيق تنفس شديد، حمى مرتفعة، التهاب الغدد المخية.

يبقى الطفل جالسا متنفسا بضم مفتوح مع ريق صاف لا يتمكن من ابتلاعه من الم البلعوم. حالة ضعف عامة.

- ينبغي تحاشي فحص الحنجرة (خطر توقف التنفس)، لا يمدد المريض، يبقى عليه جالسا؛
- جعله يتنفس بالهواء الرطب (قدح ماء بالجوار أو منديل مبلل)؛
- المضادات الحيوية.

Ceftriaxone عن طريق العضلة: 100 مغ /كغ/يوم توزع على حقنتين لمدة 5 أيام أو حالة تعذرها
Ampicilline عن طريق الوريد: 200 مغ /كغ/يوم موزعة على 3 إلى 4 حقنات ثم يتابع عن طريق الفم عندما يصبح ذلك ممكنا بنفس الجرعات لإتمام 5 أيام علاج.

في حالة انهيار تنفس حاد: حجز في وسط متخصص أو خزع الرغامي.
التهاب الحنجرة الفصلي: في سياق التهاب الأنف أو الحصباء ليلا وبعنف شديد نوبة سعال مشفوعة بتعرق شديد وصعوبة زفير، يبقى بعدها الصوت مبوحا.

غياب الحمى

- مراقبة الطفل جعله في وضعية هادئة وجعله يتنفس في جو رطب (قدح ماء بالجوار أو منديل مبلل)؛
- إزالة انسداد الحنجرة بغسلها بماء قليل الملح أو مخلوط بحمض السوديوم 0.9% أو ب ringer lactate، 4 أو 6 مرات في اليوم؛
- احتماليا منظفات لمدة 3 أيام: Prométhazine عن طريق الفم.

الأطفال في سن عامين: 5 إلى 15 مغ/يوم في جرعة أو اثنتين
الأطفال من 2 إلى 6 أعوام: 1 مع 4 إلى 6 مرات في اليوم
الأطفال من 6 إلى 12 عام: 2 مع 4 إلى 6 مرات في اليوم
البالغين: 4 مع 4 إلى 6 مرات في اليوم

الحالة الثانية: ظهر ضيق التنفس تدريجيا (أكثر من 24 ساعة)

الشكل تحت الحلق فيروسي: يبدأ عادة في الليل، ضيق التنفس نمطي، السعال جاف، طرد الهواء سلس.

- مراقبة الطفل جعله في وضعية هادئة ودعله يتنفس في جو رطب(قدح ماء بالجوار أو منديل مبلل)؛
- **Déxaméthasone في العضلة: 0.1 إلى 0.2 مغ/كغ أو hydrocortisone في العضلة: 1مغ/كغ** يحدد بعد 30 دقيقة عند الحاجة؛
- المضادات الحيوية غير فعالة إلا في حالة إصابة بالغة (amoxicilline أو cotrimoxazole)؛
- عند تدهور الحالة: زرع أنبوب إن أمكن وإلا فزرع الرغامى في وسط متخصص.

لدى البالغين

مصدر فيروسي: العلاج عرضي (Paracétamol أو AAA عن طريق الفم).

- بصفة نادرة إصابة اللهاة *aemphilus inflyenzae*، ديفتيريا قرحة في مؤخرة الحنجرة: نفس العلامات السريرية ونفس العلاج كما لدى الأطفال.
- يجب كذلك التفكير في سل حنجري لدى مريض بالسل، سرطان الحنجرة خاصة لدى المدخن.

4. التهاب اللوزتين

تعريف - عموميات

إحساس بضغط بلعومي مرتبط بوجود التهاب حاد في اللوزات والبلعوم يؤدي غالبا إلى حدوث اختلاطات (خراج، رئة مفصلية حادة، إصابة قلبية) وتجب إذن معالجة نوعية ومبكرة.

المعالجة

تستهدف المعالجة أساسا ما يلي:

تمييز التهاب اللوزات العادي عن الدفتيرياني

خفض معدل حدوث الاختلاطات المرتبطة بالمكور السبجي (الرئة المفصلية الحادة، التهاب الكبد والكلية الحاد، التهاب شغاف القلب) يؤهب لحدوث هذه الاختلاطات تكرار التهاب اللوزات غير المعالج أو المعالج ناقصة.

ملاحظة:

عند الإصابة بداء وحيدات النوى الإنتاني غالبا ما يحدث تحسس للأموكزوسيللين Amoxicilline.

الأسباب - الأعراض والعلامات - المعالجة

المعالجة	العلامات السريرية المشاركة	الأسباب	المنظر المعياني للوزات والبلعوم
<p>Peni V عن طريق الفم لمدة 10 أيام الأطفال دون السنة: 250 مغ/يوم موزعة على 3 جرعات الأطفال من 1 إلى 5 سنوات: 500 مغ/يوم موزعة على جرعتين الأطفال من 6 إلى 12 سنة: 1غ/يوم موزعة على جرعتين البالغين: 2غ/يوم موزعة على جرعتين إذا كان هناك تحسس يعطى Erythromycin عن طريق الفم تعالج الحمى بـ AAS يراقب تطور الحالة والبحث عن ما يدل على حدوث رثية مفصلية حادة أو التهاب كيب وكلية</p>	<p>شعور بانزعاج في البلعوم بلع آلام حمى</p>	<p>عند الأعمار التي تزيد عن 5 سنوات - مكور سبجي - مكور رئوي أحيانا مكور عنقودي</p>	<p>حمامي أو حمامي-سوبي اللوزات محمرة مع نقاط بيضاء المعالجة (بالمركز الصحي)</p>
<p>يعالج كما في الأعلى إذا كانت الإصابة شديدة أو تشاركت مع ضخامة عقدية</p>	<p>تلاحظ دائما بحة صوت وسيلان أنف، إضافة للعلامات السابقة</p>	<p>عند الأطفال دون الخامسة من العمر فيروسي وأحيانا مكور سبجي</p>	
<p>الوقاية: البرنامج الموسع للتلقيح في المركز الصحي: يشرع في علاج بـ PPF (في العضلة) + AAS (عن طريق الفم) يحال إلا المستشفى يعالج المخالطون بالبنيسيلين أو أيرتروميسين (إذا كان هناك تحسس من بنيسيلين)</p>	<p>المريض شاحب ضغط منخفض: قلق سوء الحالة العامة رائحة ننتة ضخامة عقدية</p>	<p>دفتيريا (CD) +++ مكور رئوي</p>	<p>ذات أغشية كاذبة (أغشية بيضاء، ملتصقة بشدة منتشرة)</p>
<p>Penicilline V أو Erythromicyne إذا كان هناك تحسس</p>	<p>المصاب اليافع شاحب، رائحة التنفس كريهة تفرح وحيد الجانب غير منظم متموضع وسط اللوزة</p>	<p>خناق Vincent +++ MO: مغزلي</p>	<p>تقرحية - نخرية المعالجة بالنقطة الصحية أو المركز الصحي</p>

2. التهاب الأذن

تعريف- عموميات

إنتان يصيب الأذن يمكن أن يتموضع في كل مكان منها، يكون حادا أو مزمنًا تجب معالجته معالجة مناسبة وسريعة نظرا لما يمكن ان يؤديه من م1 اعفات خطيرة: صمم، التهاب سحايا، التهاب خشاء.

الأسباب والعلاج

غالبا ما تكون جرثومية: مكور سبحي، رئوي، محبات الدم النزلية وأحيانا تكون مرتبطة بوجود جسم غريب.

التصنيف	الأعراض والعلامات	المعالجة الدوائية
التهاب الأذن الخارجية الحاد	ألم (خاصة عند تحريك صيوان الأذن) احمرار، دمل أو إكزيما ملتهبة في مجرى السمع غشاء الطبل طبيعي + حمى	AAS أو paracétamol لتسكين الألم ثم الغسل والمص بواسطة المحقنة وبمحلول Propionate de Sodium أو بماء مغلي مملح ومفتر ثم تطبيق بنفسجيات جانسيان بواسطة حامل قطني لمدة 3 إلى 6 أيام
التهاب الأذن الوسطى الحاد	حمى مرتفعة، آلام شديدة هياج، تقيء غشاء الطبلة ملتهب، منتفخ أومتقوب مع سيلان سيلان	بعد 6 سنوات Phenoxy Methyl (peni V) Pencilline عن طريق الفم أو Cotrimoxazole عن طريق الفم قبل 5 سنوات من العمر: Cotrimoxazole عن طريق الفم أو Amoxycilline يناقس ثقب الغشاء إذا كان شديد التبارز وخشي انتقاب هامشي
التهاب الأذن المزمن	سيلان أذني رائق مزمن إذا ارتفعت الحرارة وترافقت بألم أذني الجزء التالي: الدليل السريري والتوجيه العلاجي المستخدمة في التهاب الأذن الحاد مص المفرزات القحيحة بواسطة محقنة	لا تعطى مضادات حيوية إذا كان السيلان صافيا cotrimoxazole (عن طريق الفم) أو Amoxycilline (عن طريق الفم) بنفس الجرعات

3. التهاب القصبات

التهاب القصبات الحاد

إنتان حاد يصيب الأغشية المخاطية المبطنة للقصبات ذات منشأ فيروسي في الغالب. يسببها أحيانا لدى كبار الأطفال *Mycoplasma pneumoniae*. لدى الأطفال فوق السنة الثانية من العمر فإن التهاب القصبات الحاد والمتكرر أو ما يعرف بالتهاب القصبات "الصفيري" قد تنبئ بربو. لدى الأطفال دون سن الثانية يخمن التهاب القصبات التنفسية.

العلامات السريرية

- سعال جاف في البداية ثم منتج فيما بعد
- حمى متوسطة أيضا
- ضيق تنفس متوسط
- عند الفحص الرئوي: كرىر مخاطي قصبي.

العلاج (بالمركز الصحي)

إذا كانت الحالة العامة للمصاب جيدة مع بدء الإصابة بالتهاب الأنف وبلعوم أو إنفلونزا يجري ما يلي:

- حمى: paracétamol عن طريق الفم
- الأطفال: 60 مغ/كغ/يوم موزعة على 3 أو 4 جرعات
- البالغون: 3 إلى 4 غ/يوم موزعة على 3 أو 4 جرعات
- للسعال الجاف: مضادات السعال
- للسعال الرطب أو المنتج: منخم (مقشع) مميح
- إمهارة جيدة، خفض الحرارة، ثم الترطيب (قدح ماء أو منديل مبلل)
- لدى الأطفال: إزالة انسداد القصبة عن طريق الغسل بـ chlorure الصوديوم 9% أو ringer lactate 4 إلى 6 مرات في اليوم
- المضادات الحيوية غير ضرورية (احتمال كون الإصابة من منشأ فيروسي)
- مراقبة تطور الحالة
- إذا كانت الحالة العامة سيئة قبل الإصابة (سوء تغذية، حصباء، كساح، فقر دم، اعتلال قلبي، هرم) أو زلة تنفسية >50/دقيقة أو تطورت الحالة الأولى إلى أسوأ.
- في هذه الحالة فإن احتمال حدوث إنتان ثانوي وارد (محببات الدم النزلية، عصبيات، مكورات رئوية) العلاج بالمضادات الحيوية: Cotrimoxazole عن طريق الفم
- البديل: amoxycilline (عن طريق الفم)
- الأطفال: 100مغ/كغ/يوم موزعة على 3 أو 4 جرعات لمدة 5 أيام
- البالغون: 3غ/يوم موزعة على 2 أو 3 جرعات لمدة 5 أيام

4. التهاب القصبات المزمن

تعريف

التهاب مزمن يصيب الأغشية المخاطية القصبية من منشأ تهيجي (تبغ)، تحسسي (ربو) أو إثنائي مع سعال مصحوب بإفرازات (قشع غزير، رغوي، غير مصاب) أو مخاطي قيحي (قشع غزير، يميل للخضرة، مصاب) لمدة 3 أشهر على الأقل كل سنة و- على الأقل - لمدة سنتين متتاليتين، يتطور نحو قصور تنفس مزمن.

العلامات السريرية

- سعال صباحي، تقشع، خراخر قصبية، (يجب التفكير دائماً بالإصابات السلوية)
- عند الفحص الرئوي: خراخر قصبية (إبعاد السل)
- في حالة احتدام التهاب القصبات المزمن:
- ظهور أو زيادة ضيق التنفس
- زيادة حجم (كمية) الإفرازات الصدرية
- تغير الإفرازات لتصبح قيحية
- حمى في حالة إصابة مضاعفة
- تعالج الأعراض في حالة الإصابة المضاعفة (حمى، الخ)

ينصح بالامتناع عن التدخين والعوامل المهيجة

5. الإنتان الرئوي الحاد والقصبية الرئوية الحادة

تعريف

إنتان يصيب الأسناخ الرئوية مع احتمال مشاركة قصبية.

الأسباب

- فيروسية
- جرثومية: مكوري رئوي محبات الدم النزليين، الميكوبلازما
- طفيلية: بنوموسيتيس كارينيل

العلامات السريرية

- حرارة مرتفعة > 39 درجة
- سعال وضيق تنفس
- آلام صدرية
- زيادة عدة مرات التنفس > 50 مرة/دقيقة
- بالفحص أصمية بالقرع، نقص الزئير الحويصلي، خراخر فرعية، نفخة أنبوبية بالإصغاء.

علامات خطيرة يبحث عنها لدى طفل هادئ في حالة ارتخاء أو نائم:

- سحب تحت الأضلاع: الحاجز الصدري الأسفل ينقبض عند جذب الأكسجين بينما يرتفع الجزء العلوي من البطن (تأرجح صدري بطني)
- وتيرة تنفس > 60/دقيقة لدى الرضيع دون السنتين
- ازرقاق البشرة (في الشفتين، في الجدار الداخلي للفم، في الأظافر)
- انحدار طرفي الأنف
- الامتناع عن الشرب والرضاعة
- اضطراب الوعي (نعاس، اضطراب)
- بحة صوت عند الاستنشاق
- نواح (صوت قصير متكرر يحدثه الإنغلاق الجزئي للأوتار الصوتية عند الزفير)
- سوء التغذية الشديد
-

ملاحظات:

- لدى الأطفال، يمكن أن تزيد الحمى الوتيرة ب 10/دقيقة لدرجة الحرارة المؤوية.
- لدى الطفل المصاب بسوء التغذية تنقص العتبة ب 5/دقيقة.
- الجذب تحت الضلعي لا دلالة له إلا إذا كان دائما ومرئيا. إذا لم يلاحظ إلا عند انزعاج الطفل أو عندما يتغذى لا في حالة الاسترخاء فهو غير موجود.

الانتانات التنفسية الشديدة

المعالجة

(1) أطفال دون الخامسة من العمر (انظر طرق المكافحة في الصفحة التالية).

(2) عند البالغ والطفل الكبير.

● الشكل النموذجي، بداية مفاجئة، خراخر رطبة، أصمية حمى مما يشير إلى الإصابة بالمكور الرئوي: تعالج الحمى ويعاد التمييز يعطى بروكايبين بنسللين PP عضليا.

● البداية المخاتلة مع الفحص شبه الطبيعي:

- فكروا بالإصابة بالميكوبلازما أو الكلاميديا

- الأطفال الكبار والبالغين

يعطى تتراسكلين عن طريق الفم.

- أطفال أقل عمرا من 8 سنوات

■ يعطى الإريثروميسين Erythromycine عن طريق الفم

● الأشكال بطيئة التطور والمزمن مع تدهور الحالة العامة:

● يجب التفكير في الإصابة السلوية ثم إحالة المريض.

الأشكال الخطيرة (تحال إلى المستشفى)

ما المضادات الحيوية التي يجب اختيارها لعلاج الإصابة الرئوية الحادة لدى طفل دون الخامسة من العمر؟

في المركز الصحي، حسب الوضعية، يكون الاختيار بين:

(1) Amoxycilline عن طريق الفم

(2) Cotrimoxazole عن طريق الفم

للأشكال الخطرة أو في استحالة الاستخدام عن طريق الفم يعطى:

الرضع دون 30 شهرا و حديثي الولادة - بالنسبة للإصابات الرئوية لدى حديثي الولادة.

● Ampicilline (بالوريد المباشر): 200مغ/كغ/يوم ويحال

- الرضع

Amoxycilline أو Ampicilline (في العضلة): 100 مغ/كغ/يوم ويحال ثم يواصل عن طريق الفم لمدة 7 أيام على

الأقل مع: Amoxycilline (عن طريق الفم) 50 مغ/كغ/يوم

الأطفال فوق 30 شهرا

Ampicilline أو Pénicilline

حسب الخطورة يمكن التفكير في إضافة Gentamycine (في العضلة) 3 إلى 6 مغ/كغ/يوم لمدة 5 أيام.

9. الربو

تعريف

التهاب مزمن يصيب المجاري التنفسية الهوائية مصحوبة حساسية قصوى على مستوى القصبات مسئولة عن موجات زفير متكررة وضيق تنفس وزلة تنفسية وسعال. وعادة ما تترافق أعراضه بانسداد القصبات ينقشع تلقائياً أو بتأثير العلاج وهو ذو منشأ تحسسي.

أزمة ربو - الربو المزمن

أزمة الربو هي احتدام الأعراض واشتدادها. مدة الأزمة وحدتها متغيرتان ولا يمكن التنبؤ بها.

قياس (تقويم) خطورة أزمة الربو

يجب تحديد خطورة أزمة الربو في أسرع وقت بالاعتماد على المؤشرات السريرية التالية. ليست كل العلامات مبيّنة بالضرورة.

درجة خطورة أزمة الربو لدى الأطفال فوق السنتين ولدى البالغين

إذار بخطر الموت	أزمة حادة	أزمة خفيفة إلى متوسطة
انحطاط الوعي (نعاس، تشنج، إغماء)، إنهاك، صمت التسمع	عدم القدرة على اكمال الجملة دون التوقف لاسترجاع النفس أو عدم امكانية التكلم أو التغذية بسبب ضيق التنفس	القدرة على تركيب جمل مفيدة وتيرة التنفس الأطفال 2 - 5 سنوات: < أو = 40/دق
حركات صدرية بطنية متناقضة ازرقاق وهن	وتيرة التنفس الأطفال 2 - 5 سنوات: >40/دق الأطفال فوق 5 سنوات: >30/دق البالغون: > أو = 110/دق	الأطفال فوق 5 سنوات: < أو = 30/دق النبض الأطفال 2 - 5 سنوات: <140/دق
خفق بطيء لدى الأطفال اضطراب نبضات القلب/انخفاض الضغط لدى البالغين	النبض الأطفال 2 - 5 سنوات: >140/دق الأطفال فوق 5 سنوات: >125/دق. البالغون: >110/دق تشبع O ₂ : > أو = 92%	الأطفال فوق 5 سنوات: < أو = 125/دق مع غياب علامات الخطورة

العلاج

يخضع التكفل بالربو لدرجة خطورة الأزمة والاستجابة للدواء.

النوبة البسيطة إلى المتوسطة

- طمأننة المريض وضعه في هيئة نصف الجلوس
- إعطاؤه

- (aérosol) Salbutamol: 2 إلى 4 نفخات كل 20 إلى 30 دقيقة إلى 10 نفخات في الساعة الأولى عند الضرورة
- Dexaméthazone: 0.2 إلى 0.6 مغ/كغ/يوم.

إذا حصل تحسن اكلينيكي شامل: يحجز المريض تحت الرقابة لمدة ساعة (4 ساعات إذا كان يسكن بعيدا عن المركز الصحي) ثم متابعة العلاج في المنزل: salbutamol لمدة 24 إلى 48 ساعة (2 إلى 4 نفخات كل 4 ساعات حسب التطور السريري).

النوبة الخطيرة

- يحال المريض بسرعة إلى المستشفى لتلقي العلاج

تنبيهات:

- ينطبق العلاج أعلاه على الحوامل. في حالة النوبة البسيطة إلى المتوسطة يحد الاستكساج (الدواء بالأوكسجين) من اختناق الجنين.
- بالنسبة لأي مريض مهما تكن درجة حدة الأزمة، يجب البحث 'ة إصابة رئوية كامنة وعلاجها.

الربو المزمن

العلامات السريرية

يجب البحث عن الربو لدى المريض الذي يشكو الأعراض التنفسية التالية:

- تنفس صفييري
- لهات
- الشعور بقمع صدري و/أو سعال
- التصنت الصدري يمكن أن يكون عاديا أو العثور شهيق صفييري متفرق
- وجود علامات شخصية (أكزيما، التهاب مخاطية الأنف/التهاب الملتحمة التحسسي) أو سوابق ربو عائلية ، تدعم التهمة لكن غيابها لا يجيز إجراء الكشف.

العلاج

العلاج	درجة حدة الربو
لا يوجد علاج جذري Salbutamol يستنشق عند ظهور الأعراض	متقطع: - أعراض نهائية < مرة/الأسبوع - أعراض ليلية < مرتين/الشهر - نشاط (جسمي) عادي
Beclamétsonه يستنشق على الأمد الطويل + Salbutamol يستنشق عند ظهور الأعراض	مستمر خفيف: - أعراض نهائية > مرة/الأسبوع لكن < مرة/اليوم - أعراض ليلية > مرتين/الشهر - أزمة تحد من النشاط
Beclamétsonه يستنشق على الأمد الطويل + Salbutamol يستنشق نفخة 4-6 مرات في اليوم	مستمر متوسط: - أعراض يومية - أعراض ليلية > مرة/الأسبوع - أزمة تؤثر على النشاط - الاستنشاق اليومي لـ Salbutamol
Beclamétsonه يستنشق على الأمد الطويل + Salbutamol يستنشق نفخة 4-6 مرات في اليوم	مستمر شديد: - أعراض نهائية مستمرة - أعراض ليلية متواترة - نشاط (جسمي) محدود بفعل الأعراض

10. السل

التعريف والانتقال:

مرض إنتاني معدي ناتج عن الإصابة بجرثوم Mycobacterium tuberculosis أو عصا كوخ (BK).

ينتقل BK حصريا تقريبا بين الجنس البشري عن طريق الهواء. يحدث استنشاق قطرات الإفرازات القصبية التي ينفثها الشخص حامل BK في رنتيه عندما يكح أو يتكلم أو يعطس أو يضحك.

يوجد:

السل الرئوي (س ر) وهو النمط الأكثر شيوعا. عندما يتواجد BK في النخامة تعلق الأمر ب "السل الرئوي ذي شفيفة إيجابية" أو س ر ش+. في الحالة العكسية يتعلق الأمر ب "السل الرئوي ذي شفيفة سالبة" أو س ر ش-. حالات س ر ش+ هي وحدها المعدية.

يتميز BK بامتلاك خاصية الإبقاء على اللون أحمر fushine رغم الفعل المتعاقد للكحول والأحماض (عصى مقاوم للأحماض والكحول، BAAR). وهذه الخاصية هي أساس إبراز BK على شفيفة النخامة أو أي شفيفة أخرى.

أشكال السل

السل الرئوي (وهو النمط الأكثر شيوعا والأكثر عدوى)

السل خارج الرئة:

- غددي
- عظمي مفصلي (ألم Pott)
- التهاب السحايا
- كلوي
- معوي
- صفاقي
- جلدي، الخ.

التعرف على مريض س ر ش+ وعلاجه هو تخليصه من مرض قاتل وحماية محيطه من الإصابة بعصا كوخ

الأعراض السريرية

تأخذ الإصابة السلوية الرئوية العديد من المظاهر السريرية:

- سعال مستمر مع قشع، خاصة إذا كانت مدمية (hémoptysie)
- إعياء دائم
- حمى مسائية
- تعرق ليلي
- نقص وزن

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

إن هذه الأعراض جد مؤشرة إذ تدوم بعد أسبوعين وتقاوم العلاج بالمضادات الحيوية غير النوعية الشائعة (مثل: amoxycilline ,cotrimoxazole).

هناك عنصر مهم لتشخيص السل هو وجود مريض معد في محيط أي مريض متهم بالسل (عدوى).

فحوص تكميلية:

- أشعة الرئة
- الاختبار السليني الجلدي (IDR).

الكشف

نميز مرحلتين:

- تحديد المرضى المتهمين بالسل
- الهدف الكشف على حالات س ر ش+ في المرضى فوق سن 15 سنة المعانين عن إصابة تنفسية. خارج مجموعة مرضى التنفس المزمن، يوجد حاملو السل الرئوي في المرضى ذوي القشع القيجي. قبل إثارة تشخيص السل الرئوي ينبغي إثارة:
- ذات رئة معقدة لتقرح الرئة التي تعالج في المقام الأول بال amoxycilline لمدة 15 يوماً
- تقيج يرافق تطور تمدد الشعب أو إصابة رئوية قصبية أنسدادية مزمنة.

الحجج الداعمة للاتهام بالسل الرئوي هي:

- وجود تقشع قيجي أو دم مستمر رغم علاج سليم بالمضادات الحيوية غير النوعية؛ وجود علامات عامة: حمى متوسطة، دوار، هزال، الخ.
- ومن أجل التكفل بالمرضى الذين لديهم أعراض تنفسية، يحال ذوي الحالات المزمنة إلى طبيب المركز الصحي (فوق أسبوعين) أو متكررة منذ أكثر من 3 أشهر (ربو مستمر، التهاب القصبات المزمن، إبتان رئوي قسبي انسدادي مزمن، أمراض القلب: نقص متري، قصور القلب).

تشخيص السل الرئوي المعدي:

- الفحص المجهرى للقشع يعتمد على التحليل المجهرى للقشع وهو في الوقت الراهن الوسيلة الوحيدة لتأكيد تشخيص السل الرئوي.

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

إذا كانت الفحوص الثلاثة الأولى سلبية يتم وصف Amoxycilline 80 مغ/كغ/يوم بثلاث جرعات يومية لمدة 10 أيام ثم إعادة فحصين في اليوم العاشر واحتمالاً اثنين آخرين في اليوم الرابع عشر إذا كانت الأعراض قائمة.

السل خارج الرئة (غير الرئوي)

- أ. الجناب السلي
- ب. سل الغدد المحيطة
- ت. سل السحايا
- ث. ذخنية سلية
- ج. سل العظام وسل العظام والمفاصل
- ح. سل الصفاقي
- خ. السل الكلوي
- د. السل التناسل

العلاج

نظام علاج السل (بروتوكول)

أ. علاج الخط الأول

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	للمرضى
الفئة 1	البالغين والأطفال	
	RH 4	RHZE 2
الفئة 2	RHZE 1	RHE 5
		تراجع* عودة موجبة* فشل*

*راجع الدليل الوطني للبرنامج الوطني لمكافحة السل والجذام

ب. علاج الخط الثاني (فشل في الفئة 2)

نظام خاص بالمرضى الذين يبدون مقاومة المضادات السلية الشائعة

مرحلة العلاج	الدواء	المدة	الملاحظات
المرحلة المكثفة	Kanamycine 1 غرام حقنة	3 أشهر	بعد 3 أشهر إذا كان BK موجبا تمديد شهر إضافي
	Ethionamide 250 مغ		
	Ofloxacin 200 مغ		
	Pyraeinimide		
مرحلة المواصلة	Ethionamide 250 مغ	18 شهرا	إجراء رقابة BK كل ثلاثة أشهر
	Ofloxacin 200 مغ		
	Ethambutole		

تنبيه: يوصى بإجراء زراعة القشع في أساط خاصة قبل البدء بعلاج الخط الثاني. برتوكول الخط الثاني تحت المراجعة لتكييفه مع الوضعية الوبائية.

المخطط العلاجي:

أ) أنماط المرضى

النمط 1:

- حالات سل رئوي جديدة ذات تحليل موجب (س ر ش+) وأشكال خطيرة أخرى من الإصابة لم يسبق علاجها أو عولجت لأقل من شهر. تشمل هذه الفئة:
 - سلا رئويا جديدا ذا تحليل موجب
 - جناب سلي مكثف أو ثنائي
 - ذخنية حادة محددة الموضع أو منتشرة
 - سل مع اضطراب عصبي
 - سل هضمي
 - سل المسالك البولية التناسلية

النمط 2:

- حالات سل رئوي جديدة ذات تحليل موجب خاصة أنواع من السل خارج الرئة تكون مشكلة. يمكن تمييز 3 مجموعات:
 - التدهور: يعرف بظهور العصابات في نخامة المريض في فحصين متتاليين لدى مريض تم اعتبار شفائه سابقا
 - فشل العلاجات: يعرف بظهور العصابات في نخامة المريض في فحصين متتاليين في الشهر الخامس من العلاج أو أبعد من ذلك رغم علاج سليم
 - العودة للعلاج: تعرف بعودة مريض إلى العلاج بعد انقطاعه بيدي نتائج إيجابية للفحص وكان قد تلقى من قبل علاجا لمدة تزيد على شهرين.

النمط 3:

- حالات سل رئوي جديدة ذات تحليل موجب مع خدوش صغيرة المساحة وحالات سل أخرى خارج الرئة:
 - في هذه الفئة نجد:
 - الأطفال واليافعين الذين لديه إصابة أولية كامنة مع كثافة رئوية (قرحة تطعيم أو كثافة منتظمة) أو خدوش رئوية صغيرة عقدية وليست تجوفية؛
 - سل خارج الرئة أكثرها شيوعا الغددية الجانبية و ذخنية أحادية الجانب وغير غزيرة والسل العظمي والعظمي المفصلي دون التعقيدات العصبية.

النمط 4:

- يجمع جميع حالات الفشل إلى إعادة علاج تحت الإشراف لحالة من النمط 2.

ب) نظام العلاج:

ينتظم في 4 فئات:

(ستة أشهر)

RH 4/RHZE 2

الفئة 1:

- يتضمن هذا المخطط مرحلتين:
- مرحلة مكثفة أولية من شهرين تتمثل في جرعة يومية من 4 أدوية (RHZE 2)
- ✓ مرحلة مواصلة من 4 أشهر كل يوم جرعة واحدة.
- خلال الفترة الأولية المكثفة يجب أن يستعمل الدواء تحت الرقابة المباشرة لأحد عمال الصحة أو أحد أفراد الأسرة (وكيل قروي).
- إذا كان فحص القشع إيجابيا في نهاية الشهر الثاني تمدد المرحلة الأولى بأربعة أسابيع.
- تنبيه: لعلاج التهاب السحايا السلي، يوصى بالمخطط RH 4/RHZES 2.

(8 أشهر)

RHE 5/RHZE 1/SRHZE 2

الفئة 2:

- يتضمن هذا المخطط مرحلتين:
- مرحلة أولية من 3 أشهر: الشهور الأولان ب 5 مضادات سل (SRHZE) والشهر الثالث ب 4 مضادات سل (RHZE).
- مرحلة مواصلة من 5 أشهر ب 3 مضادات سل (RHE).
- حالات الفحص الموجب في نهاية الشهر الخامس من العلاج يحال المريض إلى مركز متخصص لإجراء اختبارات الحساسية وتلقي العلاج المناسب.

(6 أشهر)

RH 4/RHZ 2

الفئة 3:

- يتضمن هذا المخطط الدوائي مرحلتين:
- مرحلة مكثفة: استعمال يومي ل RHZ لمدة شهرين (2RHZ)
- مرحلة مواصلة مع استعمال يومي ل RH لمدة 4 أشهر.

(18 شهرا)

الفئة 4:

- علاج دون اختبار الحساسية يسمى: "العلاج التجريبي"
- المرحلة الأولى:

(Z) Pyrazinamide+ (K) Kanamycine + (OfI) Ofloxacin + (Eth) Ethionamide لمدة 3 أشهر

- المرحلة الثانية: OfI+ Eth لمدة 18 شهرا
- مقاومة مؤكدة ل HR (أصل مقاوم)
- المرحلة الأولى: OfI+ Eth + R + E لمدة 3 أشهر + إجراء BAAR بعد 3 أشهر
- المرحلة الثانية: OfI+ Eth + E لمدة 18 شهرا
- تنبيه: أي مريض ينتمي إلى هذه الفئة يجب أن يحال إلى بنية مرجعية خاصة مصلحة الأمراض الرئوية بمركز الاستطباب الوطني أو أي بنية مرجعية أخرى في هذا المجال.

الفصل الثالث

الأمراض الهضمية

1. التهاب الفم

تعريف- عموميات

التهاب الأغشية المخاطية مع أو بدون إنتان، شائع لدى الأطفال الصغار، يمكن للتهابات الفم أن تكون شديدة وتساهم في سوء التغذية لدى الأطفال.

الأسباب:

- المبيضات: البيض (السلاق)
- العقبول
- التهابات الفم الناجمة عن العوز (فيتامين ج، الحديد، فيتامين ب)
- قلاع
- أسباب أخرى: الدفتيريا، الحصبة

الأعراض والعلامات السريرية

- آلام بالفم عند ملامسة الأطعمة مؤدية إلى رفض الطعام أو إلى قهم.
- احمرار مخاطية الفم
- قرح مخاطية الفم (قلاع) غالبا مغطى بإفرازات مبيضة
- سلاق وهو شائع عند الرضع
- حويصلات

المعالجة

• دليل الإرشاد للعلاج الموصى به للفم هو الفيتامين ج (رفادة) أربعة إلى ستة مرات في اليوم ثم يطبق محلول بنفسجيات الجانسيان بواسطة قطنة (مع الانتباه لعدم ملامسة المحلول للوجه)

- متابعة الإماهة والتغذية
- معالجة السبب إن عرفت

- سلاق Nystatine (أقراص مهبلية تستخدم عن طريق الفم).
- العقبول: معالجة الإنتان الثانوي إن حدث بالمضادات الحيوية عن طريق الفم Cotrimoxazole قرصين/اليوم عن طريق الفم لمدة عشرة أيام
- التهابات الفم الناتجة عن العوز: Acide Ascorbique:Scorbut (فيتامين C): الأطفال 150 إلى 200 مغ/يوم أي 50 مغ لكل جرعة (ع ط ف). البالغين: 500 مغ إلى 1 غ موزعة على 3 أو 4 جرعات يتابع العلاج حتى يحصل تحسن الأعراض.
- عوز الحديد: حديد + حمض الفوليك. الأطفال أقل من السنتين: 30 مغ/يوم موزعة على جرعتين (1/2 قرص/يوم). الأطفال من 2 إلى 12 سنة: 120 إلى 180 مغ موزعة على جرعتين أو ثلاث (قرصين إلى 3 /يوم).

2. التهابات المعدة والقرحة المعدية العفجية

تعريف

إصابة تقرحية معدية إثني عشرية مزمنة متعددة الأسباب، تتطور بنوبات مؤلمة ناجمة عن فقد مادة أو عدة مواد تتموقع في المعدة أو الإثني عشر. يمكن أن تحدث مضاعفات خطيرة (نزيف، تشنجات، تضيق) تفسر جل حالات الوفاة.

الأعراض والعلاجات السريرية

- آلام سرسوفية (من نوع الحرق أو المغض...) هي العرض الرئيسي. دورية ذات علاقة بتناول الطعام. تترافق بارتداد الحمض المعدي إلى المريء. تخدم بتناول غذاء أو مضاد أحماض. تتطور بطريقة متميزة: حسب وتيرة الوجبات وموسمية في السنة مع فترات هدوء. ينمك أن يكون الألم غير نمطي في موطنه ونوعه ووتيرته.
- أعراض أخرى وطرائق إنباء: غثيان، إسهال منبئ عن زيادة في إفراز الأحماض أي تناذر زوللينغر أليسون، مضاعفات حادة أو مزمنة من نوع التشقق، نزيف هضمي، تضيق هضمي مرتفع.

التصرف العلاجي

أ. العلاج مبني على الأدوية

يجب التمييز بين علاج القرحة الإثني عشرية وعلاج المعدية

1. جرد الأدوية الضرورية:

- المضادات الحمضية: هيدروكسيد الألمينيوم والمانيديوم
- مضادات الإفراز المعوي: مضادات الحساسية H2
- سيميتيدين
- رانيتيدين
- فاموتيدين

كاببات مضخة الأويلات

- مضادات القرحة الموضعية
- 2. اختيار الدواء المفضل

■ القرحة الإثني عشرية

سيميتيدين: علاج هجومي

800 مغ/يوم في جرعتين من 400 مغ مساء وصباحا لمدة 4 أسابيع

علاج المتابعة (قرحة راجعة):

400 مغ/يوم عند التوم لمدة عامين

أموكسيسيللين: 1 غ لمدة 7 أيام

ميثرونيدازول: 1 - 1.5 غ/يوم في 2 أو 3 جرعات لمدة 7 أيام

■ القرحة المعدية

سيميتيدين: علاج هجومي

800 مغ/يوم في جرعتين من 400 مغ مساء وصباحا لمدة 6 أسابيع

أموكسيسيللين: 1 غ لمدة 7 أيام

ب. علاج مبني على غير الأدوية

- قواعد النظافة والغذاء: الامتناع عن التدخين وعن المشروبات الكحولية وعن تناول الأسبيرين ومضادات الإلتهاب غير الإستيرويديه AINS، تحاشي الوضعيات المقلقة؛
- تناول المضادات الحمضية قبل كل وجبة

معلومات، تعليمات وتنبهات

- إخطار المريض بوجود الإقلاع عن التدخين وتحاشي تناول الأسبيرين أو أي AINS آخر؛
- نصح المريض بتحاشي الإرهاق النفسي ومسببات الضغط دون البحث عن تبديل عاداته الاجتماعية والمهنية والغذائية

تحذيرات

- في مواجهة الشخصية القلقة لمرضى القرحة، يجب تحاشي تشنّج إصابتهم
- التمييز بين القرحة الإثني عشرية والقرحة المعدية نظرا لاختلاف تطورها؛
- القضاء على *helicobacter pilori* يغير المسار الطبيعي للمرض ويجب القيام به

مراقبة العلاج

المتابعة سريرية في المقام الأول

- في حالة استمرار أعراض القرحة الإثني عشرية بعد 4 أسابيع من العلاج، إعطاء العلاج المبيّن أعلاه من جديد لمدة 3 أسابيع أخرى
- إذا استمرت الأعراض بعد 8 أسابيع من العلاج يجب التأكيد أن الأمر لا يتعلق بتناذر زولينغر أليسون (تناذر مرتبط بورم لانجير هانسيني مفرز طحالي بل للإثني عشر)؛ التفكير في العلاج الجراحي؛
- في حالة استمرار أعراض القرحة المعدية بعد 6 أسابيع من العلاج، إعطاء العلاج المبيّن أعلاه من جديد لمدة 4 أسابيع أخرى.
- بعد 12 أسبوعا، ينبغي التفكير في بتر جراحي.

3. الإسهالات

تعريف وعموميات

طرح مواد برازية سائلة مع زيادة عدد مرات التبرز وعلى سبيل المثال نحكم بوجود إسهال إذا زاد عدد مرات التبرز عن ثلاث مرات وكان قوام البراز سائلا أو رخوا.

تترتب عن الإسهال نتيجتان هامتان تعكسان خطورته.

- **التجفاف:** وهو السبب المباشرة في الوفاة من جراء الإسهال.
- **الانعكاس السلبي على الحالة الغذائية**
وهذا ما دعا إلى:
- إعطاء ظروف حاوية على مسحوق يحل لمعالجة التجفاف (أو نصح الأمهات بتحضير المحلول منزليا)؛
- إسداء النصائح فيما يتعلق بمتابعة تغذية الطفل
- تعليم الأمهات علامات الخطر والإجراءات اللازم اتباعها.
- التأكد من فهم الأمهات لما قيل وعلم لهن.

تقدير درجة التجفاف ونقص السوائل

الأعراض والعلامات	تجفاف خفيف	تجفاف متوسط (علامتين إيجابيتين)	تجفاف شديد (علامتان إيجابيتان)
مظهر وحالة المريض: الرضيع والطفل الصغير	عطش، تقيظ، هيجان	عطش وهيجان أو إرهاق، لكن هنالك تهيج عند اللمس	نعاس، رخو، أطراف مزرققة، أحيانا إغماء
الطفل الكبير والبالغ	عطش، تقيظ	عطش، تقيظ	الوعي طبيعي عادة، قلق، أطراف مزرققة باردة، شحوب، انكماش جلد الأصابع والسلاميات، مغضض عضلي، دوار في وضعية الوقوف
النبض الكمبري أو الزراعي	طبيعي	متسرع	سريع ضعيف وأحيانا غير محسوس
التنفس	طبيعي	عميق وأحيانا متسرع	عميق وسريع
اليافوخ الأمامي (الأطفال من 6-18 شهرا)	طبيعي	غائر	غائر جدا
الضغط الدموي الانقباضي	طبيعي	طبيعي	هابط وأحيانا لا يمكن قياسه
المرونة الجلدية	التنية تغيب فورا	ثنية تزول ببطء نسبيا	ثنية تزول ببطء شديد (أكثر من ثانيتين)
العينان	طبيعيتان	غائرتان	غائرتان بشدة
الدموع	موجودة	غائبة	غائبة
المخاطيات (عند ملامسة الفم بأصبع نظيفة)	رطبة	جافة	جافة جدا
الإفراز البولي	طبيعي	قليل وغامق	غائب منذ ساعات عديدة (المئات فارقة)
نقص الوزن	1-5%	6-9%	10% أو أكثر
السوائل المفقودة بصورة تقريبية	10-50 مل/كغ/وزن	60 مل/كغ/وزن	100 مل/كغ/وزن

إعادة التمييه

يجب في آن واحد أن:

- تعوض ما فقد من السوائل والشوارد: إعادة التمييه
- تعوض ما فقد جراء استمرار الإسهال: الصيانة
- إعطاء السوائل الضرورية من الناحية الوظيفية انطلاقاً من وزن الجسم.

عملياً يجرى ما يلي:

- أملاح معالجة التجفاف عن طريق الفم (SRO) وإحالة الطفل إلى الجهة المناسبة.

- **ملاحظة:** بدلاً عن محلول إعادة التمييه، يمكن أن نعلم الأمهات طريق تحضير المحلول "المنزلي" أو محلول التمييه الملحي/السكري: ½ كوب شاي من ممسحوق السكر + بين إصبعين من الملح في لتر من الماء مغلي ثم مبرد مع إضافة عصير فاكهة (إن أمكن).

تعليمات للعلاج بالسوائل

درجة التجفاف	الفئة العمرية	نوع السوائل	حجم السوائل (كلغ/من وزن الجسم)	مدة الإعطاء
بسيطة	كل الأعمار	SRO	50 مل/كلغ	4 ساعات
معتدلة	كل الأعمار	SRO	100 مل/كلغ	4 ساعات
شديدة	الأطفال الصغار دون السنتين من العمر	رينجر لاكتات عن طريق الوريد	30 مل/كلغ	ساعة واحدة
		بعد ذلك رينجر لاكتات عن طريق الوريد	40 مل/كلغ	خلال ساعتين
		بعد ذلك محلول SRO	40 مل/كلغ	خلال الساعات الثلاث التالية
	الطفل الكبير والبالغ	رينجر لاكتات عن طريق الوريد	110 مل/كلغ	خلال أربع ساعات مبدئياً بأسرع ما يمكن حتى عودة النبض الكعبري مجسوساً

في المرحلة الأولى من المعالجة يمكن للبالغ أن يستهلك 750 مل/ في الساعة ويستهلك الطفل 300 مل/ في الساعة.

تعليمات لعلاج الصيانة

ملاحظات: يجب الانتباه إلى

- أن المقادير المشار إليها في الجدول مقادير تقريبية وليست إلزامية
- أن تشكل المراقبة السريرية أفضل دليل في متابعة إعادة التمييه

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

- يبدل الـ SRO من حين لآخر بالماء لتجنب حدوث فرط صوديوم الدم

نوع الإسهال	نوع السوائل المعطاة	طريقة الإعطاء	كمية السوائل المعطاة
إسهال بسيط: عدد مرات التبرز مرة واحدة كل ساعتين أو أقل حجم البراز 5مل/لكل كغ/ ساعة	SRO	عن طريق الفموي: بالمنزل	الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر 100مل/ كلغ وزن/ في اليوم حتى زوال الإسهال أو غطاء 10 مل بعد كل تبرز مانع. الأطفال الكبار والبالغون يشربون كلما رغبوا بذلك
إسهال شديد: أكبر من تبرز واحد كل ساعتين أو أكثر من 5مل/ براز/ كلغ/ ساعة	SRO	ع/ط الفموي: بعد القيام بالعلاجات	نعوض ما فقد بالإسهال بحجم مساو له من السوائل. إذا استحال معرفة ما فقد نعطي 10-20 مل/كلغ/ ساعة حتى يخف الإسهال ثم نتابع كما في الإسهال البسيط
إسهال خطير مع ظهور علامات التجفاف	يعالج كما في التجفاف الشديد		
<p>أ. إضافة إلى SRO يعطى حليب الأم كلما رغب الطفل في ذلك أما بالنسبة للأطفال الذين لا يرضعون ثدي الأم فيمدد الحليب الاصطناعي بكمية مناسبة من الماء لإطعام الطفل، يمكن استخدام سوائل أخرى بما فيها الماء، وعلى سبيل المثال يجب أن يمثل الـ SRO ثلثي الوارد من السوائل في مرحلة الصيانة حتى توقف الإسهال.</p> <p>ب. مثل العطش أفضل مؤشر في مراقبة الحالة الخاصة في مرحلة الصيانة بالنسبة للأطفال الكبار وبالبالغين ويجب عليهم شرب أكبر كمية من محلول SRO والسوائل الأخرى.</p>			

الوقاية من الإسهال

التتقيف الصحي:

يتم تتقيف الأمهات من خلال تنظيم حلقات التتقيف الصحي بالمراكز الصحية وفي مراكز التعويض والتهديب الغذائي CERN وكذلك عند وصف محاليل معالجة التجفاف. أثناء حلقات التتقيف هذه تجب مناقشة المواضيع التالية:

- 1- الإرضاع الطبيعي
 - حصري حتى 6 أشهر من العمر
 - متابعته حتى إتمام سنتين من العمر
- 2- التغذية: إدخال أغذية صلبة اعتباراً من الشهر السادس
- 3- النظافة عند تحضير الأغذية والعناية بنظافة مياه الشرب
- 4- النظافة الفردية، المنزلية والجماعية

الإصحاح البيئي:

1. توفير المياه الصالحة للشرب بكميات مناسبة
2. التحكم في الفضلات (صرف صحي)

تصنيف الإسهالات حسب الأعراض ومعالجتها

الشكل	العلامات	أهم العلامات الممرضة المسؤولة عن المرض	العلاج
إسهال حاد، بسيط	براز سائل دون مخاط مع أو بدون حمى	روتافيريس العصبيات القولونية السالمونيلا غير التيفية	SRO حتى يتوقف الإسهال وتحصيل إمامة جيدة. إذا لم يحدث تحسن بعد 3 أيام يعطى كوتريموكزازول عن طريق الفم
تناذر زحاري	براز مخاطي أو مخاطي مدمى مع أو بدون حمى	الجراثيم - الشيكلوز - السالمونيلا - العصبيات القولونية	SRO - كوتريموكزازول أو أموكسيسيلين إذا لم يحدث تحسن بعد 3 إلى 4 أيام يعطى تتراسكلين عن طريق الفم
S.Dysent erique	براز مخاطي مدمى بدون حمى مع مغص بطني	الطفيليان الأميبيا (الأنتوميبيا الحالة للدم) الجارديا	SRO مترونيدازول عن طريق الفم

يحال المريض لإجراء فحوص تكميلية

- في حالة الإسهالات المزمنة المؤثرة على الحالة العامة.
- في الإسهالات الحادة التي لم تتحسن بالمعالجة.

4. داء الشيغيلا

يوجد 4 مجموعات فرعية من الشيغيلا: ش فلكنيري، ش بويدي، ش ضونبي وش زحاري نمط 1 (شز1) هو الأصل الوحيد الذي يمكن أن يتسبب في أوبئة كبيرة الحجم وهو الذي يتمتع بأكبر درجة فتك (إلى 10%) السيبروفلوكساسين (الأطفال فوق 11 عاما) هو في الوقف الراهن أنجع علاج. وعليه فمن الأهمية بمكان تحاشي ظهور تحسس منه.

العلامات السريرية

- إسهال دام مع أو بدون حمى
- آلام بطنية أو شرجية حادة في الغالب

المرضى الذين لديهم أحد الأعراض التالية هم الأكثر عرضة للوفاة:

• علامات الخطورة:

- حمى بدرجة حرارة فوق 38.5 د م
- سوء التغذية (أقل من 80% من المتوسط)
- نقص السوائل الشديد
- ارتباك، تشنج، غيبوبة

• تصنيف الأعمار الأكثر تعرضا

- الأطفال دون سن الخامسة
- البالغين فوق 50 عاما

العلاج

بالمضادات الحيوية

الأطفال دون 11 عاما: أمبسيلين 100مغ/كغ/يوم أو سفرياكسون 100مغ/كغ/يوم عن طريق الوريد ثم المواصلة مع كوتريموكزazol 5مغ/كغ/يوم موزعة على جرعتين أو ثلاث/يوم لمدة 7 أيام في المقام الأول: سيبروفلوكساسين عن طريق الفم
الأطفال فوق 11 عاما: 30مغ/كغ/يوم موزعة على جرعتين لمدة 3 أيام
البالغون: 1غ/يوم موزعة على جرعتين لمدة 3 أيام
لدى المرأة الحامل، سيبروفلوكساسين غير منصوح به مبدئيا، يفضل عليه سفرياكسون عن طريق العضلة: 1غ/يوم بجرعة واحدة لمدة 3 إلى 5 أيام.

• في حالة وجود ألم

هيوسين بوتيلبروميد عن طريق الفم:

الأطفال دون 6 سنوات يحال في حالة الآلام الشديدة
الأطفال من 6 إلى 12 سنة: 10مغ تعاد كل 8 ساعات عند الاقتضاء
البالغون: 10 إلى 20مغ تعاد كل 8 ساعات عند الاقتضاء.

5. الأميبيا

الأميبيا إصابة طفيلية يتسبب فيها أوالي معوي (*Entamoeba histolyca*). يتم الانتقال عن طريق الفم والفصلات (اليدين، الماء الملوّث بفضلات تحوي أكياس أميبية).

العلامات السريرية

- الزحار الأميبي
 - إسهال مع مخاط ودم
 - آلام بطنية، زحير
 - غياب الحمى أو وجود حمى خفيفة
 - احتمالي علامات تجفاف
- الخراج الكبدي الأميبي
 - تضخم وألم الكبد: يرقان
 - فقد الشهية، غثيان، تقيؤ، فقد الوزن
 - حمى متقطعة، عرق، رعشة ليلية: تدهور الحالة العامة

العلامات المخبرية

- زحار أميبي: إبراز النواشط المتحركة (*Entamoeba histolyca*) في البراز الطازج
- الخراج الكبدي الأميبي: اختبار التراص أليزا غير المباشر

العلاج

- الزحار الأميبي
 - إن مجرد وجود أكياس لا يحتم القيام بعلاج الأميبيا
 - في حالة أميبيا معوية مؤكدة:
 - تينيدازول عن طريق الفم
 - الأطفال: 50مغ/كغ/يوم في جرعة واحدة لمدة 3 أيام (على ألا يتجاوز 2غ/يوم)
 - البالغون: 2غ/يوم في جرعة واحدة لمدة 3 أيام
 - ميترونيدازول عن طريق الفم
 - الأطفال: 45مغ/كغ/يوم في 3 جرعات لمدة 5 أيام (على ألا يتجاوز 2غ/يوم)
 - البالغون: 1.5غ/يوم في 3 جرعات لمدة 5 أيام
 - في حالة عدم وجود مختبر فإن العلاج المبدئي للزحار هو نفسه علاج الشيغيلات
- الخراج الكبدي الأميبي.
 - تينيدازول عن طريق الفم: نفس العلاج لمدة 5 أيام
 - ميترونيدازول عن طريق الفم: نفس العلاج لمدة 5 أيام

6. الكوليرا

تعريف:

الكوليرا إنتان هضمي انسمامي معوي، بشري محض، سريع العدوى، يتميز بظهوره الوبائي وحدوث اسهال هائل مع قذف سريع للسوائل والشوارد.

تسببه ضمات ممرضة من مجموعة الضمات الكوليرية.

الأعراض والعلامات:

- بدء مفاجئ، إسهال غرير قوامه رخو أو سائل، تتبعه إقياءات.
- يطرده المريض نافورات برازية تشبه غسيل الأرز تحوي فقاعات مبيضة غنية بالعصيا.

وإذا لم يعالج المريض ينتهي إلى حالة من التجفاف الشديد تتظاهر ب:

- عطش شديد
- شح او انقطاع البول
- غور العينين
- جفاف المخاطيات
- بقاء الثنية الجلدية، هبوط ضغط
- نبض متسرع وتتطور الحالة نحو الوهط الدوراني فالموت.

التصرف العلاجي

أ. المعالجة الدوائية

1. جرد الأدوية الضرورية

محاليل التعبئة: رينكير لاكتات

مصل بالكلوكوز 5%

مصل بالملح 9%

الحقنات: تتراسيكلين

دوكسيكلين

2. اختيار الدواء المفضل

- حقن بعد أخذ مجريين وريديين جانبيين وتركيب على شكل Y للحقن المتزامن:

محاليل: رينكير لاكتات

مصل بالكلوكوز 5%

- الكمية اللازم حقنها عدة لترات؛

- يجب أن يكون تدفق الحقن سريعاً (إعادة الترميم يجب أن تكون سريعة وهائلة حتى يتم تصحيح الحالة الدورة الدموية)

تتراسيكلين: أقراص 250 مغ: 2 غ جرعة واحدة أو

دوكسيكلين أقراص 100 مغ: 300 مغ جرعة واحدة

ب. علاج بدون دواء

- يهتم فقط الأشكال الخفيفة:
- التمويه عن طريق الفم: شراب غزير غني بالكلوكوز والشوارد
- أملاح تمويه عن طريق الفم (خليط م ص ع): حقيبة في لتر ماء مغلي ثم مبرد، يعطى الشراب بغزارة.

معلومات، تعليمات وتحذير

- إخبار المريض والمحيطين به أن الكوليرا مرض شديد العدوى ينتقل عن طريق الأيدي المتسخة، الماء الموبوء، الفضلات، القيء، المرضى والجثث؛
- إلا أن الجرثومة المسببة هس يتحطم بغسل اليدين وبالماء المخلوط بالمبيض 12 دم؛
- التمويه إلزامي لأن غيابه يؤدي لموت حتمي؛
- أهمية الحلقيات أنها تحد من احتمالات العدوى من خلال تقليص فترة الإسهال وبالتالي حمل الجرثومة؛
- مضاعفات الحلقيات (راجع مدونة الأدوية)
- **تحذير:**
- خطر تحميل الدورة الدموية فوق طاقتها والوذمة الرئوية الحادة لدى ذوي قصور القلب والكصابين بسوء التغذية والمسنين

الإجراءات الوقائية في حالة الوباء:

- الغسل الدائم لليدين بالماء المخلوط بالمبيض
- غسل الخضراوات المستهلكة نيئة
- تطهير الماء
- وضع تبرئة على الجثث

مراقبة العلاج

سريرية من خلال مراقبة:

- الضغط الشرياني على طدار الساعة
- إدرار البول كل ساعة، النبض، الحرارة
- علامات الاجفاف الخارج خلوي
- تدوم الرقابة 7 أيام
- يجب متابعة ملء الأوعية الدموية والتمويه عن طريق الوريد حتى عودة الدورة الدموية للحالة الطبيعية (الضغط الشرياني وإدرار البول)
- يجب متابعة التمويه عن طريق الفم حتى توقف الإسهال والتراجع التام لعلامات الاجفاف

الفصل الرابع

الأمراض الجلدية

1. طب الأمراض الجلدية

عموميات

الأمراض الجلدية الإنتانية واسعة الانتشار، وعلى الرغم من أن المعالجة توجه للفرد المصاب إلا أن انتشارها يعتبر مؤشرا صحيا في مجتمع ما ، فمعدل انتشار كبير يعكس مشكلة كنعص في المياه او مشكلة نظافة في المجتمع.

الفحوص الجلدية

- ومن المهم إجراؤها
- وتحديد العناصر الأولية للإصابة إن أمكن ذلك:
 - يقع
 - حطاطة
 - لطاخة
 - حويصلات
 - فقاعات
 - خراج
 - توسف
 - تسربات
 - قشور
 - الخ
- يجب البحث عن الحكمة الجلدية وأثارها على الجلد

دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

- يجب البحث عن تأثيرات موضعية أو ناجمة (التهاب عقد لنفاوية) أو عامة (حمى، انسام دموي، بؤرة بعيدة)
- البحث عن السبب: لدغ برغوث، حساسية (حلي، نبات.. إلخ) جرب، قمل، طفيليات أخرى، إنتان، فهوة طبيعية، التهاب أنف، سيلان أنفي
- يجب الأخذ بالحالة الغذائية والصحية للأسرة بعين الاعتبار وبصورة خاصة في الإصابات الجلدية المعدية (جرب، قرع، ...).

2. الإصابات الجلدية الجرثومية

تعريف

الإصابات الجلدية الجرثومية تصيب واحدا أو عدة عناصر من مكونات الجلد (البشرة، أدمة باطن الجلد و/أو جهاز الشعرية الدهنية).

عناصر التشخيص

A. تقيح الجلد

تاريخ معطيات سريرية

أ. الحصف

1. **الحصف البسيط:** هو تقيح جلد سطحي حاد ناجم في الغالب عن المكور العقدي وكذلك أيضا المكور العنقودي أو الاثنتين معا. يكثر لدى الأطفال في سن التمدرس وهو معدي جدا وذو حكة ومن هنا وجب التلقيح الذاتي.

تبدأ بفقاعة صغيرة رخوة، يكون محتواها صافيا، ثم لا يلبث خلال ساعات أن يتعكر ويصبح قيحيا (بثرة) وهي سطحية التموضع، أخيرا تجف البثرة أو ينفجر سطحها ويسيل محتواه على الجلد المجاور ثم تتشكل محلها قشورا صفراء اللون

2. **القوباء السوداء (الإكتيما):** هي قوباء متفرحة تستولي على البشرة والأدمة تتألف من بثور مكسوة بقشور سوداء سميكة تتموضع على الساقين خاصة.

a. **الدمل:** وهو التهاب حاد وعميق يصيب الجريب الشعري وما حوله بسبب نخر الجريب، يبدأ بتورم جلدي صغير محمر ذي رأس مؤنف قاس مؤلم وحاك.

b. **الحمرة:** آفة التهابية حادة، لها تموضعين اختياريين الوجه والساق تبدأ بشكل بقعة حمراء واضحة الحدود حارة، مؤلفة ترافقها حمى شديدة وعروى ثم تضخم العقد اللمفاوية.

c. **تيبنا اللحية:** تتصف هذه الآفة الجلدية بظهور بثرات قيحية حول فوهات الأجرية الشعرية في الذقن عند الرجل.

d. **الجمرة الحميدة:** تتألف من تجمع عدة دمامل بعضها بجانب البعض وغالبا ما تتموضع على النقرة أو الظهر.

e. **التهاب النسيج الخلوي:** التهاب يصيب النسيج تحت الجلد يبدأ بظهور وذمة جلدية مؤلفة في المناطق الغنية بالنسيج الدهني خاصة الإليتين وأعلى الفخذين يرافق الوذمة احمرار وألم في المنطقة المصابة.

ب. إصابة الخباء الشعري الدهنية

1. **خباء سطحي:** يسببه أساسا المكور العنقودي ابيديرميس. وهو عبارة عن التهاب الخباء الشعري متمثل في حطاطة مؤلمة حول مناطق الشعر ثم بثرة متمحورة حول الشعرة في مناطق إنبات الشعر في الوجه والصدر والظهر والعجان والساقين والجفون (زايس).

2. **التهاب الجريبات العميق:** إصابة غشاء الشعرة في كاملها..

a. **السلق:** خراج جريبي لغشاء الشعرة يمكن أن يتحول إلى نخر كامل لجهاز الشعرية الدهنية

b. **الجمرة الخبيثة:** هو تكتل الدمامل

c. **سيكوزيس:** دمامل اللحية تهيجها الحلاقة

d. **هيدروصادينيت:** إصابة مزمنة للغدة الدهنية تتموقع بالأساس في الإبطين والعجان

B. وذح

عبارة عن التهاب البشرة والجلد الحمي المتميز بصوان التهابي أحمر مضيئ ومؤلم واقع إما على مستوى الوجه محققا جرحا ثنائيا متماثلا على شكل أجنحة فراشة محدود بخرزة جانبية وإما على مستوى الأطراف السفلية أو الجذع حيث لا يكون محدودا جدا. يسببه غالبا المكور العقدي. يحدث التطور نحو مظهر كرتوني للجلد ثم إلى تقشر.

التصرف العلاجي

أ. العلاج الدوائي

A. جرد الأدوية

a. العلاج الموضعي

المطهرات

- يوزين مائي

- اكزاميديين

- يود البوفيدون

المضادات الحيوية الموضعية

- فوسيديين (كريم)

- اوريوميسين (دهان)

b. العلاج بالطريق العام

- المضادات الحيوية بالطريق العام: البنيسيلين

بنيسيلين حساس للبنيسيليناز:

- بنيسيلين G و V (بنزليبنيسيلين، فينوكرزيميتيل بنيسيلين) يؤثر على المكور العقدي

بنيسيلين مقاوم للبنيسيليناز:

- بنيسيلين M (أوكساسيكليين، كلوكساسيكليين) يؤثر على المكور العنقودي

- الماكروليدات: يؤثر على المكور ميتي، المكور العقدي

B. اختيار الدواء المفضل

a. العلاج الموضعي

- القوباء، التهاب الجريبات والوذح: اكزاميديين أو إيود البوفيدون: تطبيقان يوميا لمدة 10 أيام

- فوسيديين: تطبيقان يوميا لمدة 10 أيام

- الخراجات، الدامل وهدروساديتيت:

- هيكزاميديين وفوسيديين لمدة شهر: يوضع هذان المطهران على الندوب والسكن (محيط الخياشيم، العجان).

b. المضادات الحيوية بالطريق العام

- في حالات تقيح الجلد العميق المنتشر .
- منطقة هشمة أريثروميسين عن طريق الفم: 500 مغ 4 مرات لليوم لمدة 10 أيام لدى البالغين أو 50مغ/كغ/يوم لمدة 10 أيام لدى الأطفال.

c. العلاج الجراحي

- تقطع الدمامل الكبيرة
- الزايس: ينصح بعلاج موضعي بالمضادات الحيوية لأمراض العيون (دهان اوكسيتيترا سيكلين، تقطع عند الضرورة)
- هيدروسادينيت: يتحتم العلاج الجراحي.

d. العلاج بغير الأدوية

- النظافة الصارمة
- تقليم الأظافر بانتظام
- غسل اليدين بالماء والصابون قبل كل دواء
- غسل الثياب بالماء والصابون
- تبدل الضمادات الجلدية وترمى في مكان محمي من إمكانية تسرب الجراثيم منه (حرق)

معلومات، تعليمات، تحذيرات

- يعلم المريض أن الإصابات الجلدية عادية إلا أنها شديدة العدوى مع احتمال كبير أن تنتقل عن طريق اليدين ومن هنا يتجلى ضرورة العلاج غير الدوائي.
- عزل أدوات نظافة المريض: مناديل، ملابس، فراش؛ استبدالها يوميا وغسلها بالماء الساخن والصابون.

في حالة أمراض الشعر:

- تستخدم مواسي حلاقة ذات الاستخدام الوحيد أو تطهر بهد كل استعمال (بماء جافيل أو إيود بوليفيدون)
- تطبيق رغوة الحلاقة دون الغرير
- بعد كل حلاقة يطهر الجلد بإيود بوليفيدون

مراقبة العلاج

- مقابلة المريض عشرة أيام بعد بدء العلاج
 - إن حصل الشفاء: يوقف العلاج إلا في حالة الخراج والجمرة الخبيثة والهيدرو صادينيت حيث يجب متابعة العلاج الموضعي لمدة شهر كامل
 - إن فشل العلاج أو معاودة الداء: يوجه المريض للأخصائي
- إن حصلت مضاعفات أريثروميسين يستعاض عنها بالبيني سيلين بمعدل 4غ/اليوم عن طريق العضلة والفم مشتركين لدى البالغين. 50مغ/كغ لدى الأطفال أو بينيسيلين ج بمعدل 3 ملايين و/يوم في 3 جرعات إذا كانت الإصابة بالمكور العقدي.

2. الجرب البشري

تعريف

طفيلي جلدي معدي واسع الانتشار وثيق الصلة بنقص الماء وانعدام النظافة. السبب Acarien (Sarcoptes Scobeii) القارمة الجربية التي تنتقل من شخص مصاب أو من فراش يحمل العدوى.

عناصر التشخيص

A. التاريخ

يتجلى الجرب في حكة جلدية حادة تشتد بالليل. لا تصل الحكة إلى الرأس والوجه والجانب العلوي للظهر.

B. معطيات الفحص

- تصيب الجروح أساسا:
- الفراغات بين أصابع اليدين
- المعصمين، المرفقين
- الحلمات
- السرة
- الجزء السفلي من البطن
- الجهاز التناسلي الخارجي
- الوركين لدى الرضع وحديثي الولادة. لدى الأطفال:
- الجروح متموجة علة مستوى راحة اليد وباطن القدمين
- الجروح التموجية لحشفة القضيب تختص بالرجال
- يمكن وجود جروح أخرى غير محددة وهي: تلال الكشط، الحطاطات المتسحجة، التحزرات، أكزيمات، القوباء

العلاج غير الدوائي

1. علاج المريض

- القيام باستحمام طويل المدة: الدلك بالصابون لمدة عشر دقائق ثم الدلك بالماء لمدة عشرين دقيقة
- الحفاظ على الجسد ميلا ثم تطبيق محلول بنزوات البنزويل
- لا يعاد الاستحمام قبل 12 ساعة لدى الأطفال و 24 لدى البالغين
- يجدد 3 إلى 5 أيام لاحقا.

2. تدهيب الملابس

غسل الثياب والأفراش والأغطية بالماء الساخن (60 دم) ثم كيها

معلومات، تعليمات، تحذيرات

- يعلم المريض أن الجرب أمر عادي لكنه معد ومن هنا يتجلى ضرورة علاج المحيط وتطهير الملابس والأفرشة تطهيرا جيدا
- لا توضع مواد العلاج بملامسة العينين أو المخاطيات

مراقبة العلاج

- تختفي الحكمة تدريجيا. الجروح العقدية تبقى عدة أسابيع أو عدة أشهر بعد العلاج:
- إذا كانت الإصابة بالجرب شديدة والجروح لم تختف بعد العلاج يضاف علاج موضعي بالأكزوميدين والفوسيديين.

4. الفطور الجلدية على مستوى فروة الرأس (السعفات)

تعريف- عموميات

- العث أو تينيا كابيتيس هي مجموعة من الجروح تصيب فروة الرأس تسببها فطريات (جلدية). يوجد 3 أنواع من العث:
- العث المجهري
 - العث الشعروي
 - العث الفافي

عناصر التشخيص

A. التاريخ

العث ليست له علامات غالبا.

B. معطيات الفحص

- تتميز جروح العث بالالتهاب والغضوب
- العث المجهري: تبدو الجروح على شكل فقعات كبيرة مستديرة قطرها عدة سنتيمترات
- العث الشعروي: الجروح الملتهبة مع فقعات غضوب على شكل فقعات صغيرة الحجم مستديرة قطرها 1 أو 2 سنتيمتر
- العث الفافي: هو أخطر الأنواع. تحدث الجروح رواسب كريهة الرائحة مغلقة الشعر ومكسرة إياها كؤطية إلى تساقط الشعر ثم الثعلبة.

التصرف العلاجي

A. العلاج بالأدوية

1. جرد الأدوية الضرورية

مجموع الأدوية المضادة للفطريات المستعملة موضعيا وبالطريقة العامة
المضادات الفطرية والجلدية: كريزيوفولفين
مضادات الفطريات واسعة الطيف: ميكونازول، ايكونازول، كيتوكونازول
مظهر: إيود بوليفيدون

2. اختيار الدواء المفضل

1.2. عث فروة الرأس (الشعر)

- كريزيوفولفين بالطريقة العامة: 15 إلى 20 مغ/كغ/يوم في جرعة أو اثنتين وسط الوجبات لمدة 8 أسابيع

2.2. سعفة الجلد الصلع:

- إيود بوليفيدون و ميكونازول بالطريقة الكوضعية
- يجب تطبيق العرج بالطريقة التالية: وضع إيود بوليفيدون مرتين/اليوم، يترك ليجف ثم يوضع ميكونازول مرتين/اليوم
- يجب متابعة العلاج لمدة 21 يوما.

B. العلاج بغير الأدوية.

- لا ضرورة عادة لتسريح التلاميذ إلا لمدة 3 أو 4 أيام للتلقيح بكريزيبيوفولفين؛
- حلق فروة الرأس، وضع وشاح من القماش وغسله بانتظام بالماء الساخن؛
- تطهير ثياب وفرش ومحيط المريض؛
- تطهير الأمشاط، الفرشاة، القبعات والعمائم؛
- يجب قدر الإمكان تحاش الاختلاط والبحث عن حالات مشابهة في المحيط بغية علاجها.

معلومات، تعليمات، تحذيرات

- يخبر ذوو المريض عن الإصابة مع توضيح أنها حميدة لكنها معدية جدا ولا تصيب إلا الأطفال؛
- تحاشي التعرض لأشعة الشمس لمدة طويلة خلال العلاج لأن خطر الحساسية للضوء قائم؛
- يحدد للمريض أهمية تناول الأدوية خلال الوجبات.

مراقبة العلاج

- في حالة عث فروة الرأس: يقابل المريض 8 أسابيع بعد بدء العلاج. إن حصل الشفاء يوقف العلاج. إذا ظهرت أشكال مقاومة للعلاج يرفع المريض إلى قسم أمراض الجلد؛
- في حالة سعفة الجلد الصلع: يراجع المريض بعد 21 أسبوعا من بدء العلاج. إذا ظهرت أشكال مقاومة للعلاج يرفع المريض إلى قسم أمراض الجلد.

5. الجذام

تعريف- عموميات

مرض إنتاني مستوطن، يصيب الجنس البشري فقط ويتظاهر بأفات جلدية مخاطية وعصبية، تتم العدوى من جراء الاختلاط المباشر (على مستوى الأسرة) وخاصة بالنسبة للأشكال المعدية.

الأسباب

عصية هانسن (Mycobacterium)

الأعراض والعلامات

يجرى فحص سريري كامل بالنسبة للمشتبه به

- استقصاء كل المناطق الجلدية (المريض عاري الجسد)
 - تحديد مظهر الإصابات (طفحة جذامية، Leprome) وتحري التحسس في مستوى الإصابات.
 - استقصاء المسار العصبي (قرط، ضمور)
 - استقصاء العلامات العصبية المحيطة (الحس، الحركة، القوة)
 - فحص المخاطيات (التهاب أنف مزمن).
- في المناطق الموبوءة يجب فحص كل من يحمل بقعة فاقدة الصباغ بواسطة الوخز أو باختبار سخونة/ البرودة.

المعالجة

تتم المعالجة حسب خطة البرنامج الوطني في المراكز المختصة بمكافحة السل والجذام على المستوى الجهوي.

يجري العلاج طبقا للبروتوكول الوطني في الممثلات المتخصصة في السل والجذام على المستوى الجهوي (المصلحة الوطنية لمكافحة السل والجذام).

بعد عودة المريض لقريته الأصلية تجب متابعة تطور مرضه ومراقبة استعماله للأدوية وتذكيره بضرورة مراجعة المراكز المختصة لإجراء الفحوص التكميلية.

الفصل الخامس

أمراض العيون

1. التهابات الملتحمة

التهابات الملتحمة المشتركة لدى البالغين والأطفال

تعريف

يوجد 3 أنواع من التهاب الملتحمة: جرثومي، فيروسي وحساسي. النوع المشترك هو النوع الجرثومي.

عناصر التشخيص

A. التاريخ

- الشعور الإنزعاج، بوجود جسم غريب
- الرؤية تبقى طبيعية

B. معطيات الفحص السريري

- احمرار العين: ارتفاع الحرارة - وذمة - توسع وعائي
- الإفراز مائي في البداية ثم مخاطي. البحث عن خيوط طويلة بيضاء في مؤخرة أكياس الملتحمة. الرموش متجمعة.
- الإفراز مخاطي قيحي في بعض الأحيان
- التوسع الوعائي يسبب احمرار العين.

التصرف العلاجي

A. العلاج بالأدوية

اختيار الأدوية المفيدة

- العلاج الموضعي (قطرات بالمضادات الحيوية واسعة الطيف):
- كلورانفينيكول، قطرات.

- كلورانفينيكول، مرهم
- اوكسيتيترا سيكلين، مرهم

معلومات، تعليمات، تحذيرات

- يخبر المريض بطرق انتقال الإصابة بسبب الأيدي المتسخة، الذباب، أدوات النظافة (منديل الوجه). يجب بالتالي تخصيص أدوات نظافة المريض.
- استعمال القطرات نهارا والمرهم ليلا.
- مزايا العلاج: اخبار المريض عن ضرورة انمظام العلاج:
 - القطرات 4 إلى 5 مرات في اليوم لمدة 7 إلى 10 أيام
 - المرهم تطبيق واحد مساء كل يوم لمدة 10 أيام.
- لا يجوز إطلاقا توقيف العلاج قبل الشفاء التام

مراقبة العلاج

- يجب أن يؤدي العلاج إلى اختفاء الأعراض بعد 5 أيام. إذا تواصلت أعراض التهاب الملتحمة بعد 10 أيام يرفع المريض إلى أخصائي عيون.

التهاب الملتحمة لدى حديثي الولادة

التهاب الملتحمة لدى حديثي الولادة (حتى على المستوى الوقائي):

الأعراض

- وذمة جفون
- تدفق قيحي

التصرف العلاجي

- كلورانفينيكول بالتقطير (قطرات) نهارا، قطرة كل ساعة لمدة 48 ساعة
- مرهم مضاد حيوي ليلا (كلورانفينيكول 1%، اوكسيتيترا سيكلين 0.5%).

2. التهاب الملتحمة الحبيبي (تراخوما)

تعريف

- اتراخوما التهاب الملتحمة المزمن الخاص مع تضخم الجريبي الذي يتطور حتما تقريبا إلى تشكل جروح القرنية وتشوهات ندوبية للجفون (الشعرة).

عناصر التشخيص

A. التاريخ

يكتشف غالبا خلال فحص منهجي في مجموعة بشرية (مدرسة)

B. معطيات الفحص السريري

البدء بفحص الجفون والقرنية والبحث عن الرموش المحيدة أو عن عتامة قرنية محتملة، يقلب الجفن العلوي لفحص الملتحمة

هذا المريض يتطور في خمس مراحل:

(1) التهاب حبيبي جريبي (TF)

وجود 5 جريبات أو أكثر

جريبات: نتوءات بيضاء.

(2) التهاب حبيبي مكثف (T1)

زيادة سمك والتهاب واضح لملتحمة الجفن (ملتحمة حمراء، خشنة، سميقة موطن الكثير من الجريبات).

(3) ندب اتراخومي (TS)

ندوب بيضاء (خط، شريط، حافة) مضيئة ذات مظهر ليفي تغطي الأوعية الدموية للجفن.

(4) الشعرة تراخومية (TT)

هدب جفن على الأقل يحتك بمقلة العين.

(5) عتامة القرنية (CO)

طرف الحليمة خافت ... من خلال العتمة، مسؤول عن تدهور في الرؤية.

التصرف العلاجي

A. العلاج بالأدوية

1. اختيار الأدوية المفيدة

أريثروميسين أقراص سجل 500 مغ

كلورانفينيكول قطرات 1 %

أوبتيتراسيكلين مرهم بصري 1 %

2. اختيار الأدوية المفضلة

أ. عن الطريق العام:

- أريثروميسين 750 مغ إلى 1 غ يوميا في علاج لمدة 10 أيام متتالية تتخللها فترة توقف من 10 أيام (ثلاث دورات إجمالا)

ب. علاج موضعي:

- كلورانفينيكول قطرات بمعدل 4 مرات لليوم لمدة 6 أو 8 أسابيع.

- أوكسيتيترا سيكلين مرهم ليلا لمدة 6 أو 8 أسابيع
- ل:
- المرحلة 1 أو المرحلة TF: العلاج الموضعي
- المرحلة 2 أو المرحلة T1: العلاج الموضعي والعلاج بالطريق العام
- المرحلة 4 أو المرحلة TT: يرفع المريض إلى قسم أمراض العيون للعلاج الجراحي.

معلومات، تعليمات، تحذير

- مرض يصيب الطبقات الفقيرة وكثيرة الاختلاط مرتبط بنقص الماء و
- سوء التخلص من الفضلات البشرية والحيوانية يتطلب تراجعه
- رفع مستوى العيش وترقية النظافة الفردية والجماعية
- يجب الكشف عنه منهجيا من أجل تشخيص حالات تراخوما من المرحلتين 1 و2 وعلاجها في الوقت المناسب

مراقبة العلاج

مرض يتطور بالتفاقم، يعالج طبيا يرفع المريض إلى قسم أمراض العيون للعلاج الجراحي.

3. التهاب الحدقة

تعريف

حادث كثير الوقوع خطير، تشخيصه مرتبط بحدوث مضاعفات تتعلق بعدة عوامل:

(1) طبيعة الوكيل:

A. كيميائي

- قاعدة (مادة كاوية، كربونات البوتاسيوم)
- حمض (الخليك، الفورميك)

B. طبيعي

- حراري
- كهربائي
- إشعاعي
- الغاز المسيل للدموع

(2) مدة الإتصال بالحدقة

(3) سرعة العلاجات (العامل الأهم +++)

عناصر التشخيص

A. التاريخ

- طبيعة الوكيل أو المادة، اسمه
- ظروف الحادث (صناعي أو منزلي)
- العلاجات الأولية احتماليا

B. معطيات الفحص السريري

يمكن تفريد عدة درجات من الخطورة تتراوح بين:

- حرق بسيط من الدرجة 1 في الجفون حتى الدرجة 3 مع تقرحات وفقد مواد
- ارتفاع حرارة الملتحمة البسيط إلى نخر الملتحمة الكامل مع خطر الإلتصاق
- إصابة ظهارة القرنية البسيطة إلى التعتيم الكلي للقرنية

التصرف العلاجي

- في المركز الصحي، يعاد الغسل بالمصل الملحي مع توجيه القاذف إلى زقاق الحويصلات. يجب أن يكون الغسل غزيرا وطويل المدة؛
- البتر الدقيق للشظايا (الأجزاء) والأجسام الغريبة
- المضادات الحيوية الموضعية: جانتالين قطرات واحدة 5 مرات/اليوم + جانتالين مرهم ليلا؛
- مندب: فيتاسيك*: قطرة واحدة 4 مرات/اليوم؛
- اتروبين 0.5% للأطفال و1% للبالغين: مرتين/اليوم؛
- يحال المريض إلى الطبيب المتخصص في حالة إصابة مقلة العين.

معلومات، تعليمات، تحذيرات الوقاية أساسية وتستوجب:

- استخدام نظارات حماية إلزامية في حالة التعامى مع المواد الكيميائية؛
- تطوير طرائق ووسائل حفظ المواد الخطرة؛
- نشر المعلومات المتعلقة بسمية وشروط استخدام المواد؛
- وجود المعدات اللازمة للغسل - ولو بالماء المطلق - عند الحادث في أماكن العمل.

4. رضوض العين

رضوض العين هي أحد أهم وأشيع اسباب فقد مقلة العين. توجد مجموعتان كبلرتان: كدمات المقلة والجروح الثاقبة.

كدمات المقلة

تعريف

كدمات المقلة تنجم عن صدمة بصرية بوكيل غير غير ثلم (كرة، لكمة في العين).

عناصر التشخيص

يمكن أن يكون الرض سابقا و/أو لاحقا

A. التاريخ

- هبوط حدة الرؤية (AC): تحديد AC عدديا نظرا لأهميتها في الطب الشرعي
- آلام في المقلة و في الحدقة

B. معطيات الفحص السريري

- كدمات حول العين والجفن
- تناذر رض سابق
- تحدمية: تحت الملتحمة جمع الدم في الغرفة الأمامية مرئية للعين المجردة باستخدام مصدر ضوء. يشكل مضاعفات الصدمة الأساسية. تترجم التحدمية انقطاع وعاء حزقي أو هديبي.
- خلع البلورة
- يمكن أن يكون الخلع قاتلا
- الساد: تحت المحفظة الخلفية أو ريدة
- تناذر الصدمة الخلفية: يجمع بين تشققات بادية على المعاطف الداخلية للعين وتحدث عدة رضوض: وذمات، شقوق شبكية العين، شقوق مشيمية ونزيف زجاجي

التصرف العلاجي

A. العلاج بالأدوية

تحدمية:

- مواد نشطة تناضحيا:
- مونيترول 20%: حقن فارورة 250 مل في 30 دقيقة
- اضطرابات البلورة:
- يرفع المريض إلى قسم أمراض العيون
- B. العلاج بغير الدوية
- الراحة في جميع الحالات
- ضماد مسد منتظم في جميع الحالات
- التحدمية: الإقراط في الشراب لتحاشي التجفاف الذي قد يحدثه الماني تول.

5. الجروح الثاقبة

أجسام غريبة:

هو فتح حدقة العين من طرف وكيل ثاقب (إبرة، شفرة سكين، شظية فلاذية أو زجاجية، الخ).

المعطيات التاريخية والسريرية

1) **جرح القرنية:** جرح ثاقب دون تدخل جسم غريب يترافق عادة مع حبس القرنية في الجرح وفي بعض الأحيان مع ساد رضي؛

2) **جرح صلب:** جرح ثاقب دون تدخل جسم غريب.

A. جروح ثاقبة بجسم غريب:

- هو دخول قذيفة في جرح ثاقب في مقلة العين.

عناصر التشخيص

- إمكانية آلام حادة مع الإحساس بوجود جسم غريب في العين
- فوبيا الضوء يمكن أن يتطور إلى هبوط حدة الرؤية

معطيات الفحص:

- جروح القرنية الضئيلة على شكل ثقب كصحوبة بجروح القرنية والبلورة في هيئة كتل بيضاء في الغرفة الأمامية (مرئية بالعين المجردة). تبين الأشعة الجسم الغريب إذا كان ظليلاً للأشعة.

التصرف العلاجي

- مصل مضاد للكرزاز
- التلقيح ضد الكزاز
- مضادات حيوية بالقطرات:
 - جانتالين قطرات
 - كلورامفينيكول قطرات
 - عدة قطرات
- ضماد مسد
- ثم يرفع المريض إلى قسم أمراض البصر.

6. نقص فيتامين A

تعريف- عموميّات:

هو عوز فيتامين A سببه غذائيّ يصيب أساسا الرضع والأطفال. نقص فيتامين A شائع في المناطق الساحلية وغالبا ما يكشف بعد حدوث الاختلالات أثناء مرض الحصبة، والإنذار خطير ينتهي بفقد العينين أو بتشكّل ورم عنقوديّ خلال عدة أيام.

إن الوقاية من جفاف العين عند الأطفال (من 6 أشهر إلى 10 سنوات) تعمل على تجنب تلك الاختلالات وبالتالي إنقاص عدد العمى.

يجب العمل على تحسين التغذية بتشجيع استخدام الخضار ذات الأوراق الخضراء والجزر وكبد الحيوانات والأسماك.

التظاهرات السريرية لنقص فيتامين A:

في حالة نقص الفيتامين A يظهر بالتالي:

1- عمى ليليّ: انزعاج مكتسب للرؤية على عكس بعض الإصابات الوراثية، وهو امر صعب التقدير بالنسبة للرضع والأطفال الصغار (يوقف الطفل لعبه ويبدأ بالبكاء بمجرد حلول الليل).

2- Xerophalmine جفاف عينيّ يصيب أولا الملتحمة حيث تشاهد ثنيات عمودية ثم تصيب القرنية مانحا إياها شكلا خاصا يشبه البخار، يمكن أيضا ملاحظة بقع بيتوت (مثلثية الشكل لونها رمادي لا تتعدى القرنية) وغالبا ما تحدث إنتانات ثانوية فتكون الأعين مغلقة وتؤلّم صاحبها.

3- كثافة قرنية تتطور بسرعة إلى العمى في هذه المرحلة يجب الحذر عند إجراء فحص عينيّ مخافة تمزق القرنية الهشة نلاحظ ما يشبه الرغوة على مستوى حواف الأجنان وبشكل خاص قرب الزوايا. تعمل هذه المظاهر على إضعاف العين وفي حالة إنتان إضافي (التهاب ملتحمة- حصبة) فإنها تسبب انتقاب العين بالتقرح القرني ومن ثم فتق القرنية والعمى.

في البلاد التي يستوطنها سوء التغذية من المعروف أن نقص الفيتامين A من العوامل التي تزيد من خطورة الحصبة وخاصة على مستوى الاختلالات المسببة للعمى.

علاج نقص الفيتامين A:

- يستعمل ريتنول فيتامين A ونميز:

العلاج الدوائي:

• **عند كل شخص مصاب بنقص فيتامين A (الحذر عند المرأة الحامل من زيادة الجرعة لأكثر من 10000 وحدة لليوم، خطر التشوهات الجنينية).**

- الطفل من 6 أشهر إلى 10 سنوات (جرعة واحدة كل 6 أشهر)
- النساء جرعة واحدة بعد الولادة
- الحصبة سوء التغذية- التهاب القرنية (تشارك فيتامين A مع العلاج النوعي).

راجع الجرعات المحددة من طرف البرنامج الوطني لمكافحة العمى في قسم المعالجة (البرنامج الوطني لمكافحة العمى) التي تبينها جذاذة استعمال رينيتول (فيتامين A).

الفصل السادس

الأمراض الإستوائية

1. البلهاريسيا (شيستوزومياز)

تعريف:

البلهاريسيا يسببها تكاثر ديدان تنتمي لمجموعة من الديدان الخيطية وتعرف منها أربعة نماذج عند الإنسان (الشيستوزوما الدموية، مانسوني، يبانية Interclatum) في الجمهورية الإسلامية الموريتانية يعتبر شكلها الدموي الأكثر مصادمة. الإنسان يعدى بالتماس مع المياه الركدة الحاوية على اليرقات والتي تخترق الجلد، العامل الناقل هو من القواقع المائية (بيليني Bullin).

الأعراض السريرية:

البلهاريسيا البولية التناسلية:

بيلة دموية، علامة أساسية وشائعة يمكن أن تكون عيانية وغالبا مجهرية وهي انتهاء، متكررة من وقت لآخر. آلام ختلية تنتشر نحو الأعضاء التناسلية والعجان وتزداد بالبتول. تعدد ببيلات مزمن مع حرقة أو حكة في نهاية بالبتول. التطور يكون بطيئا نحو التصلب والتكلس مؤديا إلى نقص في سعة المثانة.

المعالجة:

عن طريق الفم جرعة واحدة برازيكانتلي (Praziquantel)

الوقاية:

- تجنب التماس مع المياه السطحية
- مكافحة العامل الناقل (Ballin).

دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

- التوعية الصحية والسيطرة على الفضلات.

العلاجات الجماعية غالية التكاليف وصعبة الإنجاز إضافة إلى أن نتائجها غير مشجعة.

الديدان المعوية

الاسم والوصف	طريق العدوى	العلامات	العلاج
اسكاريس هي: ديدان بيضاء او وردية بطول 20-20 سم	تنتقل من اليزار للأيدي الملوثة إلى الفم	غياب أو وجود اضطرابات هضمية غير نوعية تهبئ لسوء التغذية طرح الديدان. مرحلة الاجتياح: اضطراب هضمي وتنفسي وحساسية مرحلة الاستقرار بيوض في البراز	مباندازول عن طريق الفم
الملقوات	عن طريق جلدي خاصة عند تماس القدم مع وسط يحوي اليرقات	الم شرسوفي فقر دم -بيوض في البراز	مباندازول عن طريق الفم
الحرقص ديدان صغيرة رفيعة ب(خيطية 1 سم)	عن طريق الفم والايدي الملوثة أو بالعدوى الذاتية	- حكة شرجية -التهاب مهبل وفرج -اضطراب في السلوك -بيوض في البراز	مباندازول عن طريق الفم (يعاد بعد أسبوعين)
الاسطوانية	عن طريق جلدي خاصة عند تماس القدم مع وسط يحي اليرقات	آلام شرسوفية تهبئ لسوء التغذية واليرقات في البراز	مباندازول عن طريق الفم
شعرية الرأس	فموي أيدي وسخة	آلام بطنية ، إسهال، بيوض في البراز	مباندازول عن طريق الفم
الشريطية البقرية هي ديدان كبيرة بيضاء مع حلقات يمكنها أن تصل عدة أمتار	لحم البقر	خروج الحلقات من الشرج قد يوجد اضطراب هضمي وسلوكي	نيكلواز أو مباندازول عن طريق الفم

الوقاية:

اسكاريس -الملقوة-الحرقص-شعرية الرأس-الأسطوانية-بالنسبة لمجموع هذه الديدان المعوية الأساليب الوقائية هي:
فردية: غسل اليدين -قص الأظافر
جماعية: الاعتناء بالنظافة -التطهير (الماء-المرافق) التوعية الصحية.

الشريطية:

-
فردية: طهي للحوم بما فيه الكفاية
جماعية: مراقبة المذابح.

2. داء التينيات أو دودة غينيا (مرض في طور الإختفاء في البلد)

تعريف-عموميات:

داء من أدواء الخيطيات تسببه خيطية المدينة أو دودة غينيا وهي تنتشر بشكل مستوطن في بعض ولايات الوطن: الحوضين، غيدي ماغه، كوركول، وجزء من الحوض الشرقي وتكانت، يمكن أن تكون لها انعكاسات اجتماعية واقتصادية مهمة.

العامل الممرض

هو خيطية المدينة الأنثى الكهله بطول 70-120 سم (قطرها 0,9-1,7 مم) الذكر أصغر حجما نادرا ما يوجد، تتم العدوى بالطريق الفموي بشرب الماء الحاوي على القواقع (قشري صغير يعيش في الماء العذب) الناقل للمرض الذي يأوي خيطيات دقيقة معدية.

الأعراض والعلامات

غالبا ما تكون التظاهرات السريرية قليلة والخيطية يمكن أن تموت وتتكلس واكتشافها يصبح صدفة بمناسبة فحص شعائي وفي الحالات الأخرى تعطي تقرحا جلديا يفتح تاركا طرف الخيطية مكشوبا والإصابة عادة تقع تحت مستوى السرة وغالبا في الأطراف السفلية (كعب) وأحيانا على مستوى العجز.

- يمكن حدوث خراج في المناطق اللينة بعد إصابتها بإنتان ثانوي عندئذ يجب شقه وتفجير.
- يمكن أن نجد إصابات مفصلية إذا مرت الخيطية بجوار المفصل أو إذا اجتازت المحفظة المفصلية.

التشخيص بديهي بعد ظهور الخيطية.

المعالجة:

لا يوجد علاج دوائي

- يجب تنظيف القرحات (Chlorhexidine ثم بنفسجيات الجانسيان)
- العمل على إخراج الخيطية بشكل بطيء وتدرجي كي لا تنقطع وذلك بلفها على عود ثقاب.
- الضمادات الحيوية إذا حدث إنتان للجرح (Amoxycilline) عن طريق الفم.

الوقاية:

- إجراءات بسيطة مصحوبة بالتوعية الصحية في التجمعات المصابة تمكن من تخفف الأضرار بل تقضي على المرض:
- تنظيف وحماية نقاط الماء (أبار، مستنقعات)
 - ترشيح ماء الشرب
 - مكافحة العامل الناقل (قواقع بليني).

3. الملاريا

تعريف-عموميات

مرض طفيلي سببه وحيد خلية دموي من نوع المصورات وهي تنقل للإنسان عن طريق الباعوض (أنثى الأنوفيل) ونميز أربعة أنواع مصورية: شكل منجلي، نشيط، بيضوي، ملاريا في موريتانيا نشاهد أساسا الشكل المنجلي والذي يمكن أن يكون سببا في نوبة ملاريا عصبية.

الأعراض السريرية:

الحضانة:

- 9-12 يوم للشكل المنجلي
- وأكثر من 15 يوم بالنسبة للأشكال الثلاثة الأخرى.

نوبة الاجتياح البدني:

- حمى مستمرة -توعم- صداع قد يوجد اضطراب هضمي نفاك بها في المناطق التي يستوطنها المرض (ولايات الجنوب الواقعة بمحاذاة النهر- المستنقعات والسدود).

نوبة الملاريا التقليدية: (ارتعاش أو برودة- سخونة- تعرق)

- كل يومين بالنسبة للشكل النشط المنجلي والبيضي
- كل ثلاثة أيام بالنسبة للشكل الملاري (نظريا)

النوبة الملاريا الخطيرة:

- سببها هو الشكل المنجلي فقط (وحده) تصيب خاصة الأشخاص غير الممنعين (الأطفال- النساء الحوامل- سوء الحالة العامة- المسافرين).

يرافقها بدرجات متفاوتة:

- علامات دماغية: صداع، هذيان، اختلاجات وسبات
- علامات عامة: حمى، صدمة
- علامات دموية: فقر دم انحلاي مع يرقان وضخامة كبد وطحال.
- علامات كلوية: شح بول أو انقطاعه، قصور كلية ويكون الإنذار هنا سيئا.
- لتصل إذا لم تعالج إلى النوبة الخبيثة أو (الملاريا الدماغية عند الأنجلوساكسونيين) مع السبات والاختلاجات وعلامات دماغية موضوعة.

الملاريا الحشوية المتطورة:

سببها في الغالب المصورة المنجلية وخاصة عند الأطفال، تكون النوبات متكررة مع فقر دم شديد، كبد ضخمة، وطحال كبير وتأثر عميق في الحالة العامة.

أشكال خاصة:

- سبات حاد مع حمى
- اختلاجات مع حمى فقط في المصورات المنجلية
- هذيان حاد مع الحمى

- يحذر من النوبات المترافقة بالنعاس وحالة تحت يرقانية: بداية النوبة الخبيثة.
- بعض النوبات يكون ارتفاع الحرارة فيها خفيفا خاصة عند الطفل سيء التغذية والرضيع.

التشخيص:

إظهار وحيدات الخلية الدموية في الدم: النقطة الكثيفة + مسحة في المناطق المستوطنة لكل ارتفاع حرارة يفوق 38 درجة.

المعالجة (بروتوكول البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا).

العلاج مضاد للملاريا:

طبقا للتوجيهات العلاجية الجديدة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، فإنه يتم التكفل بحالات الملاريا المؤكدة عن طريق الفحص الطفيلي على النحو التالي:

(a) نوبة بسيطة *P. Falciparum* (دون تعقيدات) يستخدم مزيج علاجي من أرتيميزينين (م ع 1) لعلاج جميع حالات الملاريا البسيطة التي سببها *P. Falciparum* التي تعرض على الالبيئات الصحية وفي التجمعات (وكلاء الصحة القاعدية).

لدى الحوامل، يستخدم الكينين في الفصل الأول من الحمل و (م ع 1) ابتداء من الفصل الثاني. ال (م ع 1) المستخدم حاليا كعلاج في المقام الأول هو: أرتيزونات+أمودياكين أو أرتيميتير+ليميفانترين على التوالي في الخط الأول والثاني.

يمكن تحديد واستخدام (م ع 1) فعال كعلاج في المقام الثاني بديلا بعد مراجعة التوجيهات العلاجية الوطنية.

العلاجات وحيدة التركيبية عن طريق الفم المكونة من الأرتيزيمينين لم يعد مسموحا بها.

(b) نوبة بسيطة *P. vivax* أو الانتقال المختلط

في المناطق ضعيفة انتقال الملاريا التي يتزايد فيها ظهور حالات من الملاريا *P. vivax*، فإن (م ع 1) مضافة إلى أسبوعين من العلاج بالبريماكين هو العلاج المفضل.

(c) النوبة الخطيرة *P. Falciparum*

الكينين المحقون عن طريق التسريب الوريدي (ملح الكينين) هو العلاج المفضل لجميع الحالات المؤكدة من ملاريا *P. Falciparum* بما فيها النساء الحوامل.

متابعة نجاعة مضادات الملاريا

يجب إقامة نظام رقابة نجاعة الأدوية، بما في ذلك اليقظة والسلامة الدوائية، من أجل التغلب على مشكلة الصحة العمومية التي يتم التعرض لها عند علاج حالات من الملاريا المضادات الملارية. يجب أن تكون متابعة النجاعة العلاجية دورية

دون مضاعفات طبقا لبروتوكول P. Falciparum وأن تشمل جملة من الأدوية المضادة للملاريا من الصنف منظمة الصحة العالمية الذي تم تحيينه في 2009.

التدخل لدعم مجاربة الملاريا

المناصرة، التواصل والتعبئة الاجتماعية

إن وزارة الصحة من خلال المصلحة الطبية للتهذيب الصحي، تنتج بانتظام دعوات تواصلية حول مشاكل صحية من ضمنها الملاريا تنشر في إطار تعاون مع الهيئات السمعية البصرية الوطنية (تلفزيونان، إذاعات).

إن مقاربات ومنهجيات التواصل وتغيير المسلكيات هي الضامن الأساسي لحسن استخدام المخدمات التي يقدمها البرنامج الوطني لمكافحة الملاريا. ومن الأهمية بمكان إعداد ونشر توجيهات توافقية وممارسات حميدة حول تغيير المسلكيات لصالح استخدام الإجراءات الوقائية والعلاجية من طرف السكان الأكثر عرضة للإصابة بالملاريا في إطار الولوج الشامل.

ومن أجل دعم التعسنة الاجتماعية عن قرب يجب تطوير جملة أدوات وقنوات التواصل وخصوصا في المواضيع التالية:

- التشخيص والعلاج المبكر والناجع لحالات الملاريا؛
- خطورة الملاريا والمخاطر المحتملة في غياب علاج فعال؛
- العلاج الوقائي الدوري لدى المجموعات المستهدفة؛
- استخدام الناموسيات المشبعة طويلة مدة الفاعلية؛
- إجراءات محاربة هادفة أخرى.

الفصل السابع

الأمراض الجرثومية

1. التهاب السحايا الجرثومي

تعريف-عموميات

التهاب حاد في السحايا سببه جرثومي مع احتمال إصابة دماغية (التهاب دماغ) التبليغ عن هذا المرض واجب.

الأسباب:

- المكورات السحائية: شائعة عند البالغين
- المكورات الرئوية: أكثر شيوعا عند البالغين والطفل الكبي
- المكورات العنقودية: شائعة عند البالغ
- المستدمية النزلية: شائعة عند الطفل (شهرين إلى 3 سنوات)
- كولايا، الليستيريا والسلمونيلا شائعة عند الرضيع قبل شهرين من العمر.

الأعراض والعلامات:

عند الطفل والرضيع:

- حرارة > 38 دم
- صداع
- إقياءات
- صلابة النقرة
- علامة كيرنيك (تقلص عضل مؤلم في المنطقة القطنية)
- علامة بريزنسكي (انعطاف الفخذين والطرفين السفليين بعطف الرأس).

دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

عند الرضيع: التشخيص هنا أصعب
يجب التفكير بالإصابة أمام اللوحاب التالية:

- رفض التغذية: نظر ثابت، نعاس، بكاء ينم عن التألم، سلوك غير هادي للرضيع إضافة إلى الاختلاجات المعممة أو الموضعة (الوجه الأطراف) نقص المقوية العضلية للطفل رخاوة النقرة وتور اليافوخ الأمامي.
- عند أبسط شك يجري بزل قطني، سائل بلون ماء الأرز قد يكون دمما (بدون تخثر) كما في بداية الإصابة أو في التهاب السحايا المعالج معالجة ناقصة.

إذا امكن كما في المستشفى إجراء فحص كيميائي خلوي وجرثومي تم بعد ذلك.

تنبيه: البزل القطني حركة طبية خطيرة تتطلب مهنيي صحة أكفاء ومتمرسين

المعالجة:

التهاب السحايا بالمكورات السحائية: إصابة وبائية

Chloramphenicol (محلول زيتي): حقنة في العضلة (لا تحقن أبدا في الوريد) تجدد بعد 48 ساعة.
المقادير حسب الجدول التالي:

العمر بالسنوات	0	1	2	6	10	15
الجرعة Amp750mg	0,5 غ	1 غ	1,5 غ	2 غ	2,5 غ	3 غ

- توصية عملية للعلاج في حالة الوجود بمنطقة معزولة:
 - بزل قطني عند أدنى شك
 - إذا كان السائل قيحيا يبدأ العلاج فورا: إعطاء محلول سكري بتركيزه 5% عن طريق وريدي (عند الرضيع، لا يعطى أكثر من 50 مل/كغ/ 24 ساعة حسب العمر.

البالغ والطفل الكبير peni G 20.000.000 وحدة دولية موزعة على أربع جرعات عن طريق الوريد خلال 24 ساعة.

إذا حدث تحسس:

يعطى Chlorenphenicol 4 غ إلى 6 غ/ 24 ساعة موزعة على 4 جرعات عن طريق وريدي.

- من 2 شهر إلى 5 سنوات Amoxycilline أو Ampicilline 200 مغ/كغ/ ساعة بالوريد مباشرة.
- من 0 إلى 2 شهرا Amoxycilline أو Ampicilline 200 مغ/كغ/ ساعة بالوريد مباشرة .

تراقب الحالة السريرية للمريض (قلب، رئة، وعي) يعاد البزل القطني بعد 24/48 ساعة ويكيف العلاج حسب نتائج الفحص المخبري.

- في أغلب الحالات يكفي Amoxycilline أو Ampicilline لمعالجة المرض.
- يتابع العلاج 10 إلى 15 يوما عادة ويتحكم في ذلك التطور السريري للمرض.

تنبيه: يجب التفريق بين شكلي الأموكزيسيلين: العضلي والوريدي

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

المعالجة التكميلية:

- إذا حدثت اختلاجات يعطى Diazepam اديازيبام بالوريد
- تتابع التغذية إذا كان الوعي طبيعياً.
- إذا حدثت سبات:
- تحرير المجاري التنفسية العلوية
- التغذية بالسوائل عن طريق قنطرة أنفية معدية يجب الحذر من خطر الاستنشاق في حالة حدوث إقياءات.
- الوقاية من الاختلاطات البصرية (تقرحات القرنية)

وتتم بغسل العينين بالماء المغلي المبرد ثم تطبيق تتراسيكلين 1% وإجراء ضمادات إن لزم الأمر. إذا حدثت لدغات مع صدمة: يعطى Dexamethazone داكزاميثازون بالوريد مباشرة ويكرر اعتماداً على التطور السريري (انظر علاج الصدمة، الفصل الأول).

الوقاية:

- التلقيح ضد التهاب السحايا البكتيري
- الوقاية الكيميائية (السيلفاميدات) Sulfamides
- الحد الأدنى الذي يمكن من القول بحدوث وباء هو ظهور حالة لكل ألف من السكان في الأسبوع (1/1000 ساكن/اسبوع).

ملاحظات هامة:

- يتطلب إجراء البزل القطني دقة وتمرن إضافة إلى وجود ما يلزم من معدات.
- إذا حدث وباء من التهاب السحايا وجب الإبلاغ بأسرع ما يمكن الإدارة الجهوية للعمل الصحي والاجتماعي بغية معرفة الجرثوم المسؤول أو وضع برنامج فعال لمكافحة هذا الوباء.

2. السعال الديكي

تعريف- عموميات

مرض يصيب الأطفال تسببه العصيات الشاهوقية (*Bordetella Pertusis*). والسعال الديكي يؤثر بشدة على الحالة الغذائية للأطفال في الأوساط المحرومة. يمكنه أن يكون السبب في نسبة لا يستهان بها من الوفيات عند الرضع لذا كانت أهمية التلقيح.

السعال الديكي مرض يجب التبليغ عنه.

الأعراض السريرية:

يبين هذا المخطط المنحنى الحراري والتطور السريري للسعال الديكي:

39	الحرارة	سيلان أنفي	نوبات السعال الشاهوقي (صباح الديك)
38		+سعال غير نوعي	المنحنى الحراري
37	فترة الحضانة: 6-12 يوما	فترة الزكام: 1-2 أسبوعا	فترة السعال الشاهوقي 6-8 أسابيع
			النقاهاة

- يمكن للسعال الديكي أن يمر في بعض الأحيان دون أن يكشف، وهنا يجري الخلط بينه وبين الإصابات التنفسية الأخرى.
- يمكن ان نشاهد انتكاسات للسعال لمدة سنة بعد فترة النوب.
- عند الرضيع الأقل عمرا من 3 أشهر تحدث نوبات من انقطاع التنفس أو من الزرقة دون حدوث سعال أو نوب من السعال الاختناقي يمكنها أن تقتل الطفل (وهذا ما جعل الإصابة تقتضي مراقبة دقيقة ومستمرة للرضيع المصاب).

التعقيدات:

- خطر الوفاة
- تأثير النوب على الحالة العامة من اضطراب مهم في التغذية (تساهم في حدوث سوء التغذية)
- نزوف ملتحمية – رعاف- إقياءات مدمات
- إنتانات ثانوية تصيب الأنف والأذن والحنجرة أو الرئة والقصبات
- التهاب دماغ.

المعالجة

(في المركز الصحي)

- في مرحلة السعال الشاهوقي تكون المضادات الحيوية بدون فائدة، ومن المهم نصح الأم بما يلي:

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

إعطاء الماء الكافي وترطيب الهواء إذا أمكن وبشكل خاص إعطاء تغذية كافية من البروتينات ومن المواد المولدة للطاقة (متابعة الإرضاع الطبيعي وزيادته) على الرغم من الانزعاج والإقياءات.

في هذه الحالة تتصح الأم بتغذية الطفل بعد الإقياء الذي يعقب نوب السعال.

في حالة حدوث إنتان ثانوي (أذن أنف حنجرة) أو رئئة وقصبات تعطي المضادات الحيوية عن طريق الفم او بالحقن اعتمادا على خطورة الحالة Cotimoxazol أو Amoxycilline.

- **بالنسبة للرضع دون 3 أشهر من العمر يجب إجراء مراقبة دائمة خلال 24 ساعة من 24 ساعة: خطر توقف التنفس أو الاختناق.**

الوقاية:

- التلقيح: وهو مشمول في البرنامج الموسع للتلقيح، ويحصل على حماية جيدة بعد أخذ 3 جرعات تفصل الواحدة عن الأخرى مدة شهر واحد على الأقل.
- بالتلقيح يمكن تخفيف الإصابة عند الرضع غير الممنعين والذين هم على اتصال بالمصابين.

3. الكزاز

تعريف- عموميات

مرض تسببه سموم العصبية الكزازية التي تدخل في العضوية عن طريق جرح في الغالب وقد يكون هذا الجرح مجهولاً.

الإبلاغ عنه واجب

الأعراض والعلامات:

- الحضانة من 2 إلى 60 يوماً بعد تلوث الجرح الذي يمكن ان يكون صغيراً أو منسياً من قبل المريض.
- تركز -تقفع عضلي- عسرة بلع.
- النكس واشتداد التقلصات العضلية عند إجراء أبسط تنبيه.

فوهة الدخول:

- يمكن ان لا توجد ويمكن ان تحدث من
- جراح جروح وإصابات ملوثة
- الممارسات التقليدية أثناء الولادة وختانة الأطفال
- تدخل توليدي: الشكل الولادي أو الوالدي
- فوهات الدخول عن طريق الأنف والأذن والحنجرة أو الجلد
- الحقن بالإبر الملوثة.

الوقاية: (في المركز الصحي)

- الوقاية من الشكل الوددي
- تلقيح النساء الحوامل ويجري بإعطاء حقنتين أثناء الحمل، الأولى عند أول مراجعة للحمل والثانية أبطأ ما يمكن مع التقيد بشهر على الأقل بعد الحقنة الأولى والثانية وشهر على الأقل بين الثانية والولادة
- تلقيح النساء في سن الإنجاب
- الاهتمام بشروط الطهارة والتعقيم عند إجراء عملية التوليد
- التوعية وتكوين القابلات التقليديات
- التلقيح الوقائي لكل الأطفال (البرنامج الموسع للتلقيح)
- تنظيف وتطهير جيد لكل الجروح
- العلاج بالمصول وإعادة التلقيح عند حدوث أي جروح: ولأسباب اقتصادية لا يطبق هذا البند حتى الآن، وإذا أريد تطبيقه يجري على النحو التالي:
- إذا كان الشخص لقح بشكل كامل مع جرعة داعمة منذ أقل من 10 سنوات، لا نتخذ أي إجراء وقائي
- إذا كان الشخص لقح بشكل كامل منذ ما يزيد عن 10 سنوات تعطى جرعة داعمة من اللقاح
- إذا كان الشخص لم يلقح أبداً: يعطى المصل المضاد للكزاز Sat تحت الجلد 1500 وحدة بعد اختبار التحسس ثم يبدأ بالتلقيح.

المعالجة:

يرفع المريض إلى المستشفى في شعبة الإسعافات المكثفة (الإنعاش) ويعالج بمضادات السموم ومضادات الكزاز. وفي انتظار ذلك يجب:

- عزل المريض عن المحرضات الخارجية (الضوء، الصوت... إلخ).
 - إعطاء السوائل الضرورية عن طريق الوريد
 - السيطرة على التقلصات Diazepam تسريبا بالوريد
 - بدأ المعالجة بالمضادات الحيوية Pincillin G عن طريق الحقن.
- وضع قنطرة معدية لمتابعة التغذية وفي هذه الحالة يمكن إضافة Phenobarbital عن طريق الفم لتخفيف التقلصات العضلية.

4. حمى التيفويد

تعريف

الأعراض والعلامات:

تجرثم دم بواسطة ساليمونيلا تيفي Salmonella Typhi نقطة الانطلاق بالنسبة لهذه الإصابة لنفاوية-معوية، ناجمة عن ابتلاع عصيات ابرث.

مرض إنتاني وبائي معد الإبلاغ عنه واجب. وهو مرض بشري محض.

عناصر التشخيص

يتطور المرض في ثلاثة أسابيع.

A. التاريخ

- ابتلاع خضراوات نيئة أو وسخة، أطعمة مشبوهة، ماء ملوث.
- وجود حالات مشابهة في المحيط.
- صداع، دوار، غثيان، إمساك غير عادي (الأسبوع الأول)، إسهال (الأسبوع الثاني).
- حمىذبذبية ترتفع تدريجيا (الأسبوع الول)، مستمرة (الأسبوع الثاني).
- رعاف في بعض الأحيان، دليل قطعي.
- ضعف عضلي ونفسي.

B. معطيات الفحص السريري

في الأسبوع الأول

- حرارة مرتفعة (حمى).
- لسان طرامي.
- حفرة الحرقفة اليمنى مغرغرة.
- يعتمد التشخيص أساسا على زراعة الدم.

في السبوع الثاني

- حمى مستمرة في حدود 40 دم؛
- افتراق النبض والحرارة
- الضغط الشرياني أقرب إلة الإنخفاض
- Tuphos: وهن، لا مبالاة، هذيان معتدل وهادئ
- انقلاب وتيرة النوم
- اضطرابات ضمية: إسهال على شكل عصير بطيخ دون مغص، فقد الشهية، عطش حاد، لسان معقود، بطن مائل، حفرة الحرقفة اليمنى حساسة ومؤلمة؛
- بصفة مستمرة: تضخم الطحال لين، بسيط، تضخم الكبد متميز، بقع وردية بحجم حبة العدس.

في الأسبوع الثالث

- لوحة متقلبة حسب تطور التكفل السابق
 - إما: تعديل تدريجي للعلامات السابقة؛
 - وإما: استفحال هذه العلامات التي تتضاف إليها تعقيدات (يمتلك أن تظهر من الأسبوع الثاني)
 - تعقيدات هضمية: نزيف (++)، ثقب، التهاب مرارة، التهاب الزائدة الدودية، الخ؛
 - تعقيدات قلبية وعائية: التهاب عضلة القلب، صدمة، التهاب الأوعية الدموية.
 - تعقيدات عصبية: التهاب الدماغ، التهاب السحايا، اعتلال الأعصاب، الخ..
- الفحص البيولوجي: FNS = نقص الكريات البيضاء**
- تأكيد التشخيص بواسطة زراعة الدم؛
 - تكميلها بواسطة البراز، وأمصال فيدال (الأسبوع الثاني).

المعالجة:

A. بالأدوية

1. جرد الدوية المفيدة ووسائل علاجية أخرى المضادات الحيوية

- فينيكول: كلورانفينيكول، فيانفينيكول؛
- بينيسيلين: بينيسيلين أ (امبيسلين، اموكسيسيلين)؛
- سولفاميد: كوتريموكزازول
- سيفترياكزون

القشريات:

- ابردنيوزون، هيدروكورتيزون؛
- مخفضات الحرارة: باراسيتامول
- آخر: مواد مذابة، شوارد، نقي الدم، جراحة

2. اختيار الدواء المفضل

- إن أمكنت مراقبة أمراض الدم؛
- عند استحالة تلك الرقابة:

امبيسلين أو اموكسيسيلين: 100مغ/كغ/يوم على أل يتجاوز 6غ/يوم في 4 جرعات يفضل أن تكون عن طريق الفم أو في التريد.

سفترياكزون في الوريد أو في العضلة: 2 إلى 4 غرام في اليوم في حقنة واحدة لمدة 10 إلى 14 يوما حسب حدة المرض.

في الأيام الأولى تعطى جرعات تدريجية في حالة علامات تسمم حادة لأن احتمال تحرير السم قائم ويمكن أن يحدث مضاعفات (جرعة التحميل تحصل في 3 أو 4 أيام).

- باراسيتامول: 20 إلى 25 مغ/كغ/يوم؛
- القشريات في حالة تعقيدات سمية، أي الحجز الطبي؛
- آخر: إعادة توازن السوائل والشوارد الذائبة وعلاج التعقيدات في المستشفى.

B. العلاج بغير الأدوية.

- استراحة في السرير إلى غاية اليوم الخامس عشر من إقلاع الحمى؛
- نظام غذائي خال من البقايا.

معلومات، تعليمات، تحذيرات

- مرض قابل للشفاء إذا تم التكفل به مبكراً؛
- مرض معد: عزل المريض؛
- الحيلولة دون تسرب العدوى للمحيط: مجاربة نقل العدوى عن طريق الفم والفضلات من خلال نظافة اليدين، نظافة الجسد، محاربة تلوث الماء والغذاء؛
- الإبلاغ عن هذا المرض واجب.

مراقبة العلاج

- المراقبة السريرية: الحرارة (إقلاع الحمى يجب أن يحصل عند بداية السبوع الثاني من العلاج)، النبض، الضغط الشرياني، لمس البطن، مراقبة اتلبرز بحثاً عن دم، التصنت على دقات القلب؛
- حالة ظهور أعراض مضاعفات: يرفع المعني إلى مصلحة متخصصة؛
- إذا كانت مراقبة حالة الدم ممكنة للبحث عن تسمم دموي تفرض وقف العلاج يستعاض عنه بالأمبيسيلين. مخلفات تسمم الدم يمكن التغلب عليها عند إيقاف العلاج.

5. الـديفتيريا

تعريف:

إنتان انسمامي تسببه عصية الوتدية الخناقية (Corynebacterium diphtheria) - Kebs Loeffler .

عناصر التشخيص

A. التاريخ

- غياب التلقيح
- ناقل عدوى، ووباء

B. معطيات الفحص السريري

عدة أشكال سريرية:

1. الخناق الـديفتيري المشترك

- في البداية تكون الاعراض تافهة بحيث يكون ناقل العدوى ضروريا للتشخيص:
- شحوب
- زكام
- حمى: 38 إلى 39 دم
- مظهر حمي في الحلق

- ساعات قلائل بعد ذلك (24 إلى 48) يظهر العنصر الرئيس الذي يؤكد تشخيص الـديفتيريا: الخناق ذو الأغشية الكاذبة. على اللوزة يمكن رؤية طلاء أبيض براق أو مخضر قليلا أبيض مع ذي حدود واضحة يحيط به حمامي. في بعض الأحيان يتجاوز اللوزة وينتشر نحو الأعلى ويمتد مع طول طول اللهاة. في جواره تكون اللوزة طبيعية أو متورمة قليلا. وكصيرا ما يكون الخناق ثنائيا (على الجانبين).

2. الخناق الـديفتيري الحاد

- حمى 40 دم
- وهن عميق
- الأغشية الكاذبة أكثر اتساعا
- اعتلال عقد لمفية ضخمة مع التهاب حوائط الغدة
- تآكل المنخر

3. الخناق الـديفتيري الخبيث

- حمى مرتفعة، شحوب وانهيار أقصى؛
- رائحة تنفس كريهة؛
- عنق مشوه بالغدد الـلنفوية المتورمة المؤلمة الغارقة في الحوائط الملتهبة؛
- حنجرة متورمة بوذمات كبيرة، أغشية كاذبة متفرقة؛
- زكام دام
- علامات تسممية: نبض صغير، سرع، أصوات قلب مكتومة، ضغط شرياني منخفض، ندرة التبول، وهن مذهل.

4. خناق الحنجرة

- خلل في النطق وسعال نباحي
- تشارك السعال بصوت أجش خافت
- أغشية حلق كاذبة عند فحص الحلق
- ضيق التنفس مع الصفير، زرقة والاستلھام

5. الديقْتيريا الجلدية

- إصابة مضاعفة بـ *Corynebacterium Diptheriae* لجروح كانت قائمة. توجد أغشية كاذبة.
- تأكيد التشخيص عن طريق إبراز الجرثوم على عينة من الأغشية الكاذبة.

التصرف العلاجي

A. المعالجة بالأدوية

1. جرد الأدوية والوسائل العلاجية الأخرى

- المضاحات الحيوية
 - بيتاكتامين: بينيسيلين G (بنزِيل بينيسيلين) و A (امبيسيلين، اموكسيسيلين)؛
 - الماكروليدات: اريثروميسين
- المصل المضاد للديقْتيريا
- اللقاح المضاد للديقْتيريا
- القشريات
- المعالجة الطبية

2. انتقاء الأدوية المفضلة

• المصل المضاد للديقْتيريا

- إلزامي؛
- يعطى في الحالة المستعجلة، في جرعة واحدة حسب طريقة Besredka عن طريق الجلد (تحت الجلد)
- المقدار حسب الخطورة:
 - الأطفال: 20.000 إلى 40.000 ود
 - البالغين: 40.000 إلى 60.000 ود
- إعطاء المضادات الحيوية بعد فحص بكتيريولوجي إن أتيح (على الحنجرة و/أو الجلد).
 - بنزِيل بينيسيلين (بالحقن) أو فينوكلزيميثيل بينيسيلين (طريق الفم): 100.000 ود/كغ/يوم
 - اريثروميسين عند التحسس من البينيسيلين: 50مغ/كغ/يوم
 - مدة العلاج: 10 أيام.
- القشريات: في حالة الخناق و/أو علامات تسمم ديكزامتازون: 8 مغ عن طريق الوريد؛ جرعات لاحقة من 4 مغ في العضلة تجدد كل 6 ساعات حتى التحسن.

● تلقيح

- المريض لأن لا يحصن ضده.
- المحيطين بالمريض غير الملقحين.
- المعالجة الطبية في حالة شلل الطرف.

B. العلاج بغير الأدوية

- عزل المريض.
- استراحة صارمة لمدة أسبوعين على الأقل.
- نظام غذائي سائل أو نصف سائل في حالة صعوبة الابتلاع (في حالة شلل حنكي)، الحجز الطبي ووقف التغذية عن طريق الفم إلى حين البرء).

معلومات، تعليمات وإذارات

- مرض واجب التبليغ؛
- مرض خطير ذو منتقل عن طريق الهواء، ومنه تتجلى ضرورة الكشف على حاملي الجرثوم الأصحاء وعلاجهم بغية التطهير؛
- شرح مختلف التعقيدات التي يمكن أن تظهر متأخرة، ومنه تتجلى ضرورة رقابة مطولة؛
- شرح قواعد التلقيح ولماذا يلحق الأشخاص غير المحصنين المحيطون بالمريض.

تنبيه: يخلط المصل مع المصل المضاد للكرزاز (يؤخذ بعين الاعتبار) ويستهدف جميع النساء في سن الانجاب.

مراقبة:

- مراقبة الاستجابة للدواء:
- يعطى المصي المضاد للديفتيريا بحذر كبير (إمكانية الصدمة الحساسية).
- مراقبة إمكانية الحساسية من البينيسيلين.

المراقبة السريرية:

- ينظف الحلق كل يومين أو خمسة أيام؛
- الوهن والشحوب يدومات عدة أيام؛
- في حالة مشاكل عصبية يرفع المريض إلى الجهة المتخصصة؛
- تحجز الإصابات في الحنجرة والإصابات المعقدة.

الفصل الثامن

الأمراض الفيروسية

1. الحصبة (الإبلاغ عنها واجب)

تعريف- عموميات

مرض فيروسي يصيب الأطفال غالبا يسببه فيروس من مجموعة الفيروسات المخاطية وهو مرض خطير في الأوساط المحرومة وهو مسؤول خاصة عند وجود ظروف صحية وغذائية متدنية عن معدل الوفيات العالي في الرضع والأطفال إضافة إلى تأثيرها السلبي على حالتهم الغذائية ويعتبر التلقيح عن هذا المرض أولوية من أولويات البرنامج الموسع.

الأعراض والعلامات:

- الحضانة مدتها 11 يوما.
- تتأخر يشبه الإنفلونزا: حمى، سعال، عطاس.
- التهاب ملتحمه.
- علامة كوبليك: نقاط صغيرة بيضاء تتوضع على الوجه الداخلي للخد مقابلة الطاحنة الأولى.
- اندفاع جلدي.

العلاج	الوقاية	التعقيّدات
راجع الإلتهاب الرئوي الحاد راجع التهاب الأذن القيحي راجع التهاب الحنجرة	إزالة انسداد المجاري التنفسية باستعمال كلوريد الصوديوم 0.9% + أكوكسيسيللين عن طريق الفم 80 إلى 100 مغ/كغ/يوم في جرعتين لمدة 5 أيام	تنفسية وأنف حنجيرية
✓ التهاب الملتحمة القيحي أو التهاب القرنية ✓ جفاف الملتحمة	تنظيف العينين بالماء النقي مرتين يوميا + ريتينول (فيتامين أ) عن طريق الفم الأطفال < 6 أشهر: 50.000 وع في جرعة واحدة اليوم الأول واليوم الثاني الأطفال 6-12 شهرا: 10.000 وع في جرعة واحدة اليوم الأول واليوم الثاني الأطفال > سنة: 20.000 وع في جرعة واحدة اليوم الأول واليوم الثاني	بصرية
• مرض القلاع • تقرح الفم: بنفسي جانتيان 0.5%. إذا كانت التفرحات عميقة أو نتنة الرائحة يضاف أموكسيسيللين عن طريق الفم: 80 إلى 100 مغ/كغ/يوم في ثلاث جرعات لمدة 5 أيام		هضمية
الخطة ب أو ج لمنظمة الصحة العالمية تبعا لحدة التجفاف	إعطاء الماء للطفل (الخطة ا لمنظمة الصحة العالمية) في حالة إسهال دون تجفاف	تجفاف
• استحالة الشراب أو تناول الطعام: قسطرة معدية لأقصر مدة ممكنة (المركز الصحي)؛ • سوء التغذية الحاد: التكفل العلاجي بسوء التغذية.	• زيادة الغذاء أو وتيرة الرضاعة، تقسيم الوجبات (كل ساعتين أو 3)؛ • تشجيع الأغذية الغنية لفترة المرض والنقاهة	سوء تغذية
راجع التشنج	علاج الحمى (باراسيتامول)، اللف في غطاء مبلل حالة ذروة الحمومة	تشنج

2. النكاف

تعريف-عموميات:

النكاف مرض معد، من منشأ فيروسي ينتمي لمجموعة فيروسات المخاطية. تحدث الإصابة به مناعة دائمة. وهو نوعي عند البشر ينتقل عن طريق هوائية. وهو مرض مستوطن يظهر بشكل جائحات يصيب خاصة تجمعات الأطفال والصغار البالغين (المدارس، الثكنات العسكرية).

الأعراض والعلامات

فترة الحضانة من 12 إلى 15.

التهاب الغدة النكفية وهو التوضع الأكثر مشاهدة يبدأ بعد تناذر إبتاني متوسط الشدة متشارك مع آلام أذنية لمدة 24 إلى 48 ساعة. يكون التورم النكفي وحيد الجانب في البداية ثم يصبح ثنائيا دون أن يكون متناظرا بصورة دائمة.

- الحالة العامة لا تتأثر
- الحرارة متوسطة والصداع شائع.

التطور نحو الشفاء خلال 10 إلى 15 يوم دون حدوث تقيح أو عقابيل. ويعتبر التهاب الخصية هو الاختلاط الأكثر شيوعا وغالبا ما يحدث بعد إصابة النكفة.

- هذا الاختلاط لا يشاهد إلا بعد سن البلوغ.
- توجد تموضعات أخرى للإصابة (تموضعات عصبية-سحائية).

المعالجة:

(1) المعالجة الدوائية: وهي عرضية

- **التهاب الغدة النكفية:** حمض الأسيتيل ساليسليك AAS عن طريق الفم. إذا كان التورم شديدا وبشكل خاص عند البالغ: إيندوميتاسين Indomethacine عن طريق الفم.
 - **التهاب الخصية:** راحة في السرير تثبت الصفن بواسطة حامل خص. لا يوجد أي علاج بإمكانه منع حدوث ضمور خصية متوقع.
- يعطى الإندوميتاسين Indomithacine عن طريق الفم.

(3) المعالجة الوقائية:

- المنع من الذهاب للمدرسة مدة 15 يوما
- في الواقع يوجد لقاح لكنه غير مدرج في البرنامج الوطني.

3. شلل الأطفال

تعريف- عموميات:

مرض فيروسي حاد تسببه (فيروسات الشلل ا، II، III) يصيب الأطفال وصغار البالغين. ويظهر بشكل وبائي. تتم العدوى عن طريق تناول المياه والاعذية الملوثة ببراز الأشخاص المرضى أو الحاملين الأصحاء.

الإبلاغ عن هذا المرض واجب.

الأعراض و العلامات:

- الأشكال الخفيفة هي الأكثر شيوعاً؛
- فترات حمى وزكام معزولة أو مترافقة باضطرابات هضمية؛
- إسهال حاد؛
- إلتهاب سحايا: عند إجراء البزل نحصل علي سائل رائق؛
- الشكل الشللي: بداية فجائية (صباحاً عند الإستيقاظ). شلل غير متناظر مع نقص المقوية العضلية، حرارة، ضمور عضلي، وغياب المنعكسات، يضاف لذلك زيادة الخطر من جراء الشلل التنفسي.

المعالجة

1) المعالجة الدوائية:

لا توجد معالجة نوعية للسبب.

- معالجة عرضية للحمى والإسهال.
- الراحة التامة، التغذية، التمريض في الأشكال الشللية.
- إعادة التأهيل الوظيفي في الأشكال الشللية ويجب البدء بها بأسرع وقت ممكن أي بمجرد استقرار الإصابات وذلك لتجنب الضمور والتقلصات العضلية (ينصح الأهل بإحالة المريض إلى مركز التأهيل أو إلى فروع الجهوية CNORF).

2) المعالجة الوقائية:

- تدريب أهالي على حضور حصص التلقيح
- تدبير حالة شلل اطفال حاد بعد حدوثها
- ملاحظة حالة واحدة من شلل الأطفال تعني أن الفيروس موجود في المنطقة؛
- يجب التأكد من الوضعية التلقيحية للسكان وبشكل خاص الأطفال؛
- إذا تأكد تشخيص شلل الأطفال في مجموعة سكانية غير ملقحة وجب القيام بحملة تلقيح خاصة بالأطفال دون الخامسة من العمر.

4. التهاب الكبد الفيروسي

تعريف- عموميات:

يجتمع تحت هذا العنوان مجموعة كبيرة من الإصابات الكبدية تشترك في نقاط عديدة ولكنها تختلف من حيث الأسباب، الخصائص الوبائية، المناعية، والسريرية.

تستوطن التهابات الكبد الفيروسي في المناطق الإستوائية وتؤدي إلى تشكل مناعة تدوم طويلاً.

يلخص الجدول القادم الخصائص الأساسية للشكلين A و B من فيروسات التهاب الكبد وهما الأكثر تواجداً في المناطق الساحلية (ملخص في الصفحة الموالية).

الأعراض

- الشكل المشترك:
غثيان، حرارة، وهن، اضطرابات بطنية ثم ظهور يرقان انحباسي.
- الشكل اللاعرضي:
وهي الأشكال الخفيفة غير اليرقانية (إلا أنها تعرض لنفس الاختلالات التي تعرض لها الأشكال الأخرى).
- الشكل المدهم:
قصور خلوي كبدي مع انحلال خلوي شديد يتطور غالباً نحو الموت
- التهاب الكبد المزمن
يمكن أن ينتهي بالتليف الكبدي ومن ثم يتطور إلى سرطان الكبد.

المعالجة:

- عرضية
- راحة
- علاج الحمى إن وجدت
- سوائل كافية
- متابعة التغذية بشكل كاف
- لا تستخدم الكورتكويدات

تنبيه: يجب تجنب وصف الأدوية في هذه الحالة.

التهاب الكبد الفيروسي B		التهاب الكبد الفيروسي A	
العمر العادي لحدوث المرض	سن الطفولة	صغار البالغين	
العدوى/ الحضانة	<ul style="list-style-type: none"> • تنسيق العلامات تنتهي عند ظهور اليرقان • الحضانة 15-50 يوما 	<ul style="list-style-type: none"> • تسبق العلامات، تستمر بالمرحلة الحادة وتختفي في الأسابيع التالية، • يمكنها الاستمرار عند الحاملين المزمنين الحضانة 45 إلى 150 يوما 	
طريقة الانتقال	<ul style="list-style-type: none"> • براز - فم • المياه والأغذية الملوثة 	<ul style="list-style-type: none"> • شخص لآخر خاصة عن طريق الجنس • الدم ومشتقاته • أدوات ملوثة بالدم • من الأم إلى الوليد 	
الشكل الصاعق	0,2 إلى 0,4 % من الحالات	1 إلى 3 % من الحالات	
التطور على المدى البعيد	لا يحدث إزمان	<ul style="list-style-type: none"> • احتمال حدوث التهاب كبد مزمن 4 إلى 8 % • تطور محتمل نحو تشمع أو ورم كبدي 	
الوقاية الشخصية	النظافة الشخصية	ممكنة باستخدام الواقي عند الاتصالات الجنسية ممكنة بإعطاء اغلوبيلينات مناعية نوعية	
المناعة السببية	مسكنة بإعطاء لغلوبيلينات المناعية غير النوعية	لقاح التهاب الكبد الفيروسي	
التلقيح	لا يوجد		
الوقاية الجماعية	العناية بالنظافة والإصحاح البيئي	<ul style="list-style-type: none"> • كشف الحالات على مستوى بنوك الدم • استخدام الأدوات وحيدة الاستعمال أو المعقمة بصورة صحيحة. 	

5. الحمى النزفية: الحمى اليرقانية النزفية: الحمى الصفراء

تعريف-عموميات

هي حمى من منشأ فيروسي نزفية مع التهاب كبد وكلية. وبفضل التلقيح فقد قلت مشاهدة هذا المرض بشكل كبير لكنه لا زال ينتشر في إفريقيا الاستوائية.

ينتقل هذا المرض بواسطة بعوضة (أبيدس أجيبيتي: *Aedes Aegypti*).

الأعراض والعلامات:

توجد أشكال كامنة.

- الحضانة (3-4) أيام في الأشكال الشديدة
- البدء مفاجئ: عرواء، صداع، آلام قطنية، غثيان، وإقياءات، حرارة 39 دم ويتطور المرض بشكل دوري في مرحلتين منفصلتين بواسطة مرحلة لا عرضية غير دائمة.
- المرحلة الحمراء: وهي مرحلة قبل يرقانية تستمر 3 أيام تقريبا وتناسب مرحلة وجود الفيروس في الدم (تجرثم الدم) يحدث فيها ارتفاع حرارة افتراق النبض، آلام متعددة شديدة وعلامات هضمية وعصبية (هيجان أو وهن) تناذر اقتحاني (حمامي منتشر) وفي هذه المرحلة يمكن ملاحظة النزوف (رعاف، أو نزوف من اللثة) ووجود اليومين في البول.
- المرحلة الصفراء: وتتجلى من خلال يرقان يظهر في اليوم 3 إلى 5 متفاوت الشدة ويتميز بحدوث انحلال خلوي كبير مع قصور كبدى مترقى وتصبح النزوف معمة وخاصة خضمية. تظهر أمراض كلوية واضحة: شح بول، زيادة البروتين في البول، انقطاع البول فرط أزوت الدم، تتطور الحالة بسرعة نحو الموت أو الشفاء وتحدث الموت عادة خلال اليوم 5 أو 7 بسبب صدمة نزفية أو سبات كبدى ونادرا ما يحدث ذلك بعد اليوم 11 (بسبب قصور كلوي).

المعالجة:

العلاج عرضي إذ لا توجد معالجة للسبب.

الوقاية:

- التلقيح هو السلاح الوحيد الفعال يعطى بجرعة واحد يمتد مفعولها 10 سنوات وهو لقاح مدرج في البرنامج الوطني الموسع للتلقيح في الجمهورية الإسلامية الموريتانية؛
- مكافحة العامل الناقل (الباعوض) فردية باستخدام الناموسيات
جماعية، الاعتناء بنظافة وصحة البيئة.
- الإجراءات اللازم اتخاذها عند بداية ظهور جائحة
إبلاغ السلطات الصحية على مستوى الولاية وعلى المستوى المركزي
- أخذ عينات من الدم في أوعي مغلقة أو معقمة ورفعها بأسرع ما يمكن إلى المركز الوطني لأبحاث الصحة العمومية.

6. حمى الوادي المتصدع و الحمى النزفية كريمي كونغو

تعريف

مرض يظهر في شكل حمى تدوم 5 إلى 7 أيام، ينتقل عن طريق وخز الباعوض أو ملامسة جثث دواب موبوءة (أغنام، أبقار) أو عن طريق الانتقال بواسطة ذبابة ناقلة للدم تعدي لحوما سليمة أصلا لكنها محفوظة حفظا رديئا. الوكيل المسبب فاصدة تنقل للإنسان مباشرة بوخز باعوض موبوء. لم يحدث أن عثر على انتقال بين البشر. خزان الفيروسات لما يحدد بعد.

عناصر التشخيص

فترة الحضانة: من 3 إلى 12 يوما.

A. التاريخ

بادرة أفيروس مع حمى، الصداع، والشعور بالضييق، وألم مفصلي، ألم عضلي. بشكل نادر غثسان وإقياء، التهاب الملتحمة، رهاب الضوء، التهاب الأنف، التهاب الدماغ، نزيف قد يكون مميتا.

التصرف العلاجي

B. العلاج الدوائي

لا يوجد دواء ولا علاج خاص. يمكن القيام بعلاج عرضي للتخفيف من التجليات المزعجة.

مراقبة المرض

- التبليغ عن المرض إلزامي (يبلغ للسلطات الوطنية، منظمة الصحة العالمية، منظمة الأغذية والزراعة و O.I.E.)؛
- عزل المريض في غرفة مطهرة بالمبيدات لمدة 5 أيام على الأقل بعد ظهور الإصابة وحتى اختفاء الحمى مع الحذر لأن دم المريض معد؛
- تحديد مكان إقامة المريض خلال ال 15 يوما السابقة لظهور الإصابة عليه من أجل كشف الحالات الأخرى
- تحاشي ذبح الحيوانات المشتبه غي إصابتها وتحطيم حثث التي نفقت بهذا المرض؛
- القضاء على أوكار الباعوض الموجودة.

C. العلاج بغير الأدوية

الإجراءات الوقائية: اتخاذ احتياطات خاصة عند أخذ عينات دم من مرضى مصابين وتحاشي ملامسة لحوم حيوانات مشبوهة. توجد أمصال للإنسان غير مفعلة، وتتوفر للإغنام والأبقار أمصال حية وغير مفعلة.

معلومات، تعليمات، تحذيرات

شرح كون الباعوض هو العامل الرئيس في نقل المرض إلا أن الحيوان المصاب يمكن أن يشكل مصدر عدوى عند ملامسة لحوم الأغنام والأبقار المريضة؛

الإصرار على التعرف على جميع الأماكن التي تردد عليها المريض خلال الأسبوعين اللذين سبقا ظهور أعراض المرض السريرية؛
يشرح للمريض أنه لا يوجد علاج خاص بالمرض وأن عزل المريض والنظافة ضروريان لشفاءه وتجنيب أفراد أسرته للإصابة.

مراقبة العلاج

اقلاع الحمى علامة لتحسن الحالة المرضية (إلا أن حمى الوادي المتصدع تسببت في وفاة 600 شخص في مصر عام 1977).

الإجراءات المتخذة على المستوى العالمي للتخفيف من تنقل الحيوانات من المناطق الوبائية إلى مناطق أقل وبائية الحيلولة من تحول الباعوض بواسطة التنق الجو أو البحري (السفن) أو أي وسائل نقل بري أخرى يمكن أن تساهم بفعالية في تقليص مساحة انتشار المرض.

الفصل التاسع

أمراض أخري

1. أمراض القلب والأوعية

A. قصور القلب

تعريف

مرض يتميز بعجز العضلة القلبية عن أداء وظيفتها الهيموديناميكية بشكل طبيعي من خلال تموين تدفق يضمن الوظائف الحيوية للجسم. وهو نتيجة بل تعقيد لمختلف أمراض القلب.

عناصر التشخيص

A. التاريخ

- يبحث التحقيق عن:
- مظاهر ضيق التنفس
- السوابق الشخصية والعائلية في أمراض القلب
- فكرة من تسمم الكحول
- فكرة واسعة من فشل البطين الأيسر

أ. فشل البطين الأيسر

ضيق تنفس: العلامة الأساسية

- كثافة متغيرة
- للجهد: شعور بالإنهاك مرتبط بالجهد
- استلقاء: تترجم مرحلة متطورة
- نوبة شديدة: موجة ضيق تنفس حاد، ليلية في الغالب
- شكل بسيط: موجة اختناق

- سعال وبلي
- خشخشة حنجرية

أشكال بالغة: تشكل لوحة وذمات رئة حادة أو "ريو كاذب: لوحة مضللة. صعوبة زفير ذو صفير وسعال تنتج نخامة غير غزيرة، نوبية وبيضاء.

علامات أخرى:

- سعال جاف؛
- وهن جسيمي؛
- فقد الشهية، غثيان، تقيؤ؛
- خفقان؛
- إغماء؛
- الافتقار إلى منتصف نفخة انقباضية؛
- رماحة

التصنيف:

- انطلاقاً من حدة قصور القلب، جمعية نيويورك للقلب تميز 4 مراحل
- المرحلة 1: مرض قلب دون نقص القدرة على الجهد، دون علامات مرتبطة بالجهد؛
 - المرحلة 2: علامات تظهر فقط عند بذل جهد كبير؛
 - المرحلة 3: رفاهية في حالة الاسترخاء وتظهر العلامات عند بذل بسيط؛
 - المرحلة 4: علامات في حالة الاسترخاء، مريض عاجز عن بذل أي جهد.

ب. فشل البطين الأيمن

- ضيق تنفس وازرقاق؛
- تورم وداجي؛
- ركود الكبد: ارتداد كبدي وداجي، ضخامة كبد؛
- تورم الأطراف السفلية؛
- الانصباب المصلي (استسقاء) في مرحلة متقدمة.

ت. قصور القلب الشامل

- كل فشل للبطين الأيسر واضح ومستمر يجر بعد حين إلى فشل البطين الأيمن؛
- فحص أشعة للصدر مضافة إلى تخطيط القلب - في حدود الممكن - يكملان الفحص السريري.

التصرف العلاجي

A. العلاج بالأدوية

أ. جرد الأدوية المفيدة

b. العلاج العرضي

مدرات البول

• فوروسيميد

• هيدروكلوروثازيد

• سيبرونولاكتون

مثبطات الإنزيم المحول

• كابتوبريل

• اينالابريل

موسعات الأوردة

• ثنائي إيزوسوربيد

التقلص العضلي الإيجابي: الديجيتالي: ديكوكسين

الكاتيكلامينات: دوبيوتامين

• مضادات الصفائح: حمض الأسيتيلساليسيليك

c. علاج الأسباب

• علاج ارتفاع ضغط الدم الشرياني

• علاج احتشاء عضلة القلب

ب. انتقاء الدواء المفضل

a. علاج قصور البطين اليسر متوسط الخطورة (المرحلة 2)

علاج عرضي

هيدروكلوروثيازيد: أقرص 25 مغ: 1 قرص/يوم؛

• كابتوبريل: أقرص 25 مغ: البداية مع 1/2 قرص/اليوم ثم بعد تبعا للضغط الشرياني، تزداد الجرعات تدريجيا حتى 150 مغ/يوم؛

• ثنائي إيزوسوربيد: 40 إلى 80 مع/يوم، أي 1 قرص 20 مغ مرتين/يوم؛ أو 2 قرص 20 مغ /يوم مرتين يوميا تبعا للضغط الشرياني؛

- ديغوكسين: 1/2 قرص إلى 1 قرص، إن كان عدم انتظام ضربات القلب فوق البطيني؛
- حمض الأسيتيلساليسيليك: 1 حقيبة (sachet) 100 مغ/يوم.

علاج الأسباب

- علاج العامل المثير مثل: إبتان
- الامتناع عن وصف دواء مقلص للعضلات مثل: مضادات ارتفاع معدل ضربات القلب، β موانع.

a. علاج وذمة الرئة الحادة

- الحجز الفوري
- أخذ مجرى وردي أولاً واستعمال أدوية عن طريق الحقن.

علاج الأعراض

- فوروسيميد: 40 إلى 240 مع/يوم بالوريد المباشر البطيء أي قارورتان من فشة 20 مغ كل ساعتين أو أربع ساعات؛
- تريبتيرين محقون: 30 إلى 60 مغ أي 2 إلى 4 قارورات من فنة 15 مغ في 250 مل الكلوز 5% تستعمل خلال 24 ساعة؛ أو
- ثنائي إيزوسوربيد: 60 إلى 80 مغ/يوم، 1 قرص تحت اللسان كل ساعتين في البداية، ثم كل أربع ساعات؛
- البوتاسيوم محلول محقون 7.5%: 78 mmol إلى 104 mmol أي 6 إلى 8 مغ 24/clk ساعة يذاب في الكلوز 5% عن طريق الحقن الوريدي المتواصل

علاج الأسباب

- مثال: علاج ارتفاع ضغط الدم الشرياني
- عندهم تهبط الأعراض المبرى للوذمة الصدرية الحادة تستعمل الأدوية عن طريق الفم.

b. العلاج بغير الأدوية

- الراحة الصارمة أوقات حدة قصور القلب؛
- خارج أوقات حدة القصور تستأنف النشاطات العضلية تدريجياً؛
- نظام غذائي صارم خال من الملح: في حالات الذروة؛ في حالات قصور القلب المرحلة 3 و4؛ نصف مملح في الحالات الأخرى؛
- الحذر من حمية الملح؛
- تهذيب المريض بتعليمه قواعد الغذائية:
- تحاشي المعلبات، الجبائن، ملح الطعام؛
- النصح بتغذية مقواة بتوابل خالية من الملح؛
- النصح بتغذية غنية بالبوتاسيوم (فواكه، خضراوات)؛
- الإقلاع عن التدخين والحد من استعمال جميع المنبهات: شاي، قهوة؛
- في حالة وذمة رئوية حادة: علاج أكسجيني: 3 لتر/دقيقة؛
- وضعية نصف جلوس، سيقان معلقة.

معلومات، تعليمات وتحذيرات

- يخبر المريض أو ذويه بمرضه مع التنبيه إلى أهمية العلاج بالأدوية ولكن أيضا العلاج بغير الأدوية؛
- الأعراض الجانبية للأدوية (انظر دليل الأدوية).

تحذير:

- تحاش الجهد المكثف؛
- تحاشي أخطاء النظام الغذائي؛
- الامتناع عن تغيير جرعات ومواعيد الأدوية الموصوفة
- الامتناع عن تناول أدوية أخرى دون استشارة الطبيب المعالج لأن ذلك يمكن أن يحدث انهيار معاوضة قصور القلب: β موانع ومضادات ارتفاع معدل ضربات القلب، الخ؛
- في حالة مرض داغل، يراجع الطبيب المعالج فورا.

مراقبة العلاج

- مدرات البول، مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين والمشتقات النتريية كلها مخفضات ضغط. خلط اثنين أو ثلاثة منها يمكن أن يتسبب في انخفاض ضغط كبير بل في انهيار انتصابي لدى المريض المسن.
- بذلك فإن إدخال أحدها أو زيادة الجرعة يجب أن تصاحبه رقابة مشددة للضغط الشرياني. في كل الحالات، إذا تحسنت الحالة السريرية يرفع المريض إلى الطبيب المتخصص.

B. ارتفاع الضغط الشرياني

مركز الاستطباب الوطني
مصلحة أمراض القلب
اللجنة العلمية
التكفل بارتفاع الضغط الشرياني

الدكتور أحمد ولد أبيه 2006

يبدأ التكفل بارتفاع الضغط الشرياني بالتأكد منه ثم تصنيفه. يأخذ هذا التصنيف بعين الاعتبار أرقام الضغط الشرياني وعوامل الخطر. يخضع علاج ارتفاع الضغط الشرياني لتصنيف الخطر على القلب والأوعية الدموية وللتعرض المحتمل للأعضاء المستهدفة. إجراءات النظافة والغذاء أساسية: نقص الملح، نقص الوزن، استهلاك الفواكه والخضراوات، النشاطات الرياضية. الأدوية القاعدية هي مدرات البول من نوع تيازيديك. إذا لم ينخفض الضغط الشرياني بما فيه الكفاية وجب إشراك جزيئات خافضة للضغط (مضادات الملح، بيتا قوابط، مثبطات أنزيم التحويل، الخ) والبحث عن أسباب ثانوية، قياس غير سليم للضغط، إفراط ملح، دور الأدوية مخفضة الضغط المشتركة (مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، موسعات المجاري التنفسية). يجب أن يأخذ العلاج الإمكانات المالية للمريض بعين الاعتبار. إن تدني القوة الشرائية، غياب أو سوء تربية مرضى ارتفاع الضغط على مرضهم وعلى التقيد بالعلاج هي أهم أسباب فشل العلاج بمضادات ارتفاع الضغط في البلد.

الحد الأدنى من الكشف (م ص ع)	التأكد من ارتفاع الضغط الشرياني
<ul style="list-style-type: none"> تخطيط القلب فحص السكر الكوليسترول الكلي و LDL الشوارد في الدم الكرياتينين بروتينية (مقياس البولية) 	<ul style="list-style-type: none"> ارتفاع غير طبيعي لأرقام الضغط المرفوعة في معاينتين يفصل بينهما أسبوع أو اثنان المريض ممدد أو جالس في ارتخاء عضلي منذ 5-10 دقائق. الذراع في نفس مستوى القلب يكون مقياس الضغط منشورا مع ذراعية مناسبة يقاس ضغط الذراعين على الأقل خلال المعاينة الأولى.

تصنيف JNC 7		
الفئة	الفئة	الفئة
طبيعي	طبيعي	طبيعي
ما قبل ارتفاع الضغط	ما قبل ارتفاع الضغط	ما قبل ارتفاع الضغط
إض ش المرحلة 1	إض ش المرحلة 1	إض ش المرحلة 1
إض ش المرحلة 2	إض ش المرحلة 2	إض ش المرحلة 2

عوامل الخطر القلبية والوعائية
<ul style="list-style-type: none"> التدخين ارتفاع نسبة الكسترول في الدم البدانة اختلالات قصور القلب أمراض التاجي أمراض المقلّة أمراض الأوعية الجانبية

ارتفاع الضغط الشرياني الثانوي		قابل للعلاج؟
ثلاثة مظاهر	1- بدانة وجه وجذع + وزن	كوشينغ؟
	2- الملتحمة واللسان أحمران ++	كثرة الحمر؟
	3- جحوظ، رجفة	فرط نشاط الدرق؟
سنة أسئلة	1- أقرص منع الحمل؟	تسمم؟
	2- عرق السوس؟	تسمم؟
	3- القشرية؟	تسمم؟
	4- نوبة مفاجئة؟	
	5- تكرر، وتشنجات؟	
إجراءات	6- مرض كلوي؟	
	1- جس المفاصل - + ا ض ثنائي الجانب	
	2- التنفس البطني	

عوامل الخطر والضغط الشرياني					
عوامل الخطر الأولى أو مرض	طبيعي PAS 129-120 أو PAD 89-80	طبيعية مرتفعة PAS 129-120 أو PAD 89-80	ا ض ش مرحلة 1 159-140 PAS أو PAD 99-90	ا ض ش مرحلة 2 179-160 PAS أو PAD 109-100	ا ض ش مرحلة 3 $100 \geq PAS$ أو $PAD \geq 110$
لا توجد عوامل خطر أخرى	خطر قياسي	خطر قياسي	خطر قليل الزيادة	خطر خفيف الزيادة	خطر كبير الزيادة
2-1 ع خ	خطر قليل الزيادة	خطر قليل الزيادة	خطر خفيف الزيادة	خطر خفيف الزيادة	خطر كبير الزيادة جدا
3 ع خ أو أكثر AOC, SM ou السكري	خطر قليل الزيادة	خطر كبير الزيادة	خطر كبير الزيادة	خطر كبير الزيادة	خطر كبير الزيادة جدا
مرض قلب وشرايين مؤكد	خطر كبير الزيادة جدا				

علاج ارتفاع الضغط الشرياني

إن الهدف من العلاج هو:
تخفيض الضغط الشرياني (<90/140 ممهغ؛ <80/130 ممهغ حالة السكري، مرض كلوي أو الحمل)
القضاء على عوامل الخطر القلبية الوعائية من أجل تخفيض المرضية والوفيات القلبية الوعائية والكلوية

الإجراءات النظامية الغذائية ضرورية في جميع المراحل ويمكن أن تكفي في المرحلة 1 من ا ض ش:

- الملح: أقل من 5 غ/اليوم؛
- نقص الوزن إذا كان (ج ك ج > 25)؛
- إضافة يومية من الفواكه والخضراوات؛
- نشاط رياضي (30 دقيقة في اليوم)

تصنيف ESH 2007			
PAD		PAS	الفئة
<80	Et	<120	القصوى
80-84	et/ou	120-129	الطبيعية
85-89	et/ou	130-139	الطبيعية العليا
90-99	et/ou	140-159	اض الدرجة 1
100-109	et/ou	160-179	اض الدرجة 1
≥110	et/ou	≥180	اض الدرجة 1
<90	et	≥140	اض الانتقاضي المعزول

الدواء الأساسي في الخيار الأول مدر بول من تيازيديك

- - إذا كان العلاج غير كاف (أو استفتاحيا على مستوى اض ش 2)، ينبغي إضافة دواء ثان:
- مع اعتبار السياق: مرض الشريان التاجي، الرجفان الأذيني، مرض كلوي، الخ.
- في حالة المقاومة، يمكن مضاعفة الجرعة، تغيير الخليط العلاجي وكأخر ملجأ القيام بعلاج ثلاثي أو رباعي بالتأزر. مثلا: مضاد للملح + بيتا قابض + مدر للبول.

مراقبة ومتابعة ا ض ش

<p>محاولة تقليص الجرعات وعدد مخفضات الضغط الموصوفة يمكن التفكير فيها دون خطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ عندما تكون أرقام الضغط عات إلى الطبيعي منذ 6-12 شهرا على الأقل ▪ يجب أن يكون التقليص بطيئا، تدريجيا وتحت رقابة قد تكون فرص النجاح كبيرة إذا: ▪ كان ا ض ش معتدلا ▪ تم إتباع نمط حياة مواتيا (الامتناع عن التدخين، تقليص استهلاك الملح، ممارسة الرياضة البدنية) ▪ نقص الوزن 	<p>إن هدف المتابعة هو التأكد من:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. أن الهدف الضغطي تم بلوغه 2. أن التقيد بالعلاج حصل 3. أن عوامل الخطر تمت السيطرة عليها وتيرة المعاينات: <ul style="list-style-type: none"> • ا ض ش غير متوازن تحت TRT 2-1 معاينة في الشهر • ا ض ش متوازن تحت TRT أو FDR أخرى 2-1 معاينة في الشهر <p>العوامل الحاسمة في الملاحظة:- 1- كلفة الأدوية؛ 2- توعية المريض</p>
---	---

2- السكري غير المعتمد على الأنسولين

تعريف

السكري غير المعتمد على الأنسولين (DNID) هو حالة ارتفاع السكر المزمن ناجم عن نقص إفراز البنكرياس للأنسولين (نقص للأنسولين) أو عن اختلال عمل الأنسولين على مستوى الأنسجة المستهدفة (مقاومة الأنسولين) أو وهو الأكثر عن تشابك الخللين. وهو شكل السكري الأثر شيوعاً إذ يمثل 80 إلى 85 من الحالات.

التسميات القديمة: س النضج، س الدهني، س فوق الممتليء، س غير الكيتوني، س نمط 2.

عناصر التشخيص

A. التاريخ

- يحصل عادة لدى أشخاص لديهم واحد أو أكثر من عوامل الخطر:
 - العمر: > 45 سنة غالباً؛
 - السمنة: 60 إلى 80 % من المصابين بدينون؛
 - الوراثة: سوابق سكري لدى العائلة
- اكتشاف عن طريق الصدفة أو إبان تعقيد تنكسي؛
- العلامات الدالة على السكري غائبة في أغلب الأحيان (وهن، عطاش، بوال).

B. معطيات الفحص

الميزة الأهم ل(DNID) هي استتاره السريري وتطوره التدريجي على مدى عدة سنوات. التشخيص التأكيدي: نسبة السكر في الدم بعد صوم تفوق 1.40 غ/ل (7.7 mmol/l) في تحليلين متتاليين. في بعض الأحيان تكون مرتفعة (> 2.5 أو 3 غ/ل أي: 13.7 إلى 16.5 mmol/l). السكرية متغيرة لكن البيلة الكيتونية غائبة. إلا أن التشخيص، أغلب الحالات، لا يحصل إلا ارتفاع نسبة السكر المثارة عن طريق الفم.

C. المرضية

ينتج ارتفاع نسبة السكر في الدم عن اختلالات في الأنسولين:

a. اختلالات كمية: في القيمة المطلقة، الأنسولين القاعدي في DNID يمكن أن يكون منخفضاً، عادياً أو مرتفعاً؛ إلا أنه يبقى دائماً ناقصاً عندما يقارن بنسبة السكر المقابلة التي تترجم إفراز الأنسولين غير المناسب للحاجة؛

b. اختلالات وظيفية لإفراز الأنسولين: لدى الشخص غير المصاب، إفراز الأنسولين بعد إثارته بالكلوكوز يرسم منحني بقميتين: قمة مبكرة في الدقائق العشر الأولى ثم قمة أكثر تأخراً وأطول مدة يناسب مع نسبة السكر. في DNID أول اختلال يلاحظ هو اختفاء القمة المبكرة وتناقص حدة الاستجابة المتأخرة.

c. مقاومة الأنسولين: يتعلق الأمر بتناقص حساسية الأنسجة المحيطة بالأنسولين. ومقاومة الأنسولين هذه تبدو مرتبطة بنقص عدد ناقلات الكلوكوز، وينجم عن ذلك ارتفاع نسبة السكر في الدم تشكل مفهوم الحلاوة السمية.

D. التطور - الإنذار

كل خطورة DNID تكمن في تعقيده المزمنا. يشكل السكري عامل إنذار إصابة قلبية - وعائية كبيرا. تطور DNID دون علاج يقود تدريجيا إلى تعقيدات تنكسية متعددة الأجهزة مهددة احتمال البقاء الحيوي والوظيفي للمريض.

التصرف العلاجي

لعلاج DNID يمتلك الطبيب أربع علاجات أساسية: التغذية والنشاط البدني، مخفضات سكر الدم عن طريق الفم والأنسولين.

A. العلاج بالدواء

لا ينبغي التفكير فيه فوراً فهو لا يدخل في العلاج إلا بعد فشل العلاج بغير الأدوية (انظر B).

1. جرد الأدوية المفيدة:

a. مضادات السكري عن طريق الفم

- سلفونيل يوريا: غليبنكلاميد، غليكازيد، غليمبيريد؛
- البيغواميدات: ميتفورمين
- مثبطات ألفا غلوكوزيداز.

إن نشاط السولفاميدات المخفضة للسكر متقارب بجرعات علاجية متساوية. فدورها هو إثارة تحفيز البنكرياس على إفراز الأنسولين وينجر عن ذلك أن الأثر الجانبي الأهم هو هبوط نسبة السكر (نقص السكر في الدم). أما البيغواميدات فهي تبطئ امتصاص الغلوكوز انطلاقاً من الأمعاء الدقيقة ومن ثم استحداث السكر الكبدي مع زيادة الإلتقاط الجانبي للغلوكوز بواسطة العضلة ومن ثم النشاط المخفض للسكر. مثبطات ألفا غلوكوزيداز تؤثر من خلال نقص التحويل المعوي للسكريات المعقدة وثنائيات السكاريد إلى سكريات أحادية قابلة للإمتصاص. وبذلك فهي تنقص زيادة السكر بعد تناول الطعام. آثارها الجانبية الأساسية هي اضطرابات هضمية مترابطة مع الجرعات المعتمدة.

b. الأنسولين

لا ينبغي التفكير فيها إلا بعد فشل مضادات السكري عن طريق الفم (الجمع بين العلاج: سلفونيل يوريا + البيغواميدات) وبعد التأكد من عدم وجود خطأ غذائي أو سبب داغل لعدم توازن السكر.

2. انتقاء الدواء المفضل

سلفونيل يوريا المخفض لنسبة السكر هو دواء المقام الأول عندما يتأكد فشل نظام نقص السرعات الحرارية لدى المريض ذي الوزن العادي.

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

الاختيار بين سلفونيل يوريا المخفض لنسبة السكر هو كالاتي:

الاسم الاصطلاحي	نصف حياة (بالساعة)	الجرعة/اليوم	ق خ س	الكلفة
غليبنكلاميد	5 إلى 6	5 إلى 15 مع	+++	+
غليكلازيد	12	80 إلى 240 مغ	++	+++

ق خ س: القدرة على خفض السكر؛ +: ضعيفة؛ ++: متوسطة؛ +++: عالية
كلفة العلاج: +: رخيص؛ ++: متوسط الغلاء؛ +++: غال جدا (ثلاثة أضعاف في هذه الحالة)
إن نصف الحياة القصيرة غليبنكلاميد وثمنه الرخيص نسبيا يجعله مرجحا للاختيار كما توصي بذلك لائحة منظمة الصحة العالمية.

غليبنكلاميد

- <65 سنة: الجرعة الابتدائية: 1.25 مغ قبل الوجبة الرئيسية؛
الجرعة اللاحقة: تزداد عند الحاجة بكميات 2.5 مغ (الجرعة القصوى: 15 مغ/يوم)
- >65 سنة: الجرعة الابتدائية: 1.25 مغ قبل الوجبة الرئيسية؛
الجرعة اللاحقة: تزداد عند الحاجة بكميات 7 أيام على الأقل.

ملاحظة: ميتفورمين التي أدينت بإحداث حموضة اللبنيك القاتلة يوصى بها فقط في حالات فشل العلاج بسلفونيل يوريا او بعد فشل النظام الغذائي ناقص السرعات الحرارية وخفض السكر لدى المريض البديم. مؤشر الكتلة الجسمية (م ك ج) ≥ 28 ، مع تصفية لكرياتينين > 60 مل/دقيقة؛ تعطى جرعة 0.85 إلى 1.7 غ/لوم.

B. العلاج بغير الأدوية

1. جرد العلاجات المفضلة

a. وصف التغذية:

القاعدة الأساسية: نظام ناقص السرعات يأخذ بعين الاعتبار ما توصل إليه التحقيق مع المريض ومجهوده العضلي وحجم فقدان الوزن. ويمكن هذه الأخير من تقليص مقاومة الانسولين وبالتالي من تقليص ارتفاع نسبة السكر.

يجب إذن:

- الإقلاع عن استهلاك السكر المكرر
- تقليص استهلاك المواد الدهنية
- تفضيل اللحوم البيضاء (الدواجن، الأرانب) والأسماك
- النصح باستهلاك الزيت النباتي (عباد الشمس، زيت الزيتون)
- تمط الطهي (شي، بالبخار)
- المصحح بالإقلاع عن التدخين
- b. التمارين الرياضية: المشي، البستنة، السباحة
- يجب ن يكون تدريجيا وطويل المدة
- يمكن من الحصول على توازن سكري جيد
- يؤثر على مقاومة الأنسولين من خلال تحسين حساسية الأنسجة المحيطة

- يشجع نمو الحركة المباشرة للعضلات
- يقلص البدانة ويحسن وضعية الدهون
- يحسن المعطيات الضغطية لدى المريض المصاب بارتفاع الضغط
- يؤدي إلى أداء أفضل للقلب والأوعية.

C. التقيد بنظافة الجسد وخاصة القدمين

2. انتقاء الدواء المختار

يشكل النظام الغذائي والنشاط الرياضي والنظافة أساس العلاج. فمن الصعب أحياناً وضع وتنفيذ علاج مختار لأن ذلك يتطلب تغيير سلوك وهو أمر عزيز خاصة لدى المرضى فوق الذين تجاوزوا سن الأربعين. يجب دائماً انتظار 3 أشهر على الأقل للتوصل إلى فشل العلاج المختار ومن ثم التفكير في علاج دوائي.

معلومات، تعليمات وتحذيرات

- إخبار المريض عن السكري غير المعتمد على الأنسولين DNID، عن مرضيته، عن تطوره؛
- التركيز على هدف العلاج؛
- التركيز على كون العلاج يعتمد أولاً على النظام الغذائي وممارسة الرياضة؛
- التركيز على ضرورة انتظام الوجبات (لا تقوت واحدة منها)؛
- الإخبار بضرورة اقتناء دفتر غذائي لمدة 8 أيام على الأقل من أجل تقويم جودة التكفل؛
- التركيز على أهمية انتظام التمارين الرياضية للحصول على نتائج (نشاط لمدة 20-30 دقيقة، 3 مرات في الأسبوع على الأقل) مع تفضيل جهد مستمر كالسير؛
- تهديب المريض ليكتشف بنفسه أعراض انخفاض نسبة السكر؛
- إخبار المريض بإمكانية تفاعلات مضادات السكري عن طريق الفم مع أدوية أخرى: السلفوناميدات المضادة للجراثيم، مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية (AINS)، مضادات التخثر، بيتا موانع، ...

رقابة العلاج

- العلاج يدوم مدى الحياة في الغالب؛
- الرقابة
 - * بالرقابة الذاتية: السكر في الشعيرات الدموية
 - * أو الهيموجلوبين السكري وفركتوزامين (عند الإمكان)؛
 - رقابة دموية للأعراض الجانبية للغليبيكلاميد؛
 - رقابة كلوية؛
 - وزن بانتظام.

اتخاذ الإجراءات اللازمة انطلاقاً من النتائج الحاصلة:

- عند عودة نسبة السكر في الدم إلى المعتاد، وعودة منحنى الوزن، استقرار التعقيدات المحتملة: مواصلة النظام الغذائي، النشاط الرياضي والعلاج الدوائي؛
- إن حصل تحسس أو عرض جانبي مزعج من أي نوع: يعوض السلفوناميد بالبيغوانيد؛
- إن استمر ارتفاع السكر في الدم: ليس من المفيد الجمع بين اثنين من السلفوناميدات؛
- في حالة فشل المحاولات يرفع المريض إلى الطبيب المتخصص.

الفصل العاشر الأمراض البولية - الكلوية

1. التهاب كبيبات الكلى الحاد (GNA)

تعريف

التهاب الكبد والكلية الحاد (GNA) مرض التهابي في مستوى الكبد يأتي غالبا بعد الإصابة بالمكورات السبحية (1 إلى 5 أسابيع) وغالبا ما تكون الإصابة البدئية هي التهاب اللوزات أو إنتان جلدي يصيب الأطفال غالبا بعد 3 سنوات من العمر وصغار البالغين (الشباب)

عناصر التشخيص

1. التاريخ

- السن متغير: يصيب GNA غالبا الأطفال وصغار البالغين؛
- بداية ظهور الأعراض المرضية موجه في الغالب: آلام الظهر، حمى 39 دم؛
- غادر أحيانا: وذمات مفاجئة؛
- البحث خلال المساءلة:
- عن مفهوم إصابة بالمكورات العقدية: التهاب الحلق، والحمى القرمزية، التهاب الأذن الوسطى والتهاب الجيوب الأنفية، إصابات قصبية رئوية أو جلدية، التهاب المفاصل الروماتويدي الحاد؛
- عن مفهوم فاصل حر بين الحلقة المعدية وبداية ظهور العلامات (7 إلى 15 يوما).

2. معطيات الفحص السريري

- المتلازمة الكلوية مكون من:
 - بيلة دموية: بول رمادي، احمر؛
 - بروتينية < 3غ/24 ساعة؛

- احتباس السوائل والملح
 - وذمة بيضاء لينة؛ غير مؤلمة تبدأ من الوجه (الجفون) ثم اليدين ثم الكعبين؛
 - ضغط الدم يمكن ان يؤول إلى اعتلال دماغي بسبب فرط الضغط وخطر حدوث قصور قلب بل وذمة رئوية حادة؛
- قصور كلوي حاد ذو منحي وظيفي عادة.

التصرف العلاجي

الحجز الطبي تلقائي من اجل راحة مطلقة للمريض.

A. العلاج بالأدوية

1. جرد الأدوية المفيدة

- مضادات حيوية: بنزاتين بنزيليبيسيلين؛
- مدرات التبول: فوروسيميد

2. انتقاء الدواء المختار

- بنزاتين بنزيليبيسيلين: حقنة واحدة: 600.000 ود لدى الأطفال؛ 1.200.000 لدى البالغين.
- العلاج الوقائي المنهجي من تجدد الإصابة بالمكورات العقدية له ما يبرره على الأقل إلى حين اختفاء البيلة البروتينية و الدموية المجهرية (600.000 ود لدى الأطفال دون سن السادسة و 1.200.000 ود لدى البالغين وكبار الأطفال كل 15 يوماً).
- فوروسيميد عن طريق الفم: الأطفال: 1 إلى 2 مغرام/كغ/يوم؛
- البالغين: 40 إلى 80 مع/يوم.
- العلاج العرضي للوذمات وارتفاع الضغط الشرياني.

B. العلاج بغير الأدوية

- يتابع حتى ذوبان الوذمات
- الراحة المطلقة في الفراش
- تقليص الأملاح (نظام خال من الملح) الصارم؛
- تقليص السوائل: الأطفال: 400 إلى 600 مل/يوم؛ البالغون: < 1000 مل/يوم

معلومات، تعليمات وتحذيرات

- إخبار المريض أو ذويه عن المرض وضرورة علاجه؛
- التركيز على أهمية علاج أي حادث مرضي؛
- الحث على ضرورة الراحة في الفراش خلال العلاج وتحاشي أي تبريد؛

تحذير:

- البحث عن بروتينية منهجيا بعد كل خناق. كل بروتينية وبيلة دموية يتم اكتشافها بعد خناق أو عدوى يمكن أن تدل على التهاب كبيبات الكلى المزمن أو تحت الحاد. مراقبة العلاج. تتم بفضل متابعة الوزمة (منحنى الوزن)، إدرار البول، النسبة اليومية للبروتينية، البيلة الدموية المجهرية، أخذ الضغط الشرياني طيلة فترة الحجز الطبي. بعد ذلك تمتد المتابعة الطبية لمدة سنتين.
- **في اليوم 10-15 من بداية الحجز الطبي:**
إذا كان التطور إيجابيا (تراجع الوزمات والبروتينية والضغط الشرياني): يوقف الفوروسيميد لكن يواصل تقليص السوائل والملح لدى البالغين لمدة شهر. نظام غذائي عادي لدى الأطفال ثم المراجعة بعد شهر؛
إذا كان التطور سلبيا (علامات المرض مستمرة): يتابع الفيروسيמיד وتقييد السوائل والأملاح. في حالة استمرار ارتفاع الضغط يعالج (راجع الفصل 15 د ش).
- **بعد شهر**
إذا كان التطور إيجابيا: تنقص جرعات الأدوية تدريجيا تمهيدا لقطعها إلا أن العلاج بغير الدوية يجب مواصلته إلى أن تتراجع الأعراض المرضية. يراجع المريض بفواصل زمنية منتظمة لمدة سنتين؛
إذا كان التطور سلبيا رغم محاولة تعديل العلاج: استمرار علامات يرفع المريض إلى طبيب متخصص.

2. التهاب المثانة

تعريف:

إنتان بولي سفلي يحدث بسبب تكاثر هائل للبكتيريا في المثانة. الجرثوم الأكثر شيوعا هو Escherichia Coli يصيب شائع لدى النساء أكثر من الرجل (تحصل لدى الرجل بعد سن الخمسين). ثلاث مراحل تظهر عند المرأة:

- في بداية النشاط الجنسي؛
- خلال الحمل؛
- بعد إنقطاع الطمث

الأعراض والعلامات:

A. التاريخ

- البداية عنيفة في الغالب، مع الأعراض التالية:
- بولاكيوري؛
- حرقة التبول؛
- البول غائم؛
- بيلة دموية أحيانا؛
- لا توجد حمى؛
- مع ذلك يمكن أن يكون التهاب المثانة عرضيا كليا.

B. معطيات الفحص السريري

- الفحص السريري طبيعي؛
- التشخيص التأكيدي يحصل عن طريق الفحص الخلوي البكتريولوجي.

التصرف العلاجي

A. العلاج بالأدوية

1. جرد الأدوية المفيدة

- جميع العوامل المضادة للإنتان والتي تم التخلص منها في شكل نشط في البول يمكن استخدامها؛
- تريميثوبريم: تريميثوبريم + سلفاميثوكسازول؛
- نيتروفوران: نيتروفورانتوين؛
- الكينولون: حمض الناليديكسيك، (الجيل الأول) ثم سيبروفلوكساسين، أوفلوكساسين، بيفلوكساسين (الجيل الثاني).

2. انتقاء الدواء المختار

- تريميثوبريم + سلفاميثوكسازول. البالغون: تريميثوبريم + سلفاميثوكسازول قوي (160 + 800 مغ)؛
- العلاج التقليدي: 1 قرص/يوم لمدة 7 إلى 10 أيام
- التهاب المثانة الحاد غير المعقد لدى النساء: 3 أقراص عن طرق الفم في جرعة واحدة؛

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

- الأطفال: سائل عن طريق الفم: 6 مغ تريميثوبريم + 30 مغ سلفاميثوكسازول/كلغ/يوم في جرعتين لمدة 7 إلى 10 أيام؛
- إذا لم يحثل تحسن يحول إلى علاج الأتجاه الثاني: الكينولون + النيتروفوران.

B. العلاج بغير الأدوية (إجراءات مصاحبة)

- احتياطات النظافة العامة (نظافة العجان والمهبل)
- شراب ومحفزات بول غزيرة؛
- تبول دائم مع محاولة إفراغ المسانة نهائيا في كل مرة؛
- علاج كل إسهال أو إمساك؛
- علاج المسبب المحفز (أنظر المرضية)

معلومات، تعليمات وتحذيرات

- إخبار المريض أن التهاب المثانة مرض حميد وأنه معاود إذا لم تكن قواعد النظافة محترمة ولم يقض على المسبب إن عرف؛
- الحث على العلاج بغير الأدوية.

مراقبة العلاج

- التطور إيجابي غي أغلب الحالات ابتداء من اليوم الثالث. متابعة العلاج التقليدي في الأيام السبعة المتبقية؛
- إذا استمرت الأعراض بعد سبعة أيام من العلاج، يستبدل المضاد الحيوي اعتمادا على نتائج فحص الفابلية إن توفر وإلا يرفع المريض إلى الطبيب المختص.

3. التحصي البولي (حصيات المجاري البولية)

تعريف

انسداد جزئي للمجاري البولية نتيجة لتشكل حصيات بها.

الأمراض السريرية:

- آلام قطنية أو خثلية حادة أو فوق حادة (قولنج كلوي)
- بيئة دموية مترافقة ام لا مع – رمال في البول مع أو بدون طرح لحصاة
- يفحص البول (إن أمكن) الرواسب البولية: كريات حمراء مع أو بدون كريات بيضاء
- وإذا حدث إنتان ثانوي أخذت اللوحة مظهر التهاب المثانة أو التهاب الحويضة والكلية.

العلاج

المعالجة العرضية

- - الإكثار من السوائل: > 3 ليتر في اليوم
- - ولتسكين الألم:
- في الحالات معتدلة الشدة: مضاد التشنج (عن طريق الفم)؛
- المغص: مضاد التشنج (فلوروغلوسينول، بوتيلهيوسين)
- Atropine (في العضلة) يجدد حسب التطور
- مخفضات الحرارة: ديكلوفيناك حقن
- - إن حصل إنتان: العلاج بالمضادات الحيوية (كما في التهاب المثانة) كوتريموكزازول عن طريق الفم وإن كان عدم ملاءمة اموكسيسيللين عن طريق الفم
- إن لم يحصل تحسن يحال المريض إلى المستشفى.

4. التهاب الحويضة والكلية

تعريف

إنتان بولي علوي مع إصابة البرانشيم الكلوي. يعود سببه في أغلب الأحيان إلى العصيات القولونية أي Coli Escherichia

الأعراض

- عند الرضع والأطفال الصغار: تعتبر العلامة الوحيدة هي ارتفاع في درجة الحرارة بشكل نوبات معزولة ودون أسباب ظاهرة.
- عند الأطفال الأكبر سنا والبالغين: تشاهد آلام قطنية مع علامات التهاب مثانة متشاركة مع ارتفاع حرارة (40).
- عند البالغين: ارتفاع حرارة مع عرواءات، آلام قطنية، حرقة بولية، غثيان، إقياء

العلاج

- خفض الحرارة.
- الإكثار من السوائل (3 إلى 4 لترات في اليوم).
- كوتريموكزazol عن طريق الفم لمدة 10 أيام، إن لم يوافق: اموكسيسيلين عن طريق الفم؛
- إذا كانت الحالة خطيرة أو كان كوتريموكزazol غير فعال (بعد 4 أيام من المعالجة) فكروا في إعطاء اموكسيسيلين (عن طريق الوريد): 100 ملغ/كغ/يوم مشاركة مع جانتاميسين عضليا 3 ملغ/كغ/يوم؛
- إذا لم يحصل تحسن ترفع الحالة إلى المستشفى.

5. التهاب البروستات

تعريف

- التهاب حاد يصيب البروستات.
- وأكثر الجراثيم شيوعا في هذه الإصابة هي العصيات سلبية الغرام.

الأعراض السريرية

- حرقة بولية، بيلات مؤلمة، حمى وآلام في العجان؛
- المس الشرجي مؤلم جدا
- الفحص المخبري (إذا أمكن): نشاهد بييلة قيحية عند زائد من الكريات البيضاء وأحيانا بييلة دموية.

العلاج

- المعالجة صعبة ويمكن المرور إلى الإزمان
- الإكثار من السوائل (> 3-4 ليترات في اليوم)
- كوتريموكزazol عن طريق الفم لمدة 15 يوما
- إذا لم يحدث الشفاء يعطى اكوطسيسيللين عن طريق الفم لمدة 10 أيام
- إذا لم يحدث تحسن يرفع إلى المستشفى.

الفصل الحادي عشر

أمراض متقلة عن طريق الجنس

1. مراحل معاينة الأمراض المنقولة جنسيا/ فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

A. استقبال المريض

- التحية والترحيب
- تقديم كرسي
- جعل المريض في وضعية مريحة
- ضمان السرية (الخصوصية)
- السؤال عن دافع المعاينة (سبب)
- شرح طريقة معاينة إم ج

B. طرح الأسئلة على المريض

- تعريف المريض: الاسم، اللقب، السن، الحالة الاجتماعية، المهنة، العنوان (بما في ذلك رقم الهاتف)
- فتح ملف
- جمع المعلومات: السلوك الجنسي، طريقة منع الحمل المستخدمة؛
- السؤال عن الأعراض، الرئيسية والعلامات المصاحبة: سيلان غير طبيعي، حكة، عسر بول، تمط ظهور الأعراض الأولى؛
- السؤال عن آخر اتصال جنسي، عن عدد الشركاء، عدد الزوجات (في حالة تعددهن)، العلاج السابق؛
- طرح أسئلة للإطلاع على معارف المريض السابقة حول إم ج (طريقة العدوى، الوقاية، التعقيدات)؛
- ولمعرفة سوابق المريض وسوابق شركائه؛

- تدوين جميع المعلومات في ملف المريض.

C. فحص المريض

a. لدى المرأة:

- القيام بفحص عام للجسم، وخاصة فحص الأعضاء التناسلية الخارجية؛
- القيام بالفحص للكشف عن أمراض نسائية؛
- البحث عن السيلان الفرجي - المهبلي، عن التهاب الأعضاء، عن جروح الحك؛
- عن اعتلال عقد لمفية.

الفحص بالمنظار:

- جروح مهبلية أو عنقية (تقرحات)
- سيلان عن طريق المهبل أو عنق الرحم
- إختبار مهبلي باليدين: آلام عند الفحص (حساسية الرحم والملحقات)، حركية وحجم الرحم، كتلة أو تورم الملحقات الحوضية؛
- البحث عن جروح المستقيم.

b. لدى الرجل:

- القيام بفحص عام للجسم، وخاصة فحص الأعضاء التناسلية؛
- القيام بفحص تناسلي
- التفطيش: عن السيلان، عن آثار الحك، ثوران، تقرحات تناسلية، التهاب؛
- تقريح؛
- جس؛
- تصلب الجروح، حساسية وحجم الخصيتين، تضخم العقد اللمفية الأربية؛
- آلام عند الفحص؛
- لمس المستقيم: جروح شرجية، تورم البروستات.

D. وضع التشخيص

- القيام بتجميع الأعراض التي توجه نحو الجرثوم المتسبب.

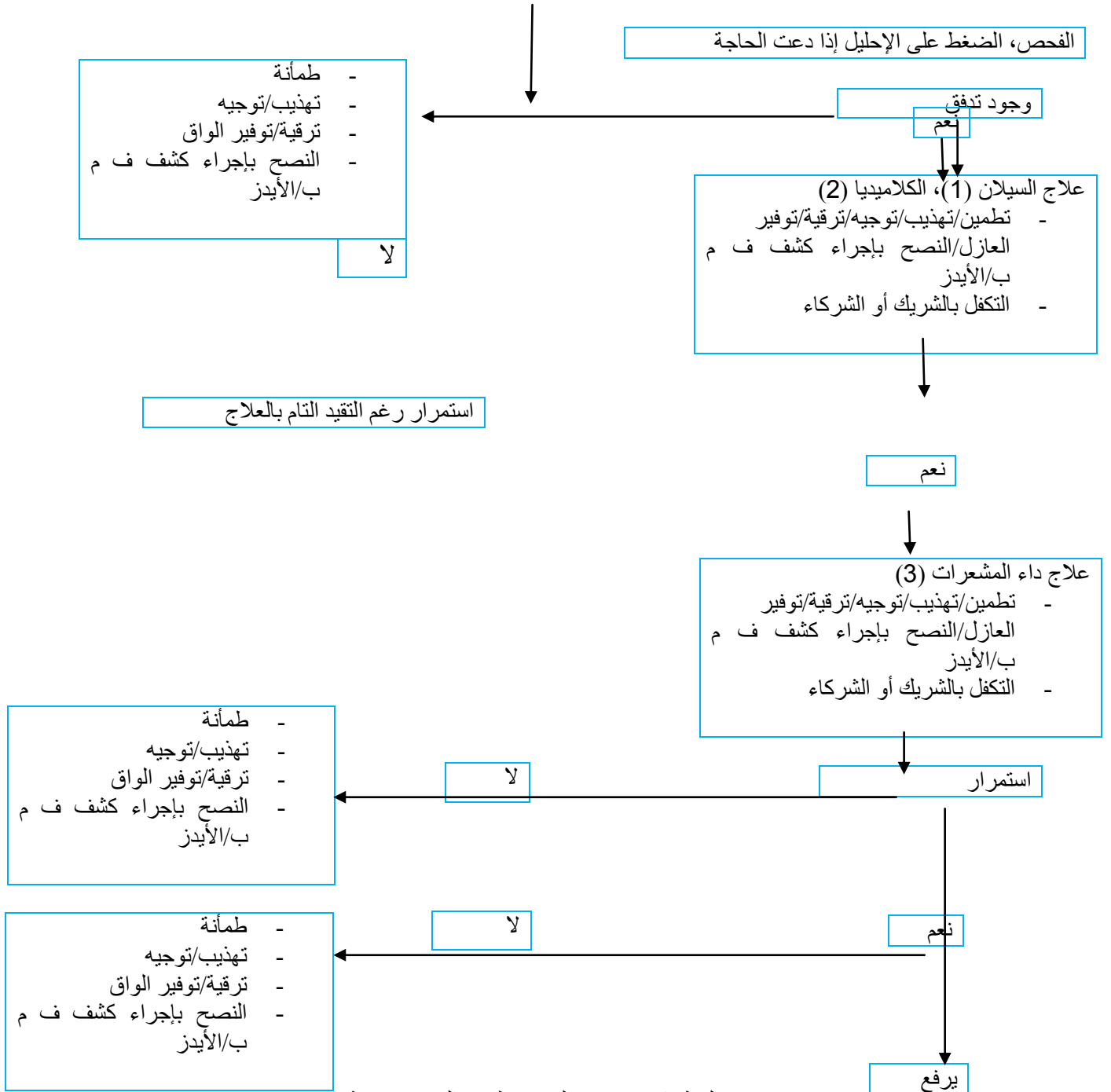
E. إرساء التصرف الملانم الواجب اتباعه

- وصف العلاج
- إسداء نصائح مفيدة للمريض
- الحث على:
 - ضرورة استعمال العازل
 - ضرورة مراجعة طبيب بالنسبة للشركاء
 - ضرورة إبلاغ المرضى بخطر احتمال العدوى بفيروس فقد المناعة البشري
- إطلاع المريض (ة) على النتائج؛
- تحديد موعد المتابعة أو التوجيه إلى مصلحة أخرى.

2. الجداول (خوارزميات)

الجدول 1: سيلان البول لدى الرجال

يشكو المريض سيلانا إكليليا ومن عسر البول أو من حرقاة بولية



(1) سيبروفلوطاسين 500 ملغ عن طريق الفم في جرعة

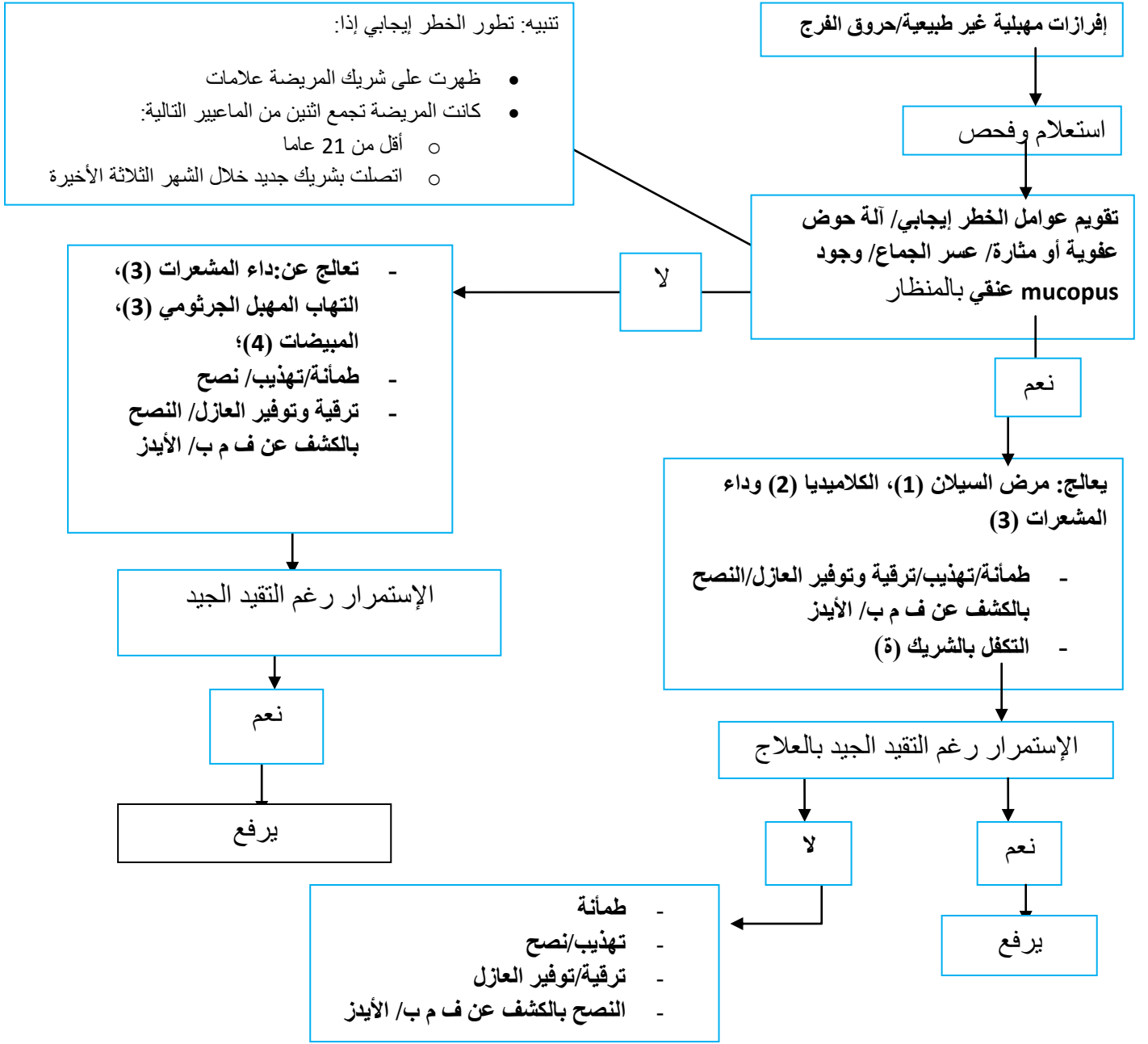
وحيدة (الخيار الأول)/ سيفلبيطين 400 ملغ

(2) ازيثروميسين 1 غرام عن طريق الفم في جرعة وحيدة (الخيار الأول) أو دوطسيسيكليين 100 ملغ: مرتين/يوم مدة 7 أيام.

في حالة التحسس أو علاج شريكة حبل/مرضع: اريثروميسين 500 ملغ 1 قرص 4مرات/اليوم لمدة 7 أيام.

(3) تينيدازول 500 ملغ: 4 أقراص في جرعة وحيدة أو ميترونيدازول 250 ملغ: 8 أقراص في جرعة وحيدة.

الجدول 2: إفرازات مهبلية



(1) سيبروفلوكساسين 500 ملغ عن طريق الفم في جرعة واحدة (الخيار الأول) لدى المرأة الحامل/المرضع والفتاة دون 15 سنة: سيفترياكزون 250 ملغ 1 حقنة في العضلة في جرعة واحدة أو سبيكتينووميسين 2 غرام في العضلة في جرعة واحدة.

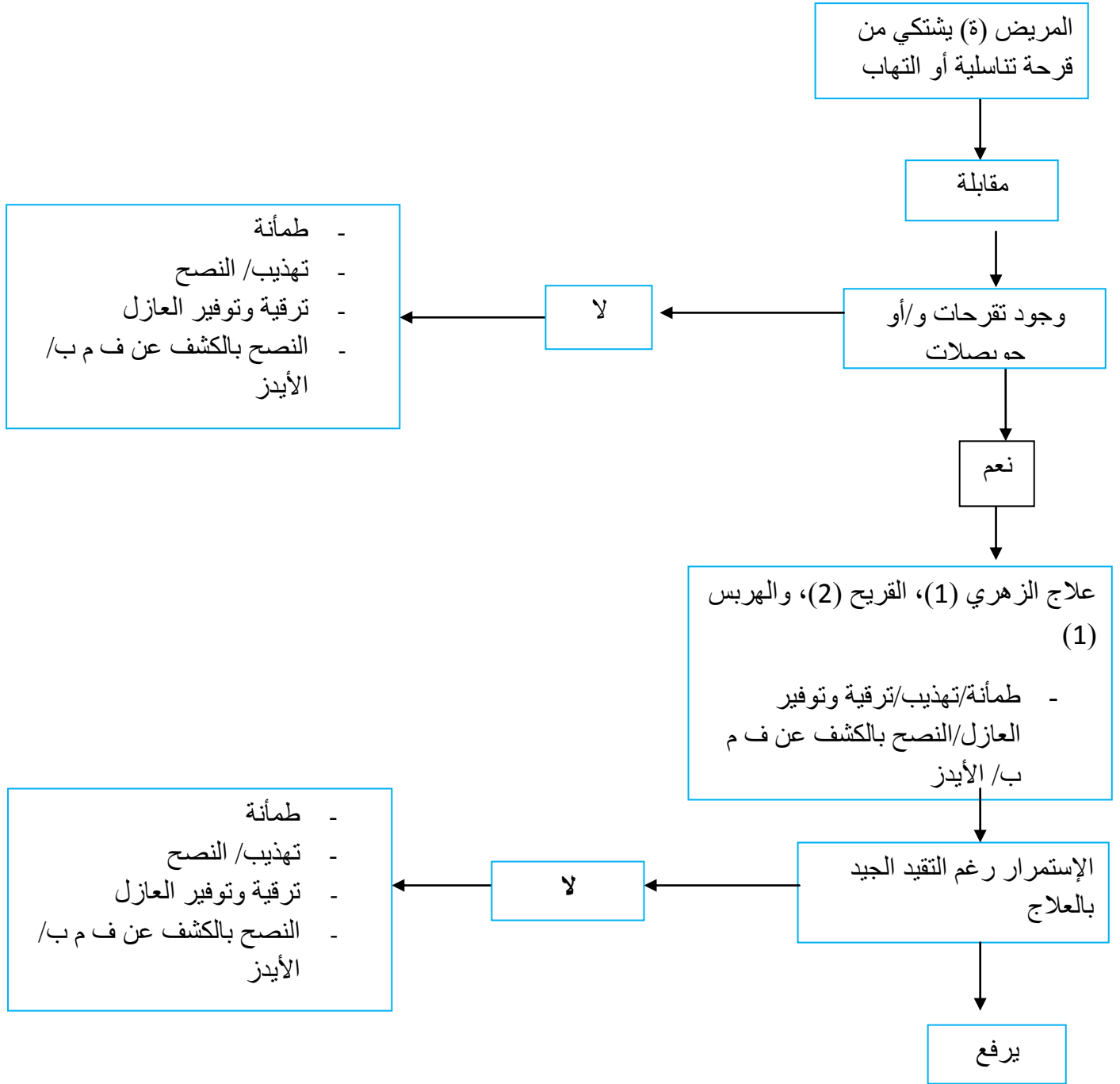
(2) ازيثروميسين 1 غرام عن طريق الفم في جرعة واحدة (خيار أول) أو دوكسيسيكليين 100 ملغ: مرتين لليوم لمدة 7 أيام (خيار ثان)

لدى الحامل والمرضع: أريثروميسين 500 ملغ: 1 قرص 4 مرات/يوم لمدة 7 أيام

(3) تينيدازول 500 ملغ: 4 أقراص في جرعة واحدة أو ميترونيدازول 250 ملغ: 8 أقراص في جرعة واحدة (غير موصى به في الفصل الأول من الحمل)

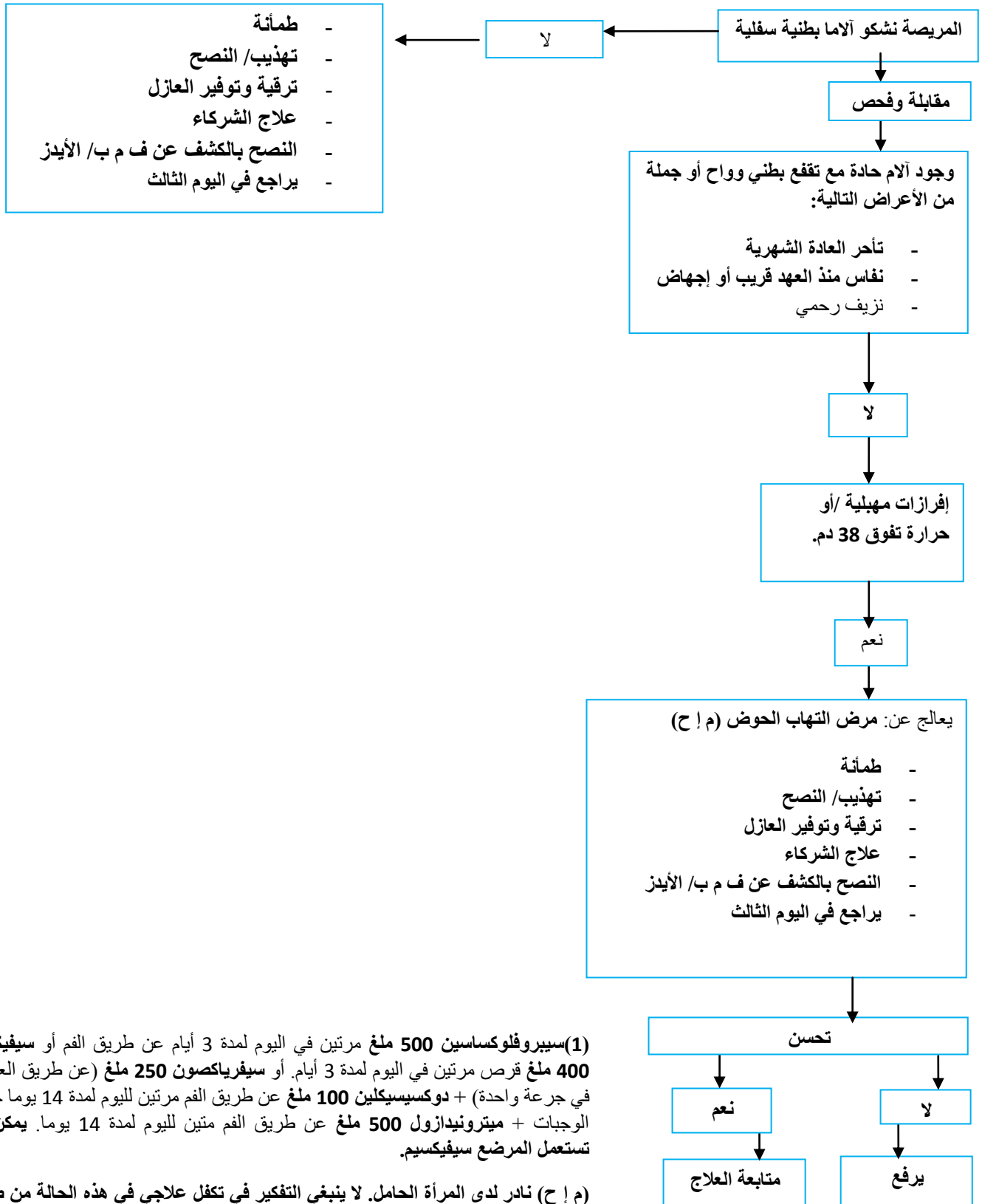
ميترونيدازول أقراص مهبلية مرة لليوم لمدة 7 أيام ومراجعة في الفصل الثاني من أجل العلاج عن طريق الفم

الجدول 3: قرحة تناسلية



(1) بنزيل بينيسيمين 2.4 و د: حقنة في العضلة جرعة واحدة (خيار أول). إن حدث تحسس من البينيسيلين: دوكسيسيكليين 100 ملغ: مرتين لليوم لمدة 14 يوما (خيار ثان)
في حالة التحسس لدى الحامل/المرضع: اريثروميسين 500 ملغ: قرص 4 مرات لليوم لمدة 7 أيام
(2) سيبروفوكساسين 500 ملغ: قرص مرتين في اليوم لمدة 3 أيام عن طريق الفم أو ازيثروميسين 1 غ عن طريق الفم - رعة وحيدة (خيار أول) أو
الحامل/ المرضع: ازيثروميسين 1 غ (عوضا عن سيبروفوكساسين) عن طريق الفم - رعة وحيدة أو اريثروميسين 500 ملغ: قرص 4 مرات لليوم لمدة 7 أيام.

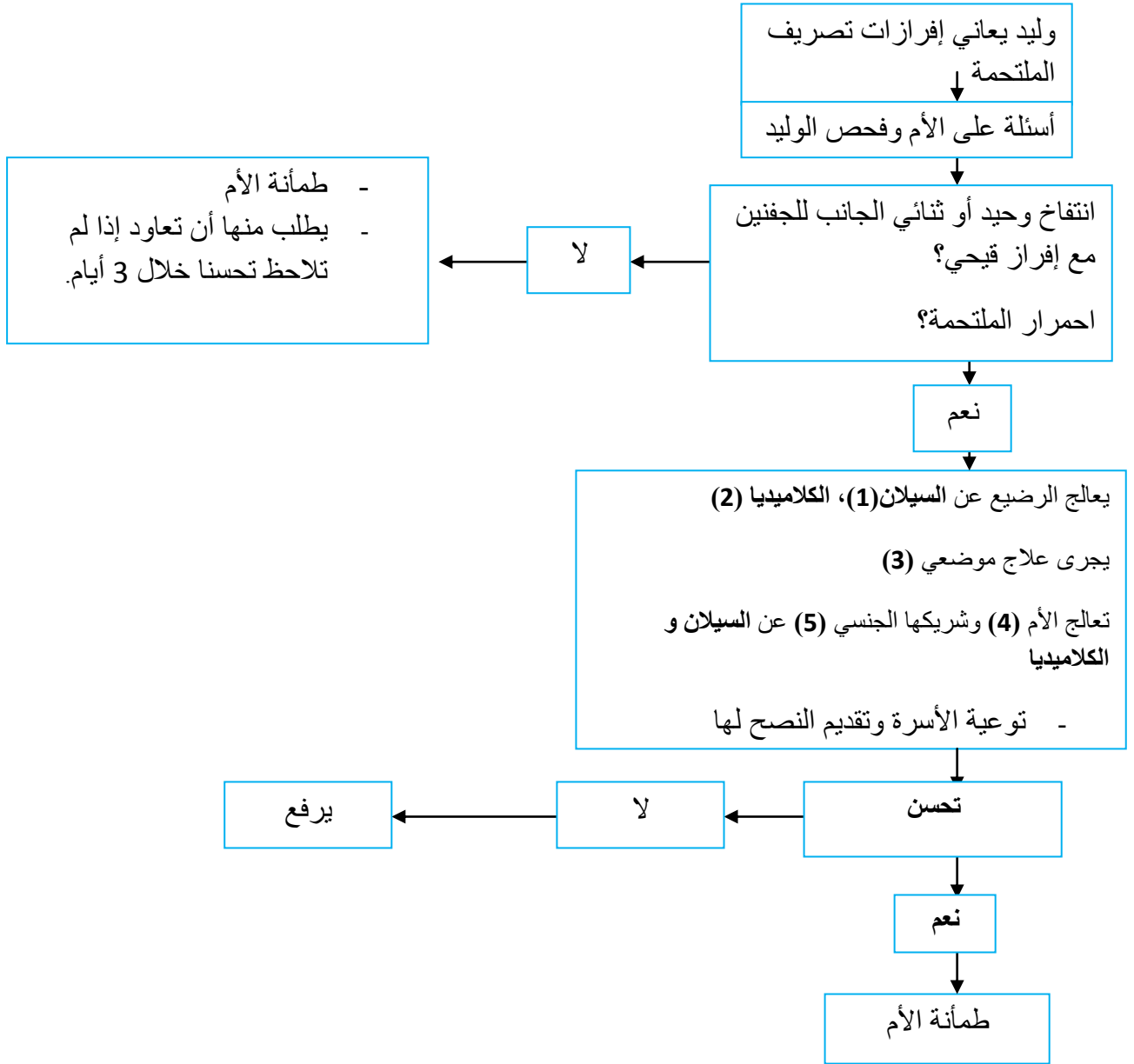
الجدول 4: آلام بطنية سفلية لدى المرأة



(1) سيبروفلوكساسين 500 ملغ مرتين في اليوم لمدة 3 أيام عن طريق الفم أو سيفيكسيم 400 ملغ قرص مرتين في اليوم لمدة 3 أيام. أو سيفرياكسون 250 ملغ (عن طريق العضلة في جرعة واحدة) + دوكسيسيكليين 100 ملغ عن طريق الفم مرتين لليوم لمدة 14 يوما خلال الوجبات + ميترونيدازول 500 ملغ عن طريق الفم مرتين لليوم لمدة 14 يوما. يمكن أن تستعمل المرضع سيفيكسيم.

(م إ ح) نادر لدى المرأة الحامل. لا ينبغي التفكير في تكفل علاجي في هذه الحالة من طرف

الجدول 5: التهاب الملتحمة الوليدي



- (1) كوفتريازون 50 ملغ في جرعة واحدة (لا يتجاوز الجرعة القصوى 125 ملغ)
- (2) اريثروميسين شراب 50 ملغ في الكلغ في اليوم عن طريق الفم موزعة على 4 جرعات لمدة 14 يوما
- (3) مرهم أو قطرات (لا تعطى قطرات من أصل قشراني)
- (4) سيفرياكثون 125 ملغ في العضلة جرعة واحدة أو سيفرياكسون 400 ملغ عن طريق الفم في جرعة واحدة؛ ازيثروميسين 1 غ عن طريق الفم في جرعة واحدة أو اريثروميسين 500 ملغ عن طريق الفم 4 مرات لليوم لمدة 7 أيام
- (5) سيبروفلوكساسين 500 ملغ في جرعة واحدة أو ازيثروميسين 1 غ عن طريق الفم في جرعة واحدة (سيبروفلوكساسين 500 ملغ في جرعة واحدة + دوكسيسيكلين 100 ملغ عن طريق الفم مرتين لليوم لمدة 7 أيام خلال الوجدات).

الفصل الثاني عشر

أمراض النساء والتوليد

1. الثر الأبيض

تعريف:

إفرازات مهبلية وافرة أو قليلة، غير ملونة، بيضاء أو معتمة. تنطبق العبارة على كل إفراز مهبلي عدا الدم. يجب تمييز الثرية المرضية عن الإفرازات العنقية الإعتيادية واضحة، لزجة، وفيرة في اليوم 14 من الدورة.

الأعراض السريرية

تتغير بتغير المسبب.

التهاب المهبل

إنتان مخاطية المهبل المنتقل جنسيا. الجراثيم المسببة الأكثر شيوعا هي:

1. التهاب الفرج و المهبل بداء المشعرات: سيلان إحليلي مهوى، منقول عن طريق الجنس، يزداد غزارة بعد الدورة الشهرية. يتم التشخيص عن طريق الفحص المباشر لعينة طازجة (إن أمكن)؛
2. التهاب الفرج و المهبل المبيضات: سيلان برائحة عف، حكة فرج قصوى قبل الدورة الشهرية؛
3. مرض السيلان الذي هو مرض تناسلي يسببه *Neisseria gonorrhoea*؛ يمكن أن يكون غير عرض لدى المرأة؛ يمكن أن يتعلق الأمر أحيانا سيلان رمادي، قيحي دون آلام. يتم التشخيص بالفحص المباشر؛
4. كلاميديوز: تتشابه أعراضها مع أعراض مرض السيلان وكثيرا ما يشتركان؛
5. *Gardenerellose* وتسمى أيضا التهاب المهبل غير المحدد. تظهر في شكل سيلان رمادي كريه الرائحة. لا توجد أعراض التهابية.

2. التهاب بطانة الرحم والتهاب الملحقات

تعريف - عموميات

إصابة بكتيرية في الرحم والملحقات يمكن أن تنتشر في كل الحوض (مرض التهاب الحوض) وعم طريق الدم (تسمم الدم).

العلامات السريرية

- حمى مرتفعة؛
- آلام بطنية؛
- ثرية ننتة؛
- نزيف الرحم؛

لمس المهبل

- الرحم كبيرة ومؤلمة؛
- علامات البريتوني عند ملامسة المهبل.

بالمنظار

- الصديد من فوهة عنق الرحم

العلاج (راجع الفصل المتعلق بالأمراض المنتقلة جنسيا)

التهاب المهبل

- في حدود المستطاع: أخذ عينة للفحص المجهري (داء المشعرات، المبيضات)، تلوين غرام (والسيلان)
 1. التهاب الفرج والمهبل بداء المشعرات
ميترونيديازول (عطف). جرعة وحيدة
الإشتراك مع مرض السيلان يتطلب علاجاً متزامناً.
 2. التهاب الفرج والمهبل بالمبيضات
 3. التنظيف بمحلول مطهر كلور هيكسيدين مخفف.

- يشرك معه نيساتين (أقراص مهبلية)
 4. مرض السيلان: انظر التهاب لإحليل (فصل أم ج)
 5. كلاميديا: انظر التهاب لإحليل و كلاميديا (فصل أم ج)
 6. غاردينيلوز (garderenellose)
ميترونيديازول (عطف)إذا كان الفحص البيولوجي غير ممكن: يعالج كالتهاب إحليل (راجع أم ج)
البحث عن الشريك الجنسي وتبقي نفس العلاج عليه.

التهاب البوق والتهاب بطانة الرحم

يرفع لقطاع الاستشفاء
أخذ عينة للفحص الجرثومي.

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

العلاج بالمضادات الحيوية. إذا تفاقمت العلامات الصفائية: تعدد المضادات الحيوية
الحجز في الوسط الجراحي عند الاقتضاء.

3. النزف الرحمي

تعريف - عموميات

النزف الرحمي دم يسيل خارج أوقات الدورة الشهرية ويأتي من الرحم.

لا يخلط بينها وبين الحيض الوافر ذي المدة العادية، إذ يتعلق الأمر بغزارة الطمث أو نزيف الرحم المختلة وظيفيا عندما يشترك الإثنين. نزيف الرحم سبب شائع للمعاناة. يجب الانتباه له لأنه قد يشكل في بعض الأحيان حالة استعجالية حقيقية.

العلامات السريرية

لدى المرأة في سن الإنجاب، كل نزيف رحمي يجب أن يكون سببا للبحث عن حمل خارج الرحم قد يؤول في عدة أيام إلى حالة جراحية مستعجلة؟

1. نزيف الرحم خلال فترة الحمل:

- نزيف الرحم خلال الفصل الأول من الحمل:
 - تهديد بالإجهاض: دم أحمر، انكماش الرحم؛
 - الحمل خارج الرحم: دم بني، آلام في الحوض؛
 - خلدالعدارية؛
- دم احمر؛
- رحم أضخم من العادي.
- نزيف الرحم خلال الفصل الأخير:
 - المشيمة المنزاحة: دم أحمر؛
 - ورم دموي لرجعية المشيمة: حالة صدمة، رحم خشبي؛
 - تمزق الرحم: ألم إغمائي، الجنين في جدار
- نزيف الخلاص:
 - الوقاية لدى المرأة المعرضة (حمل توأم، تموه السلي، سوابق نزيف خلاص)، باستعمال ميثيليركوميترين (عطو أو عطف بطيئة) بعد خروج الوليد، أو آخر وليد في حالة التوائم.

2. نزيف الرحم خارج فترة الحمل:

- نزيف الرحم المتكرر، غير المنتظم، المسار بالاتصال الجنسي
 - التفكير في سرطان عنق الرحم: لا سيما لدى المرأة فوق سن الخامسة والثلاثين، الفحص بالمنظار، رفع الحالة؛
 - بلهارسيا عنق الرحم: بيبة دموية، منزل موبوء، البحث عن بيض في البول.
- نزيف رحم لا علاقة له بالاتصال الجنسي: التفكير في سرطان بطانة الرحم والمبيض. إحالة المصابة.

3. غزارة النزف الرحمي

- مع متلازمة المعدية الحية، ألم يختفي أوقات الراحة، توقف إفراز حليب الثدي
 - التهاب البوق: تطور تحت الحاد، علاج بالمضادات الحيوية في وسط استشفائي (راجع توقف إفراز حليب الثدي).

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

- لا وجود لمتلازمة المعديّة، ولا توقف إفراز حليب الثدي:
 - ورم عضلي ليفي وآخرون محسوس باللمس
 - بطانة الرحم : عسر الطمث، عسر الجماع
- دون علامات عدوى، فوق سن الأربعين
 - بداية سن اليأس: دورات قصيرة

التصرف اللازم

- إذا كان نزيف غزير مع صدمة: تمدد المريضة، وضع طريق وريدي واستعمال الجزيئات (ديكستران 70) وإلا ريغيير لاكتات. ترفع الحالة في أسرع وقت إلى المستشفى.
- ينبغي دائما الوقاية من أو علاج فقر الدم بالحديد + حمض الفوليك في الحالات غير المتعلقة بمستعجلة طبية أو جراحية.

4.نزف النصف الأول من الحمل

A. الإجهاضات

تعريف

هي توقف لا إرادي للحمل ينتهي بإخراج البويضة كاملة (أو الجنين) قبل الأسبوع الثامن والعشرين.

الأسباب

الإجهاضات المتكررة تستوجب رفع المعنية للمستشفى.

- أسباب مرتبطة بالبويضة
- أسباب مبيضية:
 - رحي عذارية
 - الكروموسومية
- أسباب موضعية:
 - عنقية: عدم استمساك عنق الرحم
 - فجوات عنق - برزخية
 - أسباب غدية صماء
 - أسباب إنتانية أو طفيلية:
 - ملاريا
 - تيفويد
 - زهري
 - أسباب عامة.

الأعراض السريرية:

a. التهديد بالإجهاض

- عنق الرحم مغلق تقلصات رحمية
- نزوف رحمية (إدماء بشيط بدم أحمر)
- آلام ختلية

b. الإجهاض الحتمي

- فقدان دم أحمر متغير الغزارة مخلوط بحطام البويضة
- تقلصات رحمية
- عنق الرحم مفتوح

المعالجة:

يجب التمييز بين التهديد بالإسقاط والإسقاط الحتمي.

- في حالة التهديد بالإسقاط:
 - راحة مطلقة

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

- مضاد تشنج: برومور بوثيلهيوسين أو فلوروغليسينول (عطف أو تحت الجلد أو في الوريد) قنينة أو اثنتين ويواصل عطف
- معالجة السبب.
- الإسقاط الحتمي:
- مراقبة الثاوبت (النبض، الضغط) أخذ وريد إذا كان ضروريا (ويعطى ديكستران 70 أو رينجير لاكلات)
- مراقبة قذف الجنين والخلاص
- الشفط اليدوي من داخل الرحم
- تجريف مع المراعاة الصارمة لشروط الطهارة.
- ثم إعطاء ازكسيتوسين
- AMOXYCILLINE (عطف) إذا أمكن أو البنسيلين بروكاين (عضليا).
- التوجيه إلى التنظيم الأسري من أجل تباعد الولادات.

B. الحمل خارج الرحم

تعريف- عموميات:

هو تعشيش البويضة خارج تجويف الرحم، ويهدد حياة المصابة بحدوث نزف داخلي حاد.

الأعراض السريرية:

قبل حدوث اختلاطات:

- تأخر ظهور الطمث غالبا مخفيا بسبب حدوث نزوف رحمية
- نزوف رحمية سوداء قليلة المقدار
- آلام ختلية وحيدة الجانب ومتقطعة

بالفحص

- تجد رحما كبيرة الفحص لينة لا يتناسب مع عمر الجنين
 - الشعور بكتلة بحجم الجوزة مؤلمة بالجنس في أحد الرتوج الجانبية.
- وعند ذلك تجب إحالة المريضة.

الاختلاطات:

تشخص اعتمادا على:

- الألام الختلية التلقائية، الشديدة تصل لحد الإغماء
- شحوب معمم مع علامات فقر دم حاد (نبض سريع هبوط شديد في الضغط)
- آلام حادة محرضة باللمس المهلبي) في مستوى رتج دوغلاس (صيحة دوغلاس)

دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المراكز الصحية الموريتانية

تدبير الحالة (في المركز الصحي)

- أخذ وريد وتسريب (DEXTRAN 70) وفي حالة عدم توفره يعطى رينجر لاكتات
- إحالة المصابة بأسرع ما يمكن إلى مركز استشفاء.

C. الرحي العذارية

الحمل العنقودي أو الرحي العذارية هو استحالة كيسية للزغابات الكوربونية (المشيمية). يؤول إلى إجهاض.

الأعراض السريرية:

1. قبل الإسقاط:

هو حمل غير طبيعي ترافقه:

- نزوف عفوية، لا يمكن التنبؤ بها
- علامات انسمام
- إقياءات
- علامات كلوية
- إصابة كبدية مع حالة تحت يرقانية
- تدهور الحالة العامة

بالفحص نلاحظ:

- رحم أكبر من سن الحمل
- رحم أينة
- القطعة السفلية ممتلئة

وحتى الشهر الخامس غياب العلامات الدالة على وجود نين: لا توجد أطراف ولا رأس وحركات الجنين غائبة.

تدبير الحالة: الإحالة إلى المستعجلات

2. الإسقاط

يحدث عادة بين الشهر الثالث والخامس ويتميز بما يلي:

- يحدث ببطء
- يحدث بشكل تقطعي وغير تام
- وهو نازف بشدة

التدبير:

- أخذ وريد وتسريب محلول (DEXTRANE) وعند عدم توفره يعطى رينجر لاكتات.
- تحال المريضة إلى مركز استشفاء.

5. نزوف النصف الثاني من الحمل

تنزف نزوف أشهر الحمل الأخيرة عن ثلاثة أسباب رئيسية: ارتكاز المشيمية المعيب، تمزق الرحم وانفكاك المشيمة الباكر.

A. ارتكاز المشيمة المعيب:

تعريف:

يتميز بارتكاز المشيمة على القطعة السفلية

الأعراض السريرية:

علامة رئيسية: النزف العفوي المفاجئ غير المؤلم متفاوت المقدار مكون من دم احمر اللون. عند التصنت يمكن سماع دقات قلب الجنين. ويمكن عند إجراء اللمس الذي يجري بحذر شديد ملاحظة تمسك موضعي في القطعة السفلية "الحشية المشيمية".

تدبير الحالة:

أثناء الحمل:

- الراحة المطلقة في الفراش
- مضاد للتشنج - رقابة: ض ش، إدماء، BCF
- إذا لم يحدث تحسن تحال المريضة.

أثناء المخاض:

- إذا كان الارتكاز مركزيا: تحال المريضة
- إذا كان الارتكاز جانبيا: تمزيق الأغشية. ثم المراقبة لمدة 4 إلى 6 ساعات
- إذا لم يحدث تطور تحال المريضة مع تسريب الجزيئات وإعطاء مضادات حيوية.

B. ارتكاز المشيمة الباكر:

ويتشكل عادة ورم دموي مبكر بين المشيمة وجدار الرحم.

الأعراض السريرية:

- بداية مفاجئة
- آلام بطنية شديدة ومعننة
- نزف رحمي أسود وغالبا ما يكون أغزر مما هو مشاهد
- حالة صدمة
- عند الفحص: رحم كبيرة الحجم قاسية القوام

الإصغاء: غياب أصوات قلب الجنين
بالمس المهلبي: قساوة وتمدد القطعة السفلية.

تدبير الحالة:

تسهيل عملية الولادة إذا كان الجنين ميتا:

- تمزيق واسع للأغشية
 - مكافحة الألم وتشنج العنق: مضاد للتشنج داخل الوريد أو في العضلة (فلوروغليسبول، ميثيلهوسين) وباراسيتامول عطف
 - تسريب الجزيئات (محلول (DEXTRANE 70)
 - المراقبة: الثابت لدى الأم
- إذا بدأ المخاض يعطى OXYTOCINE تسريب عن طريق الوريد
إذا لم يبدأ المخاض: تحال المريضة إلى المستشفى
تجري القيصرية إذا كان الجنين حيا.

C. تمزق الرحم:

هو تمزق جدار الرحم

الأعراض السريرية:

علامات ما قبل التمزق تحقق لوحة فرط تمدد القطعة السفلية.

- رحم ذو جيبين
 - تقلص الرحم مؤمم دون فتور
 - تشوه شكل الرحم (حلقة بندل)
- باللمس: مجيء عالي وعنق متوخم
وفي غياب مداخلة جراحية يحدث التمزق وتظهر آلام شديدة ممزقة مع ظهور كمية قليلة من الدم على الفرج ودخول المصابة في حالة صدمة.

وبالجس نلاحظ وجود الجنين تحت جدار البطن وإلى جانبه نشعر بالرحم المنقبض.

التدبير:

- جزيئات كبيرة ك (DEXTRANE) أو رينجر لاكتات
- إحالة المريضة استعجاليا إلى المستشفى

D. ما قبل الإرجاج والإرجاج

تعريف وعموميات:

تناذر وعائي- كلوي (اعتلال وعائي كلوي، انسمامي حملي) تكثر الإصابة به عند الخروسات خلال الفصل الثالث من الحمل.

الأعراض السريرية:

ثلاث علامات مشتركة أو منفردة تمكن من تشخيص الانسمام الحملي في هذه المرحلة من الحمل:

- **ضغط $\geq 9/14$**
- **ألبومين البول + (بروتينية)**
- **وذمات رخوة غير مؤلمة يمكن التأكد منها بمراقبة الوزن،**

وتكمن خطورة الانسمام الحملي في تعريضه حياة الجنين والأم للخطر.

تأثير ما قبل الإرجاج على الأم: يتميز باشتداد علامات الانسمام وظهور صداع شديد ومشاهدة ما يشبه "الذباب الطائر" مع طنين بالأذنين. إن الألام البطنية بشكل حزام في مستوى الشرسوف تنذر بحدوث نوبة الإرجاج والتي تشبه نوبات الصرع يمكن لها أن تتكرر إلى أن تؤول إلى حالة إرجاج.

تأثير ما قبل الإرجاج على الجنين:

يكمن الخطر في تأثر نضج أو موت الجنين ضمن الرحم مع انفكك المشيمة.

المعالجة:

- الراحة ومراقبة الضغط، بروتين البول، الوزن، كمية البول وحجم الرحم.
- ميثيلدوبا أو هيدرالازين تبدأ بقرص واحد/ يوم وبالتدريج إلى أن تصل 4 أقراص/يوم إذا استدعى الأمر.
- كبريتات المغنيسيوم في حالة أزمة إرجاج: 4 كبسولات مخففة في كلوريد الصوديوم 0.9% تسرب خلال 15 أو 20 دقيقة + 1 غ/الساعة يتابع 24 ساعة بعد الوضع أو آخر أزمة أو ديازيبام 10 ملغ بالوريد مباشرة البطني تتبعها 40 ملغ عن طريق الوريد تسريبا متواصلًا خلال 24 ساعة.

المعالجة المسببة وهي إجراء الولادة

- إحالة المريضة للمستعجلات عند حدوث اختلاطات.

E. نزوف الخلاص

تعريف وعموميات:

هي نزوف مصدرها مكان ارتكاز المشيمة على جدار الرحم، تحدث أثناء الخلاص وفي 24 ساعة التي تلي الولادة.

الأعراض السريرية:

- نزف أو رشح دموي
- رحم كبيرة ولينة
- حالة صدمة- هياج

تدبير الحالة:

- مراقبة الثوابت: النبض، الضغط وكمية الدم المفقودة بعد الولادة وهي عادة أقل من 500 مل .

- إذا كان النزف شديدا أكثر من 500 مل: أخذ وريد، إعطاء محلول DEXTRAN70 أو رينجر لاكتات.

إجراء فحص دقيق للتأكد من:

- هل الخلاص تام أم لا؟
- مدى تقلص الرحم
- شقوق عجائية، مهبلية أو في العنق.

المعالجة:

- التأكد من انفراغ الرحم
- أوكسيتوسين (حقنا داخل الرحم أو بالوريد مباشرة)
- تقطيب أو خياطة الشقوق المؤدية للنزف
- تعويض الدم المفقود إن أمكن، إعطاء الحديد + حمض الفوليك.

الفصل الثالث عشر

الأمراض الروماتيزمية (الرثية)

1. روماتيزم المفاصل الحاد

تعريف

يتمثل في الإصابة الالتهابية أو الإنتانية التي تصيب مفصلا واحدا (وحيدة) أو عدة مفاصل (عديدة). تحدث حصريا بعد إنتان بلعومي سببه المكور العقدي β انحلالي من المجموعة أ. تكمن الخطورة في الأثر المؤذي المحتمل للسموم الجرثومية على صمامات القلب.

عناصر التشخيص:

A. التاريخ

- البحث عن فكرة خناق لم يتم علاجها
- البحث عن سوابق آلام مفصلية

B. معطيات الفحص

أهم التجليات السريرية هي:

1. الروماتويدي

حادة في شكلها النمطي، ومتحولة تترافق بعلامات لصيقة بالأمراض الحمية. لا ينجو أي مفصل من المسار الإلتهابي إلا أن المفاصل الكبيرة في الأطراف هي الأكثر عرضة.

2. إصابة القلب الحادة

إصابة القلب متغيرة جدا تبدأ من إصابة القلب الإلتهابية المعزولة لتنتهي بالإصابة المتفجرة القاتلة. يجب ألا يغيب عن الأذهان أن جل المرضى الحاملين لإصابة قلبية لا تبدو عليهم علامات. في أغلب الأحيان لا يتم تشخيص التهاب القلب الروماتيزمي إلا متأخرا دون ماض بارز لروماتيزم المفاصل الحاد (رمح).

3. العقيدات تحت الجلدية

هي في العادة تورمات غير مؤلمة وصغيرة الحجم، مجهولة في الغالب من طرف المرضى وتموقع في الأماكن التي يكون فيها العظام تحت الجلد مباشرة.

4. الرقاص (رقاص سيدنهام - Sydenham -، الرقاص القاصر، رقص سانت غي - Saint Guy) الرقاص تجل متأخر لروماتيزم المفاصل الحاد. تترجم إصابة الجهاز العصبي المركزي. تتميز بحركات عنيفة، لا إرادية وغير منتظمة، تترافق بوهن عضلي و تهيج عاطفي.

5. الحمى الهامشي

مميز لروماتيزم المفاصل الحاد. ثوران ندى، عابر، مهاجر. يحدث بسبب الحرارة أحيانا. لا يحدث حكة. غير متورم ويمحي بالضغط المختبر.

معايير جونيس (Jones): يتأكد التشخيص باشتراك معيارين أساسيين أو معيار تأساسي واحد ومعيارين ثانويين ودليل إصابة حديثة.

العيار الأساسية: التهاب القلب، التهاب المفاصل، رقاص، حمى هامشي، عقيدات تحت جلدية. المعايير الثانوية: سوابق روماتيزمية، آلام مفصلية، حمى، أعراض التهاب، فاصل P R طويل. دليل محور عقدي: زيادة مضادات الحالة العقدية O (ASLO)؛ زراعة موجبة في الحلق، حمى قمرية حديثة

التدبير

الحجز محمود خلال فترة هيجان المرض.

A. العلاج بالأدوية:

جرد الأدوية المفيدة

المضادات الحيوية: بنيسيلين: بنزاثين بنزليبينسيلين
فينوكسيميثيلبنيسيلين

الماكروليدات: أريثروميسين

مضادات الإلتهاب: مضادات الإلتهاب غير الستيرويدية: حمض الأسيتيلساليسيليك

مضادات الإلتهاب الستيرويدية: بريدنيسون

الإلتقاء	الاستئصال	المضاد الحيوي
600000 ود 1200000 ود كل 15 إلى 21 يوم	الوزن < 27 كلغ: 600000 ود الوزن > 27 كلغ: 1200000 ود حقنة وحيدة	بنزاثين بنزليبينسيلين
20-10 ملغ/كلغ/يوم في جرعتين لليوم	50 ملغ/كلغ/اليوم في 3 جرعات يومية لمدة 10 أيام	أريثروميسين (حالة تحسس من بنيسيلين)

- روماتيزم المفاصل الحاد بغير التهاب القلب: العلاج بالمضادات الحيوية الوقائية يدوم 5 سنوات.
- روماتيزم المفاصل الحاد مع التهاب القلب: العلاج بالمضادات الحيوية يدوم مدى الحياة
 - مضادات التهاب:
 - إن يكن التهاب القلب: بريدنيسون: 2ملغ/كغ/يوم (≤ 80 ملغ/) في جرعة واحد لليوم لمدة 3 أو 4 أسابيع، ثم تنقص المقادير تدريجيا على امتداد 6 إلى 8 أسابيع.
 - إن لم يكن التهاب القلب: حمض الأسيتيلساليسيليك: 70 إلى 100 ملغ/كغ/اليوم لدى الأطفال و6 إلى 8 غ/اليوم لدى البالغين في 4 جرعات لمدة 3 إلى 4 أسابيع ثم تنقص المقادير تدريجيا على امتداد 6 إلى 8 أسابيع.

B. العلاج بغير الأدوية:

- راحة بدنية كاملة؛
- نظافة الفم من خلال تفريش منتظم للاسنان
- علاج تسوس الأسنان
- نظام غذائي خال من الملح حالة العلاج ب بريدنيسون

معلومات، تعليمات، تحذيرات

- إخبار المريض وذويه عن المرض مع التركيز على خطورة احتمال التهاب القلب الروماتيزمي في حالة عدم الالتزام بالعلاج الدوائي وغير الدوائي؛
- الحث على العلاج الوقائي والزامية التقيد به؛
- لا ينبغي إهمال مساعدات العلاج ب بريدنيسون (الكالسيوم، شراب البوتاسيوم، نظام غذائي خال من الملح).

مراقبة العلاج

السريرية:

- فحص المفاصل المنتظم
- التسمع المتكرر لدقات القلب
- سرعة الترسيب

بعد تحسن المريض وتراجع العرض الإلتهابي، يخرج المريض من المستشفى ويعاين بعد 15 يوما ثم كل 3 أو 6 أشهر.

في حالة التهاب القلب يرفع المريض إلى أخصائي أمراض القلب.
في حالة الحمى أو تصرف/حركة غازية، يجب معاودة الإستشارة لوضع علاج بالمضادات الحيوية الوقائية.

2. التهاب المفاصل

تعريف وعموميات

إصابة التهابية أو انتانية لمفصل وحيدة المفصل) أو لعدة مفاصل (متعددة المفاصل).

التهاب المفاصل قيحي

العلامات السريرية

في البدء لا تلبث أن تصيب مفاصل أخرى في غياب المعالجة
علامات عامة تشير إلى الإنتان: حرارة مرتفعة، عرّاء، وذمة التهابية
بإجراء تعداد وصيغة الدم نجد ارتفاع الكريات البيضاء على حساب المعتدلات

الأسباب:

هي اختلاط عادة لإنتان قديم بالمكورات البنية، أو السبحيات أو العنقوديات التي لم تعالج أو عولجت معالجة ناقصة، لذا كان للاستجاب عن السوابق دورا رئيسيا في معرفة السبب.

المعالجة:

المعالجة سببية.

3. التهاب المفاصل التنكسي (هشاشة العظام)

تعريف - عموميات:

هي مجموع الإصابات العظمية المفصليّة من منشأ تنكسي غير التهابي والتي تصيب الغضاريف أو الألياف الغضروفية المفصليّة وقد تصيب مفصلا واحدا أو أكثر.

الأعراض السريرية:

الألم هو العرض الرئيسي وهو يحرص بالحركة ويختفي عند الراحة. وتأتي الإصابات على الوظيفة خفيفا. في البداية يسمع صوت فرقة عند تحريك المفصل المصابة ومن حين لآخر تحدث هجمة تشابه الإصابة الالتهابية الاحتقانية التي تبقى موضوعة دون حمى ودون تأثير الحالة العامة.

المعالجة:

إذا كان وزن المريض كبيرا يجب أن يخففه لتخفيف العبء على الركبة، الحرقفة والعمود الفقري حمض الأسيتيل ساليسيليك عن طريق الفم إذا كانت الهجمة حادة ولم تهدأ بحمض الأسيتيل ساليسيليك يستبدل بـ الإندوميتاسين عن طريق الفم.

4. إصابة العصب الوركي (عرق النسا)

تعريف:

عرق النسي تناذر مؤلم غالبا ما يكون سببه انقراص ناتج عن فتق النواة اللبية يصيب الجذر الخامس القطني أو الجذر العجزي الأول من العصب الوركي.

الأعراض السريرية:

- آلام مبرحة ازداد بالسعال، التبرز والعطاس. ألم وحيدة الجانب يتبع مساراً محدداً:
- فإذا كانت الإصابة في مستوى ق5 فإن الألم ينتشر من الإلية إلى الوجه الخلفي للفخذ ثم الوجه الوحشي للساق حتى المشط الأول (ظهر القدم)
 - إذا كانت الإصابة في مستوى ع1 فإن الألم ينتشر من الإلية إلى الوجه الخلفي للفخذ والساق ثم الكعب الوحشي حتى المشط الخامس (أخمص القدم). إن الضغط المحدث على الفراغ بين النواتئ الشوكية في مستوى الإصابة يثير ألماً شديداً.

المعالجة:

- الراحة والنوم على سطح قاس
- مضاد الالتهاب A.A.SALYCILIQUE عن طريق الفم
- إذا لم يحدث تحسن يعطى INDOMETHACINE عن طريق الفم.

الفصل الرابع عشر

الأمراض العصبية النفسية

1. الصرع

تعريف - عموميات:

مرض عصبي مزمن يتميز بتكرار نوبات تعرف بالنوبات الصرعية تمتاز بتظاهرات سريرية متباينة (اختلاجات جزئية أو معممة).

الأسباب:

وهي تختلف حسب العمر وحسب العلامات السريرية ونوع النوبات. فحسب العمر نميز أساسا ما يلي:

العمر	الأسباب الرئيسية
حديثي الولادة	نقص الأكسجين في فترة ما حول الولادة
الرضع	أمراض استقلابية - الورم الدموي تحت الجافية
الأطفال	الصرع الأساسي (تاريخ الظهور)
البالغين	مرض الصرع - الرضوض القحفية الدماغية

الأعراض السريرية:

نميز بين النوبات المعممة والنوبات الجزئية

أ. النوبات المعممة

1. الصرع الكبير: مظهره الأكثر شيوعا استيلاء منشط الارتجاجية

- تسبق النوبة أحيانا بصداع أو اضطراب المزاج

- بداية عنيفة: شحوب المريض صراخ ثم فقد الوعي. السقوط فجأة وغالبا ما يصاب الرأس من جراء ذلك السقوط.

• **تمر النوبة بثلاثة مراحل:**

- **مرحلة المقوية أو Tonique** تقلص عنيف يصيب جميع العضلات.
- **مرحلة الشخير Clonique**: تقلص مفاجئ شديد معمم يترافق بعض اللسان وعدم استمساك البول.
- **مرحلة الشخير Stertoreuse**: سبات هادئ مع تنفس مصبوت.

- العودة التدريجية إلى الطبيعي والمريض لا يتذكر أي شيء عن النوبة.

2. **الصرع الصغير**: يصيب الأطفال أساسا وأكثر أشكاله شيوعا هو "الغياب"

- توقف مفاجيء للنشاط والوعي لمدة ثوان دون سقوط المريض ودون حدوث اختلاجات.
- يوقف الطفل لعبه أو الحديث يشحب ويبقى ثابتا في مكانه هائم النظر لا يجب على الأسئلة.

ب. **النوبات الجزئية:**

وهي أقل شيوعا من النوبات المعممة. يمكن أن تكون حركية حسية أو حواسية.

المعالجة:

الدوائية:الصرع الكبير والصغير

- إذا تكررت النوبات:
يعطى فينوباربيتال Phenobarbital عن طريق الفم. لا يوقف فجأة خشية حدوث "الحالة الاختلاجية"

- إذا لم يحدث تحسن، يحال المريض إلى المستشفى

عند حدوث الحالة الصرعية (بالمركز الصحي):

- يوضع المريض بوضعية الاضجاع الجانبي وتحرر الطرق الهوائية العليا
- إمالة جية رينجر لاكتات تسريبا بالوريد
- Diazepam عن طريق العضل أو ببطء في الوريد
- إحالة المريض فور التمكن من ذلك.

الوقائية:

- حياة سليمة ومتوازنة باجتنااب الإفراط
- النوم بما فيه الكفاية

2. حالات الهمود

تعريف- عموميات:

على الرغم من تشابه اللوحات السريرية إلا أن مسببات حالات الهمود متعددة

الأسباب:

- الهمود ذو المنشأ الداخلي: يظهر لدى الأشخاص ذوي الشخصية الهمودية وهو مرض وراثي وأكثر اشكاله شيوعا هو الحالة الإكتئابية مع احتمال الإنتحار مرتفع.
- الهمود النفسي الإنعكاسي أو العصابي: يتميز بغياب دور الوراثة يبدو وكأنه وليدا لوضعية يعيشها المريض أو لمشكلة يعاني منها (صعوبات عاطفية, مشاكل مهنية, وفاة مقرب...) وهنا يتضاءل خطر الميل للإنتحار إلا أن المراقبة ضرورية.

الأمراض:

بداية تدريجية

- تعب
- فهم
- وهن
- الميول للعزلة
- أرق يتمثل في صحو المريض عدة مرات
- قلق خاصة في الليل

المعالجة :

يحال إلى المستشفى للمعالجة والمتابعة من طرف إخصائي.

راجع بروتوكول للتكفل ضمن البرنامج الوطني للطب النفسي.

3. حالات الهوس (الجنون)

تعريف – عموميات :

يعاني المريض من اضطراب عقلي يتميز بفرط تهيج وثرثرة مع كثرة الأفكار غير المنسجمة. التشخيص سهل في هذه الحالة ونميز العصاب الهلوسي الداخلي الوراثي والعصاب الهمودي الهلوسي.

الأسباب:

تحظى الكونة الوراثة هنا بدور أساسي.

الأعراض:

1. الهلوسة داخلية المنشأ الوراثية

- يكون المريض سعيداً، ورائق المزاج، واثقا من نفسه ويفتخر بقدراته وإمكاناته في تحقيق الأشياء.
- الأرق غالبا
- أحيانا هياج نفسي حركي.

2. العصاب الهمودي الهلوسي:

- يتميز بنتالي شبه نوبي لهجمات من الإكتئاب وأخرى من الهلوسة
- يمكن للنوبتان الإكتئابية والهلوسية أن تكونا متباعدتين
- تبدأ النوبة الأولى عادة في العقد الثالث أو الرابع من العمر

المعالجة:

الإحالة إلى المستشفى للمعالجة والمتابعة من طرف أخصائي. راجع بروتوكول للتكفل ضمن البرنامج الوطني للطب النفسي.

الفصل الخامس عشر

أمراض الأسنان

أمراض تتطلب عادة تدخل أخصائي إلا أنه يمكن للقائمين على البنية الصحية تقديم بعض العلاجات العرضية قبل رفع الحالة إلى الجهة المناسبة.

1. آلام الأسنان

تعريف- عموميات:

- عرض شائع يأخذ أشكالاً مختلفة حسب العامل المسبب الذي يمكن أن يكون:
- ألماً محدثاً بتناول أشياء باردة أو ساخنة، أحماض أو سكر يختفي بزوال المحرض كما في حالة تسوس الأسنان.
- ألماً عفويا متقطعا ومتشععا كما في **ألم الأسنان المعند (Rage de dent)**
- إما ألماً محدثاً بتناول الأشياء الباردة والساخنة، الحموض والسكر يبقى عدة دقائق بعد زوال المحرض كما في حالة **التهاب لب الأسنان.**
- ألماً عفويا مستمرا شديدا، يشتد بالحرارة ويقرع وضغط السن المصابة لا يهدأ بالمسكنات يترافق بشعور المريض "بطول السن" كما في **حالة التهاب الأربطة السنية.**
- ألماً يسبب التهاب ما حول السن ونشاهد احتقان (لثة محمرة، متوذمة، مؤلمة ونازفة أحيانا) أحيانا تقيح ما حول السن (آلام مبرحة مؤرقة متشممة إلى الأذن مع ضرز خفيف وعسرة بلع كما في **حادث الإندفاعات السنية.**
- ألماً واخزا مع تشعع في مختلف الاتجاهات مع أرق يزداد بحركة اللسان وبالبلع مشتركا مع تورم واضح الحدود كما **في الالتهاب الخلوي المتقيح.**

- ألم ذو شدة متفاوتة مترافق مع نزوف لثة عفوية أو محرّضة كما في إصابة اللثة بأسباب مختلفة (نقص فيتامين C).

أشكال وعلاج آلام الأسنان:

الشكل السريري	المعالجة الدوائية المحافظة	الاستئصال	المعالجة المهدنة	المعالجة بالمضادات الحيوية	مضادات الالتهاب
تسوس الأسنان	إن أمكنت		+ -		
ألم الأسنان المنتشر والتهاب لب الأسنان	إن أمكنت	فوري			
التهاب الأربطة السنية	إن أمكنت	فوري أو في اليوم 2 من المضادات الحيوية	باراستامول Paracetamol		
حادث اندفاع سني		في اليوم 2 من المضادات الحيوية إذا حدث إنتان		Amoxycilline	
التهاب خلوي متفح محدود		في اليوم الثاني من المضادات الحيوية	لا يعطى A.A.Salyciliqu e في حالة اللجوء للاستئصال		
اعتلالات اللثة	يعالج السبب			إذا حدث إنتان أو كان متوقع الحدوث	إذا حدث إنتان أو كان متوقع الحدوث

2. إنتانات الأسنان

تعريف - عموميات:

تتأخر يشير إلى اختلاط لب سن ويتظاهر بأشكال عديدة ومتطورة سواء فيما يتعلق بخطرتها أو بانعكاساتها على المعالجة. يمكن تمييز ثلاث مجموعات رئيسية منها:

إنتانات موضعية:

- التهاب الأربطة السنوية المتقيح: آلام حول سنوية شديدة ومستمرة مع إحساس ب " السن طاول"، تحرك السن ومصدر القيح السني من الأربطة أو داخل العظم.
- التهاب الأربطة السنوية المزمن وهي تعتبر لا عرضية خارج أوقات الهجمات الحادة (التشخيص بالأشعة فقط)، وجود الألم خفيف بالقرع.

إنتانات محصورة (تختلف مواقعها حسب السن المسببة)

- التهاب خلوي مصلي حاد: تورم متوسط الحجم مرن متحرك دون وجود علامة تموج.
- التهاب خلوي حاد قيحي: تورم مؤلم جدا ملتصق واضح الحدود متموج مع ارتفاع حرارة شحوب وهن ضرز واضح إلى حد ما.
- التهاب خلوي غريبي: مناسبة وفرقة بالجلس
- التهاب حكوي مزمن: يتطور بشكل هجمات حادة متتالية مع ظهور عقدة أو نتوء على الجلد غير منتظم قاسي غير مؤلم بنفسجي اللون.

الإنتانات المنتشرة أو المنشورة

- التهاب خلوي يعم كل المناطق الرقبية الوجهية مؤديا إلى نخر سريع ومنتشر في الأنسجة سببه التسمم الإنتاني وبإمكانه أن يؤدي لتجرثم دم.

وأمام كل الحالات التالية يجب التفكير في كون المصدر قد يكون سنيا: اعتلال دسامات القلب، ، اعتلال كلوي، إصابة هضمية (التهاب معدة، أمعاء، كولونات)، إصابة في الأذن، الأنف والحنجرة، رئة مفصلية حادة، بعض الإصابات الجلدية، حمى مستمرة بدون سبب ظاهر، أمراض العيون والأمراض العصبية.

أنواع ومعالجة إنتانات الأسنان:

مضادات الالتهاب	المضادات الحيوية	شق - تفجير	الاستئصال	المعالجة اللبية (طبيب أسنان)	
Indomethacine عن طريق الفم	Amoxycilline عن طريق الفم	لا	فوري	إذا أمكن	التهاب الأربطة الفيجي
		لا	فوري	إذا امكن	التهاب الأربطة المزمن
		بعد 24 من بدء المعالجة بالصادات	بعد 24 من بدء المعالجة بالصادات	إذا أمكن مع صادات	التهاب خلوي
	مشابه للالتهاب الخلوي المنتشر	بعد 24 من بدء المعالجة بالصادات والتنظيف بها	بعد 24 من بدء المعالجة بالصادات	لا	التهاب خلوي غريبي
أخذ وريدتسريب محلول جلوكوز 5% Amoxycillin وريديا المراقبة ++ وإذا استدعى الأمر يشرك Gentamycine عضليا ثم المتابعة بـ Ampicilline أو Amoxycilline عن طريق الفم فور التمكن من ذلك				لا	التهاب الخلوي المنتشر

الفصل السادس عشر

الأمراض الطبية الجراحية

1. الضمادات والجروح

تعريف - عموميات

الضماد مجموعة أفعال تضمن علاج الجروح. الجرح إنقطاع الإستمرارية الجلدية ذو منشأ جراحي أو رضي.

الأهداف

- الحماية:
 - الوقاية من أي عدوى عن طريق تلوث خارجي
 - الحماية ضد صدمات محتملة
- الدم:
 - تشجيع تجديد الأنسجة
- امتصاص:
 - استيعاب الجريان السطحي
- التطهير من الجراثيم
 - تدمير مسببات الأمراض
- كبس - ضغط
 - وقف نزيف
 - تنبيه: الضماد يغطي جراحا ويمكن - في ظروف سيئة (حرارة، رطوبة)- أن يشجع تكاثر كائنات دقيقة مسببة للأمراض.

المعدات اللازمة

- علبة أدوات معقمة:

- ملقط تشريح دون أسنان
- مخلب المشبك كوشر
- مقص

- صحن ضماد (نزيفا)
- طبل شاش معقم
- صينية الكلى (القول)
- قطن طبي لتطهير الصينية (الصحن)
- شريط لاصق
- زجاجة مدفقة تحوي مطهرات

تنبيه: لا يجوز خلط محلول اليود مع صابون يحوي مشتقات الزئبق.

القواعد العامة للتعقيم

- غسل اليدين جيدا: بعد كل ضماد وبعد نزع ربط الجرح أو الشريط اللاصق، عكس تضميد جديد؛
- تخصيص غرفة لهذه الغرض إن أمكن. يجب تنظيفها يوميا بعناية تامة. يجب تعقيم مناظف العلاج بعد كل مريض؛
- استخدام أدوات معقمة لكل تضميد جديد؛
- البدء دائما من الأنظف نحو الأقل نظافة.

اختيار واستعمال المطهرات والمعقمات

ملاحظات	الحفظ	التخفيف	المادة المستخدمة	دواعي الإستطباب
* لا يستعمل أبدا لجروح في الجمجمة أو الأذن * لا يستخدم ابدا مع الصابون	تجديد المحلول مرة في الأسبوع	*10 ملل لواحد لتر *2.5 ملل لواحد لتر استخدام ماء الشرب أو ماء مقطر ومغلى 5 دقائق ومفتر تنشط القارورة قبل كل تحضير	كلور هيكسيدين *محلول 5% *محلول 20%	- جروح مصابة - جروح ناضرة - غسل اليدين - تنظيف الجلد - تنظيف منطقة الوضع قبيل الولادة - تنظيف الأدوات المعقمة أصلا

الجزء الثاني: الدليل السريري والتوجيه العلاجي

ملاحظات	الحفظ	التخفيف	المادة المستخدمة	دواعي الإستطباب
لا يستخدم على وجوه الأفراد ذوي البشرة الفاتحة	تجديد المحلول مرة في الأسبوع	محلول مخفف ب 5غ/لتر (ملعقة لكل لتر) يهز عدة مرات، يترك قليلا، يقطر استخدام ماء الشرب أو ماء مقطر ومغلى 5 دقائق ومفتر. تشطف القارورة قبل كل تحضير	بنفسجي الجنتيان	- الداء الفطري الجهازى: (مثل: القلاع) - التهاب جلدي نضحي (الأكزيما، الحصف) - الحروق السطحية - جروح سطحية خفيفة
لا تستعمل الدلاء المعدنية لا يخلط مع مطهر تنظف المناطق الملوثة قبل وضع المحلول	يحضر وعا استعماله	جافيل 12 درجة (5% كلور) 50 ملل لكل لتر ماء	محلول الكلور	تطهير المباني، والأرضيات، والمصارف، والطاولات، والجداول.

2. الحروق

تعريف - عموميات

الحروق شائعة في موريتانيا. من أكبر أسبابها، خاصة لدى الأطفال، الأفران التقليدية غير المحمية. الحرق الذي تزيد مساحته انتشاره على 10 % من المساحة الجسدية يعتبر حرقا واسعا يعرض الحياة للخطر من خلال عدة آليات: صدمة ناجمة عن فقدان السوائل، الانتفاض، عدوى كبيرة، الخ.

التقدير

يقدر الحرق انطلاقا من موقعه وعمقه، وتتطلب كل مرحلة من تطوره تقويما جديدا.

المساحة

مساحة معبر عنها بالنسبة المئوية من مساحة الجسم حسب قاعدة 9:

المساحة	البالغين (%)	الوضع - صغار الأطفال (%)
الرأس كاملا	9	18
الطرف العلوي	9	9
الجانب الأمامي أو الخلفي للجذع	18 (2x9)	18
الطرف السفلي	18 (2x9)	14
عجان	1	1

كلما كان الطفل أصغر سنا كان الحرق أخطر.

العمق

عمق الحروق بالدرجات والعلامات السريرية

الدرجة الأولى	حمامي (التهاب جلدي) مؤلم باللمس
الدرجة الثانية سطحية	حمامي مع نفطة مؤلم باللمس
الدرجة الثانية عميقة	بشرة بيضاء جافة ولينة
الدرجة الثالثة	بشرة سوداء متورمة عديمة الحس

العلاج

علاج الأشكال غير الخطيرة

- التنظيف بمحلول الكلور هيكسيدين
- وضع بنفسجي جانتينان محلول مخفف
- لا تغطي

علاج صدمة ناجمة عن حرق

- حساب الحاجة من السوائل خلال الأربع والعشرين ساعة الأولى: وزن المريض x النسبة المئوية للمساحة المصابة x 2 = كمية السوائل بالميتر اللازم تسريبها. مثال: الوزن: 60 كغ، مساحة الحرق 20% $\leftarrow 2400 = 2 \times 20 \times 60$ مل؛

- يشكل رينغبر لاكتات 75 % من الأحجام المسربة والباقي من الجزيئات (ديكستران 70) أو نقل دم إن أمكن؛
- يجب أن يسرب نصف السوائل المقررة في الثاعات الثماني الأولى من الأربع وعشرين ساعة الأولى.

إجراء الضماد الأول

- تسكين: (باراسيتامول) وسكون (ديازيبام فل العضلة) عند الضرورة؛
- وقاية مضادة للكزاز حالة الإمكان؛
- تعقيم جراحي صارم: استعمال مجالات وخفازات و قصاصات معقمة؛
- تنظيف لطيف للمساحة المحروقة بمحلول متساوي التوتر (كلوريد الصوديوم 0,9 % أو لاكتات رينغير) أو بمحلول كلور هيكسيدين؛
- ختان حطام الجلد والنفط بالمبضع؛
- وضع شاش عادي معقم مع مرهم الفازلين. لا يستعمل الشاش دهني بالمضادات الحيوية ولا بالكورتكويدات ولا بمراهم المضادات الحيوية؛
- ضمادة غير مضغوطة؛
- **لا يوضع شاش دائري خاصة في مناطق تجاعيد الانتشاء،** ضمادات منفصلة لكل اصبع، تثبيت الأطراف في الوضعية الوظيفية؛
- ينبغي ألا يغطي الحرق إلا بطبقة واحدة من الشاش المعقم المغطى بالفازلين أو الامتناع عن تغطيته إطلاقاً بل يوضع المريض تحت ناموسية ضيقة الشبكة ومثبتة بإحكام؛
- نفس الاحتياطات التسكين والتعقيم،
- باستثناء الحالات التي يكون فيها الضماد ننتا ومتقيحا فإن الضماد الموالي لا يوضع قبل اليوم الخامس بل السابع. من الأجدر أن تفصل الضمادات التالية بخمسة أو ثمانية أيام؛
- رفع القشور السوداء التي تغطي عادة مناطق متقيحة وقطع الأجزاء المنخورة بالمبضع (اللفافة والعضلات وحتى الأوتار)
- في حالة إنتان ممتد تستعمل المضادات الحيوية العامة ولا تستخدم إطلاقاً المضادات الحيوية الموضعية: بينيسيلين بروكابين (PPF) في العضلة؛
- نفس الضماد كما في المرحلة الأولى؛
- انتظار الإلتئام الذي ينتج عنه ظهور نسيج وردي، فاتح وغير ناعم.

3. السع واللدغ السام

تعريف - عموميات

مجموعة الأعراض الناجمة عن تلقيح الإنسان بسم حيوان.

العلاج

كل لدغ أو تسمم مهما يكن الحيوان يسنوجب:

- التطهير الموضعي بالماء والصابون
 - مراقبة مسكرة من أجل كشف تعفن محتمل
 - وقاية بالمضادات الحيوية +++
 - لدغة العقرب، عضه العنكبوت
- تشكل دائما عرقلة للتطور الإيجابي إلا أن بعض عقارب موريتانيا (عقرب أسود موريتانيا) تتميز بالسمية.
- تطهير اللدغة بالماء والصابون ثم وضع بنفسج جانتيان
 - محاربة الألم بواسطة باراسيتامول عطف
 - في حالة الألم الحاد جدا، يمكن التفكير في ليدوكاين 1 % خال من الأدرينالين يسأل في محيض اللدغة.
 - يمكن دائما حدوث صدمة حساسية تعالج عرضيا.

● التسمم بالثعابين

- من المفيد فحص الثعبان المتسبب
- تقدير الخطورة التي تستدعي الحجز الطبي
- الأطفال، الشيوخ
- لدغة في الوجه، غي العنق أو مباشرة في وعاء دموي
- عضات متعددة
- حظر الخانق، الكي، المص، أي تصرف غير مفيد وضار
- وضع ضماد ضغطي، شريط مضغوط شينا ما على طول الطرف
- الأمصال المضادة للسم غالية الثمن وصعبة الحفظ، لا تخلو من خطر التحسس، يصعب التحكم فيها و مشكوك في فعاليتها
- مبادئ العلاج العرضي هي دائما نفسها انطلاقا من الملاحظة المتأنية لتطور المريض.

الأعراض والعلاج انطلاقاً من المدة الفاصلة بين لدغة الأفعى وبين إجراء فحص المريض:

العلاج	العلامات	الزمن الفاصل عن لدغة الثعبان
غسل العضة وقاية بمضادات الكزاز الراحة والهدوء	عضة ألم	5 دقائق
وقاية الصدمة، عن طريق الوريد ثم التسريب وقاية الكزاز إن أمكن رقابة	القلق شعور بالتخدر غثيان ضيق تنفس	15 دقيقة
	صدمة: انخفاض الضغط الشرياني	30 دقيقة إلى 3 ساعات
تثبيت داخل القصبة الهوائية والتهوية اليدوية	شلل يتطور لحد توقف التنفس	
نقل الدم طازج موافق لفصيلة المريض (الكشف عن ف م ب)	تناذر نزف خطر مع صدمة (انحلال الدم أو تجلط الدم كامن داخل الأوعية)	
PPF (أو ب) بروكين بينيسيلين، في العضلة ديكزاميتازون (في الوريد أو العضلة) 4 ملغ تجدد في حالة توسع الوذمة (2 إلى 4 مرات في اليوم في 24 ساعة ويتابع ثلاثة أيام متتالية على الأقل	وذمات، التهاب الموضع الملدوغ	
لا يوجد علاج، يصرف المريض ضمد يومي، تنضير موضعي، زرع إن أمكن البتر إن كان التوسع خطيراً جداً	لا يوجد عرض نخرية	أكثر من 3 ساعات

الجزء

III

اللائحة الوطنية
للأدوية الأساسية
حسب المستوى
(يوليو 2012)

شرف - إخاء - عدل

الجمهورية الإسلامية الموريتانية

وزارة الصحة

تأشيرة:

م ع ت ن ج ر

1699

مقرر رقم وص/2012 يقضي بتحديد اللائحة الوطنية للأدوية الأساسية حسب مستويات الهرم الصحي.

إن وزير الصحة بعد الاطلاع على:

- القاتون رقم: 2010/022 بتاريخ 10 فبراير 2010 المتعلق بالصيدلة،
- المرسوم رقم 2007/157 بتاريخ 06 سبتمبر 2007 المتعلق بمجلس الوزراء وبصلاحيات الوزير الأول والوزراء،
- المرسوم رقم 2011-090 بتاريخ 09 يونيو 2011 المحدد لصلاحيات وزير الصحة وتنظيم الإدارة المركزية لقطاعه.
- المرسوم رقم 026- 2011 بتاريخ 12 فبراير 2011 المتضمن تعيين بعض أعضاء الحكومة.

يقرر

المادة الأولى: تحدد اللائحة الوطنية للأدوية الأساسية المخصصة للاستعمال البشري في الجمهورية الإسلامية الموريتانية وفق ما هو مبين في المرفق.

المادة 2: تراجع اللائحة المذكورة كل سنتين.

المادة 3: تقابل كل مستوى من الهرم لائحة محددة:

- مراكز الإستطباب التي حولت إلى مؤسسات عمومية،
- المستشفى الجهوي (م.ج)،
- المركز الصحي (م.ص)،
- النقطة الصحية (ن.ص).

المادة 4: تلغى كافة الترتيبات المغايرة و المخالفة لهذا المقرر، وخاصة المقرر رقم 1015 بتاريخ 31 مارس 2008 القاضي بتحديد اللائحة الوطنية للأدوية الأساسية حسب مستويات الهرم الصحي.

المادة 5: يكلف الأمين العام لوزارة الصحة بتطبيق هذا المقرر الذي سينشر في الجريدة الرسمية للجمهورية الإسلامية الموريتانية.

حرر في نواكشوط بتاريخ: 09 Avril 2012

با حسينو حمادي

التوزيع:

- 2. و.ع.ح/.....
- 10. و.ص. /.....
- 2. م.ع.ت.ج /.....
- 2. ج.ر. /.....
- 2. الأرشيف /.....

الجمهورية الإسلامية الموريتانية
وزارة الصحة
إدارة الصيدلة والمخابر
اللائحة الوطنية للأدوية حسب المستوى
يوليو 2012

1. مضادات الإلتان
1.1. المضادات الجرثومية

مستشفى جهوي ومركز استطب	مستشفى جهوي	مركز صحة	نقطة صحة	المستوى القروي	الشكل	الجرعة	التصنيع التوزيع التسويق	DCI
+	+	+		+	gél.	500 mg	أموكسيسيلسن	Amoxicilline
			+					
+	+	+	+	+	Susp.Buv	250 mg/5 ml	أموكسيسيلسن	Amoxicilline
+	+	+	+		Cp	500/125mg	أموكسيسيلسن + أك كلافولانيك	Amoxicilline + Ac. Clavulanique
+	+	+			Inj.	1g/200mg	أموكسيسيلسن + أك كلافولانيك	Amoxicilline + Ac. Clavulanique
+	+	+	+		Sp		أموكسيسيلسن + أك كلافولانيك	Amoxicilline + Ac. Clavulanique
+	+	+	+	+	Inj.	1g	أمبيسيلين	Ampicilline
+	+	+	+	+	Inj.	500mg	أمبيسيلين	Ampicilline
+	+				Inj.		أميكاسين	Amikacine
+	+				Cp	250 mg	أزيثروميسين	Azithromycin
+	+				Susp.Buv	200mg/5ml/15ml	أزيثروميسين	Azithromycin
+	+	+	+	+	Inj	2,4 mui	بنزاتين بنزيل بينيسلين	Benzathine - benzylpénicilline
+	+	+	+	+	Inj	1,2 mui	بنزاتين بنزيل بينيسلين	Benzathine - benzylpénicilline
+	+	+			Inj	0,6 mui	بنزاتين بنزيل بينيسلين	Benzathine - benzylpénicilline
+	+	+	+	+	Inj	1 mui	بنزيل بينيسلين	Benzylpénicilline
+	+	+	+	+	Inj	1 mui	بنزيل بينيسلين + بروكاين	Benzylpénicilline + procaine
+	+	+			Inj	3 mui	بنزيل بينيسلين + بروكاين	Benzylpénicilline + procaine
+	+				Cp	200 mg	سيفسكسيم	Céfixime
+	+				Inj. IM,IV	500 mg	سيفوفاكسيم	Céfotaxime
+	+				Inj. IM,IV	1 g	سيفوفاكسيم	Céfotaxime

+	+				Inj.	1 g	سيفتازيديم	Ceftazidime
+	+				Inj.	500 mg	سيفترياكزون	Ceftriaxone
+	+				Inj.	1 g	سيفترياكزون	Ceftriaxone
+	+	+			Comp	250 mg	كلورانفينيكول	Chloramphènicol
+	+	+			Inj	1 g	كلورانفينيكول	Chloramphènicol
+	+	+			Comp	250 mg	سيبروفلو كساسين	Ciprofloxacin
+	+	+			Inj	200mg/100 ml	سيبروفلو كساسين	Ciprofloxacin
+	+	+	+	+	Gél.	500 mg	كلوكزاسيكلين	Cloxacillin
+	+	+	+	+		Sp	كلوكزاسيكلين	Cloxacillin
+	+	+	+		Comp	100 mg	دوكسيسايكلين	Doxycycline
+	+	+	+	+	Comp	500 mg	أريثروميسين	Erythromycine
+	+	+	+	+	Comp	250 mg	أريثروميسين	Erythromycine
+	+	+	+	+	Sachet	125	أريثروميسين	Erythromycine
+	+	+	+	+	Sachet	250	أريثروميسين	Erythromycine
+	+	+			Inj	10mg/ml	جانتاميسين	Gentamycine
+	+	+			Inj	40mg/ml	جانتاميسين	Gentamycine
+	+	+			Inj	80mg/ml	جانتاميسين	Gentamycine
+					Inj.		إيميبينيم	Imipeneme
+	+	+			Sp	125 mg	جوزاميسين	Josamycine
+	+	+			Sp	250 mg	جوزاميسين	Josamycine
+	+	+			Cp	500 mg	جوزاميسين	Josamycine
+	+	+			Cp	200 mg	أوفلوكزاسين	Ofloxacin
+	+	+			Inj	200 mg	أوفلوكزاسين	Ofloxacin
+	+	+	+	+	Comp	250 mg	فينوكزيميتيلبينيسيلين	Phénoxyméthylpénicilline
+	+	+	+	+	Comp	400 + 80 mg	سيلفاميتوكزazol + تريميتوبريم	Sulfaméthoxazole + Triméthoprime
+	+	+	+	+	Comp	800 +160 mg	سيلفاميتوكزazol + تريميتوبريم	Sulfaméthoxazole + Triméthoprime
+	+	+	+	+	Sus. buv	200 +40mg	سيلفاميتوكزazol + تريميتوبريم	Sulfaméthoxazole + Triméthoprime
+	+	+	+	+	gél	250 mg	تيتراسيكلين	Tétracycline
+	+	+			Cp	1,5 MUI	اسبيرميسين	Spiramycine
+	+	+			Cp	3 MUI	اسبيرميسين	Spiramycine
							تسكوبلامين	Teicoplanine

2. مضادات السل / مضادات الجذام

+	+	+	+	*	Gél	50 mg	كلوفازيمين	Clofazimine
+	+	+	+	*	Gél	100 mg	كلوفازيمين	Clofazimine
+	+	+				100 mg	دابسون	Dapsone
+	+	+			Comp	250 mg	ديادانوزين	Diadanosine
+	+	+	+	+	Comp	E400/H150	إ ه : إ ت ه ي ن ه	EH : ETH INH
+	+	+			Comp	400 mg	اتامبوتول	Ethambutol
+	+	+			Comp	400 mg	اتيوناميد	Ethionamide

+	+	+	+*	+*	Comp	H75/R150/Z400/E275	هرزي: ي ن ه ق ي ف ب ي ر ا ت ه	HRZE : INH RIF PYR ETH
+	+	+	+*	+*	Comp	75 mg	إزونيازيد	Isoniazide
+	+	+	+*	+*	Inj	1 g	كاناميسين	Kanamycine
+	+	+	+*	+*	Comp	400mg	بيرازيناميد	Pyrazinamide
+	+	+	+*	+*	Comp	R300/H150	ر ه	RH
+	+	+	+*	+*	Comp	R60/H30	ر ه	RH
+	+	+	+*	+*	Comp	R150/H75	ر ه: ر ي ف ي ن ه ب ي ر	RH : RIF INH
+	+	+	+*	+*	Comp	R60/H30/Z150	ر ه ز	RHZ :
+	+	+	+*	+*	Comp	R150/H5/Z400	ر ه ز: ر ي ف ي ن ه ب ي ر	RHZ : RIF INH PYR
+	+	+	+*	+*	Comp	150 mg	ريفامبيسين	Rifampicine
+	+	+			Comp	300 mg	ريفابوتين	Rifabutine
+	+	+	+*	+*	Inj	1 g	ستربتومييسين	Streptomycine

3.1. مضادات الطفيليات

1.3.1. مضادات الملاريا

+	+	+	+	+	Comprimé	20mg+120mg	ارتيميثير + لوميفانترين	Artémether + Luméfantine
+	+	+	+	+	Cp	25mg+67,5mg	ارتيزونات + امودياكين	Artésunate + amodiaquine
+	+	+	+	+	Cp	50mg+135mg	ارتيزونات + امودياكين	Artésunate + amodiaquine
+	+	+	+	+	Cp	100mg+270mg	ارتيزونات + امودياكين	Artésunate + amodiaquine
+	+	+	+	+	Sp		ارتيزونات + امودياكين	Artésunate + amodiaquine
+	+	+	+	+	Inj, amp/1, 2, 4ml	100mg/ml	كينين	Quinine
+	+	+	+	+	Injectable	300mg/2ml	كينين قاعدي	Quinine base
+	+	+	+	+	Injectable	600mg/2ml	كينين قاعدي	Quinine base
+	+	+	+	+	Injectable	200mg/2ml	كينين قاعدي	Quinine base
+	+	+	+	+	Comprimé	500mg/25mg	سولفدوكسين	Sulfadoxine + Pyriméthamine
	+				CP	7,5 MG	بريماكين	Primaquine
	+				CP	15 MG	بريماكين	Primaquine
+	+	+	+	+				TDR
+	+	+			CP		هيدروكسيكلوروكين - بياكينيل	Hydroxychloro quine - plaquenil (TTT de la polyarthrite rhumatoïde)

2.3.1. المضادات الأميبية - المشعرة

+	+	+	+	+	Comprimé	500mg	ميترونيدازول	Métronizadole
+	+	+	+	+	Comprimé	250mg	ميترونيدازول	Métronizadole

+	+	+			Cp gynéc.	500mg	ميترونيدازول	Métronizadole
+	+	+	+	+	Susp buv	125mg/5ml	ميترونيدازول	Métronizadole
+	+	+			Perf	500mg/100ml	ميترونيدازول	Métronizadole
+	+	+			Cp	500mg	تينيدازول	Tinidazole

4.1. مضادات الفطريات

+	+	+			Gél	250mg	انفوتيريسين ب	Amphotéricine B
+	+	+			Injectable	50mg/10ml Flacon	انفوتيريسين ب	Amphotéricine B
+	+	+			Susp. Buv	100mg/ml	انفوتيريسين ب	Amphotéricine B
+	+	+	+		Cp. gynécolog	100mg	كلوتريمزول	Clotrimazole
+	+	+	+		Cp. gynécolog	500mg	كلوتريمزول	Clotrimazole
+	+	+	+		Crème Gynécolog	1%	كلوتريمزول	Clotrimazole
+	+	+			Cps	50mg	فلوكونازول	Fluconazole
+	+	+			Inj	100mg	فلوكونازول	Fluconazole
+	+	+			Cp	100mg	فلوكونازول	Fluconazole
+	+	+			Cp	200mg	فلوكونازول	Fluconazole
+	+	+			CP	150mg	فلوكونازول	Fluconazole
+	+	+	+	+	Cp	250mg	غريزيوفولفين	Griséofulvine
+	+	+	+	+	Cp	500mg	غريزيوفولفين	Griséofulvine
+	+	+			Cp	500.000 UI	نيستاتين	Nystatine
+	+	+	+	+	Cp gynéc.	100.000 UI	نيستاتين	Nystatine
+	+	+	+	+	Susp buv	100.000 UI	نيستاتين	Nystatine
+	+	+	+	+	Crème		نيستاتين	Nystatine
+	+	+			CP		تيربينافين	Terbinafine
+	+	+			Crème		تيربينافين	Terbinafine

5.1. طوارد الديدان

1.5.1. مضادات الديدان المعوية

+	+	+	+	+	Cp	400mg	الباندازول	Albendazole
+	+	+	+	+	Susp	400mg	الباندازول	Albendazole
+	+	+	+	+	Comp	100mg	الباندازول	Albendazole
+	+	+	+	+	Comp	500mg	الباندازول	Albendazole
+	+	+	+	+	Susp buv	100mg/5ml	الباندازول	Albendazole
+	+	+	+		Cp	500mg	نيكوساميد	Niclosamide

2.5.1. مضادات البلهارسيا

+	+	+	+	+	Cp	600mg	برازيكانتيل	Praziquantel
---	---	---	---	---	----	-------	-------------	--------------

6.1. المضادات الفيروسية

+					Inj	250mg	اسيكلوفير	Aciclovir
+					Cp	200mg	اسيكلوفير	Aciclovir
+	+	+			Pde	3%	اسيكلوفير	Aciclovir

7.1. مضادات الفيروسات القهقرية

7.1. أ. مثبطات نوكليرازيد من الناسخ العكسي

+					Cp	300mg	اباكفير	Abacavir
+					Sol. Buv	100mg/5 ml	اباكفير	Abacavir
+					Cp	200mg	ديدانوزيم	Didanosine
+					Cp	400mg	ديدانوزيم	Didanosine
+					Pp Susp. buv	100mg	ديدانوزيم	Didanosine
+					Gel	200mg	امتريتسيبان	Emtricitabine
+					Cp	150mg	لاميفودين	Lamivudine
+					Cp	300mg	لاميفودين	Lamivudine
+					Sol. Buv	50mg/5ml	لاميفودين	Lamivudine
+					Pp Susp. buv	1mg/ml	ستافيدون	Stavudine
+					Gel	30mg	ستافيدون	Stavudine
+					Cp	300mg	تينوفوفير	Tenofovir
+					Cp	300mg	زيدوفودين	Zidovudine
+					Sol. buv	50mg/5ml	زيدوفودين	Zidovudine
+					Inj	10mg/ml Inj	زيدوفودين	Zidovudine

7.1. ب. مثبطات غير نوكليرازيد من الناسخ العكسي

+					Cpl	600mg	أفافيرونز	Efavirenz
+					Gel	200mg	أفافيرونز	Efavirenz
+					Sol. buv	150mg/5 ml	أفافيرونز	Efavirenz
+					Cp	200mg	نيفيرابين	Névirapine
+					Sol. buv	50mg/5ml	نيفيرابين	Névirapine

7.1. ج. مثبطات الأنزيم البروتيني

+					Gel	400mg	إيندينافير	Indinavir
+					Cp	Cp	لوبينافير 200 ملغ/ريتونافير 50 ملغ	Lopinavir 200mg/Ritonavir 50mg
+					Sol. buv	Sirop	لوبينافير 400 ملغ/ريتونافير 100 ملغ	Lopinavir 400mg/Ritonavir 100mg/5ml
+					Cp	250mg	نيفينافير	Nelfinavir
+					Gel	100mg	قهنونافير	Ritonavir
+					Cp	200mg	ساكينافير	Saquinavir
+					Cp		أفافيرونز 600 ملغ + امتريسيتابين 300 ملغ + تينوفوفير 200 ملغ	Efavirenz 600mg+ Emtricitabine 300mg + Tenofovir 200mg
+					Cp		ستافودين 30 ملغ + لاميفودين 150 ملغ	Stavudine 30mg + Lamivudine 150 mg
+					Cp		ستافودين 30 ملغ + لاميفودين 150 ملغ + نيفيرابين 200 ملغ	Stavudine 30mg + Lamivudine 150 mg + Névirapine 200mg
+					Cp		ستافودين 30 ملغ + لاميفودين 150 ملغ + نيفيرابين 200 ملغ	Zidovudine 300mg + Lamivudine 150mg + Névirapine 200mg
+					Cp		ستافودين 30 ملغ + لاميفودين 150 ملغ	Zidovudine 300mg + Lamivudine 150mg
+					Cp			Darunavir

2. التخديرية

1.2. التخديرية العامة والغازات الطبية

+					Inj	50mg/amp	كيتامين	Kétamine
+	+						أوكسجين	Oxygène
+						200mg/20 ml	بروفوفول	Profofol
+					Inj	1g	تيوبينتال	Thiopental
+					Inj	500mg	تيوبينتال	Thiopental

2.2. التخديرية الموضعية

+	+				Inj	0,50%	بيبيفاكاين	Bupivacaine
+	+	+	+	+	Inj	1%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+	+	+	+	Inj	2%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+	+	+	+	Inj	5%	ليدوكاين	Lidocaine

3.2. الأدوية السابقة للجراحة

+	+				Inj	1mg	أتروبين	Atropine
---	---	--	--	--	-----	-----	---------	----------

+	+				Inj	10mg/2ml	ديازيبام	Diazépam
+	+				Inj	0,1mg/2ml	فينتانييل	Fentanyl
+	+						سوفينتانييل	Sufentanyl
+	+						مينوفينتانييل	Menfentanyl
+	+				Inj	5mg/ml	ميدازولام	Midazolam
+	+				Inj	5mg/5ml	ميدازولام	Midazolam
+	+				Inj	0,5mg/ml	نيوستيغمين	Néostigmine
+	+				Inj	4mg Par 2ml	بانكورونيوم برومور	Pancuronium bromure
+	+				Inj	2mg/2ml	فينوبيريدين	Phénopéridine
+	+				Inj	50mg/ml	سوكزاميثونيوم إيودور	Suxaméthonium iodure
+	+				Inj	4mg Par 2ml	فيكورونيوم برومور	Vécuronium bromure
+	+				Inj	25mg/2,5ml	اتراكيوريوم دي بيزيلات	Atracurium de besilate
+	+				Inj		ماننيتول 15%	Mannitol 15%
+	+				Solution		محلول لوغول	Solution de lugol
+	+				Inj	15%	سولفات المانغانيزيوم	Sulfate de Mg

4.2. خدار قطني

+	+				Inj	0,5%	ببيفاكاين	Bupivacaine
+	+				Gel	2%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+				Spray	5%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+				Inj	5%	ليدوكاين راشي	Lidocaine Rachis

3. مسكنات - خافضات الحرارة - وأدوية - التهابات

1.3. غير الأفيونية

+	+	+			Inj	1,8g	اسيتيلسالييلات دي ليزين	Acétylsalicylate de Lysine
+	+	+	+	+	Inj	0,9g	اسيتيلسالييلات دي ليزين	Acétylsalicylate de Lysine
+	+	+	+	+	Sachets	100mg	اسيتيلسالييلات دي ليزين	Acétylsalicylate de Lysine
+	+	+	+	+	Sachets	250mg	اسيتيلسالييلات دي ليزين	Acétylsalicylate de Lysine
+	+	+	+	+	Comp	500mg	حمض الأسيتيلسالييليك	Acide acétylsalicylique
+	+	+	+	+	Comp	100mg	حمض الأسيتيلسالييليك	Acide acétylsalicylique
+	+	+			Cp	25mg	ديكوفيناك	Diclofenac
+	+	+			Inj	100mg	ديكوفيناك	Diclofenac
+	+	+	+	+	Cp	200mg	ديكوفيناكبيبروفين	Ibuprofène
+	+	+	+	+	Cp	400mg	ديكوفيناكبيبروفين	Ibuprofène
+	+	+	+	+	Cp	25mg	إيندوميثاسين	Indométacine
+	+	+	+	+	Cp	500mg	باراسيتامول	Paracétamol
+	+	+	+	+	Sirop	125mg/5ml	باراسيتامول	Paracétamol
+	+	+	+	+	Inj	1g	باراسيتامول	Paracétamol
+	+	+			Comp	50mg	ترامادول	Tramadol
+	+	+			Comp	100mg	ترامادول	Tramadol

2.3. الأفيونية

+	+				Cp perl	0,2mg	بوبرينورفين	Buprénorphine
+	+				Inj	10mg	مورفين كلوريدات	Morphine chlorydrate

4. مضادات ألم المفاصل

+	+	+			Cp	100mg	اللوبينول	Allopunnol
+	+	+			Cp		كولشيسين	Colchicine

5. ترياق (ضد السم)

1.5. الممتزات (العامة)

+	+	+	+	+	Cp : poudre		شاربون	Charbon
---	---	---	---	---	----------------	--	--------	---------

2.5. مضادات السم الخاصة

+	+					10mg/ml amp 10ml	ن - اسيتيلسيستين	N- Acétylcystéine
+	+					0,4mg/ml	نالوكزون	Naloxone

6. محرك نفسي، مضادات للاختلاج وللصرع وباركينصون

+	+	+	+	+	Cp	200mg	حمض فالبرويك	Acide Valproique
+	+	+	+	+	Cp	500mg CHRONO	حمض فالبرويك	Acide Valproique
+	+	+	+	+	Cp	500mg	حمض فالبرويك	Acide Valproique
+	+	+	+	+	Sp	100mg/2,5ml	حمض فالبرويك	Acide Valproique
+	+	+	+	+	Cp	25mg	اميتريبتيلين	Amitriptyline
+	+	+	+	+	Cp	10mg	اميتريبتيلين	Amitriptyline
+	+	+	+	+	Cp	200mg	كاربامازيبين	Carbamazépine
+	+	+	+	+	Cp	400mg	كاربامازيبين	Carbamazépine
+	+	+	+	+	Sp	40mg/5ml	كاربامازيبين	Carbamazépine
+	+	+			Inj	40mg/2ml	كاربامازيبين	Carbamazépine
+	+	+		+	Comp	100mg	كلوربرومازين	Chlorpromazine
+	+	+			Inj	25mg/5ml	كلوربرومازين	Chlorpromazine
+	+	+			Cp	25mg	كلوميبيرامين	Clomipramine
+	+	+		+	Inj	10mg/ml	ديازيبام	Diazépam
+	+	+			Comp	5mg	ديازيبام	Diazépam
+	+				Cp	250mg	اثوسيكزيميد	Ethosuximide
+	+				Cp	20mg	فلوكزيتين	Fluoxetine
+	+	+			Inj	25mg/ml, 10ml	فلوفينازين	Fluphénazine
+	+				Inj	5mg/ml	هالوبيريدول	Halopéridol
+	+				Cp	5mg	هالوبيريدول	Halopéridol
+	+				Cp	100mg+10mg	ليفودوبا + كاربودوبا	Levodopa + Carbdopa
+	+				Cp	250mg+25mg	ليفودوبا	Levodopa + Carbdopa
+	+				Cp	100mg	ليفوميبرومازين	Lévomépromazine
+	+				Cp	25mg	ليفوميبرومازين	Lévomépromazine
+	+				Inj	25mg/ml, 2ml	ليفوميبرومازين	Lévomépromazine
+	+				Cp	5mg	أولانزابين	Olanzapine
+	+				Cp	10mg	أولانزابين	Olanzapine
+	+	+	+	+	Comp	100mg	فينوباربيتال	Phénobarbital

+	+	+	+*	+*	Cp	50mg	فينوبابتال	Phénobarbital
+	+				Cp	2mg	ريسبيريدون	Risperidone
+	+				Cp	4mg	ريسبيريدون	Risperidone
+	+				Cp	50mg	سيرترالين	Sertraline
+	+	+			Cps	2mg	فريهيكزيفينيديل	Trihexiphénidyle
+	+	+			Cps	5mg	فريهيكزيفينيديل	Trihexiphénidyle
+	+				Inj	5mg	فريهيكزيفينيديل	Trihexiphénidyle
+	+	+				Inj	برومو غالاكتوغلوكونات السوجيوم	Bromo – galactogluconate de calcium

7. الأدوية المؤثرة على الدم

1.7. مضادات فقر الدم

+	+	+	+	+*	Inj	1mg	سيانوكوبالامين (هيروكسكوبالامين)	Cyanocobalamine (Hydroxycobalamine)
+	+	+	+	+*	Siro p		حديد	Fer
+	+				Inj		حديد حقن	Fer Inj
+	+	+	+	+	Com p	(200+0,25)mg	ملح حديدي + حمض الفوليك	Sel ferreux + Acide folique
+	+	+	+	+	Siro p		ملح حديدي + حمض الفوليك	Sel ferreux + Acide folique

2.7. مضادات النزيف

+	+	+			Cp	500mg	اتامسيلات	Etamsylate
+	+	+	+	+	Inje ctable	250mg/2ml	اتامسيلات	Etamsylate
+	+	+			Inj	0,2mg/ml	ميثيليرغوميترين	Méthylergométrine
+	+				Inje ctable	10mg/ml	فيتوميناديون	Phytoméniadione

3.7. مضادات التخثر

+	+				Comp rimé	4mg	اسينوكومورال	Acénocoumarol
+	+				Injecta ble	5000UI/ml	هيبارنات السوديزم	Héparinate de sodium
+	+				Injecta ble		هيبارين مجزأ ذو وزن جزيئي ضئيل	Héparine fractionnée à bas poids moléculaire
+	+				Inj	1 500 000UI	ستربتوكيناز	Streptokinase

8. بدائل دم أخرى

بدائل البلازما

+	+				Inj	6%	ديكستران 70	Dextran 70
+	+	+			Inj perf.		جيلاتين سشائل معدل	Gélatine fluide modifiée

9. أدوية الجهاز الدوري

1.9. مضادات الذبحة الصدرية، مضادات ارتفاع ضغط الدم الشرياني

+	+				Cp	5mg	املوديبين	Amlodipine
+	+				Cp	10mg	املوديبين	Amlodipine
+	+	+	+*		Com p	(15+25)mg	التيزيد + سبيرونولاكسون	Altizide + Spironolactone
+	+	+	+*		Com p	100mg	اتينولول	Aténolol

+	+	+	+	Com p	50mg	اتينولول	Aténolol
+	+	+	+	Com p	25mg	كابتوبريل	Captopril
+	+	+	+	Com p	50mg	كابتوبريل	Captopril
+	+	+	+	Cp	0,15mg	كلونيدين	Clonidine
+	+	+	+	Inj	0,15mg	كلونيدين	Clonidine
+	+	+	+	Com primé	60mg	ديلتيازيم	Diltiazem
+	+			Inj ect able	10mg/ml	دينترات ايزوسوربيد	Dinitrate d'isosorbide
+	+	+	+	Com primé	5mg	دينترات ايزوسوربيد	Dinitrate d'isosorbide
+	+	+	+	Com primé	10mg	دينترات ايزوسوربيد	Dinitrate d'isosorbide
+	+	+	+	Com primé	40mg	فوروسيليد	Furosémide
+	+			Com primé	500mg	فوروسيليد	Furosémide
+	+			Inj ect able	250mg	فوروسيليد	Furosémide
+	+	+	+	Inj	10mg/ml, 2ml	فوروسيليد	Furosémide
+	+			Inj	20mg	هيدرالازين	Hydralazine
+	+			Cp	50mg	لوزارتان	Losartan
+	+	+	+	Com p	250mg	ميثيلدوبا	Méthildopa
+	+			Inj	10mg/10ml	نيكارديبين	Nicardipine
+	+	+	+	gélul e	20mg	نيكارديبين	Nicardipine
+	+	+	+	Com p	20mg	نيفيديبين	Nifédipine
+	+			Inj	5mg/5ml	بربرانولول	Propranolol
+	+	+	+	Cp	40mg	بربرانولول	Propranolol
+	+	+	+	Com p	25mg	سبيرونولاكتون	Spironolactone

2.9. جليكوسيدات منشطات القلب والأوعية الدموية

+	+			Comp	200mg	اميودارون	Amiodarone
+	+			Inj amp/3 ml	50mg/ml	اميودارون	Amiodarone
+	+			Comp	0,25mg	ديغوكسين	Digoxine
+	+			Inj	0,5mg/2ml	ديغوكسين	Digoxine

3.9. مضاد صدمة نقص حجم الدم والحساسية

+	+			Inj	1g/10ml	كالمسيوم غليكونات	Calcium gluconate
+	+			Cp		كالمسيوم	Calcium
+	+	+		Cp	4mg	كلورفينامين	Chlorphenamine
+	+	+		Inj	10mg	كلورفينامين	Chlorphenamine
+	+			Inj	11,2%	كلوريد البوتاسيوم	Chlorure de potassium
+	+	+	+	Inj perf	9%	كلوريد الصوديوم	Chlorure de sodium
+	+			Cp	10mg	سيتريزين	Cetirizine
+	+			Sol. buv	10mg/ml	سيتريزين	Cetirizine
+	+	+		Inj		بيتاميتازون	Betamétasone
+	+	+		gttes		بيتاميتازون	Betamétasone

+	+	+			Inj	40mg	ميثيلبريدنيسولون	Methylprednisolone
+	+	+			Inj	4mg	ديكزاميثازون	Dexaméthazone
+	+				Inj	250mg/20ml	دوبوتامين	Dobutamine
+	+				Inj	200mg/5ml	دوبامين	Dopamine
+	+				Inj	1mg/1ml	ابينيفرين (ادنيرالين)	Epinéphrine (Adrénaline)
+	+	+			Perf	4%	جيلاتين سائل معدل	Gélatine fluide modifiée
+	+	+	+	+	Perf	10%	غليكوزي	Glucosé
+	+	+	+	+	Perf	5%	غليكوزي	Glucosé
+	+				A Inj 10ml	10%	غليكوزي	Glucosé
+	+	+	+		Inj	100mg	هيدروكورتيزون	Hydrocortisone
+	+				Inj	40mg	ميثيلبريدنيسون	Methyl prednisone
+	+	+			Cp	5mg	بريدنيسون	Prednisolone
+	+	+			Cp	20mg	بريدنيسون	Prednisolone
+	+	+	+	+	Perf	%	رينغير لاکتات	Ringer lactate
+	+	+	+	+	Poudre	-----	ملح التمييه عن طريق الفم	Sels de réhydratation orale

4.9. مضادات ارتفاع ضغط الدم الشرياني

+	+				Inj	30mg	أفيدين	Ephédrine
---	---	--	--	--	-----	------	--------	-----------

5.9. أدوية أخرى

+						75mg	كلوبيدوغريل	Clopidogrel
+	+					20mg	سيمفاستاتين	Simvastatine

10. فيتامينات

+	+	+	+	+	Cp	50mg	حمض السكوريك	Ascorbique Acid
+	+	+	+	+	Cp		متعدد فيتامينات	Multi vitamine
+	+	+	+	+	Sp		متعدد فيتامينات	Multi vitamine
+	+	+	+		Cp	250mg	حيريوديكسين	Pyridoxine
+	+	+	+	+	Capsule	100.000UI	ريتينول	Rétinol
+	+	+	+		Cp	50mg	تيامين	Thiamine
+	+	+	+		Cp		فيتامين ب معقد	Vit B Complex

11. الأدوية المستخدمة في أمراض الجلد

1.11. مضاد للفطريات

+	+	+	+		Pde	5g	غريزوفولفين	Griséofulvine
+	+	+	+		Crème	2%	ميكونازول	Miconazole
+	+	+			Gel buccal	2%	ميكونازول	Miconazole

2.11. مضادات الإنتان

+	+	+	+	+	Pde 30g	0,5%+500UI /g	نيبومييسين + باسيتراسين	Neomycine + Bacitracine
+	+	+	+	+	Pde	3%	كلورتيتراسيكلين أو تيتراسيكلين	Chlortétracycline ou Tétracycline

3.11. المطهرات

+	+	+	+	+	Liquide	95°	الكحول	Alcool
+	+	+	+	+	Liquide	75°	الكحول	Alcool
+	+	+	+	+	Solution		كلور هيكلورين	Chlorhexidine
+	+	+	+	+	Poudre	-----	ايوزين	Eosine
+	+				Cp	1g	فورمالديهايد	Formaldéhyde
+	+				Solution	2%	غلوتارالديهايد	Glutaraldéhyde
+	+	+	+	+	Solution	10%	بوليفيدون ايودي	Polyvidone iodé
+	+	+	+	+	Poudre	-----	بنفسجي جانتيان	Violet de gentiane

4.11. مبيدات الجرب والقمل

+	+	+	+	+	Pde	-----	بنزويك + حمض الأسيتيل ساليسيليك	Ac. Benzeoique + Ac. Salicylique
+	+	+	+	+	Solution	12,5mg	بنزوات دي بنزيل	Benzoate de Benzyle

12. مرخيات العضلات

+	+				Comp	4mg	تيوكولشيكيوسيد	Thiocolchicoside
---	---	--	--	--	------	-----	----------------	------------------

13. معجلات للولادة ومضادات الأوكسيتوسين

+	+	+	+	+	Inj	10 UI/ml	أوسيتوسين	Ocytocine
+	+				Inj	0,5mg	سالبوتامول	Salbutamol
+	+	+			Comp	2mg	سالبوتامول	Salbutamol

14. أدوية القناة الهضمية

1.14. مضادات الأحماض ومضادات القرحة

+	+	+	+		Cp	200mg	سيميتيدين	Cimétidine
+	+	+	+		Inj	200mg/2ml	سيميتيدين	Cimétidine
+	+	+	+	+	Comp	500mg	هيدروكسيد ألومنيوم و مغنسيوم	Hydroxyde d'Aluminium et Magnésium
+	+	+			Comp	20mg	أوميبرازول	Oméprazole
+	+	+			Inj	40mg	أوميبرازول	Oméprazole
+	+	+			Cp	20µg	ميزوبروستول	Misoprostol

2.14. مضادات التقيؤ

+	+	+			Inj	10mg/2ml	ميتوكلوبراميد	Métoclopramide
+	+	+	+	+	Cp	10mg	ميتوكلوبراميد	Métoclopramide
+	+	+			Inj	100mg	بروميثازين	Prométhazine
+	+	+			Cp	25mg	بروميثازين	Prométhazine
+	+	+			Inj	10mg/1ml	ميتوبيمازين	Métopimazine

3.14. مضادات البواسير

+	+	+			pC	375mg	ديوسمين	Diosmine
+	+	+			Crème		خليط أكسيد الزنك، كارهاجينات وثاني أكسيد التيتان	Association oxyde de zinc, carrhagenate et dioxide de titane

4.14

. مضادات التشنج .

+	+	+	+		Inj	20mg	برومير دي ن - بوتيلهيوسين	Bromure de N - Butylhyoscine
+	+	+	+	+	Cp	10mg	برومير دي ن - بوتيلهيوسين	Bromure de N - Butylhyoscine
+	+	+	+	+	Inj	40mg	فلوروغلوسينول	Phloroglucinol
+	+	+	+	+	Cp	80mg	فلوروغلوسينول	Phloroglucinol

5.14. المسهلات

+	+	+	+	+	Cp	7,5mg	سيني	Senne
---	---	---	---	---	----	-------	------	-------

15. الأدوية المستخدمة في الأمراض الرئوية

1.15. مضادات السعال والمرققات

1.1.15. مضادات الربو

+	+	+	+		Aérosol 200 dose	100µg	سالبوتامول	Salbutamol
+	+	+	+		Comp	2mg	سالبوتامول	Salbutamol

16. أدوية و لمواد الفم والأسنان

+	+	+			Solution	0,1%	هيكزيتيدين	Hexétidine
+	+	+			Carpule	2% carpules	ليدوكاين	Lidocaine
+	+	+			Spray	5%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+	+			Gel	2%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+	+			Inj	2% carpules	ليدوكاين ادريناليني	Lidocaine adrénalinée
+	+					3%	ليدوكاين	Lidocaine
+	+	+					الزئبق السنّي	Mercure dentaire

17. الأنسولين ومضادات مرض السكر الأخرى

+	+	+			Comp	5mg	غليبكلاميد	Glibenclamide
+	+	+			Comp	80mg	غليكازيد	Glicazide
+	+	+			Comp	1mg	غليمبيريد	Glimepiride
+	+	+			Comp	2mg	غليمبيريد	Glimepiride
+	+	+			Comp	3mg	غليمبيريد	Glimepiride
+	+				Inj	100UI	الأنسولين البشري العادي	Insuline humaine ordinaire
+	+				Inj	100UI	الأنسولين البشري نصف التأخر	Insuline humaine semi - retard
+	+				Inj	100UI	الأنسولين البشري التأخر	Insuline humaine retard
+	+				Perf	20%	مانيتول	Mannitol
+	+	+			Comp	500mg	ميتفورمين	Metformine
+	+	+			Comp	850mg	ميتفورمين	Metformine

18. وسائل منع الحمل، المكونة للعظم، والواقى الذكري والأجهزة الرحمية

+	+	+	+	+	Comp	5mg	اسيتات نوميجيسترول	Acétate de Nomégestrol
---	---	---	---	---	------	-----	--------------------	------------------------

+	+	+	+			DUI	معدات تدخل في الرحم :DUI : CU 380	Dispositifs intra utérins : DUI : CU 380
+	+	+	+	+	Comp	0,03+0,15mg g	اثنيلبيسترادول + ليفونورغيستريل	Ethinylestradiol + Levonorgestrel
+	+	+	+	+	Comp	0,03mg	ليفونورغيستريل	Levonorgestrel
+	+				Cp	100µg	ميفوثيروكسين	Lévothyroxine
+	+	+	+	+	Inj	200mg	نورثيسترون	Noréthistérone
+	+	+	+	+	Comp	0,50mg+0,5 mg	نورغيستريل + اثنيلبيسترادول	Norgestrel + Ethinylestradiol
+	+	+	+	+			عازل	Préservatifs

19. مضادات السرطان

+	+				Inj	50mg/ml	ميثوتريكسات	Méthotrexate
+	+				Cp	2,5mg	ميثوتريكسات	Méthotrexate
+	+				Inj	10mg/ml FI 10ml	فولينات الكالسيوم	Folinate de Calcium
+	+				Cp	50mg	سيكلوفوسفاميد	Cyclophosphamide
+	+				Inj	1mg/1ml Boite de 10 Flacons de 1 ml	فينكريستين	Vincristine
+	+				Inj	(0,3mg/ml) 30MU Boite de 5 Flacons de 1ml	فيلغراستيم	Filgrastim
+	+				Cp	2mg	مولفالان	Molphalan
+	+				Inj	38mg/ml Flacon de 200 mg	جيمسيتابين	Gemcitabine
+	+				Inj	100mg	داكاربازين	Dacarbazine
+	+				Cp	500mg	كابيسيتابين	Capecitabine
+	+				Sachets	5mg	تيموزولوميد	Temozolomide
+	+				Inj	50mg	أوكزالوبلاتين	Oxaloplatine

2.20 اللقاحات

+	+	+	+				لقاح مضاد للآماريل	Vaccin anti amaryl
+	+	+	+	+			لقاح مضاد للالتهاب الكبدي أطفال وبالغين	Vaccin anti hépatite B Enfant et Adulte
+	+	+	+				لقاح مضاد للتيفويد (تيفيم 4)	Vaccin Anti typhoide (thyphim Vi)
+	+	+	+	+			لقاح مضاد المكورات السحائية ACYW 135	Vaccin anti méningococcique ACYW 135
+	+	+	+	+			لقاح مضاد للشلل (VPO)	Vaccin antipoliomyélitique (VPO)
	+	+	+				لقاح ضد داء الكلب	Vaccin antirabique
+	+	+	+	+			لقاح ضد الحصبة (VAR)	Vaccin antirougeoleux (VAR)
+	+	+	+	+			لقاح مضاد للكزاز	Vaccin antitétanique
+	+	+	+	+			لقاح BCG	Vaccin BCG
+	+	+	+				لقاح DTC	Vaccin DTC
+	+	+	+				لقاح DTCH	Vaccin DTCH
+	+	+	+				لقاح Haemophilus Influenzae B (HIB)	Vaccin Haemophilus Influenzae B (HIB)

21. مستحضرات مستخدمة في طب العيون

+	+				Cp	250mg	آسيتازولاميد	Acétazolamide
---	---	--	--	--	----	-------	--------------	---------------

+	+				Collyre	1%	اتروبين	Atropine
+	+	+	+	+	Pde Oph	1%	كلورتيتراسيكلين	Chlortetracycline
+	+	+	+	+	Collyre	3%	جانتاميسين	Gentamycine
+	+	+	+		Pde Oph	3%	جانتاميسين	Gentamycine
+	+				Collyre	1%	هيدروكورتيزون	Hydrocortisone
+	+				Collyre	0,1%	ايندوميثاسين	Indométacine
+	+				Collyre	1%	نيومييسين + ديكزاميثازون	Néomycine + dexamethasone
+	+				Collyre	2%	بيلكاربين	Pilocarpine
+	+				Collyre	0,5%	تيتراكاين	Tétracaine
+	+	+	+	+	Pde Oph	1%	تيتراسيكلين	Tétracycline
+	+	+			Collyre	0,5%	تيمولول	Timolol

22. مواد ذات استخدام تشخيصي

1.22. في طب العيون

+	+				Collyre	1%	فليوريسين	Fluorescéine
+	+				Collyre	0,5%	سيكلوبنتولات	Cyclopentolate
+	+				Collyre	0,5%	تروبكاميد	Tropicamide

2.22. مواد النقيض الإشعاعي

+	+				Solution		ايوتروكسات	Iotroxate de Meglumine
+	+				Suspension aqueuse		سولفات دي باريوم	Sulfate de Baryum

23. متفرقات

+	+	+	+	+	Solvant		ماء لتحضير الحقن	Eau pour préparations injectables
+	+	+	+	+	-----		الناموسيات المشبعة	Moustiquaire imprégnée

مضادات الصداع النصفي

+	+	+			Cp		ديهيدرو-ارغوتامين	Dihydro - ergotamine
+	+	+			Cp		ارغوتامين + كافيين	Ergotamine + Caféine

. مدخلات التغذية العلاجية

+	+	+ ¹			Sachet de lait en poudre	410g	لبن علاجي F75	Lait thérapeutique F75
+	+	+			Sachet de lait en poudre	456g	لبن علاجي F100	Lait thérapeutique F100
+	+	+	+	+	Sachet	92g	غ ع ج إ: غذاء علاجي جاهز للإستعمال	ATPE : Aliment Thérapeutique prêt à l'emploi
+	+				Sachet	42g pour 1L	ري سو مال 2	ReSoMal2

المراجع المستخدمة

من المراجع الكثيرة والوثائق التي تم الرجوع إليها في إعداد هذا الدليل سنخص بالذكر العناوين التالية:

- .ii بلاك بيلير آ: الأساسي في الطب والبيولوجيا، ملوان، باريس 1986؛
- .iii مؤسسة هيمان: كتاب التشخيص والعلاج بالأدوية الأساسية على مستوى علاجات الصحة العمومية الأولية، جنيف 1989؛
- .iv جانتيليني، دوفلو: الطب الإستوائي، فلمازيون، باريس 1986؛
- .v المعهد الجامعي لدراسات التنمية: التسيير الأفضل للأدوية، م ج د ت/MSH، جنيف 1989، 617 ص؛
- .vi أطباء بلا حدود: الدليل الإكلينيكي والعلاجي، هاتيه، باريس 1988؛
- .vii أطباء بلا حدود: الدليل التطبيقي لاستعمال الأدوية الأساسية، أ ب ح، باريس 1988؛
- .viii منظمة الصحة العالمية: استعمال الأدوية الأساسية، التقرير الفني 722، م ص ع، جنيف 1985؛
- .ix تيغريتي ت.: ال 120 دواء للمستشفى الثانوي، م ج د ت، 1989، 282 ص؛
- .x فيدال 1988 (منجد)، باريس 1988.

مراجع جديدة تم الرجوع إليها في إطار المراجعة:

- دليل ب م ت، البرنامج الوطني للتلقيح، إدارة علاجات الصحة القاعدية والتغذية، وزارة الصحة، موريتانيا 2012؛
- السياسة والإستراتيجية الوطنيتان للتصدي للملاريا، وص/ج ا م، س و م م، يونيو 2011؛
- الدليل العلاجي الطبي، إ ص م/م ص ع، أكتوبر 2011؛
- البروتوكول الوطني للتكفل المندمج بسوء التغذية، إ ع ص ق ت، اليونسيف، م ص ع، دجمبر 2011؛
- الدليل الإكلينيكي والعلاجي، أطباء بلا حدود، 2010؛
- دليل البرنامج الوطني لمحاربة السل، إ م أ، البنك الدولي، ب أ م ت 2009؛
- الدليل العلاجي، إدارة الصيدلة والمخابر، وزارة الصحة، موريتانيا، 2001؛
- دليل السريريات والعلاج الموجه للقائمين على المركز الصحي، موريتانيا 1990.

