

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

الطبعة الأولى 2014

تم إنجاز هذه الطبعة في إطار مشروع:
" خلق آليات لتحسين تكوين وتسيير العاملين الصحيين مع ضمان الحق
في صحة جيدة للنساء والأطفال في موريتانيا"
(2011-2014)، بتمويل من الوكالة الاسبانية للتعاون الدولي والتنمية بالتعاون مع
وزارة الصحة في الجمهورية الإسلامية الموريتانية.

ترجمة:

محمد فال ولد أحمدوسالم: مترجم معتمد
السيد با صيدو: شخصية مرجعية
عيشة بنت أحمد: شخصية مرجعية

إعداد:

السيدة عيسا امبارك فال: استشارية
فاطمة بنت مولاي: شخصية مرجعية
السيدة لاله عيشا أودراوكو: شخصية مرجعية

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

هذه النسخة تمت بفضل التعاون بين وزارة الصحة وجمعية ممرضي العالم الاسبانية

المقدمة

تمثل مكافحة وفيات الأمهات والأطفال، أولوية إستراتيجية بالنسبة لوزارة الصحة. ففي هذا الإطار، ركزت " الخطة الوطنية للتنمية الصحية 2012-2020 " في أهدافها الرئيسية على خفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة طبقا للسياسة الوطنية للصحة والأهداف الدولية للتنمية. وبما أن المصادر البشرية المؤهلة تمثل حجر الزاوية للمنظومة الصحية، فإن" المخطط الاستراتيجي لتنمية المصادر البشرية لفترة 2006- 2015 " حدد محاور للتدخل بهدف تحسين معروض الخدمات الصحية القاعدية وجودتها.

ويتمثل هدف هذا الدليل المقدم اليوم في استخدامه من طرف كافة الممارسين لعلاجات القبالة في السياق الموريتاني بغية تحسين مؤهلاتهم الفنية. وتمثل المحاور المعالجة في هذا الدليل الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات وهي:

- اختلاطات الفصل الأول من الحمل،
- ارتفاع الضغط الشرياني والحمل،
- أنزفة الحمل،
- التسبير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة،
- عسرة الولادة،
- الإصابة بارتفاع درجة الحرارة أثناء الحمل وبعد الولادة.

و يضاف على هذه المحاور:

- التكفل بالمولود الجديد،
- الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي،
- وضع وسائل تباعد الولادات طويلة الأمد(اللواكب الرحمية والوسائل المزروعة)،
- الوقاية من الأمراض داخل الوسط الاستشفائي (السلامة داخل وسط العلاج).

وأنتهز هذه الفرصة لأحثكم على قراءة هذا الدليل، واستخدامه كدعامة خلال ممارستكم اليومية، من أجل صرف العلاجات بصفة أفضل لهذه الفئة من المواطنين، بل وكذلك لمعرفة هذا الدليل بصفة أفضل ومساعدتنا على تحسينه.

وزير الصحة
أحمدو ولد حدمين ولد جلفون



كلمة شكر:

تم تنسيق إعداد هذا الدليل من طرف:

- الدكتور عبدات ولد آب، مدير المصادر البشرية سابقا بوزارة الصحة،
- الدكتور محمد الأمين ولد احمدو، مدير المصادر البشرية بوزارة الصحة،
- الدكتور عبد الرحمن ولد جدو، مدير مصالح الصحة القاعدية و التغذية،
- السيد المختار العلوي، رئيس مصلحة التكوين و التدريب سابقا بمديرية المصادر البشرية سابقا بوزارة الصحة،
- السيدة فاطمة بنت مولاي، رئيسة رابطة القابلات الموريتانيات،
- السيد الرباني ولد احمد سالم، إطار بمديرية المصادر البشرية سابقا بوزارة الصحة،
- السيدة عيسا امبارك فال (قابله، أستاذة فنية مساعدة) استشارية مكتتبه لإنجاز هذا الدليل،
- السيد با صيدو: شخصية مرجعية، مكتتبه لإنجاز هذا الدليل،
- السيدة لاله عيشا أودراوكو، شخصية مرجعية، مكتتبه لإنجاز هذا الدليل،
- السيد فرانسكو رامو لوبيز أريكون، المنسق المحلي للمنظمة غير الحكومية، أ.ب.أم موريتانيا،
- السيد عبد الرحمن صو، المنسق المساعد للمنظمة غير الحكومية، أ.ب.أم موريتانيا.

مع لجنة اعتماد الدليل المكونة من:

- السيد عبد الله ولد محمد، رئيس مصلحة التكوين بوزارة الصحة،،
- السيد ابوه ولد المختار، أستاذ فني مساعد بمديرية مصالح الصحة القاعدية / وزارة الصحة،
- السيدة ليلي بنت أحمد، قابله بالبرنامج الوطني للصحة الإنجابية / وزارة الصحة،
- الدكتور أحمد بابا عبد العزيز، بروفيسر مساعد في مجال أمراض النساء / الجمعية الموريتانية لطب النساء و التوليد،
- الدكتور بوتو الكوري، اليونسف،
- السيدة اندمي امبودج، قابله استشارية بصندوق الأمم المتحدة للسكان،
- السيدة اكليثمه تامبورا، فنية سامية في طب الأطفال / المندوبية الجهوية للعمل الصحي بنواكشوط،
- السيدة لمات بنت عليون، فنية سامية في طب الأطفال / المندوبية الجهوية للعمل الصحي بنواكشوط،
- السيدة بمبه بنت المختار كلد، قابله بمستشفى الشيخ زايد،
- السيدة باراتو محمد الامين معطلا، ممرضة دولة بمستشفى الشيخ زايد،
- السيدة عيشاتا جوب، قابله بمركز الاستطباب للأم و الطفل،
- السيدة سلم بوها المختار افريرا، ممرض دولة بمركز الاستطباب للأم و الطفل،
- السيدة فاطمة جوب، قابله / أستاذة فنية مساعدة / رابطة القابلات الموريتانيات،
- السيدة خديجة بنت محمود، قابله / الرابطة الوطنية لمرضي الدولة.

كما الشكر موصول لاختصاصيي أمراض النساء و التوليد، و اختصاصيي أمراض الأطفال، و الممثلين المحليين للصحة الإنجابية و القابلات و اللواتي لولا مساهمتهم الثمينة، ما كان لهذا العمل أن يرى النور. كما نعول كثيرا على دعم الجميع في توزيع هذا الدليل على مستوى الوحدات الصحية في البلاد.

و نشكر كذلك المدرسة الوطنية للصحة العمومية في انواكشوط على وضعها لقاعة اجتماعاتها تحت تصرفنا من ما مكن من عقد ورشة اعتماد هذا الدليل خلال الفترة من 1 إلى 5 يونيو 2014.

لمحة تمهيدية

تواجه القبالات الموريتانيات، على غرار مثيلاتها في العالم، صعوبات مرتبطة بممارسة مهنتهن داخل الوحدات الصحية في البلاد. وقد مكنت دراسة قيم بها في هذا الإطار من إظهار أنه من ضمن المحددات التي تؤثر على القبالة بمجملها، هي أولا النواقص المرتبطة بالتكوين.

و حرصا منا على سد هذا النقص و الإسهام في بلوغ الهدفين 4 و 5 من أهداف الألفية للتنمية في المجال الصحي، أعد دليل ممارسة علاجات القبالة و وضع تحت تصرف مهنيي الصحة سبيلا إلى مساعدتهم في أداء مهامهم بجدارة و أمان.

تتمثل أهداف هذا الدليل في:

- تعزيز قدرات القبالات العاملات في الوحدات الصحية،
- تحسين ممارسة القبالة على كافة مستويات الهرم الصحي،
- الإسهام في خفض إمراضية و وفيات الأمهات و حديثي الولادة في كافة الوحدات الصحية.

تستجيب هذه الوثيقة للحاجيات الرئيسية المعبر عنها في الدراسة التمهيدية لهذه الوثيقة، و قد أظهرت هذه الدراسة النواقص في مجال:

- التكفل بالحالات الاستعجالية الولادية و التوليدية على كافة مستويات الهرم الصحي،
- فنيات تطبيق وسائل تباعد الولادات طويلة المدة،
- الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم و سرطان الثدي،
- الوقاية من الأمراض المنقولة داخل الوسط العلاجي.

وتكمن طرافة هذا الدليل في سهولة استخدامه، إلا أنه من المهم تقييد المستخدم لهذا الدليل بأدوات النظام الوطني للإعلام الصحي في ما يتعلق بجمع المعطيات الوجيهة (السجلات، أوراق استشارات ما قبل الولادة، و تباعد الولادات ... إلخ).

لائحة المختصرات

مولدة مساعدة	م م
مولدة تقليدية	م ت
رضاعة طبيعية حصرية	ر ط ح
الإفراغ الآلي لمحتويات الرحم	إ أ م ر
معرفة، موقف، ممارسة	م م م
مركز استطباب جهوي	م ا ج
الإطار الإستراتيجي لمكافحة الفقر	إ س م ف
مركز صحي	م ص
مركز صحي مقاطعي	م ص م
مديرية المصادر البشرية	م م ب
مديرية جهوية للعمل الصحي	م ج ع ص
مؤسسة عمومية ذات طابع إداري	م ع ط إ
منظمة ممرضي العالم	م غ ح
ناسورة المثانة و المهبل	ن م م
ناسورة المهبل و الشرج	ن م ش
ورقة فنية	و ف.
مستشفى المقاطعة	م م
مستشفى جهوي	م ج
هرمون مشيميائي منسلي	ه م م
ممرض دولة	م د
مؤشر النمو البشري	م ت ب
ممرض صحي اجتماعي	م ص إ
الإعلام – التهذيب – الاتصال / الاتصال من أجل تغيير المسلكيات	إ ت ت/ت ت م
إنتانات تنفسية حادة	إ ت ح
إفراغ يدوي لمحتويات الرحم	إ ي م ر
التهديد بالولادة قبل الأوان	ت ب ق أ
الطبيب الرئيسي بالمقاطعة	ط م
وزارة الصحة	م ص
مسح متعدد المؤشرات من بينها مؤشرات الرقابة الصحية	م م م
التقنيات الجديدة للإعلام و الاتصال	ت ج إ ت
أهداف الألفية للتنمية	أ ت
منظمة غير حكومية	م غ ح
المكتب الوطني للإحصاء	م و إ
التكفل	ت
تنظيم الأسرة	ت أ
التكفل بأمراض الطفل	ت أ ط
التكفل الجمعي بأمراض الطفل	ت ج أ ط
الوقاية من انتقال فيروس السيدا من الأم إلى الطفل	و ا س أ ط
الخطة الوطنية للتنمية الصحية	خ و ت ص
نقطة صحية	ن ص
قابلة دولة	ق ب

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

عوز نقص المناعة المكتسبة
علاجات صحية أولية
الصحة الإنجابية
فني صحي
فني سامي في الصحة

السيدا
ع ص أ
ص إ
ف ص
ف س ص

الفصل الأول : العلاجات الاستعجالية الولادية والتوليدية

10	..... على كافة مستويات الهرم الصحي
11	..... 1. الكشف عن عوامل الخطر خلال الحمل
11	..... 1.1 مراحل استشارة ما قبل الولادة
11	..... 1.1.1 استقبال وإجلاس المرأة
12	..... 2.1.1 الاستجواب
12	..... 3.1.1 الفحص الولادي
14	..... 2.1 الدولة الوطنية للفتح المضاد للكرزاز
14	..... الورقة الفنية رقم 1: إعداد مخطط الولادة مع المرأة / الأسرة
15	..... الورقة الفنية رقم 2: التواسير الولادية
16	..... 2 ارتفاع الضغط والحمل
19	..... 1.2 الغوراثيم تشخيص ارتفاع الضغط الشرياني أثناء الحمل
20	..... 2.2 التكفل الدوائي
22	..... 3.2 نوبات لكلامسيا
23	..... 4.2 خطة العمل في حالة ما قبل لكلامسيا
24	..... 5.2 خطة العمل في حالة لكلامسيا
25	..... الورقة الفنية رقم 3 التوصيات من أجل استعمال سيلفات المانيزيوم
26	..... 3 نزوف الحمل
26	..... 1.3 نزوف النصف الأول من الحمل
26	..... 1.1.3 أنواع النزوف
26	..... 1.1.1.3 الحمل خارج الرحم
28	..... 2.1.1.3 سقوط الحمل
30	..... 3.1.1.3 الحمل المولي (الرحى العذارية)
31	..... 4.1.1.3 الاختلاط الممكنة لانزفة النصف الأول من الحمل
32	..... الورقة الفنية رقم 4: الصدمة
35	..... الورقة الفنية رقم 5 : التفريغ الآلي لمحتويات الرحم
37	..... الورقة الفنية رقم 6 : تجريف الرحم
38	..... 2.1.3 التكفل بالنزف خلال النصف الأول من الحمل
39	..... 2.3 النزوف الولادية
39	..... 1.2.3 نزوف النصف الثاني من الحمل

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

39	1.1.2.3 الشميمة المتقدمة
42	2.1.2.3 انحباس قطع الشميمة
44	الورقة الفنية رقم 7 : الفحص السريع لتخثر الدم عند سرير المريض
44	2.2.3 انفجار الرحم
46	3.2.3 اضطرابات التخثر
47	لورقة الفنية رقم 8 انجاز نقل الدم
50	3.3 النزيف المباشر بعد الولادة
52	4.التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة
54	1.4 الأعمال الفنية الأساسية.
55	1.1.4 حقنة الأوسيتومين
56	2.1.4 السحب المراقب للحبل السري
58	3.1.4 تدليك الرحم بعد الخلاص
59	4.1.4 فحص المشيمة والأغشية والعجان والمهبل
60	الورقة الفنية رقم 9 : التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة
61	الورقة الفنية رقم 10 الخلاص الاصطناعي
63	الورقة الفنية رقم 11 : رسم التصرف أمام نزف الخلاص
65	الورقة الفنية رقم 12: مراجعة الرحم
66	الورقة الفنية رقم 13 : الضغط المزدوج على الرحم
67	الورقة الفنية رقم 14 الضغط على الشريان الأورط
68	الورقة الفنية رقم 15 تنظيم الرفع الطبي
70	التكفل بالنزف المباشر بعد الولادة
71	2.4 استشارة ما بعد الولادة
72	الورقة الفنية رقم 16 مراحل استشارة ما بعد الولادة (من اليوم 6 إلى 42 يوما)
74	الورقة الفنية رقم 17 التصرف أمام فترة النفاس المرضية
76	رجوع أو ارتكاس الرحم خلال فترة النفاس
76	3.4 النزف المتأخر بعد الولادة
76	5. عسرة الولادة
77	1.5 المخاض المنيد

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

86	2.5 عسرة المجيء : عسرة المنكبين ، الوضعية المعترضة
86	عسرة الجبهة والوجه
86	1.2.5 عسرة المنكبين
86	2.2.5 الوضعية المعترضة
87	2.2.5 المجيء الوجهي
88	4.2.5 المجيء الجبهي
88	3.5 امتداد السرر
89	4.5 مخاض الولادة من رحم تديبي
90	6. ارتفاع درجة حرارة الجسم أثناء الحمل والنفاس
90	1.6 الملاريا
94	الغوربم ارتفاع درجة حرارة الجسم والحمل
95	2.6 الإنتانات البولية
95	3.6 إنتانات المبيض
96	4.6 التهاب بطانة الرحم
97	5.6 التهاب وخراج الثدي
97	1.5.6 التهاب الثدي
99	7. التكفل بالمولود الجديد
99	1.7 العلاجات الأساسية للمولود الجديد
101	الورقة الفنية رقم 18 العلاجات التلقائية للمولود الجديد
103	الورقة الفنية رقم 19: علاجات السرة.
104	الورقة الفنية رقم 20: فتيات أخذ مقاسات المولود الجديد.
105	الورقة الفنية رقم 21 إزالة التمداد المسالك التنفسية العلوية
106	الورقة الفنية رقم 22 : التأكد من نفوذ المسالك
107	2.7 الحالات المستعجلة خلال الولادة
107	1.2.7 التهديد بالولادة قبل الأوان
108	2.2.7 التأذي الحاد عند الجنين
108	3.7 حالات استعجالية في قاعة الولادة.
108	1.3.7 ضيق التنفس الحاد عند المولود الجديد
110	2.3.7 الإنتانات المبكرة عند المولود الجديد (0 إلى 7 أيام)
111	1.4.7 الخديج

112.....	2.4.7 اليرقان
113.....	5.7 الإتعاث داخل قاعة الولادة
107.....	الورقة الفنية رقم 23 : الأنوات الضرورية لإتعاث مولود جديد داخل مركز أمومة في الضواحي
119.....	إتعاث المولود الجديد
120.....	الفصل الثاني: الكشف عن سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي
121.....	1. سرطان الثدي
122.....	1.1 الكشف عن سرطان الثدي
122.....	2.1 الفحص السريري للثدي
122.....	2. الكشف عن سرطان عنق الرحم
الفصل الثالث: وضع وسائل تباعد الولادات طويلة الأمد (اللولب الرحمي والوسائل المزروعة)	
127.....	1. مختلف أنواع وسائل الولادات المستخدمة
129.....	1.1 اللولب الرحمي
131.....	2.1 الوسائل المزروعة
الفصل الرابع: الوقاية من الأمراض داخل الوسط العلاجي (سلامة الوسط العلاجي)	
133.....	1. معايير الوقاية من الإلتهابات داخل الوسط العلاجي
142.....	2. إجراءات الوقاية من الإلتللات داخل الوسط العلاجي
142.....	لورقة الفنية رقم 24 : استخدام القفازات خلال التدخلات الطبية والجراحية
142.....	1.2 معالجة الأنوات وغيرها من الأشياء
144.....	2.2 التخلص من النفايات
147.....	قائمة المراجع

الفصل

I

العلاجات الاستعجالية
الولادية و التوليدية
على كافة مستويات الهرم الصحي

1. الكشف عن عوامل الخطر خلال الحمل

أهمية استشارات ما قبل الولادة المركزة

● تعريف استشارة ما قبل الولادة

يتعلق الأمر بمقاربة حديثة تركز على جودة استشارات ما قبل الولادة، بدل عدد الزيارات.

تقر هذه المقاربة بأن الاستشارات المتكررة لا تحدث تحسنا على نتيجة الحمل و أنه على مستوى الدول النامية يستحيل إنجازها في الغالب من الناحية اللوجستية و المالية.

كما تعترف أن الكثير من النساء اللواتي تم تصنيفهن كمعرضات « لخطر عال» نادرا ما يتعرضن للمضاعفات، في حين أن اللواتي يفترض أنهن معرضات « لخطر خفيف» يتعرضن في الغالب للخطر.

و في موريتانيا، تقرر أربع (4) استشارات لرعاية الحمل الطبيعي، طبقا لما توصي به منظمة

الصحة العالمية وهي على النحو التالي:

- الزيارة الأولى: قبل نهاية الشهر 3،
- الزيارة الثانية: عند الشهر 6،
- الزيارة الثالثة: عند بداية الشهر 8،
- الزيارة الرابعة: عند الشهر 9.

● جدول الاستشارات التالية:

1 ^{er} mois	2 ^e .mois	3 ^e .mois	4 ^e .mois	5 ^e .mois	6 ^e . mois	7 ^e .mois	8 ^e .mois	9 ^e . mois
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

1.1 مراحل استشارة ما قبل الولادة

1.1.1 استقبال و إجلال المرأة

تنبيه: استقبال المرأة بصفة ودية وإجلالها في وضعية مريحة.

- السلام على المرأة بحرارة،
- الترحيب بها،
- تقديم مقعد للجلوس،
- تقدم القابلة نفسها للمرأة،
- سؤال المرأة عن اسمها،
- ضمان السرية.

2.1.1. الاستجواب

1. الهوية
2. السوابق الشخصية
 - الطبية :
 - الجراحية:
 - الولادية:
 - النسائية:
3. السوابق العائلية:
4. الحمل الحالي:

3.1.1. الفحص التوليدي

تنبيه: مقدم الخدمة الذي يفحص المرأة يجب عليه القيام بتعبئة الدعوات.

جدول استشارة ما قبل الولادة

الاستشارة الرابعة (الشهر 9)	الاستشارة الثالثة (الشهر 8)	الاستشارة الثانية (الشهر 6)	الاستشارة الأولى	مراحل الاستشارات
وجود حركات الجنين وجود اضطرابات أو وعكة.	البحث عن الحركات النشطة عند الجنين، البحث عن بعض الاضطرابات: - الألام الشرسوفية، - الحرقة البولية، - النزف الرحمي، - الإمساك، - التقلصات الرحمي، سيران الفرغ	البحث عن الحركات النشطة عند الجنين، البحث عن بعض الاضطرابات: - الألام الشرسوفية، - الحرقة البولية، - النزف الرحمي، - الإمساك، - التقلصات الرحمي، - سيران الفرغ	الحمل الحالي: - تاريخ آخر طمث - التاريخ المحتمل للولادة علامات الحمل: - الغثيان، - القيء، - الدوار، - الأرق، - الإضطرابات العصبية، - إلخ.	الاستجواب

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

<p>الوزن الضغط الشرياني الكشف عن تلون الأغشية و البحث عن الدوالي</p>	<p>الوزن الضغط الشرياني الكشف عن تلون الأغشية</p>	<p>الوزن الضغط الشرياني الكشف عن تلون الأغشية</p>	<p>الوزن الضغط الشرياني تلون الأغشية تفتيش المرأة واقفة (تتاظر المنكبين) أمر المرأة بالمشي بهدف الكشف عن أي اعتلال أمرها بالإضجاع و فحص الأغشية و الأسنان و الرقبة و الثديين و الأطراف السفلية قياس القامة</p>	<p>الفحص العام و الطبي</p>
<p>التفتيش: شكل الرحم ارتفاع الرحم الجنس في 3 أزمنة المس المهبلية: وضعية العنق، المجبي، فحص الحوض و الأجزاء اللينة الفحص بالمنظار (إذا كان ذلك ضروريا)</p>	<p>التفتيش: شكل الرحم الجنس: المجبي، وضعية الظهر الإصغاء: ضربات قلب الجنين المس المهبلية: وضعية العنق، المجبي، فحص الحوض و الأجزاء اللينة الفحص بالمنظار (إذا كان ذلك ضروريا)</p>	<p>الجنس و البحث عن انتفاخ عن انتفاخ الجنين قياس ارتفاع الرحم الإصغاء لضربات قلب الجنين الفحص بالمنظار (إن كان ذلك ضروريا) المس المهبلية: الصلابة، الطول، النفوذ إلى العنق و الإفرازات المهبلية</p>	<p>الفحص بالمنظار و اللطاحة المهبلية عند الضرورة المس المهبلية مع الجنس عنق الرحم: الوضعية، الصلابة، الطول حجم الرحم الإفرازات المهبلية</p>	<p>الفحص النسائي</p>
<p>البحث عن الزلال و السكر في البول</p>	<p>البحث عن الزلال و السكر في البول فحص البول تعداد الكريات و الصيغة (إن كان ذلك ضروريا) الفحص بالأمواج فوق الصوتية (أكوغرافي)</p>	<p>البحث عن الزلال و السكر في البول</p>	<p>المخبر: زمرة الدم/عامل الرزيس، تعداد الكريات و الصيغة الكشف عن الزهري وسكر الدم الكشف عن اديريبانوسيتوز التصوير الطبي: الفحص بالأمواج فوق الصوتية (أكوغرافي)</p>	<p>الفحوص التكميلية</p>
<p>1 قرص من الحديد كل يوم</p> <p>إعطاء ناموسية مشبعة إن كانت موجودة أو</p>	<p>1 قرص من الحديد كل يوم 3 أقراص من سلفادكسين بريمتامين بالنسبة للمناطق الموبوءة إعطاء ناموسية مشبعة إن كانت موجودة أو النصح</p>	<p>1 قرص من الحديد كل يوم اعتبارا من 20 أسبوعا 3 أقراص من سلفادكسين بريمتامين بالنسبة للمناطق الموبوءة</p>	<p>اللقاح المضاد للكزاز: (أنظر الجدول)</p> <p>إعطاء ناموسية مشبعة إن كانت موجودة أو النصح</p>	<p>العلاجات الوقائية</p>

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

النصح باستعمالها	باستعمالها	إعطاء ناموسية مشبعة إن كانت موجودة أو النصح باستعمالها	باستعمالها	
العلاجات الدوائية	حسب المرض المكتشف	حسب المرض المكتشف	حسب المرض المكتشف	
دعامات المعطيات	نفس الشيء	نفس الشيء	سجل استشارات ما قبل و ما بعد الولادة دفاتر العلاج ورقات متابعة ما قبل و ما بعد الولادة دفاتر التلقيح ورقات الارتباط تقارير الأنشطة	
النصائح	الخاصة بكل زبونة	الخاصة بكل زبونة	الخاصة بكل زبونة	
إنعاش المجموعة	مزايا استشارة ما قبل و ما بعد الولادة تنظيم الأسرة/تباعد الولادة التحضير للولادة اختيار محل الولادة مزايا الرضاعة الطبيعية الحرصية النواسير الولادية	مزايا استشارة ما قبل و ما بعد الولادة تنظيم الأسرة/تباعد الولادة التحضير للولادة اختيار محل الولادة مزايا الرضاعة الطبيعية الحرصية النواسير الولادية	مزايا استشارة ما قبل الولادة مزايا الرضاعة الطبيعية الحصرية فنيات الفطام التلقيح علامات الإنذار بوجود خطر خلال الحمل رعاية الحمل	الإبلاغ عن علامات الخطر
				تنبية:
				- تذكير المرأة/ الزبونة بتحضير مخطط الولادة عند كل زيارة
				- التقيد بالبروتوكولات الوطنية المتعلقة بالوقاية من فقر الدم و المalarيا

2.1 الجدولة الوطنية للقاح المضاد للكزاز

الجرعة	الوقت المثالي لصرف اللقاح	الفترة الزمنية الدنيا بين الجرعة و الجرعة التي سبقتها	مدة الحماية الممنوحة
VAT 1	أول اتصال مع المرأة الحامل		لا شيء
VAT2	1 شهر بعد الجرعة الأولى	4 أسابيع	3 سنوات
VAT 3	6 أشهر بعد الجرعة الثانية	سنة واحدة	5 سنوات
VAT4	12 شهرا بعد الجرعة الثالثة	سنة واحدة	10 سنوات
VAT 5	12 شهرا بعد الجرعة الثالثة	سنة واحدة	طيلة الحياة الإيجابية عند المرأة.

الورقة الفنية رقم 1: إعداد مخطط الولادة مع المرأة و الأسرة

- تحديد مقدم الخدمة المختص،
- تحديد محل الولادة،
- توضيح ظروف النقل حتى في حالة الاستعجال،
- رصد الموارد المالية الضرورية للولادة و التكفل بالوضعيات الاستعجالية (الكلفة الجزافية للحمل)/الادخار،
- تحديد الشخص الذي سيتخذ قرار اللجوء إلى الرفع الطبي،
- الإبلاغ بضرورة التذكير بإعطاء العلاجات المناسبة (مفهوم التأخر)،
- تحديد المتبرعين بالدم و المرافقين و الأشخاص الداعمين خلال الولادة،
- تحديد المواد الضرورية للولادة (الأم والمولود الجديد)،
- إطلاع المرأة على علامات المخاض و علامات الخطر.

علامات المخاض:

- آلام البطن و الظهر،
- التقلصات المنتظمة و المؤلمة،
- المخاط الممزوج بالدم (السدادة المخاطر).

علامات الخطر عند المرأة الحامل:

- النزوف المهبلية،
- صعوبة التنفس،
- الحمى،
- آلام البطن الشديدة،
- آلام الرأس الحادة/اضطراب الرؤية، الدوار، طنين الأذن،
- الاختلاجات/فقدان الوعي،
- آلام الولادة قبل 37 أسبوعا،
- التقلصات الرحمية المنتظمة التدريجية المؤلمة،
- آلام في منطقة الحوض منبعثة من قاع الرحم،
- الضائعات المحمرة،
- الانفكاك الباكر للأغشية (فقدان السوائل).

الورقة الفنية رقم 2: النواسير الولادية

I. التعريف:

اتصال غير طبيعي بين المثانة و المهبل أو المهبل و الشرج عقب مخاض مديد

II. العوامل المساعدة:

- غياب رعاية الحمل،
- الولادة في المنزل،
- تشوهات الأعضاء التناسلية (الخفاض)،
- الزواج المبكر،
- الفقر،
- الأمية.

III. التشخيص

- التسرب الدائم للبول أو الغائط عن طريق المهبل،
- الإثبات عن طريق مادة المتيلن (التسرب عبر الفتحة الناسورية).

IV. العلاج: جراحي فقط

الأهداف:

- إرجاع المسافة،
- إرجاع التحكم،
- الوقاية من النكوس،
- استعادة الحياة الجنسية الطبيعية،
- الإنجاب.

V. الوقاية من النواسير الولادية

- القيام بالسبر التلقائي للحويصل داخل قاعة الولادة،
- استخدام ورقة لبرتوغرام لتشخيص عسرة الولادة في الوقت المناسب،
- تعزيز نظام الرفع الطبي،
- القيام بأنشطة التحسيس على نطاق واسع حول:
 - المزايا المرتبطة برعاية الحمل داخل الوحدات الصحية،
 - مخاطر الولادة المنزلية،
 - مخلفات الزواج المبكر،
 - مزايا تعليم البنات.

تنبيه: هذه الورقة بالغة الأهمية بنسبة للوقاية خلال فترة ما بعد الولادة.

2 . ارتفاع الضغط والحمل

التعريف والخصائص

- يتميز ارتفاع الضغط الشرياني المرتفع خلال الحمل بوجود القيم التالية:

ارتفاع الضغط الانبساطي: $\geq 90 \text{ mm Hg}$

مع أو بدون ارتفاع ضغط انقباضي: ($\geq 140 \text{ mm Hg}$)

- يمثل ارتفاع الضغط الشرياني والحمل وضعية خطيرة، وهي توجد عند 10% على الأقل من النساء الحوامل في إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء.
- ويمكن أن تتسبب هذه الوضعية في وفاة الأم أو الجنين. ويمثل الارتجاج مضاعفاته الأكثر خطورة.

أنواع ارتفاع الضغط:

- يوجد ارتفاع الضغط الحلمي و ارتفاع الضغط المزمن.
- ارتفاع الضغط الحلمي (المرتبط بالحمل): ويعني الارتفاع الذي يحدث بعد 20 أسبوعا من الحمل (انقطاع الطمث)، أو خلال المخاض و/أو خلال 5 أيام التي تلي الولادة، ويشمل الأنواع التالية:
 - ارتفاع الضغط دون وجود بيلة آحينية ولا وذمات أو ارتفاع ضغط حلمي
 - ارتفاع الضغط مع وجود بيلة آحينية: ويمثل فترة ما قبل الارتجاج وينقسم إلى معتدل أو حاد ويمكن أن يؤدي إلى الارتجاج.
- ويتميز بوجود صداع واضطراب الرؤية و الإغماء.
- ارتفاع الضغط المزمن السابق على الحمل أو الذي تم اكتشافه قبل 20 أسبوعا من انقطاع الطمث. ويمكن أن يتضاعف مع وجود بيلة آحينية: ويعني ذلك ما قبل الارتجاج.

التشخيص:

تنبيه: تقنية قياس ارتفاع الضغط الشرياني

- قياس ارتفاع الضغط الشرياني عند الحامل بعد 10 دقائق من الاسترخاء، وفي وضعية الجلوس مع الانحناء قليلا إلى الأمام،
 - الذراع الأيسر مبسوط تماما وليس مغطى بثياب، بحيث يكون المرفق في مستوى القلب وموضوعا على دعامة،
 - جهاز قياس الضغط بالزئبق مثبت بطريقة سليمة وملائمة لحجم الذراع،
 - ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي يجب قياسه في مكان يختفي فيه النبض (ويمثل أعلى قيمة للتشخيص عند للمرأة الحامل).
 - ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي يجب قياسه، وتسجيله ورقابته بصفة منتظمة)

التشخيص الموجب:

- ارتفاع الضغط الحلمي دون وجود بيلة آحينية ولا وذمات
 - يقاس ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي $\geq 90 \text{ mm Hg}$ مرتين بعد 4 ساعات، بعد 20 أسبوعا من انقطاع الطمث.
 - الفترة السابقة على الارتجاج المتوسط:
- يقاس ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي 90 mm Hg مرتين بعد 4 ساعات، بعد 20 أسبوعا من الحمل (انقطاع الطمث).

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- البييلة الأحيينية التي تتراوح بين (2 + $\geq 0,30$ g/ 24 h) ووذمات الأطراف السفلية (غير ثابتة)
- **الفترة السابقة على الارتجاج الحاد:**
 - يقاس ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي (≥ 110 mm Hg >160 mm de Hg) مرتين بعد 4 ساعات، بعد 20 أسبوعا من انقطاع الطمث.
 - قلة البول (إدرار البول < 400 ml en 24 h)
 - البييلة الأحيينية (≥ 3 + ≥ 3 g/24h)

تنبيه: العلامات السابقة على الصدمة و التي تنذر بارتجاج تكون في الغالب على النحو التالي:

- صداع (بتردد مضطرب، عنيد على مسكنات الألم التقليدية)،
- اضطراب الرؤية،
- آلام في الشرشوف أو الخاصرة اليمنى،
- وذمات الأطراف السفلية (غير ثابتة).

- الارتجاج:

- أزمت اختلاجية توترية تقع في السياق السابق على الأزمة، الغيبوبة.
- - اختلاطات أخرى لارتفاع الضغط الشرياني خلال الحمل
 - انحباس قطع المشيمة،
 - الوذمة الرئوية،
 - العجز الكلوي،
 - النزيف الدماغ،
 - إضرابات التخثر.

• التشخيص التفريقي

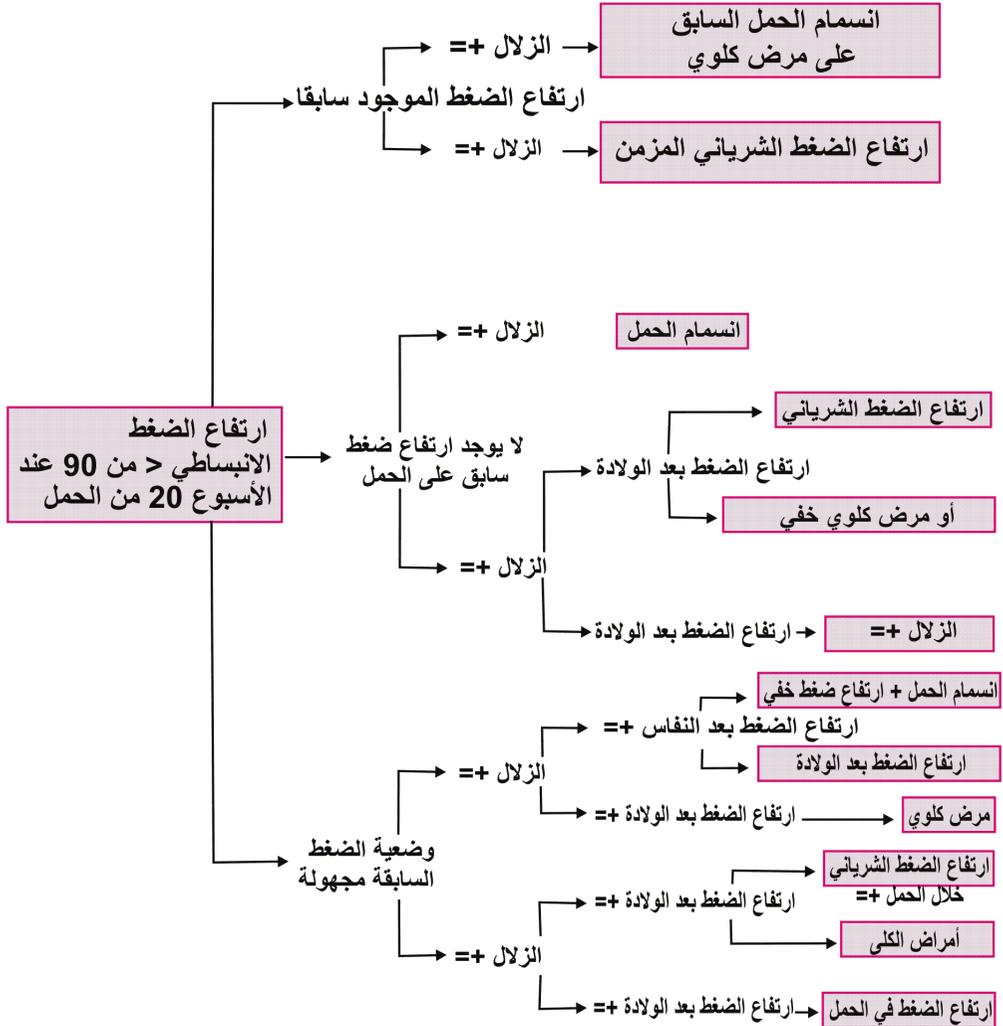
• أمام الاختلاجات، يجب إقصاء:

- الارتجاج: الاختلاجات السابقة، الضغط الشرياني الطبيعي
- الملاريا الخطيرة/الدماغية: الحمى، القشعريرة، الصداع، فقر الدم، اليرقان، الغيبوبة.
- التهاب السحايا: الصداع، القفا الصلب، الحمى، رهاب الضوء،
- التتanos: آلام الوجه و الرقبة و الصدر و تقوس الظهر.

• أمام الصداع و/أو اضطرابات الرؤية، يجب إقصاء:

- الملاريا البسيطة: الحمى، القشعريرة، الصداع، آلام المفاصل، آلام العضلات، القطرة السميكة الموجبة أو اختبار التشخيص السريع.
- الشقيقة: القيء،
- التهاب السحايا.

1.2 طريقة تشخيص ارتفاع الضغط الشرياني أثناء الحمل (تصنيف منظمة الصحة العالمية)



2 التكفل الدوائي

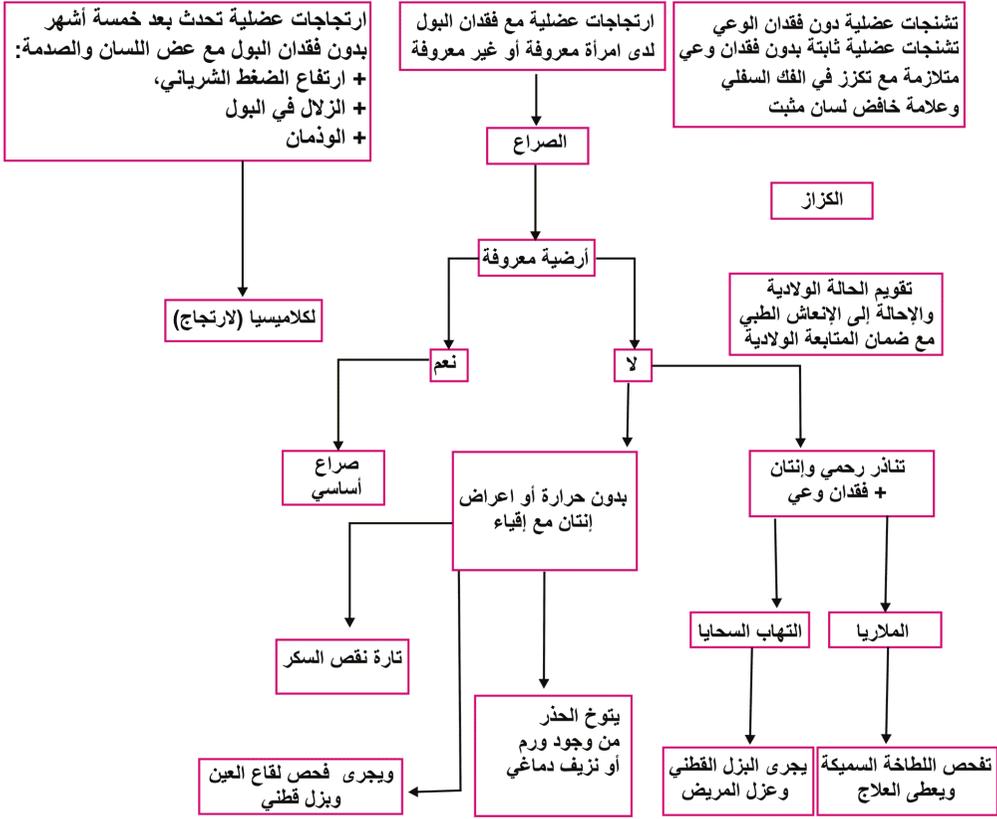
النوع	التكفل الدوائي
عند المريضة فاقدة الوعي أو التي توجد في وضعية اختلاج	<p>تعبئة كافة أعضاء الفريق الطبي بصفة مستعجلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توضع على جنبها بصفة آمنة للتفادي ابتلاع الإفرازات والسائل المعدي أو الدم، • ضمان حرية المسالك التنفسية العلوية و الحيلولة دون عض اللسان عن طريق وضع سداة كدل، • البحث عن الوليد و زرق أملاح أو مطول لبني، • توقيف الاختلاج: البدء في بروتوكول العلاج بواسطة سيلفات المانيزيوم أو: • جازبام 10 ملغ عن طريق الوريد و ببطء، • الأوكسجين عن طريق القناع (6 لترات للدقيقة)، • شفط الإفرازات على مستوى الفم و الأنف • قثطرة الحويصل في المنزل. <p>تقييم الوضعية العامة للمريضة بسرعة و العلامات الحيوية (النبض، ارتفاع الضغط الشرياني، التنفس، درجة الحرارة، صلابة الغذاء، قياس البيئة الاحينية</p> <ul style="list-style-type: none"> • إذا كانت المريضة لا تتنفس أو «تسخر» • يتأكد من أن المسالك العلوية خاوية تماما مع وضع جهاز التنفس إذا كان ذلك ضروريا أو استخدام قناع وجهي، • التهوية بواسطة بالون منفاخ بإفراغ ذاتي (4 إلى 6 لترات من الأوكسجين للدقيقة)، • وضع قثطرة أنفية معوية، • تكليف أحد أعضاء الفريق بمسؤولية الرقابة و تسجيل المعطيات التالية: ارتفاع الضغط الشرياني، النبض، درجة الحرارة، إدرار البول للساعة، وضع الوعي (ورقة الرقابة)، • استجواب الأهل بهدف إعادة كتابة قصة المرض الحالي و السوابق الطبية، <p>إذا كان السبب الاختلاجات غير محددة حتى الآن، تعالج الإصابة على أنها ارتجاج حتى يثبت العكس.</p>
الفترة الحادة السابقة على الارتجاج أو الارتجاج	<ul style="list-style-type: none"> • الفترة الحادة السابقة على الارتجاج أو الارتجاج، التصرف: • الارتجاج: الولادة يجب أن تتم خلال 12 ساعة التي تلي بداية الأزمات الاختلاجية، • الفترة الحادة السابقة على الارتجاج خلال 24 ساعة التي تلي ظهور العلامات. • في جميع الحالات يجب تفريق الرحم إذا كان الجنين قابلا للحياة، • إذ كانت الولادة غير وشيكة: فالقيصرية إجبارية.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

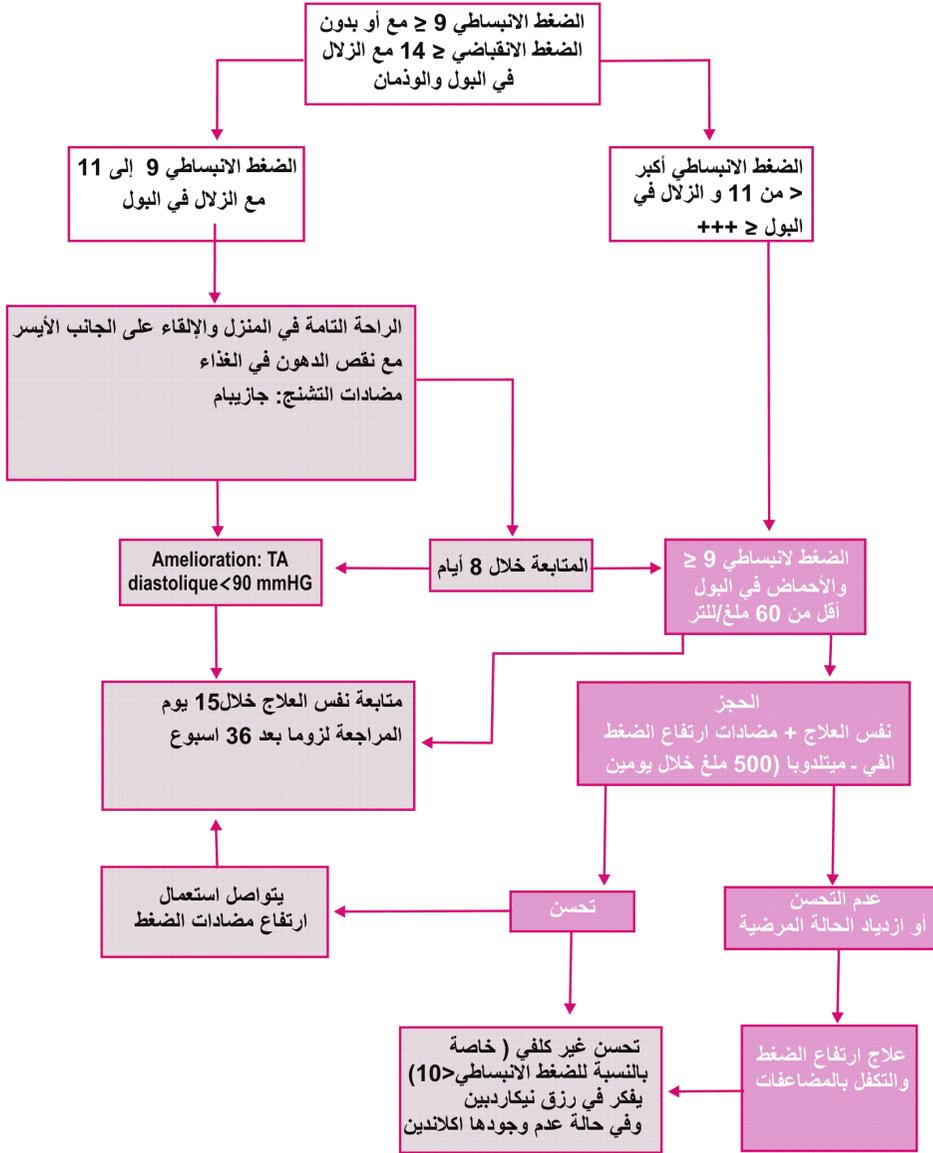
الفترة المتوسطة السابقة على الارتجاج	في حالة حمل أقل من 37 أسبوعا
	<ul style="list-style-type: none">• إذا ارتفع معدل النبيلة الأحيائية، تعالج الحالة على أنها الفترة الحادة السابقة على الارتجاج،• في حالة عدم تغير نسبة النبيلة الأحيائية، تتم متابعة المريضة خارج الحجز مرتين للأسبوع، و إلا يتم حجزها،• في حالة عودة ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي إلى مستوى عاد أو ظل مستقرا، تتم الرقابة خارج الحجز (مرتين للشهر)،• في حالة بقاء ارتفاع الضغط الشرياني الانبساطي دون تغيير، يحتفظ بالمريضة في المستشفى و تعزز الرقابة (ارتفاع الضغط الشرياني، إدرار البول، ارتفاع الرحم، حركات الجنين، نظام دقات قلب الجنين)• في حالة معاناة الجنين، القيصرية إذا كان عمر الحمل ≥ 34 أسبوعا من انقطاع الطمث. <p>إذا كان الحمل قد وصل إلى 34 أسبوعا من انقطاع الطمث فما فوق يتم تقييم رسم بيشوب:</p> <ul style="list-style-type: none">• إذا كان التقييم مناسباً (≥ 7) وأن نظام ضربات قلب الجنين طبيعياً، يحرض المخاض بمادة الأوتوسيتوسين أو بروسنا كلاندين.• إذا كان التقييم غير مناسب أو نظام ضربات قلب الجنين غير طبيعي، يبادر إلى القيصرية.

تنبيه: 4 غرام من سيلفات منيازيوم في بالونة اكلكوز 5 %

3.2 النوبات الارتجاجية



4.2 خطة العمل أمام حالة ما قبل الارتجاج



علامات الخطر

- آلام الرأس الحادة
- اضطرابات الرؤية
- آلام بطنية معدية
- ازمة ارتجاجية (لكلامسيا)



- كافة وحدات العلاج
- كافة وحدات العلاج الولادية
- والتوليد الاستعجالية القاعدية

5.2 خطة العمل في حالة لكلامسيا (الارتجاج الانفاسي)



□ المراكز المتوفرة على العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية القاعدية
 ■ المراكز المتوفرة على العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية المكتملة أو التامة

الورقة الفنية رقم 3 التوصيات باستعمال سيلفات منيازيوم

- **جرعة الارتواء**
 - تحقق 4 غرام من سيلفات منيازيوم 20% عن طريق الوريد خلال 5 دقائق،
 - متابعة الحقن بسرعة ل5 اغرام من سيلفات منيازيوم عن طريق العضلة العميقة في كل إلية، أي ما يساوي 10 غرام في المجموع بعد إضافة 1 ملل من ليذوكابين 2% في كل حقنة،
 - احترام إجراءات الوقاية من الإلتان،
 - إعلام المريضة بأن الشعور بالحرارة يمكن أن يحدث خلال الحقنة،
- **جرعة الصيانة**
 - تحقق 5 مغرام من سيلفات منيازيوم + 1 ملل من ليذوكابين 2% في العضلة العميقة كل 4 ساعات بالتناوب بين الأليتين،
 - متابعة العلاج بسيلفات منيازيوم خلال 24 ساعة التي تلي آخر اختلاج أو الولادة، (اعتبار ذلك نقطة انطلاقاً لآخر الحدتين)
- **قبل تجديد الجرعة، يجب التأكد من :**
 - انتظام تردد التنفس هو ≥ 16 حركة للدقيقة،
 - الحركات اللاإرادية الرضفية موجودة،
 - إدرار البول خلال 4 ساعات متتالية يصل إلى ≥ 30 ملل/الساعة،
 - قطع أو تأخير العلاج إذا كانت إحدى هذه المعطيات متأثرة،
 - اصطحاب مضاد جاهز للاستعمال (اكليونات ديكالسيوم)

- **في حالة توقف التنفس:**
 - قطع العلاج،
 - التهوية بواسطة قناع وبالون ومستلزمات البنج أو بواسطة جهاز تنفس صناعي،
 - يحقن ببطء 1 أغمرام من كليوناكت كالسيوم (10 ملل في محلول بتركيز 10%) عن طريق الوريد حتى يستعاد التنفس.

تنبيه: لا يستعمل جازبام إلا في منشأة صحية لا تتوفر على سيلفات منيازيوم
صرف جازبام

الصرف عن طريق الوريد

- **جرعة الارتواء**
 - تحقق ببطء 10 ملغرام من جازبام عن طريق الوريد خلال 2 دقيقة
 - تجدد الجرعة في حالة معاودة الاختلاجات.
- **جرعة الصيانة**
 - زرق 40 ملغرام من جازبام أضيفت إليها 500 ملل من المحلول داخل الوريد (مصل فيزيولوجي أو محلول لبني) بطريقة تمكن من تسكين الآلام مع الإبقاء على وضعية اليقظة.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- لا تتجاوز 30 ملغرام للساعة (120 قطرة/للدقيقة)، حيث يوجد خطر لهبوط التنفس،
 - لا يصرف أكثر من 100 ملغرام من جازيام خلال 24 ساعة
 - يصرف عن طريق الشرج (إذا كان الصرف عن طريق الوريد غير ممكن)
 - جرعة الارتواء
 - صرف 20 ملغرام من جازيام بواسطة حقنة 10 ملل دون إبرة، مشعشة ، يدخل نصفها في الشرج،
 - تترك الحقنة في مكانها ويبقى على إلبيتي المرأة مضغوطتين خلال 10 دقائق لتفادي قذف المادة،
 - توجد وسيلة أخرى لصرف المادة وهي استخدام قنطرة شرجية،
- جرعة الصيانة
- في حالة عدم السيطرة على الاختلاجات في غضون 10 دقائق، تصرف 10 ملغرام إضافية كل ساعة تبعا للتجاوب السريري.

3. نزوف الحمل

1.3 نزوف النصف الأول من الحمل.

يتعلق الأمر بضائعات دموية قادمة من الرحم تحدث عند امرأة حامل خلال 15 أسبوعا الأولى بعد انقطاع الطمث. وهذه الضائعات منذرة باختلاطات حمل خطيرة: سقوط الحمل أو الحمل المهاجر (الحمل خارج الرحم) ويمكن أن تكون كذلك من أسباب العقم في حالة عدم التكفل بها.

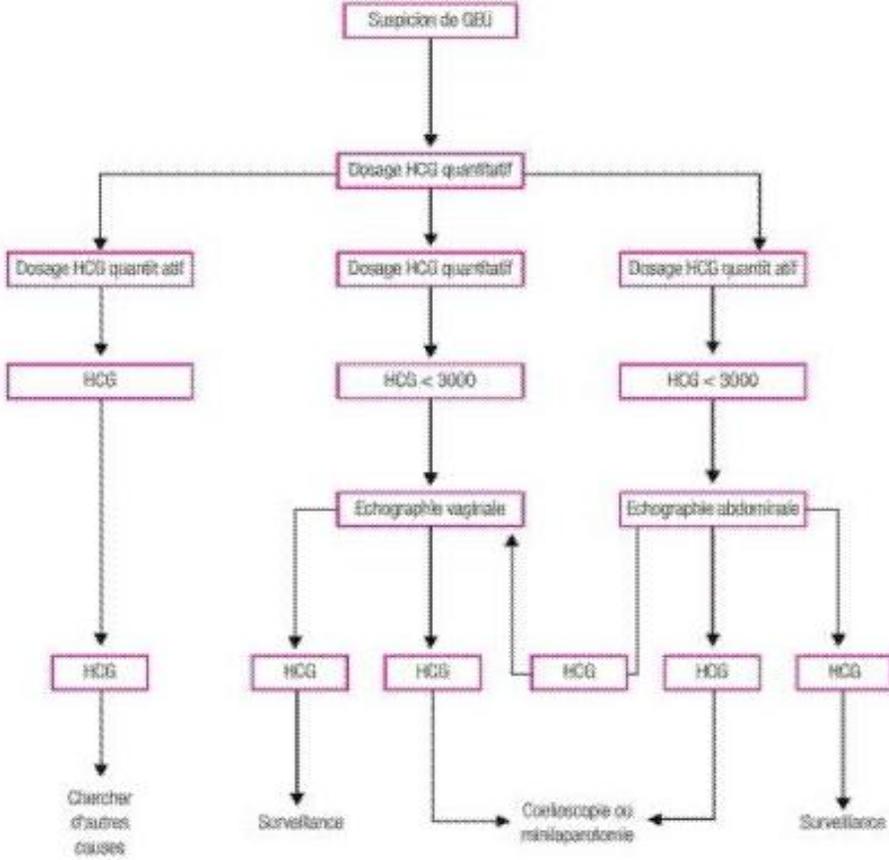
1.1.3 أنواع النزوف

1.1.1.3 الحمل خارج الرحم

- تشخيص الحمل خارج الرحم

العلامات	<p>التفكير في الحمل خارج الرحم حتى يثبت العكس في حالة:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● انقطاع الطمث أو اضطراب الدورة ● آلام مناوية في البطن والحوض ● نزف مهبلية بكميات قليلة مكون من دم مسود (ضائعات سببيا) مستمر يمكن أن يظهر قبل التاريخ المتوقع للدورة أو بعد تأخرها ● الغشي أو الشعور بالإغماء (أحيانا) ● عنق الرحم مغلق، رحم مزداد الحجم قليلا، لكنه أصغر من التاريخ المفترض للحمل، لين قليلا في الغالب ومنحن. ● كتلة رحمية متطاولة، حساسة أو مؤلمة (أحيانا)
الفحوص التكميلية لإثبات التشخيص	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>على مستوى وحدة التكفل بالحالات الاستعجالية الولادية:</u> <ul style="list-style-type: none"> - كشف الحمل - بزل دوكلاس/ البطن (في حالة انفكاك الرحم) <p>تنبيه: يبادر برفع المريضة إلى منشأة التكفل بالحالات المستعجلة (حتى في حالة الشك)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>على مستوى منشأة التكفل بالحالات المستعجلة:</u> <ul style="list-style-type: none"> - فحص الحوض بالأمواج فوق الصوتية (أكوكرافي) - قياس ع - بزل دوكلاس - تنظير البطن أو الفتح الخفيف للبطن بغية التشخيص

3.1.1.1. Diagnostic de la GEU



Source: Gynécologie pour le praticien
J. Lansac et Coll

خطة العمل

تعتبر حالة استعجالية: علاجها جراحي

• تحضر المرأة للتدخل الجراحي

النصائح التي تقدم قبل الخروج:

- تطلع المرأة على خصوبتها وتزود بالنصائح الضرورية، بما في ذلك تباعد الولادات،
- توجه المرأة إلى مصالحي تباعد الولادات،
- يعالج فقر الدم بصرف أقراص الحديد عن طريق الفم (60ملغ من سيلفات أو مشتقات الحديد لليوم) خلال شهر على الأقل،

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- برمجة زيارة متابعة تجرى 4 أسابيع بعد الخروج واحتمال تصوير الرحم والبوقين من أجل التأكد من سلامتهم.

1.1.1.3 سقوط الحمل

- التشخيص
- ثلاث علامات تباشيرية
 - آلام في البطن والحوض متقطعة ومنتظمة
 - نزوف مهبلي بدم أحمر قان
 - انقطاع الطمث
- مراحل تطور للإسقاط

المرحلة	العلامات
التهديد بسقوط الحمل	<ul style="list-style-type: none"> • نزوف مهبلي بكميات قليلة آت من الرحم • آلام في البطن والحوض متقطعة و منتظمة • عنق الرحم مسدود/ متغير الشكل قليلا أو غير متغير • رحم مزداد الحجم مطابق للعمر الافتراضي للحمل، لين • الفحص الموجب للحمل • حيوية المضغة عند فحص الحوض بالأموح فوق الصوتية
سقوط الحمل الذي لا يمكن تفاديه	<ul style="list-style-type: none"> • نزوف مهبلي بكمية متوسطة أو غزيرة آت من الرحم • آلام متقطعة ومنتظمة في البطن والحوض (تتقارب بشكل تدريجي وبكثافة مرتفعة) • عنق رحم مصغر ومفتوح • رحم، مزداد الحجم، أصغر من العمر المفترض للحمل، لين نسبيا • القذف الجزئي لمنتوج الحمل
سقوط غير كامل	<ul style="list-style-type: none"> • نزوف مهبلي متوسط أو بكمية غزيرة آت من الرحم • آلام متقطعة ودائمة في البطن والحوض • عنق رحم مصغر ومفتوح • رحم، مزداد الحجم، أصغر من العمر المفترض للحمل، لين نسبيا • القذف الجزئي لمنتوج الحمل
إسقاط مكتمل	<ul style="list-style-type: none"> • نزوف قليل، غير مهم آت من الرحم • آلام غير كثيفة في البطن والحوض • عنق الرحم مسدود • رحم مسدود نسبيا، مزداد الحجم أقل من الحجم المطابق للعمر المفترض للحمل، • رحم فارغ عند الفحص بالأموح فوق الصوتية

• التصرف الدوائي

المرحلة	التكفل الدوائي
التهديد بسقوط الحمل	<ul style="list-style-type: none"> • في الغالب لا توجد ضرورة لأي علاج طبي • في حالة الآلام يصرف مسكن آلام (ابراسيتامول 1 غرام عند الطلب ولا تتجاوز 3 أGRAMات/24 ساعة) • لا تصرف المسكنات ولا المرققيات لكونها لا تحول دون سقوط الحمل، • تنصح المريضة بتفادي الجهود البدنية والاتصالات الجنسية • إذا توقف النزيف، توجه المريضة إلى استشارات ما قبل الولادة • في حالة عودة النزوف أو استمراره، يعاد فحص المريضة لتقييم حيوية المضغة (اختبرا الحمل/ الفحص بالأموح فوق الصوتية)
سقوط الحمل الذي لا يمكن تفاديه	<ul style="list-style-type: none"> • القيام بالتفريغ الفوري للرحم بواسطة التجريف، ... أو الكشف أو التفريغ الألي • في حالة الآلام يصرف إيبى بروفن/ابراسيتامول، ويقام بالدعم الشفهي، • إذا كان التفريغ الفوري غير ممكن، يصرف 0,2 ملغرام من مادة إيركومتريين عن طريق العضلة، (يجدد 15 دقيقة بعد ذلك عند الضرورة) أو 400 متروغرام من ميزوبروستول عن طريق المهبل (يجدد بعد 4 ساعات عند الضرورة) • يقام بالتغطية بالمضادات الحيوية تلقائيا نظرا لخطر الإصابة بالإنتان • يقام بالإرشاد بعد سقوط الحمل: المعلومات المتعلقة بالوضعية الحالية وإجراءات النظافة، والخصوبة في المستقبل وتباعد الولادات • توفير وسيلة لتباعد الولادات إذا كانت المرأة ترغب في ذلك • تحديد الحاجيات الأخرى من خدمات الصحة الإنجابية (لقاح الكزاز، الإبتانات المنتقلة عن طريق الجنس، الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي، العقم) بهدف ضمان التكفل بها.
سقوط غير كامل	<ul style="list-style-type: none"> • اتخاذ الإجراءات الضرورية من أجل التفريغ الفوري للرحم (التجريف، ... أو الكشف أو التفريغ الألي) • في حالة الآلام يصرف إيبى بروفن/ابراسيتامول، ويقام بالدعم الشفهي، • إذا كان التفريغ الفوري غير ممكن، يصرف 0,2 ملغرام من مادة إيركومتريين عن طريق العضلة، (يجدد 15 دقيقة بعد ذلك عند الضرورة) أو 400 متروغرام من ميزوبروستول عن طريق المهبل (يجدد بعد 4 ساعات عند الضرورة) • يقام بالتغطية بالمضادات الحيوية تلقائيا نظرا لخطر الإصابة بالإنتان • يقام بالإرشاد بعد سقوط الحمل: المعلومات المتعلقة بالوضعية الحالية وإجراءات النظافة، والخصوبة في المستقبل وتباعد الولادات • توفير وسيلة لتباعد الولادات إذا كانت المرأة ترغب في ذلك • تحديد الحاجيات الأخرى من خدمات الصحة الإنجابية (لقاح الكزاز، الإبتانات المنتقلة عن طريق الجنس، الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي، العقم) بهدف ضمان التكفل بها.
إسقاط مكتمل	<ul style="list-style-type: none"> • البحث عن نزوف محتمل بإخضاع المريضة للرقابة • يقام بالتغطية بالمضادات الحيوية تلقائيا نظرا لخطر الإصابة بالإنتان • يقام بالإرشاد بعد سقوط الحمل(المعلومات المتعلقة بالوضعية الحالية وإجراءات النظافة، والخصوبة في المستقبل وتباعد الولادات) • توفير وسيلة لتباعد الولادات إذا كانت المرأة ترغب في ذلك • تحديد الحاجيات الأخرى من خدمات الصحة الإنجابية (لقاح الكزاز، الإبتانات المنتقلة عن طريق الجنس، الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي، العقم) بهدف ضمان التكفل بها.

3.1.1.3 الحمل المولي (الرحى العذرية)

الحمل المولي يعني تلف بعض خلايا المشيمة وتكاثر أكياس بداخلها دون وجود المضغة الأولى للحمل و عليه فلا يوجد حمل حقيقي

• التشخيص

<ul style="list-style-type: none"> • الغثيان/ تقيئ مفرط (أحيانا)، • آلام متقطعة ومنتظمة في البطن والحوض تتقارب و تزداد حدتها، • النزف يكون أكثر من الدورة الشهرية العادية، • نزف غزير أت من الرحم، • قذف حويصلات (على شكل حبات عنب)، • عنق رحم مفتوح، • رحم مزداد الحجم، أعلى من الحجم المطابق للعمر المفترض للحمل، لين أكثر من الطبيعي، • إمكانية وجود أكياس مبيضية 	<p>العلامات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • فصيلة الدم/عامل الريزيس، • تعداد الكريات والصيغة الدموية، • قياس Beta-HCG • - فحص الحوض بالأموح فوق الصوتية (إيكوغرافي) 	<p>الفحوص التكميلية</p>

• خطة العمل

- يقام فوراً بتفريغ محتويات الرحم مع زرق 10 وحدات من مادة الأوتوسين في 500 ملل من محلول ملحي أو محلول لبنني (60 قطرة للدقيقة)
- اصطحاب حقنتين أو ثلاث مجمعة وجاهزة للاستعمال بتفريغ محتويات الرحم، لأنه من المهم الإسراع بتفريغ محتويات الرحم لكونها كثيفة،
- التأكد من تفريغ الرحم بواسطة الفحص بالأموح فوق الصوتية (إيكوغرافي) أو عن طريق رقابة النزف في حالة غياب إيكوغرافي.
- التصدي من جديد لتفريغ محتويات الرحم عند الحاجة
- التكوين على وسيلة تباعد الولادات الهرمونية مرة للسنة على الأقل
- على مستوى وحدات العلاجات التوليدية الاستعجالية القاعدية: الإحالة
 - على مستوى وحدات العلاجات التوليدية الاستعجالية المكتملة : الإحالة
 - التأكد من المتابعة السريرية والمتابعة البيولوجية عن طريق فحص الحمل عن طريق البول/ قياس Beta-HCG (إن أمكن ذلك) كل 8 أسابيع خلال سنة على الأقل.
 - إذا كان الفحص غير سالب بعد 8 أسابيع أو أصبح موجبا في أقل من سنة بعد سقوط الحمل، تخضع المريضة لعلاج خاص ومتابعة مناسبة من طرف اختصاصي.

تنبيه: بعد كل سقوط حمل يصرف مصل مضاد للتنافر (serum anti-D) لكل امرأة عندها عامل ريزيس سالب.

4.1.1.3. الاختلاطات الممكنة لنزوف النصف الأول من الحمل

النوع	التظاهرات
سقوط الحمل الإبتائي	<ul style="list-style-type: none"> • آلام مستمرة في البطن والحوض • نزف مستمر، بكمية قليلة أو بغزارة متوسطة أت من الرحم • ضائعات بيضاء ننتة/قبيحية • حمى • آلام عند اللامعاوضة السريعة للبطن • عنق الرحم مسدود • رحم مؤلمة عند التعبئة • الارتوج حساسة/مؤلمة
إصابات رضية (المهبل/الرحم/المعي)	<ul style="list-style-type: none"> • آلام في البطن والحوض • الغثيان/ القيء • آلام في الكتف • نزف مهبلي بكمية قليلة • توقف الغازات والمواد البرازية • الحمى • آلام عند اللامعاوضة السريعة للبطن • دفاع أو تقلص البطن

تنبيه: يتم الرفع على جناح السرعة إلى وحدة العلاجات التوليدية الاستعجالية المكتملة

• خطة العمل

الأنواع	التكفل
سقوط الحمل الإبتائي	<ul style="list-style-type: none"> • البدء في صرف المضادات الحيوية، في أسرع وقت ممكن قبل القيام بتفريغ الرحم، البدء في ثلاثية من المضادات الحيوية لغاية 28 ساعة بعد اختفاء الحمى: - أمكسيسلين 1 غرام عن طريق الوريد كل 6 ساعات، - جانتاميسين 5 ملغرام/ كلغ لكل 6 ساعات - ميترونيدازول 500 ملغرام كل 8 ساعات، • القيام بتفريغ الرحم: - مباشرة بعد بداية العلاج بالمضادات الحيوية إذا كان عنق الرحم مفتوحا - 24 ساعة بعد بداية العلاج بالمضادات الحيوية إذا كان عنق الرحم مسدودا. • العمل على تقديم النصائح بعد سقوط الحمل (المعلومات حول الوضعية الحالية، إجراءات النظافة، الخصوبة القادمة، تباعد الولادات) • توفير وسيلة لتباعد الولادات إذا كانت المرأة ترغب في ذلك • تحديد الحاجيات الأخرى من خدمات الصحة الإنجابية (لقاح الكزاز، الإبتانات المنتقلة عن طريق الجنس، الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي، العقم) بهدف ضمان التكفل بها.
إصابات رضية بعد سقوط الحمل	<ul style="list-style-type: none"> • العمل على تفريغ الرحم إذا كان ذلك ضروريا • ترميم الرضوض حسب الطريقة المناسبة أولا • صرف علاج بالمضادات الحيوية • العمل على تروية المهبل في حالة استخدام مواد حارقة داخل الرحم • العمل على تقديم النصائح بعد سقوط الحمل (المعلومات حول الوضعية الحالية، إجراءات النظافة، الخصوبة القادمة، تباعد الولادات) • توفير وسيلة لتباعد الولادات إذا كانت المرأة ترغب في ذلك

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

تحديد الحاجيات الأخرى من خدمات الصحة الإنجابية (لقاح الكزاز، الإبتانات المنتقلة عن طريق الجنس، الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي، العقم) بهدف ضمان التكفل بها.

الورقة الفنية رقم 4: الصدمة

حالة مستعجلة مطلقة- لا يسمح بأي تأخر في العلاج

• التعريف

اختلال التوازن، قابل أو غير قابل للعودة بين الحاوي (الأوعية الدموية) والمحتوى (الكتلة الدموية): «لا يوجد الكثير من السوائل في الأوعية الدموية» وذلك سبب النقص في التروية الدموية والأكسجين داخل الأنسجة، ولكون الأنسجة مصابة فهي تطلق مواد سمية، خاصة الأحماض(الحماض)

• أنواع الصدمات.

- 1- الصدمة الناتجة عن نقص السوائل: فقد السوائل (الإسهالات، القيء، التجفاف) أو فقدان الدم (الأنزفة الداخلية والخارجية: الصدمة النزيفية)
- 2 - الصدمة الحساسية: الأوعية لا تتقلص تبقى منسدلة: بمعنى أنها صدمة شللية
- 3- الصدمة منشئية القلب: القلب، معتل، لن يعد قادرا على تعبئة كتلة الدم (فشل القلب، غير معاوض، مرتبط بالإحشاء)
4. الصدمة المرتبطة بالإنسمام الإنتاني (الإنتاني): يوجد العديد من الميكانيزمات المشتركة: الشلل، فقدان السوائل، فشل القلب

• علامات الصدمة

ارتفاع الضغط الشرياني	الانهيار (< 80 / 60 mm Hg)
النبض	ضعيف و سريع (> ou = 110 pls/mn)
إدرار البول	انخفاض إدرار البول إلى ادني مستوى < مل للساعة
التنفس	حركة التنفس > 30 دقيقة
الجلد	رشح السوائل أو الرطوبة
الأطراف	باردة وزرقاء
الوضعية العامة	الغثيان، القيء، العطش الشديد، الاضطراب، الاكتئاب، الوسن وحتى الغيبوبة

تنبيه: الفحوص التكميلية يجب أن تؤخر التكفل.

التكفل وعلاج الصدمة: لا يسمح بأي تأخر

على مستوى وحدات العلاجات التوليدية الاستعجالية القاعدية 1

- إفراغ المسالك التنفسية العلوية (عند الحاجة)

2- إجلاس المرأة وفتح وريد بواسطة قنطرتين محلول 16 أو محلول 18

3- رفع قدمي المرأة فوق السرير (إلا في حالة صدمة منشؤها القلب)

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

4- تزرق بسرعة (500 وحدة خلال 18 دقيقة) محلول دكستراه، أو محلول لاكتات رنيكير، محلول
مصل أملاح النسبة في الألف

5- إخضاع المرأة للرقابة:

- النبض، ارتفاع الضغط الشرياني (كل 15 دقيقة)
- درجة الحرارة (3 مرات لليوم)
- تردد التنفس (كل 15 دقيقة)
- وضعية اليقظة (كل 15 دقيقة)
- إدرار البول (كل ساعة)
- دقات قلب الجنين (كل 15 دقيقة)
- تقلصات الرحم

6- ينظم الرفع الطبي

- على مستوى وحدات العلاجات التوليدية الاستعجالية المكتملة
- القواعد العامة
- تعبئة كافة العاملين الموجودين على جناح السرعة
- رقابة العلامات الحيوية
- وضع المريضة على جنبها الأيسر للحد من مخاطر الابتلاع في حالة القيء وفتح المسالك التنفسية العلوية.
- تغطية المريضة لتفادي البرد
- رفع قوائم المريضة لتسهيل عودة انسيابية الأوردة
- فتح وريدي، بواسطة قنطرتين محلول 16 أو محلول 18 والعمل على سحب عينات لإجراء الفحوص الاستعجالية
- فصيلة الدم، الهيماتوكريت، نسبة الهيمواكلوبين، فحص التطابق إن كان ذلك ممكنا، والعمل على تعرية الوريد
- تزرق بسرعة لترين على الأقل من محلول أملاح النسبة في الألف أو محلول رنيكير خلال الساعة الأولى، ويتعين أن يصرف اللتر الأول خلال 15 إلى 20 دقيقة
- في حالة الصدمة الناتجة عن النزيف، يكون الزرق أكثر سرعة بغية تعويض الكمية المفترضة من الدم المفقود مرتين أو ثلاث مرات .
- تصرف ما بين 6 إلى 8 لترات من الأكسجين للدقيقة بواسطة قناع أو قسطرة أنفية
- تواصل رقابة العلامات الحيوية وفقدان الدم كل 15 دقيقة
- يراقب منسوب البول (الإدرار خلال الساعة) بواسطة قنطرة بولية.
- يستدعى الطبيب ويطبق التصرف الوارد أعلاه في وحدة على مستوى وحدات العلاجات التوليدية الاستعجالية القاعدية، انظر النقطة 5 أعلاه
- التهوية بالأكسجين
- وضع قنطرة في المنزل
- متابعة تروية الأوعية بواسطة

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- الدم ومشتقاته
- الجزيئات الضخمة (محلول دكستراه)
- محاليل (محلول أملاحى النسبة فى الألف أو محلول رنكبر)
- بىكربونات %14 بهدف تصحىح الحماض (الأسىدوز)
- تزرق مادة الأدرىنالىن 0,5 mg
- ىصرف ابروباراسىتامول 1 غرام عن طرىق الورىء ببطء عند الاقتضاء (ابىرفالكاه)
- ىصرف العلاء بالمضادات الءىوىة حسب الحالة
- ىعالج السبب
- تتم الرقابة كما هى الحالة فى وحداء على مستوى وحداء العلاءاء التولىءىة الاسءعجالىة المكتملة
- ىراقب الزرق
- ىءواصل الزرق بسرعة طالما ظل الضعظ الشرىانى والنبض مسءقرىن أو بقى إءرار البول فى حدود 0,5 cc/kg/ < للساءة
- إذا كان الضعظ الشرىانى قد وصل إلى الءء الأعلى 100 mmHg (، وأن النبض قد هبء < الءء الأءنى 100/min وأن إءرار البول انطلق ب (0,5 à 1cc/kg/h) قد هبء إلى مستوى 16 قءرة .
- مءابعة ظهور الطحالات الرئوىة والانءشار بهدف ءعءىل الوارءاء. وفى حالة ظهورها ءوقف ءرئوىة وىصرف افروزمىء (40 ملغرام عن طرىق الورىء وىسءءى الطبىب.

الورقة الفنية رقم 5: التفريغ الآلي لمحتويات الرحم

• الأدوات

- مستلزمات معقمة للإفراغ
- ملقط ابوزي معقم
- منظار معقم
- مقياس رحم معقم
- مجموعة مصابيح هكار معقمة
- محلول تعقيم
- محلول صابون
- قطع ضماد معقمة

• تحضير المريضة

- إعلام وطمأنة وشرح العمل ومختلف مراحلته دون إحداث قلق
- العمل على إفراغ المثانة
- العمل على تنظيف الفرج والعجان
- العمل على تخدير موضعي (أو تخدير عام إذا كان الفني موجودا)

• تحضير الجراح

- ارتداء صدرية
- العمل على الغسل الجراحي للأيدي
- وضع القفازات

• الإجراء

- مسح العجان بمادة البتادين
- وضع رفادات الجراحة المنقوبة والمعقمة
- تحضير منظار
- تنظيف عنق الرحم والمهبل
- وضع ملقط ابوزي بصفة أفقية على شفر عنق الرحم الأمامي
- أخذ مقاييس الرحم
- تمطيط عنق الرحم بواسطة مصباح هكار، إذا كان ذلك ضروريا
- وضع كمادة على مصدر الإفراغ
- إدخال الكمادة في الرحم حتى تلامس قاع الرحم
- إطلاق آلية الإفراغ
- القيام بالإفراغ مع المسح كل مرة فوق الرحم بالكمادة، بواسطة حركات الذهاب والإياب والدوران، وتوجيه فتحة الكمادة باتجاه غشاء الرحم،

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

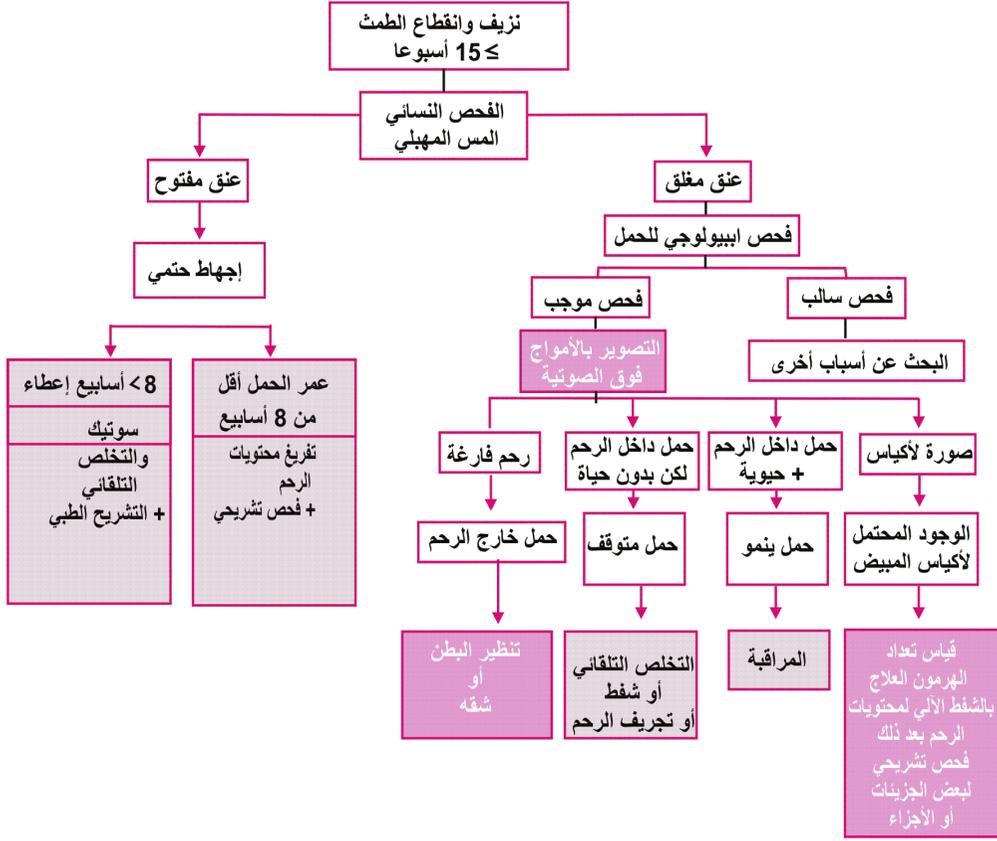
- متابعة العملية حتى لا تعود الآلة تجلب أية قطعة وظهور رغوة حمراء في الآلة
- عندها تسحب الكمامة ثم ملقاط ابوزي (في آن واحد)
- يتأكد من سيلان الدم المتبقي حتى انتهائه
- تنظيف عنق الرحم والمهبل
- سحب المنظار
- يقام بتنظيف الفرج
- توضع ضمادات معقمة
- تجعل المرأة في وضعية مريحة
- صرف مسكنات توتر الرحم وعلاج بالمضادات الحيوية
- إرسال المنتج إلى التشريح المرضي النسجي (قارورة بها مادة افورمول 10%)
- تعقيم الأدوات بعد التدخل

تنبيه: لا يقام بإفراغ محتويات الرحم إلا إذا كان عمر الحمل أقل من 12 أسبوعا.

الورقة الفنية رقم 6: تجريف الرحم

- **الأدوات**
 - قفازات معقمة
 - مطهر
 - ضمادات معقمة
 - رفادات الجراحة المثقوبة
 - صدرية
 - حوض السرير
- **تحضير المريضة**
 - إعلام وطمأنة وشرح العمل ومختلف مراحلها دون إحداث قلق
 - العمل على إفراغ المثانة
 - العمل على تنظيف الفرج والعجان
- **تحضير الجراح**
 - ارتداء صدرية
 - العمل على الغسل الجراحي للأيدي
 - وضع القفازات
- **الإجراء**
 - البدء أولاً بالعلاج بالمضادات الحيوية في حالة وجود علامات إلتان
 - وضع المنظار وتنظيف عنق الرحم والمهبل والفرج
 - سحب المنظار
 - وضع قفازات معقمة و رفادات الجراحة المثقوبة
 - إدخال أصبع أو أصبعين حسب افتتاح عنق الرحم
 - تدليك عنق الرحم باليد اليسرى
 - القيام بتجريف الرحم مع التركيز على قاعه وأغشيته
 - سحب الأصابع عندما يتم تفريغ الرحم من كافة قطع المبيض وإنزال كافة قطع المبيض
 - وإنزال هذه القطع والخثارات إلى الفرج
 - يقام بتنظيف الفرج
 - توضع حكامات معقمة فوق الفرج
 - يقام بتنظيف الفرج
 - مواصلة العلاج بالمضادات الحيوية + الحديد
 - تعقيم الأدوات بعد التدخل
 - طلب فحص تعداد الكريات والصيغة الدموية

2.1.3 التكفل بالنزيف في الفصل الأول من الحمل



- كل وحدات العلاج
- كل وحدات العلاج الولادية والتوليدية الاستعجالية القاعدية
- وحدات العلاج الولادية والتوليدية الكاملة

المصدر: طب النساء للمارس ج . لاتاساك وكول

2.3. النزوف الولادية

أنواع النزوف

- نزوف النصف الثاني من الحمل
- نزوف ما بعد الولادة مباشرة
- النزوف المتأخرة بعد الولادة

1.2.3. نزوف النصف الثاني من الحمل

• التعريف والخصائص

يعرف هذا النزوف على أنه ضائعات دموية منشؤها الأعضاء التناسلية عند المرأة الحامل، تحدث اعتبارا من 28 أسبوعا بعد انقطاع الطمث وخلال الولادة.

ولكون هذا النزوف غير متوقع فهو يمثل حالة استعجالية ولادية تتطلب تكفلا فوريا ومناسبا

1.1.2.3. المشيمة المتقدمة

• التعريف والخصائص

تعرف المشيمة المتقدمة على أنها الدخول الكامل أو الجزئي للمشيمة في الجزء السفلي من الرحم مع ظهور علامات نزوف.

وهي السبب الأكثر شيوعا لنزوف النصف الثاني من الحمل. وتتسبب المشيمة المتقدمة في اختلاطات عند المرأة والجنين يمكن أن تؤدي إلى الوفاة، وعاليه فهي حالة استعجالية ولادية.

• التشخيص:

الوضعية	التشخيص
خلال الحمل	<p>يفكر في المشيمة المتقدمة في حالة ظهور العلامات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نزوف بدم أحمر قان، يحدث بصورة مفاجئة ولا رائحة له آت من حفرة الرحم، يميل إلى التكرار، أحيانا تحرضه الاتصالات الجنسية أو اللمس المهبل، • شحوب الملتحمة أو الأغشية، • علامات الصدمة (أحيانا) • مجيء عال، غالبا ما يكون منحرفا عن المركز وغير طبيعي • ضربات قلب الجنين موجودة • عند المس المهبل: الشعور بحسوة بين المجيء والقطعة السفلية. <p>الفحوص التكميلية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الزمرة الدموية/عامل الريزوس وتعداد الكريات • الفحص بالأموح فوق الصوتية (أوكوغرافي) : مشيمة مدمجة الأسفل (المسافة الفاصلة بين الجزء السفلي من المشيمة وفتحة عنق الرحم الداخلية تصل إلى < 5 سم)
خلال الولادة	<p>يفكر في المشيمة المتقدمة في حالة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نزوف بدم أحمر قان، يحدث بصورة مفاجئة ولا رائحة له آت من حفرة الرحم، يميل إلى

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

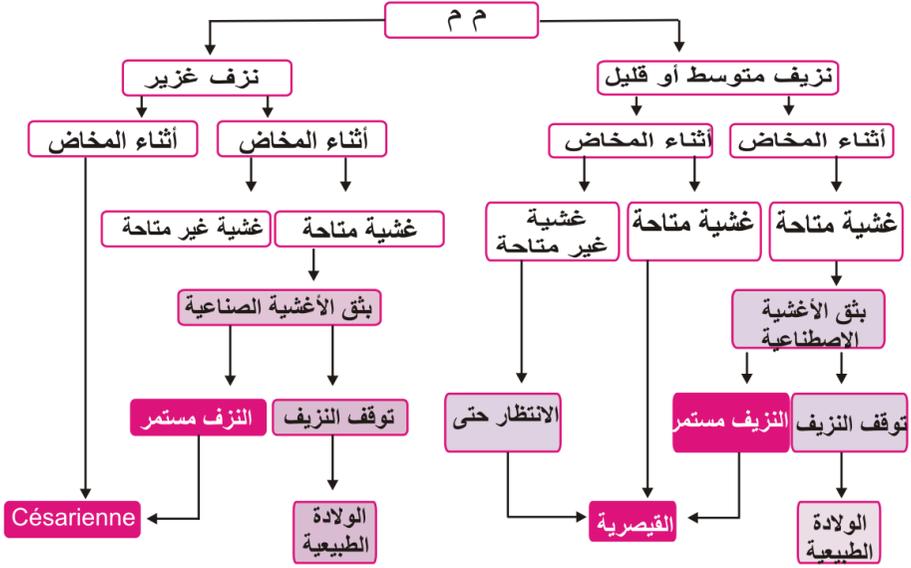
- التكرار، أحيانا تحرضه اللمس المهبلية،
- شحوب الملتحمة أو الأغشية،
- علامات الصدمة (أحيانا)
- مجيء عال، غالبا ما يكون منحرفا عن المركز وغير طبيعي
- ضربات قلب الجنين موجودة
- عند المس المهبلية: الشعور بحشوة بين المجيء والقطعة السفلية، عند فحص لواحق الجنين، يكون أصغر جانب الأغشية < 10 سم

الفحوص التكميلية:

- الزمرة الدموية/عامل الريزوس وتعداد الكريات
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية (أوكوغرافي) : إذا كان متوفرا فقط داخل قاعة الولادة

تنبيه: الفحص بالأمواج فوق الصوتية (أوكوغرافي) يجب أن لا يؤخر التكفل

خطة العمل أمام مشية متقدمة



- كافة وحدات العلاج
- وحدات العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية القاعدية
- وحدات العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية الكاملة

علامات الخطر

- نزيف خلال الحمل

تنبيه: لا يمكن للنزيف أن يؤخر فرار التكفل العلاجي



2.1.2.3. انحباس قطع المشيمة.

• التعريف والخصائص

هو انفكاك مبكر لمشيمة منغرسه بصفة طبيعية يحدث قبل خروج الجنين. يؤدي غالبا إلى وفاة الجنين وفي الغالب لاختلالات عند الأم (حالة الصدمة، اضطرابات التخثر والقصور الكلوي)

• التشخيص

يفكر في انحباس قطع المشيمة أمام العلامات التالية:

- نزوف غير غزير بدم أسود ترافقه في البداية آلام حادة
- شحوب الملتحمة والأغشية
- علامات الصدمة
- تقلص رحمي مستمر أو رحم خشبي
- تقلص القطعة السفلية (طاس خشبي)
- يتراوح ارتفاع الرحم من فحص لآخر (إمكانية الارتفاع من فحص لآخر)
- ضربات قلب الجنين متغيرة، غير موجودة في الغالب
- وجود كويص منقطع المشيمة (يمكن التأكد منه بعد الخلاص)

• الفحص التكميلي

- الفحص بالأموح فوق الصوتية إذا كانت حركية الدم مستقرة (التشخيص وحيوية الجنين)

تنبيه: الفحص بالأموح فوق الصوتية يجب أن لا يؤخر التكفل

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• خطة العمل أمام انحباس قطع المشيمة

العلاج الولادي	العلاج الطبي	التمرينات
<p>إفراغ الرحم</p> <ul style="list-style-type: none"> • الجنين حي: القيصرية أو الولادة عن طريق المهبل إذا كانت الولادة وشيكة، الملقط • الجنين ميت - البثق الاصطناعي للأغشية، - السيتوسينيون: 5 وحدات مع زرق G5% (8 قطرات خلال 30 دقيقة ثم 16 دقيقة ولا تتجاوز 32 قطرة للدقيقة - الرقابة +++ مراجعة الرحم + فحص عنق الرحم والمهبل - غسل الرحم بمادة إينبيرول: 1.000.000 وحدة في 1000 مليلتر من المصل السكري، - القيصرية إذا كانت وضعية الأم حرجة أو فشل الولادة عن طريق المهبل بعد 6 ساعات.. 	<p>مكافحة فقدان السوائل:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دم طري أو مخزن ، - إعادة السوائل في انتظار: حجم < 1 ليتر. • مكافحة اضطرابات التخثر: - افيرونوجن 3 إلى 6 غرام (4 غرامات تزيد لفريموجن ب 100 ملغرام) - ابلازما طري مجمد - إيني برول 1.000.000 وحدة عن طريق الوريد بعد 4 ساعات - هيبارين؟؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • فتح وريد : 1 أو 2 • سحب عينات: تعداد الكريات والصيغة الدموية، فحص صفيحات اللبطين - وقف سيفالين النشط - وقت كيك - مواد امتصاص افيرين • قنطرة بولية • الرقابة كل 15 دقيقة على: - النبض، ارتفاع الضغط الشرياني - إدرار البول للساعة - حجم النزوف (توزن الضائعة) - تعداد الكريات والصيغة الدموية + الإرقاء كل ساعة • تتم تعبئة ورقة رقابة

• التصرف

التكفل	الوضعية الإجرائية العامة
<p>التكفل الفوري</p> <ul style="list-style-type: none"> • أخذ فتحة وريدية مع قنطرة 16 أو 18 G • الانطلاق بمحاليل محلول أملاحي محلول لاكتات رينكر وتكييف منسوبهما مع ديناميكية الدم • وضع قنطرة بولية في المنزل (منسوب البول) • الرقابة وتسجيل العلامات الحيوية.(النبض، الضغط الشرياني،تردد التنفس، درجة الحرارة، درجة الوعي) كل 15 دقيقة، • تقييم جودة التخثر بواسطة إجراء فحص التخثر عند سرير المرض (انظر الورقة الفنية حول كشف التخثر) 	<p>تنبيه: يرجى تفادي المس المهبل، باستثناء الوسط الجراحي (قسم أمومة يتوفر على العلاجات الولادية و الوليدية الاستعجالية المكتملة)</p> <ul style="list-style-type: none"> • الجنين حي: القيصرية ما لم يكن المخاض متقدما (تمدد كامل، انحشار) • الجنين ميت: - وضعية الحركية الدموية غير مستقرة: تثبت الحركية وتجري قيصرية - وضعية الحركية الدموية مستقرة : - الثقب الاصطناعي للأغشية - ابتدين 1 ملغرام/ للكلغرام عن طريق العضلة - الولادة بإشراف في حالة مضي ساعتين دون تطور، تجرى قيصرية

تنبيه: تعاد الفحوص مرة ثانية بالنسبة لتعداد الكريات الدموية والبحث عن الأحماض

الورقة الفنية رقم 7: الفحص السريع للتخثر عند سرير المريضة

1. تسحب 2 مل من دم الوريد في قارورة فحص من الزجاج نظيفة وجافة
2. يحتفظ بالقارورة في يد مقبوضة للاحتفاظ بالحرارة
3. النتائج:
 - في حالة تكون خثارة بعد مضي 4 دقائق، وتخثر جميع الدم الموجود في القارورة وإمكانية إقلاب القارورة تماما، عندها يمكن القول بعدم وجود اضطرابات في التخثر.
 - في حالة مضي 7 دقائق، والدم لما يتخثر بعد أو وجود خثارة لينة وإمكانية تنفثه بسهولة فإن ذلك يوحي بوجود اعتلال في التخثر.

2.2.3. انفجار رحم

• التعريف والخصائص

- انفجار الرحم هو تشقق في عضلة الرحم يحدث خلال الحمل أو خلال المخاض والولادة وهو حالة استعجالية، لكونها تعرض تلقائيا حياة الأم والطفل للخطر وهو ينتج في الغالب عن رقابة غير مناسبة للمخاض والولادة والاستعمال المفرط للأوسيتوسين أو عن القيام ببعض الممارسات الولادية غير المناسبة (الضغط على البطن...)

• التشخيص

أ. العلامات السابقة للانفجار

- التوتر
- نزوف مهبلي آت من حفرة الرحم تختلف غزارته خلال المخاض والولادة
- آلام بطنية شديدة تلقائية تظهر بشكل عنيف، وتسبق النزف الذي يمكن أن يتواصل أو يختفي بعد انفجار الرحم
- شكل البطن غير طبيعي (رحم منكشمة من الوسط)
- بطن حساس وصلب (بطن خشبية)

ب. علامات انفجار الرحم بمعنى الكلمة

- النقص أو الاختفاء التام لألم البطن الذي قد ظهر بصفة تلقائية وعنيفة، خلال فترة ما قبل الانفجار
- أطراف الجنين يمكن لمسها تحت جلدة البطن (جنين خارج حفرة الرحم)
- اختفاء حركات الجنين وضربات قلبه
- غياب أو ارتفاع المجيء
- شحوب الملتحمة والأغشية (فقر الدم)
- وضعية الصدمة.

• التصرف أمام انفجار الرحم

<ul style="list-style-type: none"> • تقييم بسرعة الحالة العامة للمريضة على وجه الخصوص: • العلامات الحيوية (النبض، الضغط الشرياني، تردد التنفس، درجة الحرارة) • يبحث عن علامات الصدمة الكامنة أو البارزة: النبض، > 120/الدقيقة، الفارق بين الضغط العالي والمنقبض ضئيلا، زمن تلون الجلد > 3 دقائق، شحوب الأغشية والملتحمة، الأطراف بارزة، الضغط الشرياني الانقباضي < 80mmHg - في حالة الصدمة: تثبت المريضة - في حالة عدم وجود الصدمة: يعاد حجم الدم بزرق مصل فزيولوجي أو محلول لبني قبل التدخل 	<p>الإجراءات العامة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يجرى شق البطن فور استقرار وضعي المريضة لإخراج الطفل والمشيمة، • ترميم جرح الرحم إذا كانت الحفر غير متأكلة • يجرى استئصال شبه شامل للرحم إذا كان من غير الممكن ترميم الفتحة (التآكل) • يجرى استئصال شامل للرحم إذا كانت الإصابات تمتد من عنق الرحم إلى المهبل. 	<p>التكفل الجراحي</p>
<ul style="list-style-type: none"> • أمكسولين 1 غرام كل 6 ساعات عن طريق الوريد ترافق بـ 160 ملغرام لليوم من جانتامسين عن طريق العضلة • مترونيدازول 500 ملغرام عن طريق الزرق كل 12 ساعة 	<p>التكفل الطبي</p>
<p>قبل السماح للمريضة بمغادرة المستشفى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إعلام المريضة حول فرص خصوبتها وإعطائها النصائح الضرورية، بما في ذلك تباعد الولادات • توفر لها وسيلة لتباعد الولادات • بما أن خطر الانفجار خلال الأحمال القادمة مرتفع ، فإنه من الضروري التطرق مع المريضة لإمكانية منع الحمل بصفة نهائية، عندما يتعلق الأمر بولود • يصحح فقر الدم بصرف الحديد عن طريق الفم (60 ملغرام من سيلفات الحديد لليوم) خلال شهر على الأقل. • تبرمج زيارة متابعة بعد 4 أسابيع 	<p>الإعلام، التهذيب، الاتصال/ التواصل من أجل تغيير السلوك</p>

3.2.3. اضطرابات التخثر

• التعريف والخصائص

اضطرابات التخثر هي مجموعة من الاضطرابات البيولوجية التي يترتب عليها نزوف مكون من دم غير متخثر. وهي نتيجة نزوف ولادي مستمر. وحدث هذا النزوف يعرض حياة المرأة للخطر.

• التشخيص

يفكر في اضطراب تخثر أمام استمرارية نزوف ولادي (دم سائل مع وجود أو عدم وجود خثارة) بالرغم من الكشف عن الأسباب وعلاجها.

يقام بتشخيص سريع بواسطة اختبار التخثر عند سرير المريضة: انظر الورقة الفنية رقم 7.

- الفحوص التكميلية
الهيماتوكريت، الهيموكلوبين، الصفائح أو مواد التخثر، الفيبرونوجين.

• خطة العمل

<p>التكفل الفوري</p> <ul style="list-style-type: none"> • فتح وريد مع قنطرة 16 أو G18 • الانطلاقة بمحاليل محلول أملاحي/محلول لاكتات رينكر وتكييف منسوبهما مع ديناميكية الدم • وضع قنطرة بولية في المنزل (منسوب البول) • الرقابة وتسجيل العلامات الحيوية.(النبض، الضغط الشرياني، تردد التنفس، درجة الحرارة، درجة الوعي) كل 15 دقيقة. • تقييم جودة التخثر بواسطة إجراء فحص التخثر عند سرير المريض (انظر الورقة الفنية حول كشف التخثر) 	<p>الإجراءات العامة</p>
<ul style="list-style-type: none"> - نقل الدم إيزو الزمرة وإيزو الريزوس - نقل البلازما الطري المجمد (15 ملتر/للكلغرام - نقل مادة اكريوبرسيتي لاستبدال الفيبرونيجين - نقل مراكز الصفائح إذا كان مادة اترونوبوني أقل من 20.000 صفيحة للملتر 	<p>الإجراءات الدوائية</p>

الورقة الفنية رقم 8: إنجاز نقل الدم

- **دواعي نقل الدم**
ينصح بنقل الدم ومشتقاته غالبا في الحالات التالية:
 - نقص إنتاج الدم أو بعض عناصره
 - زيادة الاستعمال عن طريق إتلاف أو فقدان بعض عناصر الدم
 - اعتلال مكونة خاصة من الدم (الكريات البيض، الصفائح أو عوامل التخثر)
 - نزوف خطير
 - **زمر الدم والتنافر**
 - **منظومة ABO:**
تحدد زمر الدم حسب منظومة **ABO** بواسطة وجود مستضدات سطحية على الكريات الحمراء و/أو أجسام مضادة في ابلازما الشخص .
الكريات الحمراء تحمل 0، وجسم أو جسمين مضادين ممكنين هما A و B. لبلازما الذي يحمل صفر، وجسم أو جسمين مضادين ممكنين هما anti-A، anti-B.
إذا كان الشخص يمتلك في كرياتة الحمراء جسما مضادا، ولا يحمل في لبلازما جسما يتعارض معه. فذلك يحدد الزمر الأربعة الممكنة في منظومة **ABO**. وكل مجموعة تحمل اسما أو مستضدا موجودا على سطح كرياتها الحمراء.
 - **الزمر (4) الأربعة هي:**
 - زمرة A التي تحمل في لبلازما أجسام مضادة (anti-B)
 - زمرة B التي تحمل في لبلازما أجسام مضادة (anti-A)
 - زمرة AB (ni anti-A، ni anti-B) تعرف بأنها مستقبل شامل
 - زمرة O ليست لا A ولا هي B وعليه فهي تعرف بأنها متبرع شامل
- ومن أجل دراسة التنافر، يقام بخلط ابلازما المريض مباشرة مع الكريات الحمراء للمستقبل بهدف مراجعة حدوث أو عدم حدوث انحلال الدم الناتج عن جسم مضاد غير مكتشف.
- **منظومة الريزس**
تحدد مستضدات سطح الريزس زمر الريزس السليبي (غياب مستضد الريزس) والريزس الإيجابي (وجود هذا المستضد). حاملو الريزس السليبي سيصنعون مستضدات مقاومة للريزس عندما يتعرضون لدم يحمل ريزيس موجب. وهذا الأمر لا يعرض لمشكل خلال أول تعرض، لكن انحلالا سيظهر خلال التعرض القادم، بسبب المستضدات الجارية في الدم. ويمكن أن يحدث ذلك خلال الحمل.
 - **الأم التي تحمل ريزيسا سالبا يمكن أن تصنع مستضدات مقاومة للريزس الموجود عندما يكون جنينها حاملا لريزيس موجب.** تعبر المستضدات المقاومة للريزس المشيمة عندما تكون الأم حاملة لريزيس سالب وتصنع مستضدات مقاومة للريزيس، وهذا ما يقع عند الجنين ويمكن أن يحدث انحلال مكثف عند الجنين.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- صرف مستخد مقاوم للريزيس يوقي من إنتاج المريض لمستضدات مقاومة للريزيس. المستضدات المقاومة للريزيس يجب صرفها لحاملي الريزيس السالب المستقبلين أدم موجب الريزيس، أو لأمهات حاملات ريويس سالب سيلدن مولود جديد موجب الريزيس (عبور الكريات البيضاء الجنينية إلى الدورة الدموية للأم التي تحدث خلال الولادة. الجرعات التي يوصى بصرفها هي جرعة (300 إنكشترم للكارورة) لكل 15 ملل من الدم المنقول موجب الريزيس.

• الاختلاطات الناتجة عن نقل الدم

- تفاعلات نقل الدم

انحلال الدم الحاد

■ **العلامات:** القلق، الاضطراب، آلام الصدر، آلام المفاصل، الصداع، ضيق التنفس، القشعريرة، الحمى.

■ التصرف

1. وقف نقل الدم
2. يرسل الدم المنقول ودم المريض إلى المخبر، من أجل التأكد من عدم التنافر
3. يعالج ارتفاع الضغط بواسطة الارتواء وموسعات الأوعية
4. احتمال استخدام مواد الكورتيكويد
5. حماية الوظيفة الكلوية بالإبقاء على إدرار بول كثيف (الارتواء، افيروزميد، مانتول)
6. التحلي باليقظة لواجهة احتمال تخثر خفي داخل الأوعية

• تفاعلات نقل الدم غير الانحلالية

- **العلامات:** القلق، الحكمة، ضيق التنفس المتوسط،

- التصرف:

1. وقف نقل الدم
 2. في حالة الحكمة:
- تخيف سرعة نقل الدم
 - تصرف خافضات حرارة ومواد الكورتيكويد
3. في حالة وجود سوابق لتفاعلات تتمثل في حمى أو حساسية تظهر بعد نقل الدم، تصرف خافضات حرارة قبل نقل الدم (براسيتامول 500 ملغرام) و مضاد حساسية

• اختلاطات استقلالية ناتجة عن نقل الدم

- انخفاض الكلسيوم: الناتج عن استقرار الكلسيوم بسبب وجود مادة السيترات المستخدمة كمضاد للتخثر (من أجل المحافظة على الدم)

- **التصرف:** بعد نقل كيسيمن من الدم، تحقن ببطء قارورة من الكلسيوم عن طريق الوريد

- **اختلاطات إنتانية بعد نقل الدم:**
 - التهاب الكبد الفيروسي ب أو ج
 - فيروس السيدا
 - انتانات جرثومية
 - الملاريا بعد نقل الدم
- كشف عدم التنافر عند سرير المريضة (قبل نقل الدم)
- غسل اليدين جيدا أو ارتداء قفازات
- تحضير شريحة (أو ورقة ابريستول) و سداة إبرة
- توضع قطرتين من مصل المريضة، ومصل مستخلص مسبقا من الدم المسحوب في قارورة جافة
- توضع عليها قطرة من الدم الذي سينقل
- مزج الكل على دعائم
- وجود مصدر ضوئي جيد
- يحرك بين اليدين لاكتشاف تراص محتمل
- بترك الخليط قليلا دون تحريك (5 دقائق) ويعاد إليه النظر
- تسجل البيانات التالية على ورقة ابريستول:
- اسم ولقب المريضة
- رقم القارورة المحقونة
- زمرة الدم المنقول
- الأحرف الأولى من اسم الوكيل الناقل للدم
- تاريخ نقل الدم
- يترك الخليط يجف ويلصق لبريستوب بالملف
- يسجل على ملف المريضة تاريخ انتهاء صلاحية القارورة
- تراقب المريضة بعد انطلاقة نقل الدم، يبحث عن وجود أو عدم وجود حكة كمحلية أو حساسية أو آلام أو قشعريرة

تنبيه: التراص: هو تكوين كتلة مكونة من المستضدات والأجسام المضادة. هذه الكتلة تكون بادية للعيان على شكل كومة

● **النتائج:**

التراص = التنافر: لا ينقل الكيس وترسل القارورة إلى بنك الدم
لا وجود لأي تراص = دم يفترض أنه خال من عدم التنافر: ينقل الكيس دون إهمال الرقابة
عند الشك = يعاد الفحص مرة أخرى.

3.3 النزف المباشر بعد الولادة

• التعريف والخصائص

- هو نزوف آت من الأعضاء التناسلية، بكمية تفوق 500 ملل و/أو له انعكاس على الوضعية الصحية للأم. يحدث خلال 24 ساعة التي تلي الولادة. ويتعلق الأمر ب:
- نزوف الخلاص (وهن الرحم، انحباس قطع المشيمة، اضطرابات التخثر، انقلاب الرحم) يجرى التسيير النشط للمرحلة الثانية من الولادة للوقاية من:
 - انفجار الرحم
 - تشققات عنق الرحم والمهبل والعجانة
 - تورم في مقدم بعض الأعضاء التناسلية (الخثرة)

• التشخيص

أمام النزف في الفترة التي تلي الولادة مباشرة :

- يبحث عن السبب

بواسطة الفحص السريري

- يتم تقييم انكماش الرحم (منقبض جدا، أو غير منقبض، رحم لينة)
- يجرى فحص تحت الصمام بهدف البحث عن إصابات قناة الحوض والمهبل
- تراجع سلامة المشيمة
- يقيم لون الدم

<ul style="list-style-type: none"> • مشيمة غير مذبذبة (انحباس مشيمة كامل) • مشيمة غير كاملة (انحباس مشيمة غير كامل) • رحم غير منقبضة (وهن رحمي) • انقلاب رحمي بارز • نزف دائم دون سبب واضح 	يفكر في نزف الخلاص أمام:
قاع الرحم غير ظاهر عند جس البطن	يفكر في انفجار الرحم أمام
<ul style="list-style-type: none"> • إصابات واضحة عند الفحص بالصمام • تورم كبير في الحوض والفرج والعجان. 	يفكر في تشققات عنق الرحم والمهبل والعجان:

• خطة العمل

التكفل	الوضعية
<ul style="list-style-type: none"> • يجرى الخلاص الاصطناعي • تصرف الأوسيتوسين(10 وحدات عن طريق الوريد) • يصرف 2 أграм من الأموكسيسيلين 	<p>إذا كان انحباس المشيمة كاملا</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تجرى مراجعة الرحم - تصرف 10 وحدات من الاسيتوسين عن طريق الوريد - يصرف 2 اغرام من الأموكسيسيلين 	<p>إذا كان انحباس المشيمة غير كامل</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يجرى تدليك للرحم - تجرى مراجعة الرحم - يجرى ضغط على الرحم باليدين تصرف الاوتوسيتوسين ب 10 وحدات عن طريق الوريد + 10 وحدات في 500 مللتر من مصل السكري وتصرف 1000 مكرو أgram من ميزوابروستول عن طريق الشرج - يصرف 2 أgram من الأمكسيسيلين - يقام بسد حول السرة (سدادة من الضمادة) في حالة استمرار النزوف 	<p>في حالة وهن الرحم</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تجرى مراجعة يدوية • تصرف الأوسيتوسين(10 وحدات عن طريق الوريد) - يصرف 2 أgram من الأموكسيسيلين - في حالة الفشل: ترفع المريضة 	<p>في حالة انقلاب الرحم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يقام بالضغط على الشريان الاورط حتى يتم التحكم في النزيف (يجرى ضغط بأصابع اليد المقبوضة على شريان البطن مباشرة عبر غشاء المعدة فوق السرة مباشرة مع الميل قليلا إلى اليسار - في حالة الفشل: يتم الرفع لإجراء الخياطة أو قياس الرحم للارقاء 	<p>في حالة استمرارية نزف الخلاص</p>
<ul style="list-style-type: none"> - إذا كانت قمة تشقق عنق الرحم يسهل الوصول إليها، يقام بخياطة الإصابة عن طريق المهبل - إذا كانت قمة تشقق عنق الرحم تمتد إلى أعلى من قبة المهبل، ترفع المرأة - إذا تم تشقق العجان والمهبل: تتم الخياطة بصفة منفصلة 	<p>التكفل بتشقق عنق الرحم</p>
<ul style="list-style-type: none"> - إذا كان الانحباس مستقر، تخضع المريضة للرقابة - إذا ازداد حجم القطعة، يتم تفريغ الخثارة وربط الوعاء أو الأوعية الدموية - تصرف مسكنات آلام ومضادات حيوية 	<p>التكفل بالانحباس داخل الأعضاء التناسلية</p>

تنبيه: يجب أن يتم القيام بكافة هذه الأعمال خلال ساعتين من بداية النزيف.

4. التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة

أ. التعريف

المرحلة الثالثة من الولادة هي الحيز الزمني الفاصل بين خروج حديثي الولادة وقذف المشيمة. وخلال هذه المرحلة تنقبض عضلات الرحم إلى الأسفل وتبدأ المشيمة في الانفصال عن غشاء الرحم.

وتوقف الكمية الضائعة من الدم على السرعة التي يتم بها ذلك. إذا لم تنقلص الرحم بصفة طبيعية (ونى الرحم)، وبقيت الأوعية الدموية الموجودة على مستوى المشيمة مفتوحة يقع نزف خطير. وقد ثبت ان نسبة 70% من انزفة ما بعد الولادة هي ناتجة عن ونى الأرحام.

يمكن الاستخدام التلقائي لمنشطات الرحم أي الاوسيتوسين خلال الخلاص من الخفض المعتبر لوقوع هذه الانزفة بتسريع خلاص المشيمة.

لذا فإن التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة يعتبر إجراء فعلياً للوقاية من نزيف ما بعد الولادة لذا يجب أن يوفر هذا التسيير النشط خلال كل ولادة ومن طرف كل مقدم خدمة مؤهل.

وهذه هي الطريقة الأحدث ومن أكثر الطرق نجاعة، وهي معترف بها وموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية من اجل خفض وفيات الأمهات المرتبطة بانزفة الخلاص زهي الأقل كلفة.

شروط تطبيق التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة

ليكون التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة فعال وله تأثير حقيقي على وفيات الأمهات، فيجب إدراجه ضمن إستراتيجية مندمجة للخدمات تأخذ بعين الاعتبار المكونات التالية:

- إعداد خطة للولادة يتم انجازها خلال استشارة ما قبل الولادة المركزة ;
- توفر محرضات الرحم مثل الأوسيتوسين المخزنة في ثلاجة في درجات تتراوح بين 2 و 8 درجة
- التطبيق السليم لممارسة الوقاية من الانتانات
- إجراء ولادة نظيفة وآمنة.

II. الهدف

يهدف التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة إلى:

- تسريع خروج المشيمة
 - تسريع تقلص الرحم
 - الحد من فقدان الدم بواسطة:
 - استخدام محرضات الرحم
 - سحب السرر بشكل متحكم فيه
 - ذلك الرحم.
- توصي منظمة الصحة العالمية بتطبيق هذه الطريقة بصفة تلقائية على كل امرأة خلال الولادة.

III. المزاي

- التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة هو ممارسة توليدية بسيطة وفي متناول كافة الكلاء الذين يحضرون الولادة.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- يمكن انجازه في أي مركز صحي
- وهي تتطلب القليل من الوسائل وتمكن من كسب الوقت ولاستغناء عن نقل الدم
- مكنت هذه الطريقة المصالح التي تمارسها من الخفض وبصفة معتبرة لتكرار حدوث انزفة الخلاص عن النساء الأتي يلدن داخل المراكز الصحية.
- هي ممارسة تساعد على إنقاذ حياة النساء.

IV. لمحة عن محرضات الرحم

- خصائص الاوسيتوسين/محرضات الرحم الأكثر استعمالا

الجدول 1: محرضات الرحم

مدة المفعول	أجل المفعول	المفعول	محرضات الرحم/الاوسيتوسيك
2 إلى 3 ساعات	2 إلى 3 دقائق وتصرف عن طريق العضلة	تسبب تقلصات الرحم	الاوسيتوسين
2 إلى 3 ساعات	6 إلى 7 دقائق وتصرف عن طريق العضلة	تسبب تقلصات الرحم	ارغومتريين
20 دقيقة	2 إلى 3 دقائق وتصرف عن طريق الفم	تسبب تقلصات الرحم	ميزوابروستول
	مفعول مزدوج للتأثير السريع للأوسيتوسين والعمل المستمر للأركومتريين	تسبب تقلصات الرحم	سينتومتريين

الجدول 2: ثبات محرضات الرحم

الاشروط الحفظ	اركومترين/امتري اركومترين	الاوسيتوسين
في الثلجة خلال 12 شهرا	• تفقد ما بين 4 إلى 5% من المادة الفعالة	• لا تفقد أي مفعول
30 درجة في الظلام	• تفقد 25%	• تفقد 14%
21- 25 تحت الضوء	• تفقد ما بين 21 إلى 27% خلال شهر	• تفقد 5%
40 درجة في الظلام	• تفقد > 90% خلال 12 شهرا	• تفقد 80%
	• تفقد > 50%	

- خصائص الاوسيتوسين

• حفظ الاوسيتوسين

يجب أن تحفظ مواد الاوسيتوسين في ثلاجة غرفة الولادة ما بين (2 إلى 8 درجة) وبمنء عن الضوء.

- يفضل استخدام الاوسيتوسين المكونة من الأركونترين نتيجة الأسباب التالية:

- مفعول أكثر سرعة
- غياب أعراض جانبية
- غياب موانع استعمال

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- استقرار أفضل خاصة فيما يتعلق بالضوء.
- *مراجعة المواد*
من أجل التأكد من الدواء فعالا، يجب على مقدم الخدمة أن يتثبت من:
 - التحضير (الطريقة، الميوعة، التركيز، ألخ)
 - الطريقة (عن طريق العضلة، عن طريق الوريد، تحت الأدمة، عن طريق الشرج/الفم، الخ)
 - تاريخ انتهاء الصلاحية
 - نوعية الدواء (اللون، التركيز...).

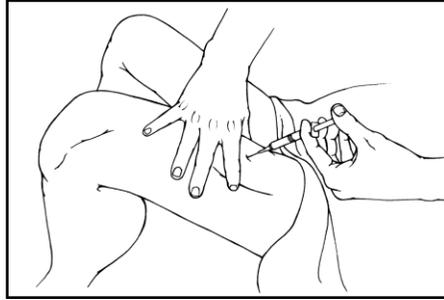
1.4. الأعمال الفنية الأساسية

عند الولادة

- يوضع فوق بطن أمه
- يجفف بعناية ويتم تقييم تنفسه
- يوضع جلد الرضيع على جلد أمه. (طريقة الكانكولو)
- تلقى الثياب المبلولة. لا تترك الثياب تبتل، ويتعرض للبرودة
- تغطي الأم والرضيع



1.1.4. حقنة الاوسيتوسين



دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

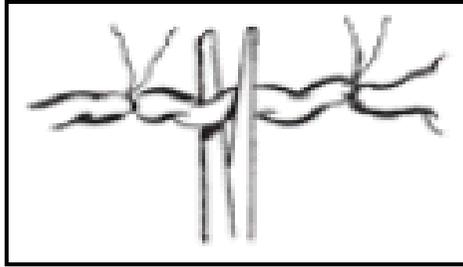
- خلال الدقيقة التي تلي الولادة يجس بطن الأم للتأكد من عدم وجود جنين أو أجنة أخرى وإعطاء 10 وحدات من الازيتوسين عن طريق العضلة مع احترام إجراءات النظافة خلال الحقن.

- يوصى باستعمال الازيتوسين لأنها تعطي مفعولها في 2 إلى 3 دقائق بعد الحقن، و تأثيراتها الجانبية خفيفة وكما يمكن إعطاؤها لكل امرأة. إذا كانت المؤسسة لا تتوفر على الازيتوسين، فيحقن 0،2 ملغ من الازكومترين عن طريق العضلة.

تنبيه:

- لا تعطي الازكومترين للنساء الحوامل خلال فترة ما قبل الارتجاج والارتجاج، وارتفاع الضغط الشرياني أو أمراض الهيموغلوبين (ادريبانيسيتوز) لكون ذلك يزيد من خطر الإصابة بالاختلاجات والحوادث الوعائية الدماغية،

- تعطي حقنة الازيتوسين بصفة تلقائية حتى ولو سبق أن أعطيت للمرأة خلال المخاض.

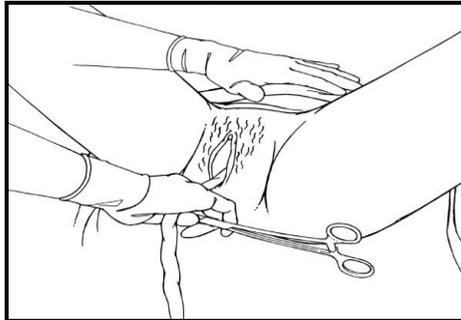


• قطع الحبل السري

- تدار عقد بصفة وثيقة حول السرة، على مسافة 2 و 5 سنتيمتر على التوالي من بطن الطفل
- قطع السرة بين العقد بواسطة آلة معقمة
- التأكد من أنه لا يوجد دم يسيل.

2.1.4. السحب المراقب لحبل السرة

- تحضير سحب مراقب للسرة

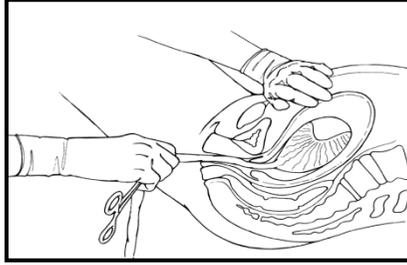


- تربط السرة قرب العجان باستخدام ملقط حمل قطع الضمادات

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

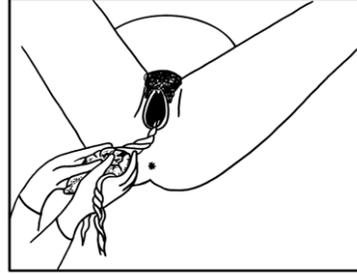
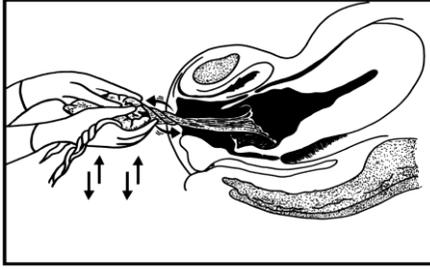
- إبقاء السرة والملقط في نفس اليد
- وضع اليد الأخرى مباشرة فوق عانة المريضة بهدف جس تقلصات الرحم. إبقاء ضغط خفيف على السرة
- لا تدلك الرحم قبل الخلاص
- لا يجرى سحب الحبل السري في حالة غياب تقلص الرحم

● سحب الحبل السري بمعنى الكلمة

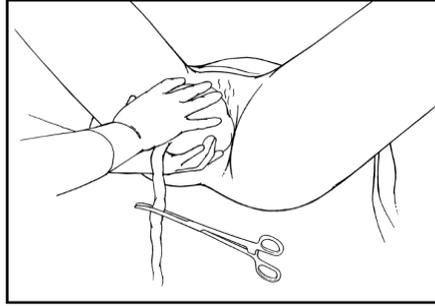


- توضع اليد الأخرى فوق عانة المريضة مباشرة ويثبت الرحم بواسطة ضغط خفيف إلى الأعلى في الوقت الذي تمارس فيه اليد التي تمسك الملقط سحباً مراقباً على حبل السرة. وهكذا يرجع السحب المعاكس قاع الرحم ويساهم في تقادي انقلاب الرحم.
 - الإبقاء على ضغط خفيف على السرة وانتظار تقلص شديد للرحم (2 إلى 3 دقائق)
 - عندما **ينقبض الرحم وينزل الحبل**، يسحب الحبل ببطء، باتجاه الأسفل لإخراج المشيمة، لإجراء سحب الحبل، لا ينتظر حتى يقطر الدم. وباليد الأخرى، يتم الإبقاء على الضغط باتجاه الأعلى.
 - عندما يتم الشعور بتقلص الرحم، يجرى سحب الحبل، مع تثبيت الرحم.
 - يتمثل السحب المراقب في سحب الحبل ببطء، باتجاه الأسفل، مع تثبيت الرحم باليد الأخرى ومساعدة المشيمة في النزول إلى المهبل.
 - توضع اليد تحت عانة المرأة مباشرة ويثبت الرحم + بممارسة ضغط خفيف باتجاه الأعلى ويمارس سحب الحبل باليد التي تمسك الملقط. وهكذا يرجع السحب المعاكس قاع الرحم ويساهم في تقادي انقلاب الرحم.
 - لا يجرى سحب الحبل إلا بوجود تقلص الرحم.
- يساعد السحب المراقب للحبل في قذف المشيمة من الرحم بعد فصلها عن غشاء الرحم ويجب أن لا يجرى تطبيقها قبل فصل المشيمة عن غشاء الرحم (قبل رجوع تقلصات الرحم وبعد قذف الجنين الذي هو أحد علامات انفكاك المشيمة).

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا



- تأخذ المشيمة باليدين وتدار بعناية حتى تدور الأغشية حول نفسها
- يجرى السحب بهدوء لإكمال الخلاص.



- لا يترك السحب المضاد على الرحم حتى تتم مشاهدة المشيمة داخل الفرج. عندها يجرى خلاص ببطء وباليدين.
 - إذا لم تنزل المشيمة خلال 30 إلى 40 ثانية التي تلي السحب المراقب للحبل (بمعنى عدم وجود علامة لانفكك المشيمة)، يتوقف عن السحب المراقب للحبل وينتظر حتى تنقلص الرحم من جديد.
 - إذا لم تنفصل المشيمة عن غشاء الرحم بعد إجراء أربع محاولات لسحب مراقب، يحاول إجراء خلاص اصطناعي. وفي حالة فشل ذلك، يتم التحضير لإجراء تدخل جراحي أو الرفع الطبي.
 - إذا سبق أن انفصل الحبل، يجرى خلاص اصطناعي مشفوع بمراجعة الرحم.
- الخلاصة:

لا يمارس أبدا سحب الحبل دون إجراء سحب مضاد باليد الأخرى على عظم العانة (باتجاه الأعلى)

- خلال قذف المشيمة، يمكن أن تنتشق الأغشية. تأخذ المشيمة باليدين وتدار بعناية حتى تدور الأغشية حول نفسها
- يجرى السحب بهدوء لإكمال الخلاص.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- إذا لم تنفجر الأغشية، يتم فحص الجزء العلوي من المهبل وعنق الرحم بكل عناية مع قفازات معقمة واستخدام ملقط لسحب كافة قطع الأغشية.
- فحص المشيمة بدقة للتأكد من أنها كاملة. وفي حالة نقص جزء من مساحتها أو إذا كانت الأغشية متشققة، تجرى مراجعة الرحم.
- في حالة انقلاب الرحم، تعاد الرحم مباشرة إلى وضعيتها.

2.1.4. تدليك الرحم بعد الخلاء

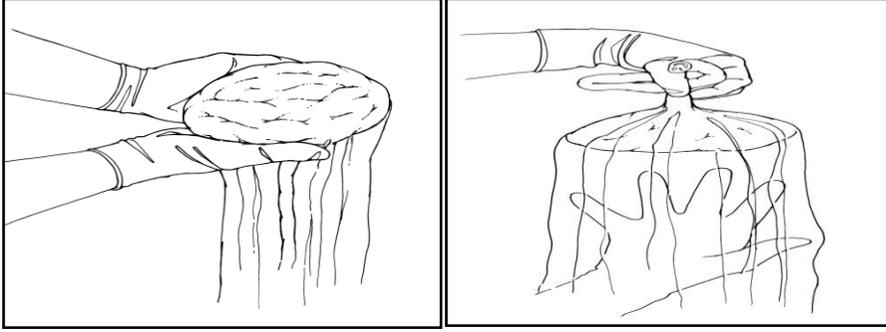


- يدلك قاع الرحم فوراً بواسطة غشاء البطن حتى يتقلص الرحم. أحياناً يقذف دم أو خثرات دموية خلال تدليك الرحم.
- يحرض تدليك الرحم التقلصات الرحمية، ويجنب وني الرحم. ويعتبر وني الرحم أهم أسباب انحباس قطع المشيمة
- يجدد تدليك الرحم كل 15 دقيقة خلال الساعتين الأوليين ثم مرة كل ساعة خلال الساعتين الموالتين.
- يتأكد من أن الرحم لا يرتخي (رحم لين) عندما يتوقف عن تدليك الرحم
- يبين للمرأة كيف تقوم بتدليك رحمها وكيفية معرفة ما إذا كانت الرحم لا تتقلص بما فيه الكفاية.
- تساعد المرأة على الإرضاع. الأوسيتوسين المنتج مع الرضاعة تمكن الرحم من البقاء منقبضاً. إذا كانت المرأة لا يمكنها الإرضاع، يوصى بتحريض الحلمات بصفة يدوية.
- تراجع الرحم والنزيف المهبل كل 15 دقيقة خلال الساعتين الأوليين ويجرى تدليك كلما كان ذلك ضرورياً للإبقاء على صلابة الرحم.

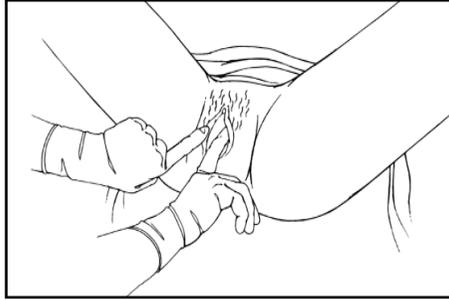
4.1.4. فحص المشيمة والأغشية والعجان والمهبل

- فحص المشيمة والأغشية
- يتأكد من أن المشيمة كاملة
- يقيم ضياع الدم

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا



● فحص العجان والمهبل



- في الوقت الذي تقومون فيه بتنظيف الفرج والعجان بالماء النظيف أو بمحلول مطهر مناسب يتأكد بهدوء ما إذا كانت توجد تشققات أو نزيف جديد
- تفسرون للمرأة ما تبحثون عنه، وما إذا كانت قد حدثت تشققات وقت خروج المولود الجديد
- يفحص الفرج بدقة لاكتشاف التشققات.
 - يبعد الشفرين الكبيرين بلطف ويفحص الجزء السفلي من المهبل
 - يرمم كل تشقق أو يضع الفرج و العجان المقام به لتجنب ضائعات دموية أخرى
 - عندما تكون الرحم منقبضة جدا، يكون النزيف في الغالب ناتج عن تشقق عنق الرحم أو المهبل
- يفحص الشرج بعناية لاكتشاف التشققات.
 - تقديم العلاجات الأولية

● إجراءات التنظيف ومعالجة النفايات حتى الولادة

● قبل خلع القفاذات

- وضع كافة الأدوات التي استخدمت في الولادة وحوض السرير في محلول اكلور بنسبة 0,5% خلال 10 دقائق من أجل التطهير
- ترتيب الحقن والإبر: توضع في وعاء غير قابل للتكسير

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- وضع المشيمة في كيس أبلستيك صلب، وغمرها في محلول اكلور بنسبة 0,5% قبل تسليمها إلى الأهالي. تجب متابعة مسار التخلص من النفايات الصلبة على مستوى المصلحة الاستشفائية.

● خلع القفازات مع إدارتها بحذر

- وضعها في وعاء أو كيس ابلستيك سميك
- غسل اليدين بكاملهما بالماء والصابون وتجفيفهما بغماش جاف ونظيف أو في الهواء.

الورقة الفنية رقم 9: التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة

- **أهداف التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة**
 1. تسريع انفصال المشيمة بزيادة تردد وانتظام التقلصات الرحمية
 2. نقص الضائعات الدموية بخفض انقباض قطع المشيمة الفيزيولوجي.
 3. تشجيع تقلص الرحم بغية تمكين أوعية الرحم من الالتصاق في ما بينها بسرعة
- **تقنية التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة**
 - 1- **حقن محرضات حركية الرحم**
 - مباشرة بعد خروج الطفل وبعد التأكد من عدم وجود جنين آخر، تحقن 10 وحدات من الأوستيوسين عن طريق العضلة.
 - 2- **السحب المراقب للحبل**
 - ربط الحبل بالملقط
 - تثبيت الرحم بممارسة ضغط خفيف باتجاه الأعلى
 - انتظار تقلص الرحم
 - سحب الحبل ببطء شديد.
 - 3- **تدليك الرحم**
 - تدليك قاع الرحم فورا عبر غشاء البطن حتى يتقلص الرحم
 - يحدد تدليك الرحم كل 15 دقيقة خلال ساعتين.
 - 4- **الأعمال المكتملة للتسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة**
 - تراجع المسالك التناسلية
 - ترمم الإصابات المحتملة
 - التأكد من الرقابة الصارمة خلال فترة الولادة
 - الثوابت: النبض، الضغط الشرياني
 - كرة الأمان
 - النزيف المهلي
 - وضعية النفساء

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

الورقة الفنية رقم 10: الخلاص الاصطناعي

I. التعريف:

يعرف الخلاص الاصطناعي بأنه إدخال اليد في حفرة الرحم بهدف انفصال أو إخراج المشيمة. وهو تدخل يجب أن يقام به بناء على قواعد صارمة وبمراعاة قواعد النظافة.

II. الدواعي

- غياب الخلاص بعد 20 إلى 30 دقيقة بعد الولادة
- انحباس المشيمة
- نزف الخلاص
- الولادة عن طريق الملقط
- الارتجاج، موت الجنين داخل الرحم، انحباس قطع المشيمة

III. الأدوات

- مستلزمات تنظيف الفرج
- صابون، ابروص للغسل الجراحي لليدين
- قارورة تحتوى على مطهر
- طارحة حاوية للكحول
- مولاية أو صينية معقمة
- قفازات معقمة
- جهاز قياس الضغط وسماعة طبية
- حوض السرير
- مصعد
- قسطرة بولية + جيب
- حقن مع ابر (مترجين او سينتوسينون، انبسلين، ميترونيدازول، فاليوم)

IV. التقنيات

- تحضير الأدوات الضرورية
- يشرح للمريضة (ومرافقتها) التقنية التي ستطبق، يستمع إليها ويرد بعناية على أسئلتها واهتماماتها
- تقديم الدعم العاطفي المتواصل وطمأنتها، إذا كان ذلك ضروريا
- تحقق مادة مخدرة (بتيدين و جازبام عن طرق الوريد أو كتامين)
- تصرف جرعة وحيدة من مضاد حيوي وقائي
- 2 أغمم من الانبسلين زايد 500 ملغ من مترونيدازول عن طريق الوريد، أو
- أغمم من سيفازولين زايد 500 ملغ من مترونيدازول عن طريق الوريد
- ◀ وضع تجهيزات الحماية الشخصية

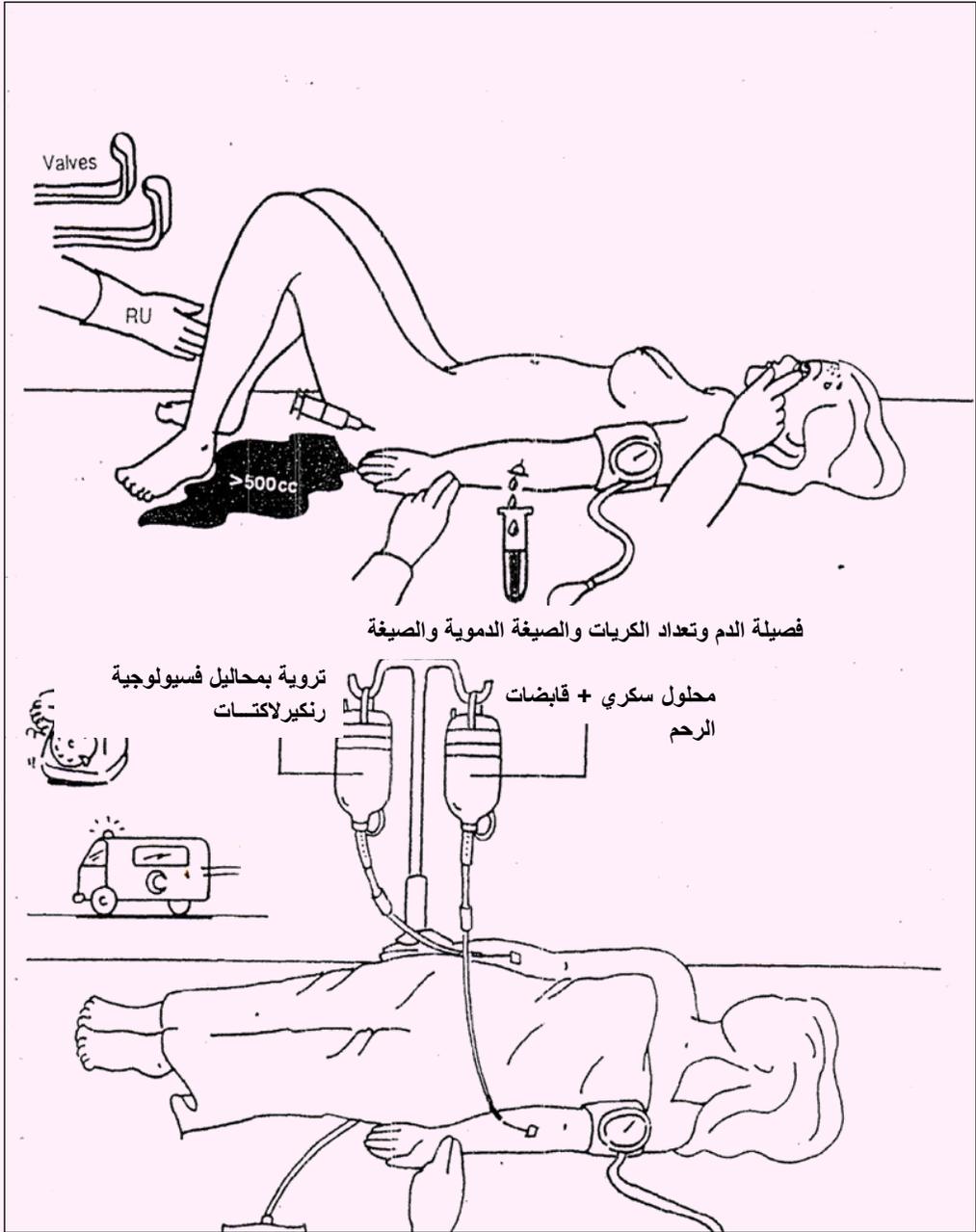
دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- حك اليدين مع مطهر أو غسل اليدين والساعدين بعناية بالماء والصابون وتحفيفهما بمندبل معقم أو في الهواء
- وضع قفازات جراحية طويلة منظفة أو معقمة على اليدين (تنبيه: يفضل استخدام قفازات طويلة (تصل المرفقين) إذا كانت متوفرة)
- يمسك الحبل السري بملقط
- يسحب الحبل بهدوء حتى يكون متوازيا مع الأرض .
- تدخل اليد في المهبل وترفع حتى تصل الرحم، على طول الحبل حتى يحدد مكان المشيمة
- يترك الحبل عندما يتم تحديد مكان المشيمة وترجع اليد الأخرى فوق البطن لمسك قاع الرحم
- تجرى حركة جانبية باليد حتى يتم تحديد طرف المشيمة
- تفصل المشيمة مع الاحتفاظ بالأصابع ملتصقة واستخدام جانب اليد لخلق فضاء بصفة تدريجية بين المشيمة وغشاء الرحم
- تجرى حول مكان المشيمة حركة خفيفة بجانب اليد حتى يتم انفصال المشيمة عن غشاء الرحم:
- إذا لم تنفصل المشيمة عن غشاء الرحم تحت تأثير الحركة الجانبية المقام بها بطرف الأصابع حول خط الانشطار، فيخشى أن تكون المشيمة منحرفة، وهكذا، يجب اتخاذ الإجراءات الضرورية للتدخل الجراحي
- عندما يتم انفصال المشيمة بكاملها:
- يفحص داخل حفرة الرحم للتأكد من أن كافة النسيج المشيمي قد تم إخراجة
- تسحب اليد ببطء من الرحم مع اصطحاب المشيمة
- وباليدين الأخرى، يواصل السحب المضاد على قاع الرحم مع دفعه في الاتجاه المعاكس
- تصرف 20 وحدة من الاوسيتوسين الممزوج بلتر من محلول وريدي(مصل فيزيولوجي أو رنجير لآكتات) بمعدل 60 قطرة في الدقيقة .
- يطلب من معاون تليك الرحم لتحريض تقلص الرحم
- تحقق السينتوسينون عن طريق الوريد أو ابرستا اكلاندين إذا كانت المريضة يتواصل نزيها بكثافة
- تفحص مساحة المشيمة الخارجية للتأكد من كون المشيمة كاملة
- تفحص المريضة بعناية و، عند الاقتضاء يقام بترميم تشققات عنق الرحم أو المهبل أو بضع الفرج والعجان
- تدخل اليدان المغطاة بالقفازات في محلول جافيل بتركيز 0,5%
- تسحب القفازات مع انقلابها
- إذا كانت الجوارب ستلقى، تجعل في وعاء سميك أو كيس أبلاستيك

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- إذا كانت القفازات جراحية وسيعاد استعمالها، تُلغى في محلول جافيل بتركيز 0,5% خلال 10 دقائق من أجل تطهيرها
- تحك اليدين بمطهر أو تغسل بعناية بالماء والصابون وتجفف بمنديل نظيف وجاف أو بالهواء
- يتأكد من الأنزفة وتراقب العلامات الحيوية عند المريضة
 - كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى
 - ثم كل 30 دقيقة خلال الساعتين الموالتين
 - ثم كل ساعة خلال 3 ساعات
 - يتأكد من أن الرحم تقلص جدا
 - يسجل الإجراء والنتائج في ملف المريضة

الورقة الفنية رقم 11: رسم التصرف أمام نزف الخلاص

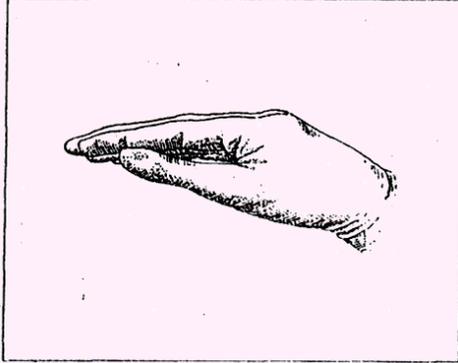


فصيلة الدم وتعداد الكريات والصبغة الدموية والصبغة

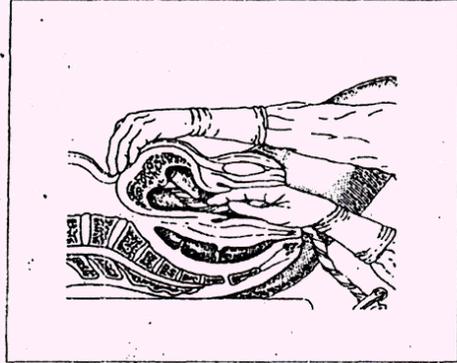
تروية بمحاليل فسيولوجية
رنكيرلاكتات

محلول سكري + قابضات
الرحم

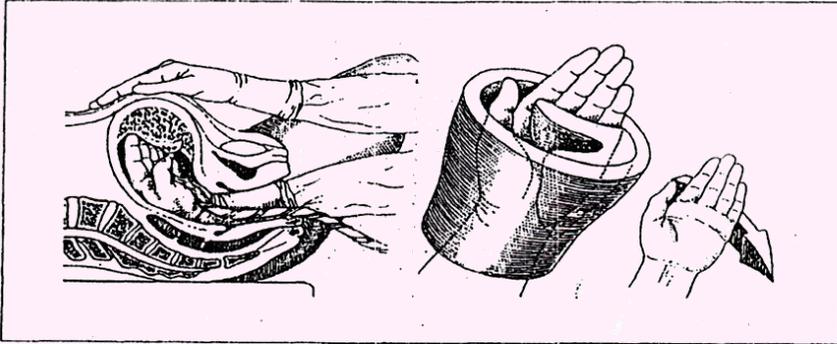
رسم الخلاص الاصطناعي



لبس قفاز معقم



حصر الرحم من الخارج في اليد اليسرى
وإدخال اليد اليمنى في الرحم
لتصل إلى قاع الرحم متبعة الحبل السري



البحث عن حافة المشيمة عن طريق أطراف الأصابع والتجريف يتم عن طريق حركات خفيفة
وبطريقة سلسلة

الورقة الفنية رقم 12: مراجعة الرحم

I. التعريف

هي تفتيش حفرة الرحم باليد بعد قذف المشيمة للتأكد من أن فتحة عنق الرحم مازالت حتى الآن سالكة

II. دواعي مراجعة الرحم

- نزف الخلاص
- مشيمة ناقصة أو مريية
- التأكد من سلامة الرحم بعد الولادة في حالة:
 - الرحم النديبي
 - الاشتباه في انفجار الرحم
 - عمل جراحي داخل الرحم (إخراج الجنين بعد مجيء مقعدي، إخراج الجنين بالملقط)
- جنين ميت طعين
- ولادة قبل الأوان: البحث عن تشوهات الرحم
- الارتجاج
- انحباس انقطاع المشيمة
- استئصال ورم عضلة الرحم
- المشيمة المتقدمة
- الولادة في المنزل

III. التقنية

- وضع تجهيزات الحماية الشخصية
- إفراغ المثانة
- القيام بتنظيف الفرج
- تغطية النساء بقطعة قماش معقمة، في حالة عدم ثياب نظيفة
- تصرف لها جرعة وحيدة من المضادات الحيوية للوقاية
- 2 أرقام من الانبسلين + 500 ملغ من مترونيدازول عن طريق الوريد، أو 1 أرقام من سفازولين + 500 ملغ من مترونيدازول عن طريق الوريد
- تحك اليدين بمطهر أو تغسل بعناية بالماء والصابون وتجفف بمنديل نظيف وجاف أو بالهواء
- توضع على اليدين قفازات جراحية طويلة مطهرة أو معقمة

تنبيه: يفضل استخدام قفازات طويلة (تمتد حتى المرفقين) إذا كانت موجودة

- العمل على استخدام اليدين في وقت واحد واللذان تتعاونان فيما بينهما،
- يضغط براحة اليد على قاع الرحم بواسطة غشاء البطن مع اليد اليسرى لتثبيت الرحم
- إدخال اليد اليمنى بعمق داخل الأعضاء التناسلية للوصول إلى قاع الرحم

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- التقصي بدقة وبمنهجية داخل قاع الرحم وأغشيته ومنطقة القرون للبحث عن قطع المشيمة وفي الأغشية
- يتأكد من سلامة الرحم
- يحقن المترجين أو السيتسنون بعد أخذ الضغط الشرياني
- يجرى تنظيف الفرج
- توضع حافظة
- تغطي المرأة
- ترتب الأدوات
- تراقب المرأة خلال الساعتين التي تلي الولادة: نزيف الفرج، كرة "الأمان"، والوضعية العامة للمرأة

تنبيه: اليد الماهرة يجب أن لا تدخل في المهبل سوى مرة واحدة

الورقة الفنية رقم 13: الضغط المزدوج على الرحم

● المراحل:

- يفسر للمريضة (والمرافق) التقنية التي سيقام بها، ويستمع إليها ويرد على أسئلتها وانشغالاتها بعناية
- يقدم لها الدعم العاطفي المتواصل وتطمئن، إذا كان ذلك واردا
- توضع تجهيزات الحماية الشخصية

● الضغط المزدوج

- تحك اليدين مع مطهر أو تغسل بعناية بالماء والصابون وتجفف بمنديل معقم أو في الهواء
- توضع على اليدين قفازات جراحية طويلة معقمة أو منظفة
- تنظيف الفرج والعجان بمحلول مطهر
- تدخل اليد في المهبل وتشكل كتلة
- تدخل اليد في الرتوج الجانبية للمهبل ويضغط ضغطا معاكسا على الغشاء الأمامي من الرحم
- توضع اليد الأخرى على البطن وراء الرحم
- تغمس اليد مع الضغط بقوة على البطن ويمارس ضغط على الغشاء الخلفي للرحم
- يبقى على الضغط حتى يتوقف النزيف وينقبض الرحم.

● المهام بعد الإجراء

- تدخل اليدين مع القفازات في محلول جافيل بتركيز 0,5%
- تسحب القفازات مع انقلابها
- إذا كانت القفازات ستلقى، فتوضع في وعاء سميك أو كيس أبلستييك
- إذا كانت القفازات الجراحية سيعاد استعمالها، تغمس في محلول جافيل بتركيز 0,5%
- خلال 10 دقائق من أجل تطهيرها.
- تحك اليدين مع مطهر أو تغسل بعناية بالماء والصابون وتجفف بمنديل معقم أو في الهواء الطلق
- يراقب نزيف المهبل والعلامات الحيوية للمريضة:
- كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى
- ثم كل 30 دقيقة خلال الساعتين الموالتين
- وأخيرا كل ساعة خلال 3 ساعات
- يتأكد من أن الرحم قد انقبضت جيدا.

• المراحل:

- التحضير

- يفسر للمريضة (والمرافق) التقنية التي سيقام بها، ويستمع إليها ويرد على أسئلتها وانشغالاتها بعناية
- يقدم لها الدعم العاطفي المتواصل وتطمئن، إذا كان ذلك واردا

تنبيه: المرحلتين 1 و2 يجب أن تنفذان في نفس الوقت مع المراحل الأخرى

- الضغط على الشريان الأورطي

- توضع أصابع اليد مقبوضة فوق السرة مباشرة مع الانحناء قليلا إلى اليسار
- يمارس ضغط على شريان البطن مباشرة عبر غشاء البطن
- يجس باليد الأخرى نبض الفخذ لملاحظة التناسب مع الضغط:
- فإذا كان النبض محسوسا خلال الانضغاط فإن الضغط يعتبر ناقصا
- وإذا كان النبض غير محسوس خلال الانضغاط فإن الضغط يعتبر كافيا.
- يبقى على الضغط حتى يتوقف النزيف وينقبض الرحم.

- المهام بعد الإجراء

- يراقب نزيف المهبل والعلامات الحيوية للمريضة:
 - كل 15 دقيقة خلال الساعة الأولى
 - ثم كل 30 دقيقة خلال الساعتين الموالتين
 - وأخيرا كل ساعة خلال 3 ساعات
- يتأكد من أن الرحم قد انقبضت جيدا.

تعريف المفاهيم:

- **الإحالة:** هي الآلية التي تمكن، قسم أمومة توجيه مريضة تتجاوز اختصاصاتها، إلى وحدة أكثر تخصصا وأفضل تجهيزا (مستشفى عام)، بهدف التكفل المناسب.
- **الإحالة المضادة:** هي الآلية التي تمكن وحدة أكثر تخصصا وأفضل تجهيزا، من أن توجه مريضة بعد علاجها إلى قسم الأمومة الذي سبق أن أحالها، بهدف مواصلة العلاج ومتابعة فترة ما بعد الاستشفاء.
- **منظومة الإحالة والإحالة المضادة:** هي مجموعة الترتيبات المتخذة بهدف ضمان دوران المريضات بين وحدتي علاج مختلفة مستويات الاختصاص وباتجاه مزدوج (الذهاب والإياب)، بهدف تقديم العلاجات التي تحتاجها المريضات في المكان المناسب وفي الوقت المناسب.
- **الرفع الطبي:** تطلق هذه العبارة اصطلاحا على إحالة تجرى في وضعية استعجالية. وهي الحالة بالنسبة للعلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية.
- **التغذية الراجعة أو "رجع الصدى":** هي الرد المقدم من طرف وحدة مرجعية على الوحدة الصحية التي أحالت إليها المريضة، مع التشخيص المحدد والعلاجات المقدمة والوصفات الطبية لمواصلة العلاج.

الإشكالية:

ترتبط ضرورة الإحالة/الرفع الطبي بطريقة تنظيم المنظومة الصحية. وتفترض محدودية الوسائل سواء منها البشرية أو المادية وجود عدة مستويات علاجية، ثلاثة أو أربعة حسب البلدان. وفي إطار العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية، ينبغي اعتبار مستويين، الوحدات الصحية السفلية والوحدات المرجعية.

- **الوحدات الصحية/السفلية التي تقدم العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية القاعدية**
 - صرف المضادات الحيوية عن طريق الزرق
 - صرف الأوسيتوسين عن طريق الزرق
 - صرف مضادات الصرع عن طريق الزرق
 - إخراج المشيمة عن طرق اليد (الخلاص الاصطناعي ومراجعة الرحم)
 - تفريغ بقايا الإجهاض بواسطة تجريف الرحم أو التفريغ الآلي لمحتويات الرحم
 - الولادة عن طريق المهبل بإشراف عامل صحي مؤهل بواسطة الملقط أو المحجم (التفريغ الآلي)
 - **مراكز الإحالة:** هي المستشفيات بما في ذلك مستشفيات الولايات التي تقدم العلاجات التوليدية الولادية الاستعجالية الكاملة بما في ذلك أزيد من ست تدخلات مذكورة أعلاه.
 - نقل الدم
 - الولادة القيصرية
- يعني الرفع والرفع المضاد مسار المرضى بين مستويين من الوحدة الوظيفية للنظام الصحي والمنطقة الصحية.

عناصر الإحالة

تشتمل الإحالة على:

- تحضير الحالة الاستعجالية الولادية من طرف قسم الأمومة الذي سيحيل
- طريقة النقل لتوصيل المريضات المحالات
- استقبال الحالات المشتعلة بمركز الإحالة

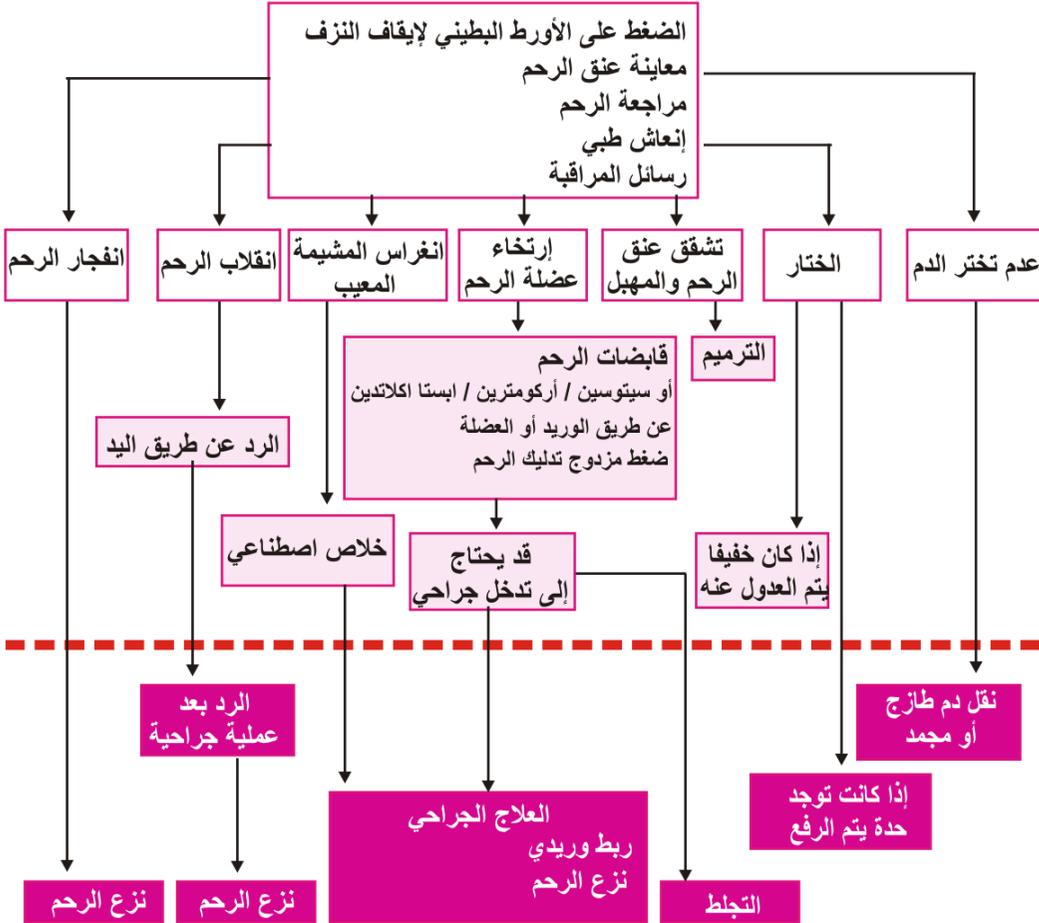
شروط الإحالة يتم توفيرها بواسطة:

- استخدام ورقة إحالة موحدة
- إنذار مركز الإحالة بواسطة الهاتف الثابت، الهاتف الخليوي أو شبكة الاتصال الإداري المركزي
- النقل الطبي (سيارة إسعاف، عامل طبي مؤهل، عربة مستعجلات مناسبة)
- تنفيذ ابروتوكولات المصلحة و الهيكل التنظيمية للتكفل بالمريضات سواء تغلق الأمر بالمستوى السفلي أم بمستوى مركز الإحالة
- توفر عربة الإحالة أو مستلزمات الحالات الاستعجالية
- التواصل بين المراكز والتطبيق الفعلي للتغذية الراجعة

تنبيه: بالنسبة لحديثي الولادة، يوجد مبدأ أساسي يتمثل في أن أفضل حاضنة للنقل هي بطن الأم. بمعنى، أنه من الأفضل تحويل النساء الحوامل بدل الأطفال بعد الولادة.

يجرى الرفع الطبي لحديثي الولادة في نفس ظروف الرفع المذكورة أعلاه، لكن يجب التركيز على ضرورة وجود عمال مؤهلين وتجهيزات مناسبة للمولود الجديد.

التكفل بالنزف المباشر بعد الولادة



- كافة وحدات العلاج
□ الوحدات التي تقدم العلاجات الاستعجالية الولادية والتوليدية القاعدية
■ الوحدات التي تقدم العلاجات الاستعجالية الولادية والتوليدية الكاملة

2.4. استشارة ما بعد الولادة

التعريف

هي فترة النفاس أو ما بعد الولادة التي تمتد من الوضع حتى ظهور أول دورة بعد الولادة. وتتميز بما يلي:

- انقلاب الرحم
- وظيفة الإرضاع
- رجوع الدورة الشهرية

رقابة فترة النفاس ضرورية لأنها الفترة التي يمكن أن يحدث فيها مرض قد يكون خطيرا على حياة الأم والطفل (حمى النفاس، التهاب الوريد، الانتانات الوليدية)
وتلاحظ:

- فترة ما بعد الولادة المبكرة: من الولادة وحتى اليوم 6
- فترة ما بعد الولادة المتأخرة: من اليوم 6 إلى اليوم 42 بعد الولادة.

يجب أن تجرى استشارة ما بعد الولادة خلال الأسابيع التي تلي الولادة (اليوم 6-40) وتتجاوز هذا الأجل، تقتصر فقط على التكفل بالمولود الجديد

أهداف استشارة ما بعد الولادة

- تقييم الوضعية العامة للمرأة بعد الولادة
- الكشف عن كافة الأمراض الخاصة بفترة ما بعد الولادة عند الأم وعند الطفل
- إقرار التصرف المناسب بالنسبة لكل حالة
- توجيه النساء إلى استشارة تباعد الولادات
- تقديم نصائح الرضاعة الطبيعية
- ضمان متابعة التلقيح.

تنبيه: للأسف لا تعط مصالحننا الصحية الكثير من الأهمية لاستشارة ما بعد الولادة، كما هي الحال بالنسبة لاستشارة ما بعد الولادة، فالنساء يرجعن في الغالب لعلاج الأطفال أو الحصول على أوراق الحالة المدنية، أو في حالة المرض. لذا، يتعين على مقدمي الخدمات الصحية انتهاز هذه الفرص الضائعة لتوجيه النساء إلى بعض الأنشطة الوقائية مثل (استشارة تباعد الولادات، التلقيح، الإنعاش الجماعي .. الخ)

الورقة رقم 16: مراحل استشارة ما بعد الولادة (من اليوم 6 إلى 42)

- **الاستقبال:** يجب أن يتم في نفس القاعة التي جرت فيها استشارة ما قبل الولادة وبإشراف عامل صحي مؤهل ومستعد ومصدر ثقة عند النساء.
- **الاستجواب:** الوقت الضروري لإجراء فحص ما بعد الولادة، ويمكن من الحصول على المعلومات التالية:
 - تاريخ ومحل الولادة
 - جريان الولادة: طبيعية، أو مع تدخل (الملقط، المحجم، القيصرية) أو نزفية (قبل أو بعد الخلاص)
 - جريان فترة ما بعد الولادة المباشرة طبيعية أو مرضية
 - وزن وحالة الطفل عند الولادة
 - وضعية العجان (ضع الفرج والعجان أو التشقق) مرمم أو غير مرمم
 - اضطرابات العبور (الإمساك)
 - وضعية ربلة الساق
 - الصداع
 - طريقة الرضاعة
 - آلام الحوضيمكن إكمال المعلومات على الدفتر أو ورقة الأمومة
- **الفحص العام**
 - النبض، الضغط الشرياني، الإمساك، الألم، ربلة الساق
 - مظهر الوجه والملتحمتين
- **الفحص النسائي**
 - **وضعية الثدي والحلمات:** مظهر الثدي والحلمات للبحث عن مضاعفات محتملة (الضغط، الألم، الاحتقان، التشقق، القلع، الخراج)
 - **جس الرحم**
 - تقييم رجوع الرحم إلى وضعيتها الطبيعية أو " انقلاب الرحم " باستخدام السرة كنقطة استدلال للتذكير: فإنه بعد اليوم 12، تكون الرحم عادة وراء العانة (تصبح حوضية)
 - **ملاحظة الهلابة أو سيلان الفرج** خلال فترة النفاس يجب أن تكون واضحة وبدون رائحة خلال هذه الفترة
 - أحيانا بعد الفترة الفاصلة بين اليوم 12 إلى 15، يصبح السيلان دمويًا وهو ما يعني رجوع الدورة
- **فحص العجان**
 - يمكن فحص العجان من مراقبة: سلامته وملاحظة وجود أو عدم وجود إصابات في العجان وأهمية التشققات خاصة إذا كانت الولادة قد تمت في المنزل والبحث عن النواسير الولادية وعن رض أو احتمال تلف ترميم العجان.
- **مس المهبل المصاحب بالجنس**
 - يجرى مس المهبل المصاحب بالجنس للتأكد من وضعية الملحقات وعنق الرحم والرحم

• التهذيب الصحي

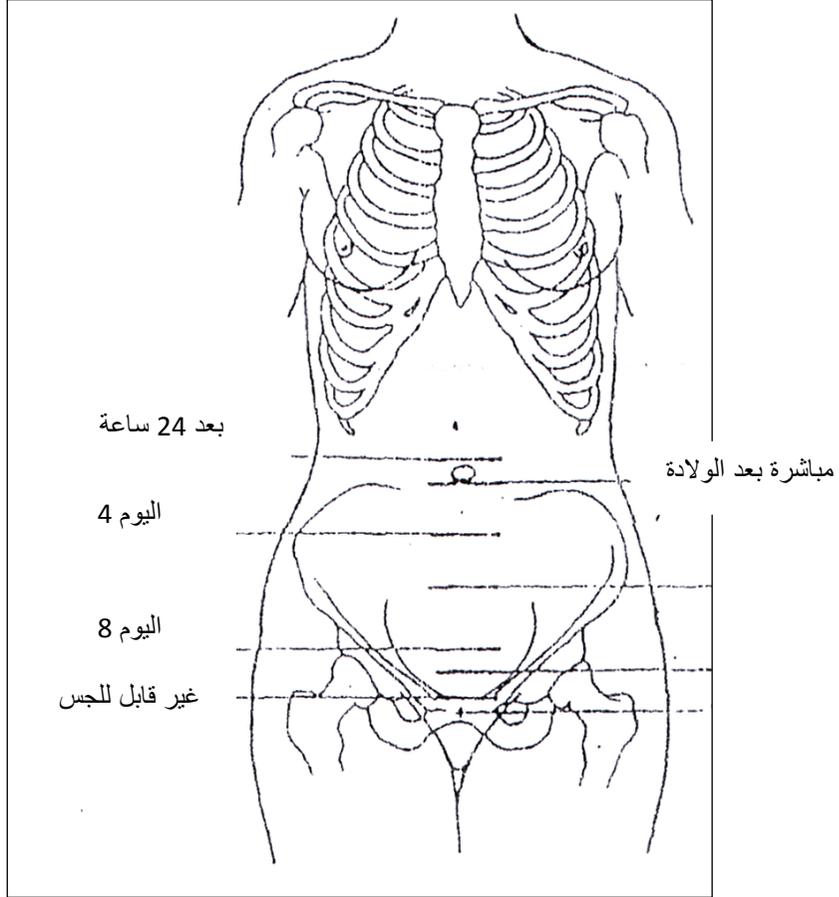
- النصائح حول النظافة
 - البدنية (علاج العجان، النظافة الحميمية)
 - التغذية (نظام غذائي سليم ومتوازن للام، الرضاعة الطبيعية)
 - حول الملابس
 - الراحة
- اختيار طريقة لتباعد الولادات متابعة الطفل (جدولة التلقيح، منحى الوزن)

المرض	وسائل التعريف	التصرف	التطور غير الايجابي
إزعاج خفيف خلال فترة ما بعد الولادة، الألام الرغامية حبس البول عدم التحكم في البول ضياع البول والبراز البواسير	- الاستجواب /الفحص - المعص المؤلم عن الولود خاصة خلال فترة الرضاعة - كرة حويصلية ++ - ضياع غير طبيعي للبول والبراز - انسداد شرجي، انزفة المستقيم	- مضادات التشنج/ مسكنات الألام - التعبئة - فحص البول - مطهرات بولية - وضع قسطرة مطهرة والمعالجة بالتدليك - البحث عن النواسير وتوجيه المرأة للتكفل - فحص الأوردة/معالجة الإمساك	- لاشيء - إنتان بولي، - الخثار .
النواسير الولادية	- ضياع غير طبيعي للبول والبراز	- قسطرة في المنزل - الإحالة للتكفل الجراحي	- الفشل
الانتانات - التهاب بطانة الرحم - الانتانات البولية	- الاستجواب، - الحمى - هلاية طبيعية أو نتنة - رحم ضخم، لينة، مؤلمة عند التعبئة	- سحب عينة من السائل المهبلي - فحص البول - بنسلين ج 5 ملايين عن طريق الوريد/كل 6 ساعات + امينوسيد وربما افلاجيل - خافضات حرارة - علاج بالمضادات الحيوية حسب نتائج الأنتيبياغرام	آلام الحوض والتهاب الصفاق، انتانات البول المزمنة
التهاب الوريد	- الحمى، النبض السريع، ربلية الساق مشدودة ومؤلمة - آلام المنطقة الفخذية أو الأربية، وذمات الساقين، - الازرقاق	- مضادات الالتهاب، المضادات الحيوية، - تحال المرأة (فحص التخثر)	إنتان الدم، الصمامة الرئوية
الانزفة: انحباس قطع المشيمة و/أو الأغشية	الاستجواب / الفحص: . - النزيف + الخثار و قذف قطع المشيمة - رحم ضخمة، غير منقلبة جيدا، هلايات دموية مع قطع - الفحص بالأمواج فوق الصوتية عند الحاجة	- مراجعة الرحم (الأغشية، قطع المشيمة) التفريغ الآلي لمحتويات الرحم - محرضات الرحم + مضادات حيوية بالزرع عن طريق الوريد - تعداد الكريات والصيغة الدموية - فصيلة الدم	فقر الدم، الصدمة

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

ارتفاع الخطر	<ul style="list-style-type: none"> - استعمال المسكنات - الإحالة إلى الطب النفسي 	<ul style="list-style-type: none"> - استجواب المحيط، - اضطراب السلوك، 	الذهان النفساني
احتقان الثدي	<ul style="list-style-type: none"> يعرض الثدي للهواء الطلق . - يوضع حليب الأم على الثدي أو مرهم نادب يحتوي على فيتامين أ - يترك الثدي يستريح خلال 12 ساعة - مضادات التهاب - تدليك بواسطة ضمادات رطبة وفاترة - يفرغ الثدي بعد الرضاعة - (الضغط اليدوي، ساحة اللبن) - مضادات التهاب/ خافضات حرارة - مضادات التهاب/ خافضات حرارة - مضادات حيوية مقاومة لاستافيلوكوك (روفامسين/اريتروميسين) 	<ul style="list-style-type: none"> - تشقق الحلمات واحمرارها - النزيف خلال الرضاعة، الثديين مشدودين، صلبين ومؤلمين - حمى خفيفة بدرجة 38، لا وجود للقيح في حليب الأم (اختبار بيديه سلبي) درجة الحرارة 40: ثدي منتفخ، مشدود و مؤلم، احمرار مقتصر على الثدي، العقد اللمفاوية في الإبط لا وجود للقيح في حليب الأم (اختبار بيديه سلبي) 	أمراض الرضاعة تشقق الحلمات احتقان الثدي
التهاب الأوعية اللبنية	<ul style="list-style-type: none"> - مضادات حيوية مقاومة لاستافيلوكوك (روفامسين/اريتروميسين) 	<ul style="list-style-type: none"> حمى تتراوح ما بين 39 إلى 40 درجة، الأم شديدة، واخزة، ونابضة حساسة جدا مع نواة صلبة، حمراء، ساخنة، مؤلمة 	التهاب الأوعية اللبنية
إنتان الدم	<ul style="list-style-type: none"> - توصل الرضاعة بالثدي السليم 	<ul style="list-style-type: none"> حمى تتراوح ما بين 39 إلى 40 درجة، الأم شديدة، واخزة، ونابضة حساسة جدا مع نواة صلبة، حمراء، ساخنة، مؤلمة 	خراج الثدي

رسم رجوع أو ارتكاس الرحم خلال فترة النفاس



3.4 النزف المتأخر بعد الولادة :

• التعريف والخصائص

- هي الأنزفة التي تحدث بعد 24 ساعة من الولادة وخلال 45 اليوم. وتظهر خلال الأمراض التالية:
- التهاب بطانة الرحم
 - الانحباس الجزئي لقطع أو فص المشيمة
 - اضطرابات التخثر

• التشخيص

السريريات	نزف يزيد على 500 مللتر على الأقل يحدث بعد 24 ساعة ويستمر أكثر من 45 يوم بعد الولادة
شبه السريرية	فحص تخثر الدم، فحص افبريني، تعداد الكريات و الصيغة الدموية، عدد الصفائح، تصوير الحوض بالأمواج فوق الصوتية

• خطة العمل

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

يكون حسب سبب المرض، اللوحة السريرية والأجهزة الطبية.

5. عسرة الولادة

• التعريف والخصائص

تعرف عسرة الولادة بأنها أي اختلال في تقدم المخاض ويمكن إن يكون ديناميكي و/أو ميكانيكي المنشئ.

يمكن أن تؤدي عسرة الولادة من بين أمور أخرى إلى:

- التألم الحاد عند الجنين مما يؤدي إلى إعاقات نفسية حركية وحتى الموت
- انفجار الرحم عندما يتعلق الأمر بعسرة ميكانيكية مع خطر وفاة الأم
- ناسورة ولادية

• أنواع العسرة

- المخاض المديد
- عسرة المجيء: عسرة المنكبين، الوضعية المعترضة، المجيء الجبهوي ، المجيء الوجهي
- مخاض الولادة من رحم ندبي
- انسداد السرر

1.5. المخاض المديد

• التعريف والخصائص

مدة مخاض تفوق 12 ساعة أو فترة نشطة تفوق 6 ساعات يقلل من نتائج المخاض المديد المتمثلة في (الوفيات المرتفعة خلال فترة النفاس و الإصابات عند الجنين والأم) استخدام مخطط المخاض (لبرتوغرام)

• التشخيص (مخطط المخاض لبرتوغرام)

يتم بواسطة مخطط المخاض على أساس أحد العناصر التالية:

- المرحلة الهادئة التي تفوق 8 ساعات
- المرحلة النشطة التي تفوق 6 ساعات
- مرحلة التدخل الفعلي على أساس مخطط المخاض

تنبيه: خلال المرحلة الهادئة، يجب التفريق بين المخاض الكاذب ومخاض الولادة الذي يتميز بتقلصات رحمية منتظمة ومرتدة تؤدي إلى تغير عنق الرحم (الانمحاء والاتساع).

مخطط المخاض

I. التعريف

لبرتوغرام أو مخطط المخاض هو رسم يمثل منحنى تطور تمدد عنق الرحم حسب الزمن

II. الأهداف

- الإظهار بسرعة وفي أي وقت لتقدم المخاض (اتساع عنق الرحم بصفة خاصة)
- التمكن من المتابعة المتواصلة خلال تغيرات الفريق (تبادل المهام الداخلي، التحويل)
- تشخيص اعتلال فترة المخاض التنبيه المبكر
- توحيد التصرف

III. التوصيف

- قراءة مخطط المخاض
- النقاط الواقعة على الخط الأفقي تمثل تمدد عنق الرحم بالسنتيمترات: 1 سم من اتساع عنق الرحم = 1 سم على الورقة
- النقاط الواقعة على الخط العمودي تمثل ساعات المخاض: 1 ساعة من المخاض = 1 سم على الورقة.

- يجرى المخاض على مرحلتين هما:
- المرحلة الهادئة، التمهيديّة: بداية " المخاض الحقيقي " حتى انمحاء واتساع عنق الرحم إلى 4 سم
- المرحلة النشطة التي تمتاز بالانمحاء الكامل واتساع عنق الرحم أكثر من 4 سم حتى الاتساع الكامل لعنق الرحم.

المرحلة النشطة، يرسم فيها خطين:

- خط التنبيه: ويعكس السرعة المتوسطة لاتساع عنق الرحم، التي تصل إلى 1 سم للساعة خلال هذه المرحلة
- خط التدخل الفعلي: يرسم هذا الخط بصفة متوازية مع خط التنبيه على مسافة 3 سم، وتعكس 4 ساعات من تأخر المخاض مقارنة مع المتوسط

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

Heure												Observation	
Dilatation du col en cm	10											Bassin Normal <input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/>	
	9												
	8												
	7												
	6												
	5												
	4												
	3												
	Traitements												
	Tension artérielle												
Pouls													
Température													
C U	N/10 min												
	Intensité												
BCF													
Col										Effac.(%)			
										Constist. ¹			
Poche des eaux ²													
R le.....à.....h													
Présentation	Type ³												
	Hauteur ⁴												

¹S=souple R=rigide, O=œdématisé
² Schéma du TV ou indication de l'orientation (Exemple OIGA OIDA SIGA MIGA NIGA)
³ I=Intacte, C=Clair, T=teinte, M=mécorial
⁴ M=mobile, F=fixée, E=ergogée

استخدام ورقة مخطط المخاض

عند الاستعمال فإن كل امرأة وصلت إلى مرحلة المخاض يجب فحصها من أجل التأكد من غياب مشكلة خاصة تفرض إجراءات استعجالية مثل (التحويل أو التدخل الفوري). كما يجب استحضار ان مخطط المخاض يجب أن لا يستعمل عند وصول الاتساع إلى 4 سم.

- **المخاض في المرحلة النشطة**
- عند وصول عنق الرحم إلى اتساع أعلى أو مساو ل 4 سم تسجل النقطة المقابلة في خط التنبيه بالنسبة لاتساع عنق الرحم
- اعتبارا من اتساع عنق الرحم يفوق أو يساوى 4 سم
- تسجيل النقطة المقابلة لاتساع عنق الرحم على خط التنبيه
- تسجيل وقت الدخول إلى الوحدة الصحية على خط الزمن مع النزول على الخط العمودي المقابل لنقطة الاتساع

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

(1) عند الوصول إلى المرحلة النشطة وبعد الولادة:

- وقت الوصول يسجل على ورقة مخطط المخاض اتساع عنق الرحم مع وضع صليب على نقطة التماس بين خط التنبيه والخطوط المقابلة للاتساع وعند الوصول.
- يسجل النبض ودرجة الحرارة على ورقة مخطط المخاض عند الوصول وبعد الولادة

(2) كل أربع ساعات

- يسجل الضغط الشرياني

(3) كل ساعتين

- يقام بالمس المهبلي بهدف تقييم:

- اتساع عنق الرحم
- رسم منحى الاتساع
- جيب المياه
- سليم: س
- متمزق: م
- التمزيق الاصطناعي لجيب المياه: ت إ ج م

- تلون السائل الأمنيوسي

- ناصع: ن
- ملون م
- دموي د
- عكر ع

- تقدم حركية الجنين مع توضيح ما إذا كان:

- متحركا م
- ثابت ث
- منحشر م ن

(4) كل ساعة تتم مراجعة:

- تقلصات الرحم: التردد خلال عشر دقائق والمدة خلال الثانية ويسجل:

- ما إذا كانت متباعدة ع ر + / يساوي تقلص كل 10 دقائق
- ما إذا كانت جيدة ع ر + / يساوي تقلص كل 10 دقائق
- ما إذا كانت متقارب جدا ع ر ++ / يساوي أزيد من 4 تقلصات كل 10 دقائق

- ضربات قلب الجنين: عدد الضربات للدقيقة

- إذا كانت الضربات جيدة ومنتظمة ج
- بطيئة ب
- متسارعة م

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

خلال مرحلة المخاض النشطة، يظل تسجيل اتساع عنق الرحم عاديا على خط التنبيه أو، إلى جانبه الأيسر عندما يكون منحنى اتساع العنق جنوب خط التنبيه:

- يعاد تقييم الوضعية
- إذا كان المخاض يتقدم، تواصل الرقابة حتى الولادة
- إذا لم يحصل تقدم، ينبه الطبيب إذا كان موجودا من اتخاذ قرار التحويل
- يتم التحويل حسب المعايير

(5) الحالات الخاصة

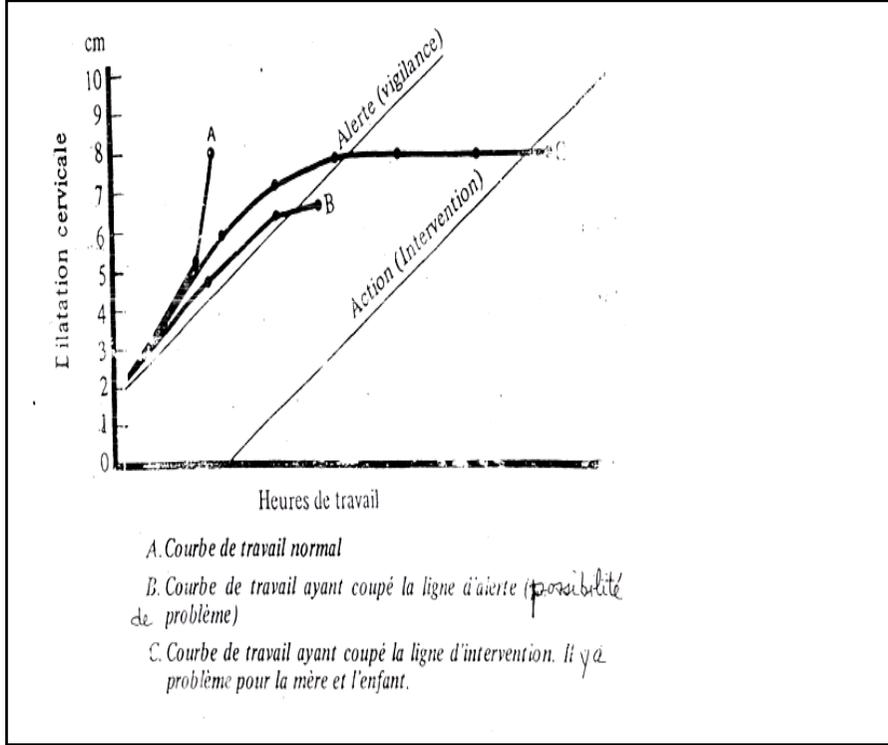
- الفحوص تجري في أغلب الأوقات في حالة الأمراض المصاحبة: مثلاً:

- ارتفاع الضغط الشرياني، ارتفاع درجة حرارة الجسم، النزوف، الاعتلالات الطبية (الضغط الشرياني، النبض، درجة الحرارة، تأخذ تقريبا كل ساعة).
- في حالة تغير ضربات قلب الجنين: يجرى التقصي كل ربع ساعة.

المثال 1:

- كان اتساع عنق الرحم 4 سم (المرحلة النشطة)
- اتساع عنق الرحم يسجل على خط التنبيه عند وصوله إلى أربع سم
- دخول المريضة كان عند الساعة الثالثة
- عند الساعة الخامسة وصل الاتساع إلى 10 سم
- المرحلة الأولى من المخاض في قسم الأمومة لم تستمر سوى ساعتين
- تسجيل اتساع عنق الرحم تم عندما كان دخول المريضة قد وصل إلى المرحلة النشطة
- وفي قسم " المرحلة النشطة" ، بين 3 و 10 سم، يوجد خط على اليمين هو " خط التنبيه"
- عندما تدخل المرأة في المرحلة النشطة، يسجل اتساع عنق الرحم على هذا الخط وتسجل الساعة، مباشرة تحت الصليب في المكان المخصص لهذا الغرض.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا



قراءة للرسم الوارد في الصفحة أعلاه:

يوضح الخط العمودي: تمدد عنق الرحم من 0 إلى 10 والخط الأفقي ساعات المخاض وبيّن

الاثنين يوجد خط التنبيه وخط التصرف.

بينما يوضح الخط الأفقي ما يلي:

أ: منحني المخاض الطبيعي،

ب: منحني المخاض الذي اخترق خط التنبيه،

ج: منحني المخاض الذي اخترق خط التصرف، ووجود مشاكل لدى الأم والجنين.

خطة العمل

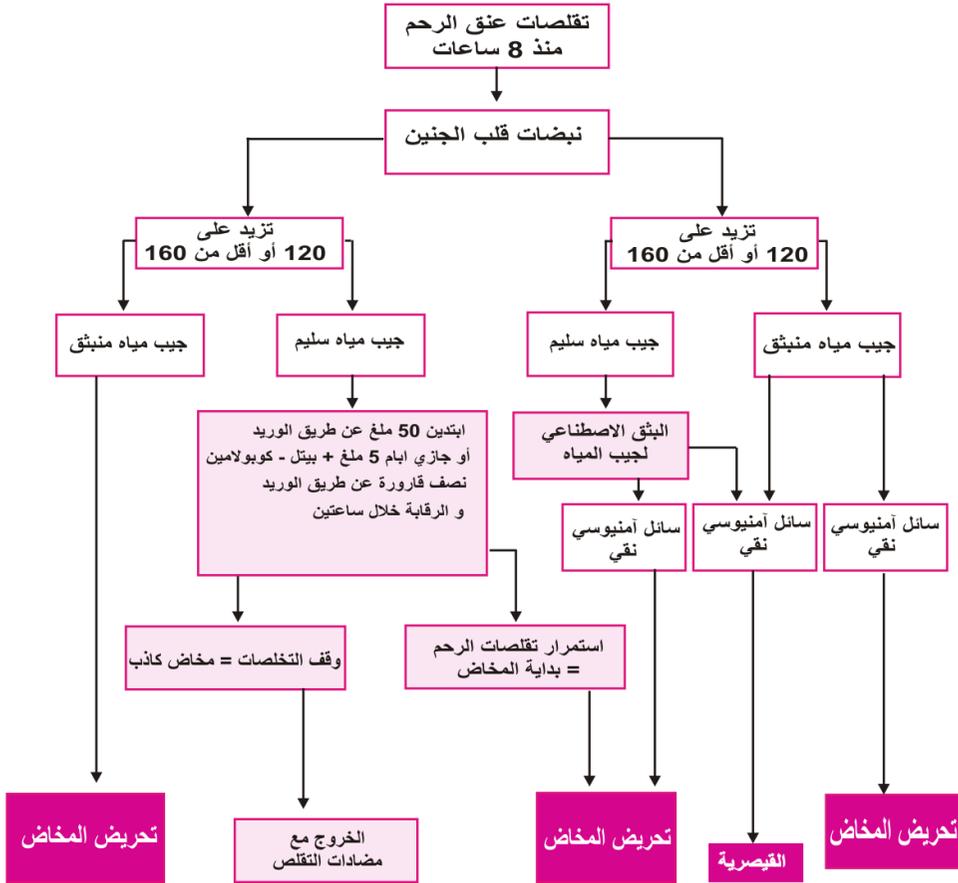
الوضعية	التصرف (على مستوى وحدة العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية المكتملة أو وحدة العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية القاعدية)
في حالة استقرار اتساع عنق الرحم ولم ينفجر جيب المياه:	<p>في غياب مجيء عسير أو عقبة متقدمة أو تألم الجنين، يجب التفكير في عسرة ميكانيكية:</p> <ul style="list-style-type: none"> تفجر الأغشية وتنتظر ساعة إذا لم يحدث تطور إيجابي بعد ساعة، يتم الزرق بالاوسيتوسين وينتظر حتى تمضي ساعة وبعد مضي ساعة على زرق الأوسيتوسين مع حصول تطور ايجابي تتم الولادة عن طريق المهبل وإلا، تجرى القيصرية
في حالة استقرار اتساع عنق الرحم و انفجار جيب المياه:	<p>في غياب تألم الجنين، وعسرة مجيء الجنين أو عقبة متقدمة، يجب التفكير في عسرة ميكانيكية:</p> <ul style="list-style-type: none"> يتم الزرق بالاوسيتوسين (5 وحدات في 500 ملتر من محلول سكري بتركيز 5%) وبمعدل 32 قطرة للدقيقة كحد أعلى مع البدء ب 8 قطرات للدقيقة و التدرج من 4 قطرات كل 15 دقيقة وبعد مضي ساعة، دون تقدم اتساع عنق الرحم، تجرى الولادة القيصرية
في حالة اتساع كامل لعنق الرحم و انفجار جيب المياه والمجيء القمي غير منحشر:	<ul style="list-style-type: none"> تتم الرقابة خلال ساعة في حالة غياب دواعي ملحة لإجراء القيصرية في حالة عدم انحشار الرأس بعد مضي ساعة يتم الزرق بالاوسيتوسين إذا لم يكن ذلك قد تم بالماضي في حالة عدم الانحشار، بعد مضي ساعة، تجرى الولادة القيصرية
في حالة اتساع كامل لعنق الرحم و انفجار جيب المياه و الرأس غير منحشر عند نفساء تخضع للزرق بالاوسيتوسين، تخضع للمراقبة:	<ul style="list-style-type: none"> في حالة الانحشار ، تتم الولادة عن طريق المهبل في حالة عدم الانحشار، تجرى الولادة القيصرية

تنبيه: للتفريق بين مخاض حقيقي ومخاض كاذب:

امرأة عندها تقلص رحم شديد: يوضع لها بالون من 5% + 4 غارورات من اسباسفوه ، وفي حال مضي ساعتين، دون حصول تقلصات رحمية منتظمة ودون تغير لعنق الرحم، يخلص إلى أن المخاض كاذب ويسمح للمرأة بالعودة إلى منزلها مع وصف العلاج إذا كان ضروريا.

امرأة عندها تقلص رحم خفيف، يوصف لها اسباسفوه على شكل تحميلة مرتين لليوم، ويفرج عنها.

التصرف أمام مرحلة هادئة طويلة



- كافة وحدات العلاج
- الوحدات التي تقدم العلاجات الاستعجالية الولادية والتوليدية القاعدية (المراكز الصحية)
- الوحدات التي تقدم العلاجات الاستعجالية الولادية والتوليدية الكاملة (المستشفيات)

2.5 عسرة المجيء: عسرة المنكبين، الوضعية المعترضة، المجيء الجبهي، المجيء الوجهي.

1.2.5 عسرة المنكبين

• التعريف والمميزات

يتكلم عن عسرة المنكبين عندما يكون رأس الجنين هو الذي انحشر ولم يتم انحشار المنكبين. ويتعلق الأمر بصعوبة غير متوقعة في الغالب. وتحدث عموماً في حالة ضخامة الجنين. وهي المسؤولة في كثير من الأحيان عن الصعوبات الخطيرة عند الجنين، (الإصابات الرضية والعصبية والوفيات) وعند الأم (إصابات الأعضاء التناسلية بالرضوض و/أو المثانة/المستقيم التي قد تؤدي إلى النواسير). وهي تتطلب عملاً مناسباً وفعالاً من طرف اختصاصي التوليد وفريقه.

• التشخيص

- الرأس يبقى لاصفاً في الفرج
- اللحية المنحشرة تتلف العجان
- الدوران والسحب الممارس على الرأس لا يمكن من انحشار المنكب المودت تحت الارتفاق العاني.

• التصرف

طلب المساعدة:

- يجرى شق واسع للفرج والعجان
- فتح ساقي النفساء إلى أقصى حد، (طلب المساعدة من شخصين لتثبيت الساقين في هذه الوضعية مع دفع الركبتين باتجاه الصدر)
- يمارس ضغط فوق العانة بواسطة شخص مساعد بهدف خفض قطر الضخامة والتمكين من انحشار المنكب الأخرى
- إدخال اليد المزلقة في المهبل ومحاولة دفع الساعد إلى الأمام أو إرجاع المنكب السفلي إلى الأمام فوق صدر الجنين أو كسر الترقوة بغية خفض قطر الضخامة وانحشار المنكب الأمامي.
- في حالة فشل هذه المحاولات يقام بدفع الرأس إلى الوراء من طرف الشخص المساعد (محاولة زافانلي) وإجراء الولادة القيصرية

• تنبيه:

- انجاز هذه الأعمال حسب الترتيب الزمني المذكور أعلاه مع تنفيذ المحاولة التالية في حالة فشل المحاولة السابقة
- فحص المولود الجديد وإحالته إلى وحدة العناية المركزة/ طب الأطفال.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

ويرافق المجيء ألوجهي في الغالب ببعض العناصر السلبية: الجنين الكبير، الانفجار المبكر لجيب المياه، أمراض الأم.

- **التشخيص**
عند المس المهبلي يكون الذقن محسوسا عند المس المهبلي خاصة اذا كان الاتساع > من 3 سم وجيب المياه قد انفجر.

- **خطة العمل**
القيصرية التلقائية إذا كان الجنين كبيرا، مع الانفجار المبكر لجيب المياه، و أمراض الأم.
في حالة غياب عامل سلبي، يراقب المخاض:
 - إذا وقع دوران اللحية إلى الأمام: الولادة عن طريق المهبل
 - إذا وقع دوران اللحية إلى الخلف: القيصرية.

4.2.5. المجيء الجبهي

- **التعريف والمميزات**
يتعلق الأمر بمجيء رأس الجنين في وضعية متوسطة بين المجيء القمي والمجيء الجبهي ومن المهم التفريق بين الجبهة الحقيقية و البرغما
 - وفي حالة البرغما يكون الرأس منحنيا قليلا
 - وفي حالة الجبهة الحقيقية فإن المجيء يكون بالتحية العسكرية بمعنى أنه يكون غير منحرف.

تنبيه: تكون الولادة مستحيلة عن طريق المهبل مع الجبهة الحقيقية عند جنين مكتمل النمو مع وزن طبيعي

- **التشخيص**
عند المس المهبلي يقع لبس بين الأنف و طرف المقعدة
- **خطة العمل**
 - جبهة حقيقية ثابتة: القيصرية
 - البرغما
- القيصرية التلقائية اذا كان الجنين كبيرا، مع الانفجار المبكر لجيب المياه، و أمراض الأم.
في حالة غياب عامل سلبي، يراقب المخاض:
 - إذا وقع دوران اللحية إلى الأمام: الولادة عن طريق المهبل
 - إذا وقع دوران اللحية إلى الخلف: القيصرية.

تنبيه: الولادة التلقائية في قسم أمومة وحدة العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية المكتملة

3.5. انسداد السرر

• التعريف والمميزات

انسداد الحبل السري هو سقوطه إلى الأمام قبل المجيء، على أن تكون الأغشية قد انفجرت. ويتعلق الأمر بحالة استعجالية ولادية لكونها يمكن أن تؤدي إلى موت الجنين بواسطة توقف الدورة الدموية.

• التشخيص: ويعتمد على العناصر التالية:

- الحبل السري يقع أمام المجيء ومحسوسا خلال المس المهبطي و/أو تفتيش الفرج
- اعتلالات نظام ضربات قلب الجنين
- السائل الأمنيوسي يكون في الغالب عكرا

• خطة العمل

<p>في قسم أمومة وحدة العلاجات الاستعجالية القاعدية: تتم الإحالة في قسم أمومة وحدة العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية الكاملة</p> <ul style="list-style-type: none"> • إذا كان الاتساع قد وصل <8 - يدفع المجيء إلى الوراء ويبقى عليه فوق المضيق العلوي - تجعل المرأة في وضعية اتراند لانبرق - تجرى القيصرية • إذا كان الاتساع قد وصل >8 تضعج المرأة على جانبها الأيسر - تعطى الأكسجين بمعدل 31/للدقيقة تنتهي الولادة باستخدام الملقط أو المحجم تحت الزرق بالاوسيتوسين - يتم استئباق حاجة المولود الجديد في الإنعاش 	<p>إذا كان الجنين حيا</p>
<p>يترك المخاض يتطور ويتم العمل حسب الوضعية الولادية.</p>	<p>إذا كان الجنين ميتا</p>

4.5. مخاض الولادة من رحم ندبي :

• التعريف والمميزات

كل مخاض في رحم ندبي يمكن أن يؤدي إلى تمزق الندبة مما يتسبب في انفجار الرحم مما يترتب على ذلك من نتائج يمكن أن تكون كارثية بالنسبة للام و/أو الجنين.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• التشخيص

<ul style="list-style-type: none"> • الاستجواب - الاطلاع على سبب التدخلات في الرحم - تحديد تاريخ آخر تدخل - الاطلاع على نتائج العمليات 	<p>وجود ندبة في البطن</p>
<p>يتم ذلك بواسطة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قياس الرحم من الناحية النسائية • قياس مقاطع الرحم من الناحية الولادية • تحديد المقاييس الولادية وهو ما قد يؤدي إلى خطر عال بحدوث انفجار الرحم (بنسبة حوالي 12%) 	<p>تقييم ندبة الرحم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الفحص بالأموح فوق الصوتية: قياس القطعة السفلية في حدود 37 أسبوعا من انقطاع الطمث ($\geq 3,5$ دقيقة) يمكن أن يكون عاملا حاسما في اقتراح الولادة عن طريق المهبل. 	<p>تقييم شبه سريري</p>

• خطة العمل

- وصف استعمال الاوسيتوسين و الميزو ابروستول لتحريض المخاض يسبب خطرا كبيرا لانفجار الرحم
- في حالة عدم وجود وسائل للرقابة الإلكترونية يوصى بالاستعمال مواد الاوسيتوسيك وبحذر خلال المخاض
- إذا كان الحوض ضيقا جدا أو حوض محدود: تجرى القيصرية
- إذا كانت الرحم أحادية الندبة و الندبة جيدة
- باستثناء اعتلال في الحوض (الحوض الضيق جدا أو الحوض المحدود) و الجنين الكبير (ارتفاع الرحم ≥ 36)، فإن المجيء ألمقدي ووضعية المجيء العسيرة، تمثل مشكلا رحميا.
- إذا وقعت مشكلة أثناء المخاض، تجرى القيصرية،
- إذا كان جيب المياه لم ينفجر، يتقب الجيب وتستمر الرقابة، وفي حالة تألم الجنين أو حدوث عسرة حركية أو نزيف مهلي: تجرى القيصرية.
- إذا كانت الرحم متعددة الندبات: تجرى القيصرية بصفة تلقائية

تنبيه: مراجعة الرحم بعد الولادة عن طريق المهبل غير ضرورية. ويجب ان تقتصر على المريضا اللواتي يهدهن انفجار الرحم مع إجراءات نظافة صارمة.

5. ارتفاع درجة حرارة الجسم أثناء الحمل والنفاس

المقدمة:

يمكن أن يحدث العديد من الإصابات الانتانية والطفيلية خلال فترة الحمل والنفاس. ويتعلق الأمر من بين أمور أخرى بالملا ريا، والإنتان البولي، وانتان المبيض، والتهاب بطانة الرحم، وورم وخراج الثدي الشائعة في إفريقيا.

1.6. الملاريا

• التعريف والمميزات

تعرف الملاريا على أنها إصابة جرثومية منقولة عن طريق بعوض من نوع الأنوفل والتي من بينها أشكال خطيرة ناتجة على وجه الخصوص عن ابلاسموديوم افرسي باروم. وهي إصابة قد تترتب عليها نتائج خطيرة إن لم نقل قاتلة بالنسبة للأم والطفل. وتمثل الملاريا أولى أسباب الامراضية عند المرأة الحامل في القارة الإفريقية. وتؤدي مقاومة مادة لكلوروكين تعديل مختلف لبرتوكولات الوطنية والنصح باستخدام مركبات دوائية أموديا كين ارتيميزيني تنبيه: كل إصابة بالحمى عند المرأة الحامل يجب اعتبار أنها الملاريا حتى يثبت خلاف ذلك. والملاريا عند المرأة الحامل يجب اعتبارها خطيرة.

التشخيص

العلامات السريرية	الأنواع	
الحمى، القشعريرة، الصداع، القيء، آلام المفاصل، الوهن، ضخامة الطحال، شحوب الملتحمة.	الملاريا البسيطة	السريريات
تعرف الملاريا الخطيرة بوجود ابلاسموديوم افرسي باروم في الدم مع عرض أو عدة أعراض وذلك على النحو التالي: • الملاريا العصبية: غيبوبة من نوع 2 و + قشعريرة عامة ومتكررة • فقر دم خطير: نسبة الهيمواكلوبيين $6 < \text{أغرام} / 100 \text{ ليلتر} / \text{أو نسبة الهيماتوكريت} = < 20\%$ • العجز الكلوي: إدرار البول $400 < \text{مللتر} / 24 \text{ ساعة} \text{ و اكرياتين} > 265$ مكرومول/ للتر • وذمة الرئة • انخفاض سكر الدم • انخماص الدورة • النزف المنتشر • حماض الدم $< 7,25$ • القشعريرة ارتفاع درجة الحرارة: ارتفاع درجة الحرارة إلى $41^\circ \geq$ وانخفاض درجة الحرارة إلى $36^\circ \leq$ • اليرقان • عدد الطفيليات المرتفع	الملاريا الخطيرة	
تأكيد التشخيص بواسطة • النقطة السميكة • اللطاخة الدموية • الفحوص السريعة للكشف عن الملاريا		شبه سريرية
تنبغي مناقشة إصابات أخرى: • التهاب الحويصلة والكلية الحاد: حمى التقييد، التهاب السحايا، الزائدة الدودية الحادة، الارتجاج.... الخ.		الفحوص التفريقية

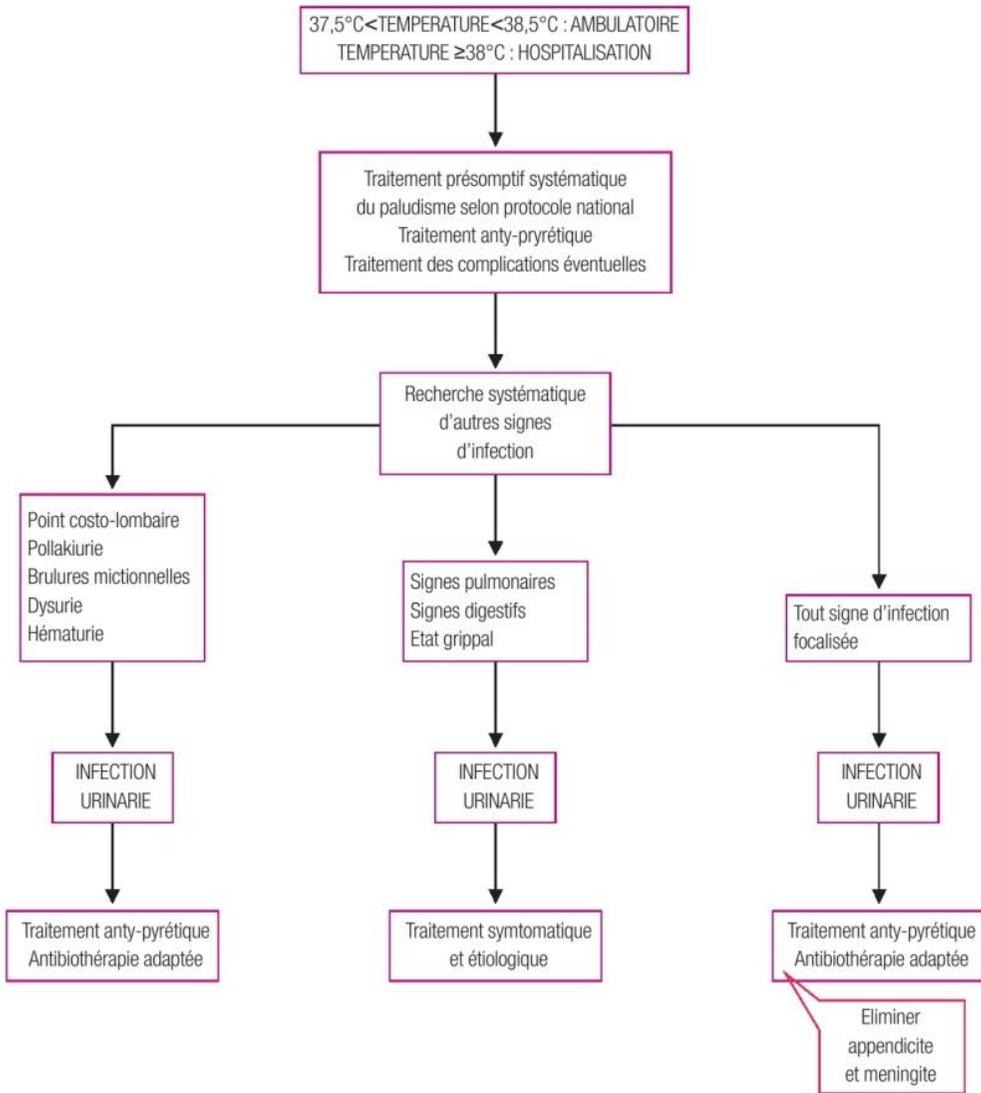
تنبيه: يجب أن لا ينتظر التأكيد بواسطة التشخيص من أجل انطلاقة علاج الأعراض.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

التصرف	الأنواع
<p>الفصل الأول 16 < أسبوعا من انقطاع الطمث:</p> <ul style="list-style-type: none"> - كينين: 25 ملغرم/ كيلو أغمرام/ لليوم توزع على ثلاث بالونات من G5% تزرق على ثلاث مرات موزعة على أربع ساعات لكل زرق (42 قطرة للدقيقة). - تستبدل الكينين عن طريق الزرق بأقراص الكينين عن طرق الفم عندما يكون ذلك ممكنا. - الفترة الكاملة للعلاج: 7 أيام <p>علاج الأعراض</p> <ul style="list-style-type: none"> - كل حمى تصل إلى $38^{\circ} \geq$ يجب علاجها بسرعة بواسطة خافض حرارة، باراسيتامول: 600 ميلوغرام/ للكيلوغرام / لليوم. -العلاج المضاد للتقيء، في حالة وجود القيء ميتوكلوبرايدين: 10ملغرام x 3/يوم أو ميتوإبيمازين: 10ملغرام x 3/يوم <p>اعتبارا من الفصل الثاني (16 \geq من انقطاع الطمث)</p> <ul style="list-style-type: none"> - الكينين (نفس لبوتوكول المذكور أعلاه) أو - أرترينات (200 ملغرام) + أمودياكين (600 ملغرام) خلال 3 أيام. - ارتمتير في حقنة واحدة عن طريق العضلة (2,3 ملغرام/كيلوغرام اليوم الأول ثم 6,1 ملغرام/ للكيلوغرام/ لليوم اعتبارا من اليوم الثاني حتى اليوم السادس) وتستبدل الحقنة بالأقراص فور ما يكون ذلك ممكنا . أو - أرتمتير تضاف إليه ليميفانترين (خلطة عن طريق الفم) - علاج الأعراض (أنظر ما سبق) 	<p>المالريا البسيطة</p>
<p>علاج المالريا</p> <ul style="list-style-type: none"> كينين المحقونة عن طريق الزرق(انظر أعلاه لكن تستبدل مصل G5% بمصل G10% <p>إجراءات المرافقة</p> <ul style="list-style-type: none"> - يفتح الوريد المركزي أو، في غياب ذلك، ويريد في الأطراف - قسطرة بولية في المنزل، - إعطاء الأكسجين: 6 لتر/للدقيقة (عند الحاجة، التهوية الاصطناعية) - توازن الأملاح: رنجير لأكات أو محلول ملحي حسب حركة الدم وايونيك (فضلا عن زرق الكينين) - خافضات حرارة (أنظر أعلاه) - مضادات تشنج، في حالة التشنج: سلفات المانيزيوم أو جازيبام - حقن الدم إذا كان فقر الدم حادا - علاج الفشل الكلوي الحاد: المدرات البولية (افيروزميد: 20 ملغرام 3 مرات لليوم يبدأ بها دون تجاوز 500 ملغرام لليوم)، وحتى التصفية خارج الكلى - موقفات المخاض في حالة التقلصات الرحمية: صلبتامول (5 قارورات من 0,5 ملغرام عن طريق الزرق في محلول سكري G5 خلال 24 ساعة) + مضاد تشنج (اكلورواكلبيسينول: 1 حقنة عن طريق الوريد مباشرة كل 8 ساعات ثم كل 12 ساعة) يستبدل بالأقراص عن طريق الفم عندما يكون ذلك ممكنا -إجراءات الحماية الفيزيائية يجب أن يوصى بها خاصة استخدام الناموسيات المشبعة بالمبيدات والرش وهدم أوكار اليراقات. - تسحب عينات من البول لإجراء فحص البول قبل بدء العلاج بالمضادات الحيوية 	<p>المالريا المعقدة</p>

تنبيه: العلاج الوقائي يجب مواصلته بعد جرعة العلاج: 3 أقراص من سيلفادوكزين – بيريمتامين في جرعة واحدة، الجرعة الأولى ابتداء من الأسبوع 16 بعد انقطاع الطمث أو فور الاحساس بأولى الحركات النشطة عن الجنين ثم الجرعة الثانية ابتداء من الأسبوع 28 بعد انقطاع الطمث.

ALGORITHME HYPERTHERMIE ET GROSSESSE



Remarque: Applicable dans toute structure de soins obstétricaux et néonataux d'urgence

2.6. الانتانات البولية

• التعريف والمميزات

هي إصابة انتانية في الجهاز البولي ويمكن أن تكون سفلية (التهاب المثانة) أو علوية (التهاب الحويصلة والكلوة)، تكون في الغالب عدیمة الأعراض: البيلة الجرثومية عدیمة الأعراض. ويعتبر التهاب الحويصلة والكلوة هو الشكل الأكثر خطورة لكونه يمكن أن يعرض حياة الأم للخطر. والانتانات البولية، مع الأعراض أو بدون أعراض يمكن أن تزداد تعقيدا مع الولادة قبل الأوان أو سقوط الحمل أو موت الجنين.

• التشخيص

عسرة التبول، كثرة التبول، كثرة الحاجة إلى التبول، آلام قطنية مع الحدة في الجانب الأيمن، التقيء والغثيان • الحمى	
الكشف التلقائي بواسطة الأشرطة البولية(الكشف بالنتروجين، كشف الكريات البيض • فحص البول مع تحديد الحساسية اتجاه المضادات الحيوية	شبه السرييري

➤ خطة العمل

• اموكسلين: 500 ملغرام عن طريق الفم 3 مرات لليوم خلال 3 او 5 أيام ثم تكيف بعد ذلك حسب نتائج الأنتيبيوغرام • كوتريموزول: 160 ملغرام/800 ملغرام 2 لليوم خلال 3 إلى 5 أيام.	التهاب المثانة أو البيلة الجرثومية عدیمة الأعراض
• اموكسيسيلين: 1 إغرام كل 6 ساعات عن طريق الوريد • جانتامسين: 3 ملغرام/كيلوإغرام/اليوم عن طريق الوريد(مرة لليوم).	التهاب الحويصلة والكلوة

تنبيه:

- تسحب عينات من البول لإجراء فحص البول قبل بدء العلاج
- يكيف العلاج بالمضادات الحيوية تبعا لنتائج فحص البول مع تحديد الحساسية اتجاه المضادات الحيوية
- مدة العلاج ≥ 15 يوما (توقف جانتامسين بعد 7 أيام من العلاج) .

3.6. إنتان المبيض

• التعريف والمميزات

هو اكتساح المبيض من قبل الجراثيم الذي يحدث في الغالب بعد انفجار مديد للأغشية (أكثر من 6 ساعات).

وهي مصدر اختلاطات خطيرة عند الأم والجنين.

- عند الطفل: موت الجنين، أمراض الرئة، إنتان الدم، التهاب السحايا، الخ
 - عند الأم: إنتان الدم، الصدمة، التهاب بطانة الرحم، التهاب الصفاق
- تنبيه: تعتبر إنتان المبيض حالة ولادية استعجالية مع دواعي تفرغ الرحم

التشخيص

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

<ul style="list-style-type: none"> • سيلان مهلي نتن • سيلان مهلي خفيف • حمى، قشعريرة • آلام في البطن • تسرع قلب الجنين 	السريري
<ul style="list-style-type: none"> • الفحص الجرثومي للسائل الأمنيوسي و تحديد الحساسية اتجاه المضادات الحيوية • تعداد الكريات والصيغة الدموية، CRP , 	شبه السريري

خطة العمل

<ul style="list-style-type: none"> • اموكسسلين 1 أرقام كل 6 ساعات عن طريق الوريد • جانتامسين 160 ملغرام لليوم عن طريق الوريد • ميترونيدازول 500 ملغرام كل 12 ساعة عن طريق الزرق 	العلاج الطبي
<ul style="list-style-type: none"> • تفضل الولادة عن طريق المهبل 	العلاج التوليدي

تنبيه:

- كيف العلاج بالمضادات الحيوية تبعاً لنتائج فحص الهلابة وتحديد الحساسية اتجاه المضادات الحيوية
- مدة العلاج ≥ 15 يوماً
- تحويل المولود الجديد إلى قسم العناية بحدِيثِي الولادة مسألة إلزامية

4.6. التهاب بطانة الرحم

التعريف والمميزات

- التهاب بطانة الرحم هو التهاب مخاطية الرحم الذي يمكن أن يحدث بعد الولادة. وهو مرتبط بظروف الولادة، وتطوره يمكن أن تطبعه اختلاطات خطيرة وحتى قاتلة وقد تتسبب أحياناً في مخلفات مثل العقم الثانوي.
- التشخيص

<ul style="list-style-type: none"> • الحمى ، القشعريرة • آلام في البطن • تمدد البطن • رحم مؤلمة عند التعبئة • ارتكاس الرحم بشكل غير جيد • هلاية قيحية و ننتة • نزوف مهلي 	السريري
<ul style="list-style-type: none"> • تعداد الكريات والصيغة الدموية • CRP • الفحص الجرثومي للهلابة و تحديد الحساسية اتجاه المضادات الحيوية 	شبه السريري

خطة العمل

- اموكسسلين 1 اغرام كل 6 ساعات عن طريق الوريد
- جنتامسين 160 ملغرام لليوم عن طريق الوريد

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- مترونيديزول 500 ملغرام كل 12 ساعة عن طريق الزرق
- اركومتريين: 0،2 ملغرام عن طريق الوريد مرتين لليوم أو 20 قطرة عن طريق الفم 3 مرات لليوم خلال 6 أيام.

تنبيه:

كيف العلاج بالمضادات الحيوية تبعا لنتائج فحص الهلابة و تحديد الحساسية اتجاه المضادات الحيوية
للتخفيف من مخاطر التهاب بطانة الرحم تستخدم قفازات معقمة بصفة تلقائية فور الاشتباه في الانفجار المبكر للأغشية وتطبق كافة إجراءات الوقاية من الإنتانات.

مدة العلاج ≥ 15 يوما

5.6. التهاب الثدي وخراج الثدي 1.5.6. التهاب الثدي

- **التعريف والمميزات**
هو التهاب عضلة الثدي الممثل على إرضاع المولود الجديد والذي يجب عدم التهاون به (الألم يمكن أن يزعج الأم ويحملها على توقيف الرضاعة)

• التشخيص

- العلامات السريرية: علامات الالتهاب (الألام، الاحمرار، الحرارة، التورم)
- العلامات السريرية العامة: قليلة الخصوصية

• خطة العمل

- اكلواكزاسلين 500 ملغرام خلال 4 جرعات يومية عن طريق الفم خلال 7 إلى 10 أيام أو
- اريتروميسين 500 ملغرام عن طريق الفم 3 مرات لليوم خلال 10 أيام
- اسيداسيتيلصاليسيتك: 1 اgram 3 مرات لليوم
- كمادات رطبة بين الرضعات

تنبيه: يجب عدم قطع الرضاعة عن طريق الثدي.

2.5.6 خراج الثدي

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا



- **التعريف والمميزات**
خراج الثدي هو اختلاط شائع جدا يظهر خاصة خلال الإرضاع وهو مكون من كتلة قيحية على مستوى عضلة الثدي. ويفضي في المرحلة النهائية إلى التهاب الثدي.

● التشخيص

التشخيص سريري ويعتمد على العناصر التالية:

- ألم واخر
- التهاب(ثدي مشدود، منتفخ مع حرارة واحمرار)
- الحمى
- تموج (عندما لا تكون الكتلة عميقة)
- علامة بيديه (يجلب اللبن على كمادة: القيح يبقى على الكمادة تاركا وسخة صفراء)
- أحيانا يقع تنوسر تلقائي مع سيلان القيح من فتحة خارجية.

● خطة العمل

- العلاج الطبي

- اكلوكزاسلين 500 ملغرام 4 جرعات لليوم عن طريق الفم خلال فترة من 7 إلى 10 أيام.

أو

- اريتروميسين 500 ملغرام عن طريق الفم 3 مرات لليوم خلال 10 أيام

- اسيداسيتيلصاليسيتك: 1 أغم 3 مرات لليوم

- كمادات رطبة بين الرضعات

- العلاج الجراحي

نسخ الخراج مع الحشو بكمادة

تنبيه: لا يجمع بين اريتروميسين ومشتقاتها مع اركومتريين

7. التكفل بالمولود الجديد

1.7. العلاجات الأساسية للمولود الجديد

- التعريف والمميزات

تعرف العلاجات الأساسية للمولود على أنها خدمات قاعدية أساسية تقدم لكل مولود جديد " طبيعي " عند الولادة لزيادة حظوظه في البقاء على قيد الحياة. تكون إمرضية ووفيات حديثي الولادة أحيانا نتيجة غياب الصرف التلقائي للعلاجات الأساسية للمولود الجديد.

- المراحل

المرحلة 1: تجفيف وتحريض وتغطية المولود الجديد

- استقبال المولود الجديد في قماش نظيف
- يجفف تلقائيا كافة جسم المولود الجديد دون نسيان الرأس والأطراف
- يحرض المولود الجديد بمسح كافة جسمه
- يبدل القماش المبلل
- يحتفظ بالمولود الجديد مغطى ومسخنا بما في ذلك الرأس دون الوجه وأعلى الرأس.

المرحلة 2: تقييم حالة المولود الجديد عن طريق مؤشر أبغار: بين الدقيقة الأولى والدقيقة الخامسة

- يتأكد جيدا من انه لا توجد عند المولود الجديد علامات لضيق التنفس، وأنه يبكي، وأن صدره يرتفع وأن لونه وردي.

جدول: مؤشر أبغار

التنقيط	0	1	2
القلب(الضربات)	<80 /للدقيقة	80 إلى 100 للدقيقة	100 > /للدقيقة
التنفس	0	الصراخ ضعيف	الصراخ قوي
التوتر العصبي	نقص التوتر الإجمالي	ثني الأعضاء	الحركات النشطة
ردة الفعل(عند الشفط)	0	التكشير	قوي (السعال أو العطاس)
التلون	الشحوب أو الازرقاق المنتشر	اللون الوردي غير عام على الجسم الأطراف مزرقاة	وردي

المرحلة 3: تستخلص وضعية المولود الجديد على أساس مؤشر أبغار

- يعاد إنعاش المولود الجديد على أساس مؤشر أبغار < 7

المرحلة 4: تسد وتقطع السرة مع التطهير

- توضع عقدتين مسدودتين حول السرة، إحدى هما على مسافة أصبعين من بطن المولود الجديد، دون سحب سرة المولود وتوضع العقدة الثانية على بعد أصبعين من الأولى.
- يقطع بين العقدتين بواسطة مقص معقم أو شفرة جديدة تغمس مسبقا في محلول جافيل بتركيز 0,5 %.
- يحذر من سيلان الدم بواسطة قطن أو كمادة على منطقة القطع وتفاذي جرح المولود بالمقص أو الشفرة.
- تنبيه: زمرة دم المولود الجديد إذا كانت الأم سالبة الريزوس

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- علاجات السرة

- تربط السرة مع التطهير
- تنظف بمحلول مطهر (ايوزين اكيز، الكول 70 درجة)
- توضع كمادة معقمة للحماية
- يشرح للأُم بأن لا تضع شيء على طرف السرة

المرحلة 5: يحتفظ بالمولود الجديد بعيدا عن البرودة

- يفحص المولود الجديد للبحث عن تشوهات محتملة (شفرة الأرنب، عدم انتقاب الشرج...)
- يوضع المولود الجديد بصلة مباشرة مع جلد أمه بحيث يكون البطن فوق البطن مباشرة ويغطي الإثنان بقماش بغية الاحتفاظ بالمولود الجديد في الحرارة (اتصال الجلد مع جلد الأم " طريقة الكانكورو"
- حذاري من التيار الكهربائي ++ (بيسد الباب والنافذة)
- تراقب درجة حرارة المولود الجديد

المرحلة 6: تساعد الأم على بدء الرضاعة الطبيعية

- تساعد الأم والمولود الجديد على الوضعية الجيدة للرضاعة الطبيعية
- يتأكد من أن المولود الجديد يمسك الثدي بشكل جيد، وتساعد الأم إذا كان ذلك ضروريا.

المرحلة 7: صرف العلاجات

- العلاجات البصرية

- تنظف أعين المولود الجديد من الداخل باتجاه الخارج قبل صرف العلاجات البصرية
- توضع قطرة من نترات الفضة 1%، بوليفيدون ايودي 2،5% في العين، (أو أي مطهر آخر مستخدم في البلد).
- يرجى عدم ترك طرف القطارة يلامس العين.

- صرف فيتامين ك 1:

- 1 ملغرام/كيلوإغرام عن طريق العضلة أو عن طريق الفم (3 قطرات/كيلوإغرام بالنسبة للتناول عن طريق الفم)

- التلقيح

- ب س ج ولقاح الشلل عن الولادة ويسجل على الدفتر

تنبيه:

- فحص المولود الجديد يجب أن يدار بلطف وفي درجة حرارة مناسبة (20- 25 درجة) و مع مراعاة النظافة بشكل صارم.
- إذا وقع انفجار باكر للأغشية 6 ساعات قبل الولادة تتم الإحالة إلى قسم الأطفال أو يخضع المولود الجديد للعلاج بالمضادات الحيوية (جنتا 10 ملغرام عن طريق العضلة في الجانب الأمامي من الفخذ 1 قارورة /اليوم خلال 6 أيام + امواكسولين أو انبسيلين 125 ملغرام سيرو 5 ملتر x 3 أيام خلال 10 أيام.

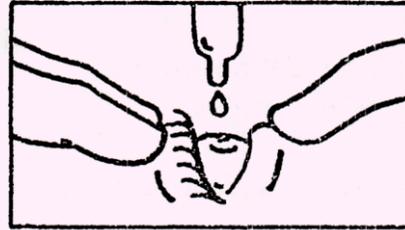
عند الولادة

- ◆ يلف المولود الجديد في قطعة قماش جافة ونظيفة، وعلى طاولة ساخنة إذا كانت موجودة
 - ◆ يجفف الجلد لتفادي أية برودة
 - ◆ تشفط إفرازات الفم والحنجرة والأنف
 - ◆ يتم تقييم مؤشر أبغار
 - ◆ يؤكد من نفاذ الأنف والحلقوم والشرج.
- يتم علاج السرة.
توضع قطرة من الكولير أو المصل الفيزيولوجي في كل عين أو يوضع مرهم عيون لتفادي الإنتان.

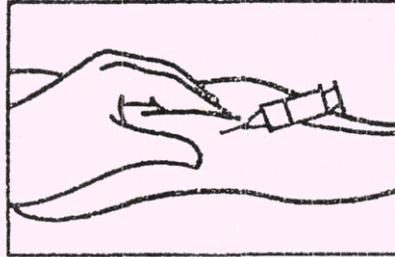
يتأكد من عدم وجود شق في الحنك
يجس نبض الفخذ
تفحص الأعضاء التناسلية الخارجية
البحث عن علامة ريسو(انخلاع الورك)
يقاس الوزن والقامة ومحيط الجمجمة
يستدعى الطبيب أو يحال الطفل إلى قسم
الأطفال في حالة وجود:

- تشوه،
- تغير لاحق في العلامات الحيوية،
- نقص الوزن عند الولادة (الوزن عند الولادة = 2500 < أرقام و/ أو عمر الحمل < 37 أسابيع).
- طفل معرض للخطر (أم مصابة بداء السكري، الاشتباه بتناقر عامل الريزيس)
توضع ثياب على الطفل.

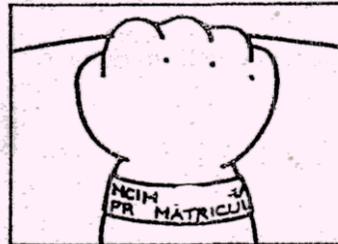
يوضع سوار التعريف على الطفل
يوضع الطفل على صدر أمه ويتم التحويل
إلى قاعة النفاس حيث ينتظر أن يقيم الطفل
قرب أمه.
تتم تعبئة الدفتر الصحي
تساعد المرأة على إرضاع طفلها في أسرع
وقت ممكن وأن ترضعه عدة مرات لليوم
بنا على طلبه.
يتأكد من التخلص من: البول قبل 24 ساعة
ومن العقي قبل 36 ساعة.



Désinfection des yeux



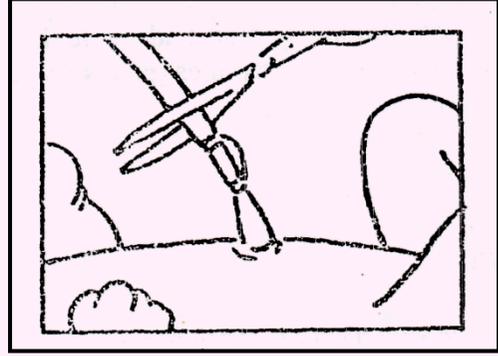
Injection de vitamine K



Bracelet d'identification
du nouveau-né

الورقة الفنية رقم 19: علاجات السرة

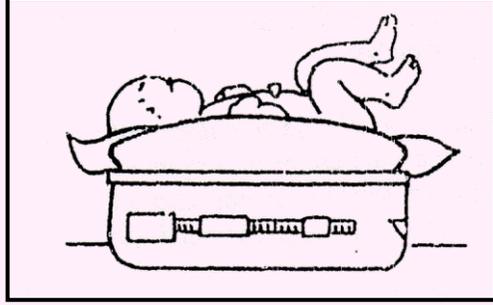
- ◆ قطع السرة بين ملقطين وبعد دفع الدم إلى أقصى قدر ممكن باتجاه دورة الوليد
- ◆ ربط مزدوج: يقع الربط الأول على بعد 3 سم من الجلد. ويجب أن تكون العقد مشدودة بقدر كاف لتفادي أي نزوف من أوعية الحبل السري.



- ◆ ينظف سطح مكان قطع السرة بالغول المخلوط باليود
- ◆ ضماد مع كمادة معقمة وجافة تثبت باسبرا ادرا لمقاومة الحساسية كلما كان ذلك ممكنا أو عن طريق ضماد البطن التقليدي
- ◆ يتأكد من عدد الأوعية(في الحالة العادية يوجد شريانان ووريد)
- ◆ يلقح المولود الجديد بلقاح ب س ج وباللقاح المضاد للشلل عند الولادة ويحرس على أن يبين ذلك في الدفتر الصحي.

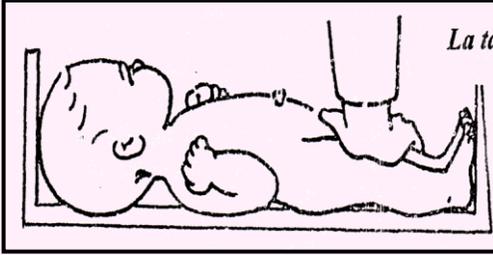
الوزن:

يأخذ الوزن عند الولادة خلال الساعة الأولى من الحياة باستخدام ميزان أطفال تغطي كفته بقماش نظيف. بالطبع يوزن الطفل عاريا وفي درجة حرارة مناسبة. يعبر عن الوزن بلغرامات (تكون الدقة بحوالي 10 أرقام تقريبا)



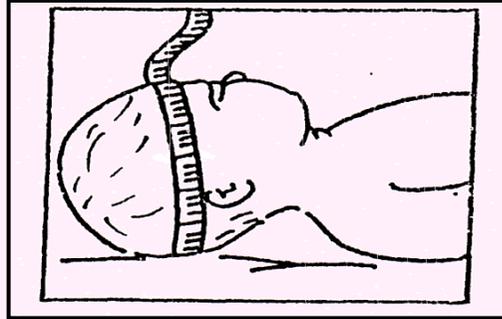
القامة:

تقاس القامة عن طريق مقياس أفقي، بحيث يكون الطفل متكئا على ظهره فوق طاولة فحص صلبة، يحتفظ بالأطراف السفلية ممدودة تماما، والقدم ملاصقا للزلافة. يعبر عن القامة بالسانتيمترات (تكون الدقة بحوالي 0,5 سم تقريبا)



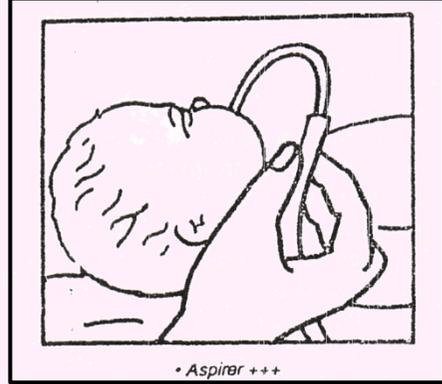
محيط الجمجمة:

تقاس الجمجمة بشريط متري مدرج من 10/1 سم يدار حول الرأس مرورا بالجبهة وبذرى الرأس الأكثر بروزا. يعبر عن القامة بالسانتيمترات (تكون الدقة بحوالي 0,10 سم تقريبا).



الورقة الفنية رقم 21: إزالة انسداد المسالك العلوية

- يشفط الفم بعناية والبلعوم ثم حفر الأنف
- أعلى انخفاض مقاس ب – 200 ملليمتر زأبق
- يفضل استخدام قسطرة ذات استعمال وحيد من العيار الجيد (8)، تكون مسدودة خلال إدخالها
- تحترم قواعد النظافة (الباب المفتوح يعرض غالبا للإنتان) ويتم الشفط دون جرح المولود الجديد
- تغسل القسطرة بين كل شفطين في قارورة مصل فيوزولوجي معقم (يجدد الغسل بعد كل استخدام)
- يكرر العمل مادام الشفط يعطي نتيجة.



إمكانيات الشفط

- ◆ الدواسة
- ◆ الحقنة
- ◆ الزر

الورقة رقم 22: التأكد من نفوذ المسالك

يتأكد من نفوذ المسالك بمرور قسطرة معدية عن طريق فتحة الأنف، ثم عن طريق الفتحة الأخرى. دون قهر القسطرة، وتمكن ضربة يد ماهرة من العبور. يتم تشخيص انسداد المنافذ بملاحظة عقبة لا يمكن تجاوزها عند الوصول إلى 35 سم.

في حالة انسداد منافذ مزدوج توضع سداة مايو ويتم الرفع
نفوذ البلعوم

القسطرة المستخدمة للتأكد من نفاذ حفر الأنف تدفع بعيدا باتجاه البلعوم الذي تمر منه لتستقر في المعدة. تترك حقنة مليئة بالهواء (3 إلى 4 سم) بالقسطرة، لتمكن من التأكد من وضعية الطرف ألقاضي من القسطرة لفحص مرور الهواء المدفوع من طرف المكبس. انسداد البلعوم المشتبه فيه عن طريق الاستسقاء والريق الكثيف. ويؤكد الانسداد عن طريق الصمت عند استخدام المحقنة ودوران القسطرة داخل الرتوش العلوية عند الفحص بالأشعة (إذا كانت موجودة).

نفوذ الشرج

نفوذ الشرج يكون احيانا بديهيا نتيجة كثافة العقي المطروح من طرف المولود الجديد. فضلا عن ذلك، يتم التثبت منها عن طريق (وجود فتحة الشرج) وإدخال مقياس حرارة يعود ملوثا بالعقي مما يبعد وجود انسداد عال.

في حالة عدم نفاذ الشرج أو انسداد البلعوم، يتم الرفع إلى قسم الجراحة.

2.7. الحالات المستعجلة أثناء الولادة

1.2.7. التهديد بالولادة قبل الأوان

• التعريف والمميزات

يعرف التهديد بالولادة قبل الأوان بأنه حدوث تقلصات رحمية لمخاض ولادة بين الأسبوع 28 و الأسبوع 37 من انقطاع الطمث، يعني بين الشهر 6 والشهر 8 من الحمل. الولادة قبل الأوان هي إحدى الأسباب الرئيسية لوفيات حديثي الولادة ويمكن أن تترك مخلفات. ومن المهم التركيز على الوقاية من الولادة قبل الأوان بواسطة علاج التهديد بالولادة قبل الأوان.

• التشخيص

تشخص الولادة قبل الأوان بوجود تقلصات رحمية محسوسة أو مؤلمة بتردد منتظم (كل 10 دقائق) تحدث بين الأسبوع 28 و الأسبوع 37 من انقطاع الطمث، ترافقها:

- ضائعات مخاطية (سدادات مخاطية)
- أنزفة رحمية
- ضائعات سوائل
- تغيرات عنق الرحم أو القطعة السفلية عند المس المهبل

• خطة العمل

الحجز الاستشفائي	معايير الحجز الاستشفائي
	<ul style="list-style-type: none"> - أمد الولادة 28 > من انقطاع الطمث و 37 < من انقطاع الطمث - تقلصات رحمية مرتبطة و أو تغير عنق الرحم (القصر) - تقلصات رحمية منتظمة و مؤلمة بالرغم من وصفة أبروتوكول نيفيديبين أو صلبتا مول عن طريق الفم.
الرقابة	<ul style="list-style-type: none"> - الحركات النشطة وضربات قلب الجنين - التقلصات الرحمية، الضائعات المهبلية، الانزفة الرحمية - درجة الحرارة، النبض، الضغط الشرياني
الفحوص شبه السريرية	<ul style="list-style-type: none"> - زرع البول للبحث عن الجثوم المسبب وإعطاء المضاد الحيوي المناسب - قطرة سمكية + الكثافة الجرثومية، والكشف السريع عن الملاريا - تعداد الكريات والصبغة الدموية، CRP - فحص توازن الأملاح في الدم، - تفحص الأمصال إن كانت الفحوص متاحة: فصيلة الدم وعامل الريزس، و الفحص المعروف ب ERCF، - تصوير عنق الرحم بالأموح فوق الصوتية (إن كان موجودا) - تصوير البطن بالأموح فوق الصوتية (المجيء، قياسات حيوية الجنين، حيوية المشيمة)
التكفل العلاجي	<ul style="list-style-type: none"> - الراحة - توكوليز 48 ساعة +/-: (صلبتا مول) (حذار من موانع الاستعمال) - نضج الرئة: بيتاميتازون 12 ملغرام عن طريق الوريد يجدد مرة كل 24 ساعة اعتبار من الأسبوع 28 من انقطاع الطمث في حالة تغير عنق الرحم(جرعتين كأقصى حد حتى 34 أسبوع) - في حالة عدم الضبط - إعلام المريضات بمخاطر الولادة قبل الأوان - لا يوصى بالعلاج بالمضادات الحيوية بصفة تلقائية: يكيف بصفة ثانوية مع العينات البكتولوجية.

2.2.7.التأذي الحاد عند الجنين

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• التعريف والمميزات

- تغير غير منتظر لحالة الجنين يمتاز ببطء لضربات القلب (أقل من 100 ضربة للدقيقة) أو تسارع (أكثر من 180).
- وجود العقي في السائل الأمنيوسي خلال الفترة الهادئة أو النشطة أو الفذف. في حالة المجيء ألقمي أم ألمقعددي أما المقعددي فلا يعتبر فيه العقي علامة لتأذي الجنين
- تألم الجنين الحاد يتطلب تدخلا استعجاليا من القبالة لتفادي موت الجنين أو تأذي الجنين بشكل حاد.
- وينبغي التعرف على تألم الجنين وتصحيح العوامل المساعدة عليه.

• التشخيص

- يتم الكشف بصفة منتظمة عن ضربات قلب الجنين، من كل 15 دقيقة (البطيء أقل من 120 ضربة للدقيقة) أو (التسارع الأكبر من 160) والتي تمثل علامات التنبيه الأولى.
- مراقبة وضعية الأم
- مراقبة لون السائل الأمنيوسي.

• خطة العمل

- تألم الجنين الحاد
- في بداية المخاض وعند وصول اتساع عنق الرحم إلى 4 سم
- في غياب الطبيب: يأخذ الوريد وتفرغ المثانة ويتم الرفع إلى وحدة صحية مجهزة مع احترام شروط التحويل،
- يستدعى الطبيب/ اختصاصي أمراض النساء من أجل التصرف (القيصرية)
- إذا وصل اتساع عنق الرحم إلى مرحلة متقدمة (7 سم حتى الاتساع التام) يسرع المخاض وتجرى ولادة سريعة (تفرغ المثانة، يجرى بضع الفرج والعجان، المحجم/الملقط، القيصرية حسب الوضعية).

3.7. الحالات الاستعجالية الوليدية في قاعة الولادة

1.3.7. ضيق التنفس عند المولود الجديد

- التعريف والمميزات

- وضعية تألم الجنين الحاد ترتبط بوصول كمية غير كافية من الأكسجين إلى الأجهزة، إما قبل، أو خلال، أو مباشرة بعد الولادة.

ويمكن أن يكون الألم ناتج أو أن يزيد منه:

- غياب فضاء خاص بالمولود الجديد داخل قاعة الولادة
- نقص أو حتى غياب الأدوات
- نقص العامل المؤهلين و/أو الأكفاء
- والتألم هو ثان سبب للوفيات خلال الفصل الأول من الحياة: 24% تعرض المولود الجديد للخطر المرتفع للإصابة بمخلفات عصبية وحسية خطيرة.

- التشخيص

يتم التشخيص بواسطة مؤشر أبغار (انظر جدول مؤشر أبغار)

- مؤشر أبغار ≤ 3

- خطة العمل

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

الشروط المسبقة :

- الأدوات الضرورية لإنعاش المولود الجديد يجب التأكد دائما من وجودها وجاهزيتها للعمل
- التوفر والسير الحسن للأدوات يجب التأكد منها بصفة دائمة
- السيطرة على تقنيات إنعاش حديثي الولادة
- تكييف التصرف المناسب مع كل وضعية تم تحديدها.

الوضعيات المختلفة:

- **مؤشر أبغار 7 > :** الطفل يتأقلم مع الحياة خارج الرحم:
 - التأكد من النفوذ البسيط للمسالك التنفسية العلوية،
 - يبقى الطفل في درجة حرارة مرتفعة،
 - إعطاء العلاجات العادية للمولود الجديد السليم مع الرقابة على العلامات الحيوية لتفادي زيادة الخطر الثانوي،
 - يسجل مؤشر أبغار على النحو التالي: 7، 5 و 10 دقائق،
 - في حالة تدهور الحالة الصحية للمولود الجديد: يرجع إلى الوضعيات التالية:
- **مؤشر أبغار 7 < :** يقام بصفة تلقائية بما يلي:
 - ♦ يزال انسداد المسالك التنفسية العلوية،
 - ♦ يعطى الأكسجين الصافي عن طريق القناع،
 - ♦ يبقى المولود في درجة حرارة مرتفعة،
- بصفة عامة، بسرعة إذا أصبح لون الطفل ورديا وبدء يتنفس ويتحرك بصفة طبيعية، تواصل الرقابة على المولود، يتم الفحص السريري ويتكفل به كمولود سليم.
- ♦ في حالة عدم حصول تحسن بعد 3 دقائق:
 - يواصل إعطاء الأكسجين الصافي مع البحث عن دعم فني (وصول الأكسجين).
 - يجرى تدليك للقلب إذا كان القلب بطيئا $100 < /$ للدقيقة،
 - يستدعى طبيب المركز على جناح السرعة إذا كان موجودا،
 - إذا لم تتحسن الوضعية دائما بين 10 إلى 20 دقيقة بالرغم من وجود علامات حيوية: تنفس مستقل و نظام القلب. $100 > /$ للدقيقة يحال الوليد (مع الاحتفاظ بالتدفئة الجيدة) إلى وسط خاص بأمراض الأطفال مع مواصلة إعطاء الأكسجين.
- **مؤشر أبغار 3 < (حالة وفاة جلية)**
 - يستدعى طبيب المركز على جناح السرعة إذا كان موجودا،
 - يقام مباشرة وبصفة فورية ومنسقة بما يلي:
 - التأكد من النفوذ البسيط للمسالك التنفسية العلوية،
 - تعطى الريح عن طريق القناع،
 - يقام بالتدليك الخارجي للقلب،
 - يسجل مؤشر أبغار على النحو التالي: 3، 5 و 10 دقائق،
 - يبقى الطفل في درجة حرارة مرتفعة (يتأكد من درجة حرارة المصباح وتصحح إذا كان ذلك ضروريا)،
- إذا تم التعافي بشكل جيد، يقام بالرقابة خلال 24 ساعة، وعند الاقتضاء داخل وسط أمراض الأطفال يعطى بيكاربونات 40% عن طريق الزرق في وريد السرة كلما كان ذلك ممكنا. وبعد مضي 20 دقيقة، والوضعية رديئة مع نشاط قلب معدوم أو غير فعال، يوقف الإنعاش.

2.3.7. الإنتان المبكر عند المولود الجديد (0-7 أيام)

- التعريف والمميزات

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

الإنتان المبكر هو كافة العلامات الناتجة عن تضافر العوامل الممرضة عند المولود الجديد خلال الفترة من 0 إلى 7 أيام.

ويمثل الإنتان أولى أسباب الوفيات عند حديثي الولادة: 41% من وفيات حديثي الولادة

ويمكن أن يكون الإنتان ناتجا عن:

- عدم تطبيق إجراءات الوقاية،
- الاستعداد الفطري للإنتان (عدم القدرة المناعية عند المولود الجديد عند الأوان وعدم نضج الجهاز المناعي عند الخديج).

• التشخيص

<ul style="list-style-type: none"> - انتانات الأمومة خلال الفصل الأخير من الحمل، - الانبثاق المبكر للأغشية، - المخاض المديد، - السائل الأمنيوسي النتن، - الولادة قبل الأوان غير المبررة. 	<p>براهين السوابق المرضية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - كل وليد يشعر بالمرض مع: <ul style="list-style-type: none"> • انخفاض درجة الحرارة • ارتفاع درجة الحرارة - الاضطرابات العصبية: عدم القدرة على الرضاعة، نقص التوتر، الضعف العضلي الشديد، القشعريرة، الحركات غير الطبيعية. - الاضطرابات التنفسية، بطء التنفس، ارتفاع التنفس، انقطاع التنفس، استراحة التنفس، علامات المقاومة (رجفان الأنف، السحب بين الأضلاع، الانهيار أو الألم الخيشومي، صوت الزفير، أرجحة الصدر والبطن) الأزرقاق. - الاضطرابات الهضمية: الإسهال، القيء، اليرقان انتفاخ البطن . - الإصابات الجلدية: الفقاعة، الحطاطة، البثور، البقعة. 	<p>البراهين السريرية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - سحب العينات البكتريولوجية عند الولادة: - سحب العينات على مستوى المنافذ (أقل من 12 ساعة من الحياة): المنافذ السمعية الخارجية، السائل المعدي. (السحب بعد 12 ساعة من الحياة لا فائدة فيه) - فحص البول، زرع شرائح الدم (الكريات الحمراء والهيمواكلوبين) فحص سائل النخاع الشوكي. - الفحوص الكيماوية مثل: CRP ليست لها أي فائدة قبل مضي 12 ساعة على حياة المولود الجديد، - وكذا فحص الصيغة الدموية وتعداد الكريات. 	<p>البراهين العامة</p>

• خطة العمل

- تطبق النظم المعمول بها وقواعد النظافة والسلامة أثناء الحمل وخلال الولادة وعند التكفل بالمولود الجديد.
- يقيم بالكشف والتكفل بالسليم بالانتانات عند المرأة الحامل.
- يعالج الإنتان الجرثومي عند المولود الجديد عن طريق المعالجة الكيماوية المزدوجة (أحيانا الثلاثية) عن طريق الزرق (بيبتالاكتامين + امينوزيد) (الخيار يكون تبعا للبيئة الجرثومية المحلية)
- الإمكانية 1: اموكسسلين (100 إلى 200 ملغرام/ كيلوغرام/ لليوم توزع على 3 حقن عن طريق الوريد مباشرة) + جانتامسين(3 ملغرام/كيلوغرام/ لليوم في حقنة واحدة عن طريق الوريد).
- الإمكانية 2: الجمع بين سيفالواسبورين من الجيل الثالث عن طريق الوريد (سفيتريا اكزون(100 ملغرام/كيلوغرام/ لليوم في حقنة واحدة) (سفيتريا اكزون(200 ملغرام/كيلوغرام/ لليوم توزع على ثلاث حقن) + جانتامسين(3 ملغرام/كيلوغرام/ لليوم في حقنة واحدة عن طريق الوريد).
- مدة العلاج: 7 إلى 10 أيام دون الإصابة بالتهاب السحايا. وفي حالة الإصابة بالتهاب السحايا يمدد العلاج إلى 21 يوم (دون الزيادة على 7 أيام من جانتامسين).

4.7 حالات استعجاليه مبكرة أخرى عند المولود الجديد

1.4.7. الخديج

• التعريف والمميزات

- هي ولادة قابلة للحياة قبل مضي 37 أسبوعا من الحمل، وهي شائعة الوقوع حيث تمثل حوالي 15% في إفريقيا الواقعة جنوب الصحراء.
- وتمثل الولادة قبل الأوان إطارا غير مناسب للتكفل. ويتسبب عدم نضج كافة الأجهزة في الإصابة بالأمراض.
- وهي ثالث سبب في إمراضية حديثي الولادة في إفريقيا (23%)

• التشخيص

أمد الولادة < 37 من الحمل (انقطاع الطمث)
معايير تحديد الولادة قبل الأوان

• جدول معايير تحديد الولادة قبل الأوان

عمر الحمل (أسبوع)	الوزن (غ)	القامة (سم)	محيط الجمجمة (سم)	محيط الجسم (سم)
28	1 100	36	26	0,10
32	1 800	40	29	0,13
36	2 500	45	32	0,17

تنبيه: تحديد المقاسات حسب عمر الحمل.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• جدول معايير شكل النضج حسب عمر الحمل

قبل 36 أسبوع	
صلب ومنتشر	الطلاء
جلد شفاف مع العديد من الأوردة الصغيرة على البطن	مظهر الجلد
يختفي بشكل تدريجي	الزغب
ناعم	صلابة الجلد
ثنية أو ثنيتان في الثلث الأمامي من الراحة	خطوط راحة اليد
شبيه بالصوف، زوايا الجبهة غير بارزة	الشعر
الطي والغضاريف	طوبة الأذن
2 مم	قطر الثدي
	الأجهزة التناسلية الخارجية
الشفران الكبيرتان منفرجتان و البظر بارز	• بنت
الخصيتان في وضعية عالية بالنسبة لقناة الأربية، العجز مبلل قليل بالبول.	• ولد

• خطة العمل

- تطبيق الفنية المناسبة للتغذية: التسمين المعدي التدريجي والحذر(حليب الأم أو البدائل الاصطناعية)

- الوقاية التلقائية من انخفاض درجة الحرارة (الحاضنة، طريقة كانكورو، الثياب السمكية)

- الوقاية من الاضطرابات الاستقلابية (انخفاض السكر، نقص الكالسيوم) والانتانات.

تنبيه: غسل اليدين تلقائيا قبل وبعد التعامل مع الخديج.

2.4.7. اليرقان:

• التعريف والمميزات

هو لون أصفر على الأغشية والمخاطيات ناتج عن ارتفاع البيليروبين ويصل شيوع اليرقان إلى نسبة 50% عند المواليد عند الأوان و80% عند الخدج.

ويوجد نوعين من اليرقان عند المولود الجديد:

- اليرقان الفيزيولوجي،
- اليرقان المرضي،

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• التشخيص

<ul style="list-style-type: none">• اليرقان الفيزيولوجي (لا يكشف عنه): غير كثيف، يظهر بعد 48 ساعة من حياة المولود عند الأوان ويستمر أقل من أسبوع، اليرقان المرضي:• يظهر مبكرا قبل 48 ساعة ويمتد 10 أيام من حياة المولود.• ويمكن أن يصاحب بما يلي:<ul style="list-style-type: none">- اعتلال في الكبد،- علامات إبتان أو فقر دم.	السريري
<ul style="list-style-type: none">• نسبة البيليروبين الحرة والمتواترة• البحث عن التناقض بين الجنين والأم: الفصيلة وعامل الريزيس• - فحص كومبيس المباشر وغير المباشر	الفحوص التكميلية

• خطة العمل

الحد من ارتفاع البيليروبين الحرة

- افينوبريبتال: 10 ملغرام/كيلوإغرام عن طريق الوريد مرة واحدة (تجدد حسب الحاجة بعد 48 ساعة)
- المعالجة الضوئية
- غسيل ونقل الدم

يعالج السبب

5.7. الإنعاش داخل قاعة الولادة

• التعريف والمميزات

هي مجموعة العلاجات الاستعجالية الخاصة الموجهة لمساعدة المولود الجديد في مجهوده في التكيف مع الحياة خارج الرحم

أمل المولد الجديد في الحياة يمكن أن يهدد بما يلي:

- عدم توفر الأدوات،
- نقص العمال المؤهلين،
- عدم كفاءة العمال الموجودين.

• مختلف المراحل

الأعمال التالية يجب انجازها حسب التسلسل الزمني:

(1) مكافحة انخفاض

(2) الحرارة:

- التنظيف بقماش جاف ونظيف، معقم إن أمكن ذلك،
- وضع المولود الجديد تحت مصباح تسخين أو مسخن مسبقا بالأشعة.

(3) تحرير المسالك التنفسية العلوية:

- وضع الطفل على ظهره، مع انحناء الرأس قليلا إلى الوراء والرقبة ممتدة بصفة متوسطة،
- شفط حفرة الفم: بالقسطرة رقم 8 مدخلة ما بين 3 إلى 5 سم كلما أمكن ذلك،

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- شفط حفر الأنف: قسطرة رقم 6 أو 8، في وضعية أفقية وباتجاه الداخل، يتم الشفط مرة أو مرتين فقط وفي وقت سحب القسطرة (تلافيا لخطر جرح الحفر الأنفية).
- **تهوية بالقناع**
- يوصى بها في حالة استقلالية تنفسية غير كافية،
- من أجل ضمان هذه التهوية يوضع المولود الجديد في مد عنق متوسط بالنسبة للمود الفقري.
- **الفنية:**
- يكون مقدم الخدمة عند رأس المولود الجديد، والبالون في اليد اليمنى بالنسبة لليميني
- يوضع القناع الذي يجب أن يغطي الذقن والفم والأنف، ويثبت بالسبابة والإبهام والخنصر،
- يوضع القناع الوجهي بدءا بالذراع
- يكون التردد بين 40 إلى 60 مرحلة للدقيقة،
- يصل التنفس إلى 30 سم للدقيقة (إذا كان جهاز قياس الضغط موجودا)،
- تقدر الفاعلية بحركات الصدر وبتمتمة الحويصلة عند الإصغاء،
- يوصى بعدم التهوية بالقناع في حالة ابتلاع السائل الأمنيوسي العكر وحالة فتق الغشاء الحاجب
- في هذه الحالة: يجب القيام بالشفط على الفور ثم بعد ذلك يوضع الأنبوب، و تتم التهوية.

(4) تدليك القلب من الخارج

- يوصى بالتدليك عندما يكون تردد القلب أقل من 60 ضربة/الدقيقة بعد 30 ثانية من التهوية الفعالة بالقناع،
- وضعية الفنيين:
- عند رأس من ستتم تهويته،
- عن الجانب بالنسبة لمن سيمارس تدليك القلب من الخارج.

التقنية

- يضغط على الصدر باليدين، توضع السبابات إما إحداهما فوق الأخرى أو الأخرى بجانب الأخرى تحت الخط الفاصل بين الثديين.
- يصل التردد إلى 120/الدقيقة (3 ضغطات/1 نفخ)
- الرقابة على فاعلية تدليك القلب من الخارج تتم عن طريق التأكد من نبض الأطراف (الفخذ وأوعية السرة)

(5) التثبيث

- يوصى بها عند ضرورة تمديد التهوية اليدوية أو عدم فاعلية التهوية بالقناع.
- يتم اختيار القسطرة تبعا لوزن الوليد بمعنى: رقم الوليد يتراوح وزنه بين < 2.500 اغرام، ورقم 2,5 لوليد يتراوح وزنه بين 2500 إلى 3500 غرام ورقم 3 لوليد وزنه > 3500 اغرام .
- الاستدلال يتم انطلاقا من جناح الأنف يعني 7 سم + 1 سم/ كيلو غرام
- يوضع الطفل على ظهره الرقبة منحنية قليلا.

الفنية: يستند على الاختصاصي

(6) التهوية الاصطناعية على أساس الأنبوب

- تتم بواسطة بالون ينفخ نفسه من نوع أنبي بيبي ambu bébé (يدوي)
- التحويل إلى قسم العناية بحديثي الولادة يجب أن يتم تحت التنفس الاصطناعي.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

(7) وضع قسطرة في وريد السرة

القيام بالأعمال التالية:

- النظافة الصارمة ++
- تنظيف المنطقة المحاذية للسرة
- لبس قفازات معقمة
- وضع قطعة قماش مثقوبة معقمة
- وجود أدوات الجراحة الخفيفة
- التعرف على الوريد(الذي يكون أوسع من الشريانيين)
- إدخال القسطرة بواسطة الملقط حتى يصعد الدم بكل حرية، وفي حالة المقاومة، يوقف الإدخال ويتم المحاولة من جديد،
- التأكد من وجود انحسار جيد
- يتم التثبيت بواسطة سلك خياطة ويزرق محلول سكري 10% (SG10 %)

(8) الأدوية

- أدريالين 1 ملغ = 1 س س + 9 س س من محلول أملاح متوازن = 10 س س،
- أدريالين 0,5 ملغ = 1 س س + 4 س س من محلول أملاح متوازن = 5 س س،
- أدريالين 0,25 ملغ = 1 س س + 1,5 س س من محلول أملاح متوازن = 2,5 س س.
- يوصى 0,1 مللتر/كيلوغرام عن طريق الوريد كل 5 دقائق: تردد ضربات القلب: < 60 ضربة للدقيقة.
- الدواعي: الوقاية أو علاج نقص السكر
- محلول سكر 10% قسطرة أو تغذية معدية في حالة عدم إمكانية للعلاج عبر الوليد أما إذا كان ممكنا فيجب إعطاء 3 ملل لكل كيلوغرام ولكل ساعة.
- بربونات 42 بالنسبة ل1000 (1 حقنة = 10 مللتر)، جرعة: 2- 4 مللتر/كيلوغرام عن طريق الوريد مباشرة

تنبيه: لا يصرف أبدا المحلول السكري 30% (SG30 %) الأسمولية ++

• خطة العمل

أبغار 3 < حالة موت جلية	<ul style="list-style-type: none"> • تحرير المسالك التنفسية العلوية • التهوية بالأكسجين النقي عن طريق القناع • يقام بتدليك القلب من الخارج والتنبيب+ التهوية
أبغار 4- 6	<ul style="list-style-type: none"> • تحرير المسالك التنفسية العلوية • التهوية بالأكسجين النقي عن طريق القناع ما لم تكن فيه موانع • يجرى تقييم مؤشر أبغار ما بين 3 إلى 5 خلال 10 دقائق
تراقب الوظائف الرئيسية	<ul style="list-style-type: none"> • النبض، التنفس، درجة الحرارة، ولون الجلد.
أبغار > 7	<ul style="list-style-type: none"> • يجرى تقييم مؤشر أبغار ويتابع التصرف اللازم.

الورقة الفنية رقم 23: الأدوات الضرورية لإنعاش مولود جديد
داخل مركز أمومة في الضواحي

طاولة إنعاش

مع تدفئة فعالة وإنارة كافية

أدوات الشفط:

- جهاز قياس الوقت
- زر كهربائي / شفافة ذات دواسات/محاقن
- مصدر للتفريغ
- منظومة شفط ذات كثافة قابلة للتحكم مع نظام للتوقيف
- قسطرة شفط معقمة والأفضل أن تكون ذات استعمال وحيد وفي أغلب الأوقات قسطرة رقم 8

أدوات التهوية

- مصدر للأكسجين مع جهاز قياس الصب (قذيفة أو مصدر جداري ومقياس ضغط السوائل)
- مرطب أكسوجين
- امبي بي Ambu bébés مع تامين الضغط
- قناع وجهي
- سدادة مايو

الأدوية

- مصل سكري 10%
- مصل سكري 5%
- مصل فيسيولوجي
- مصل ب كربونات نصف كتلوي 42 في الألف
- فيتامين ك
- كولير أو تنزاسكلين مرهم للعيون

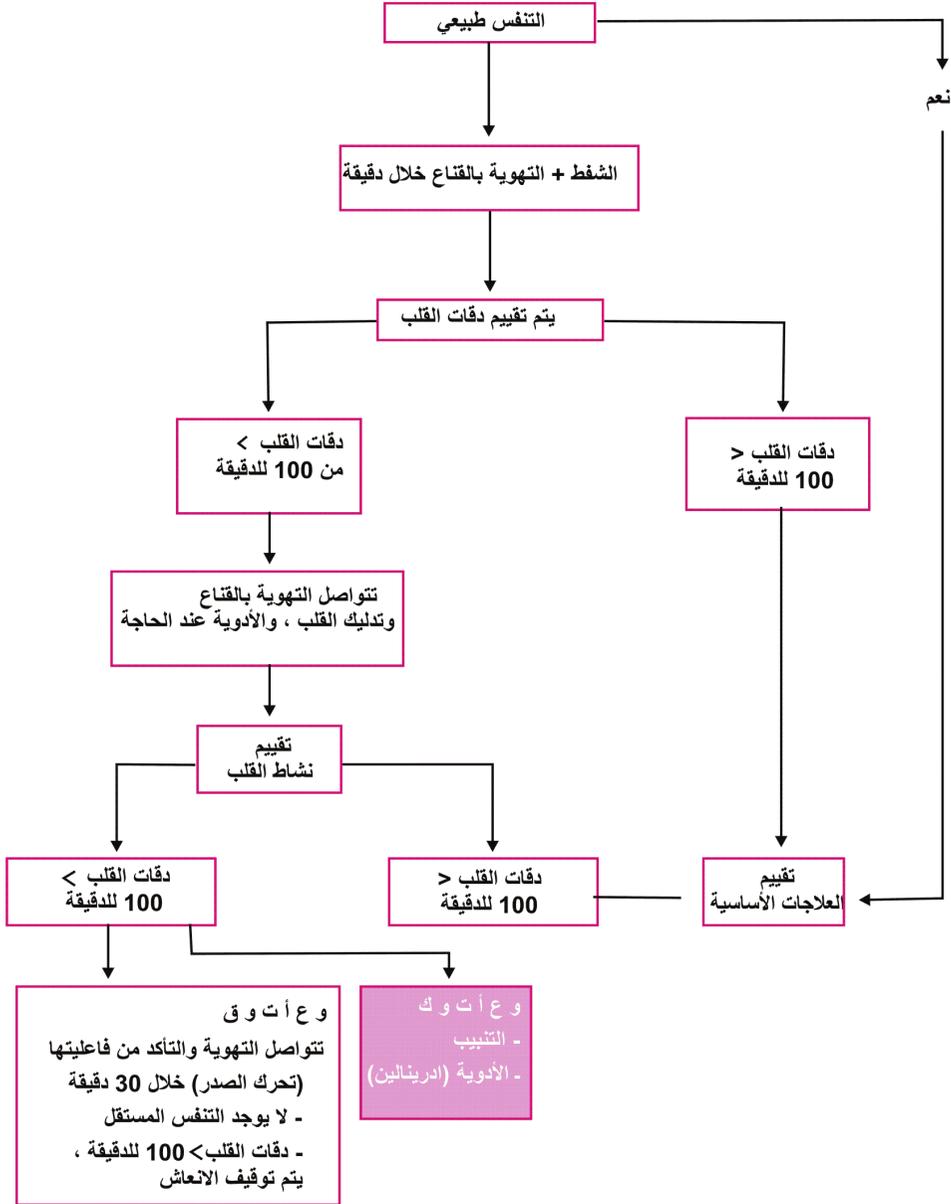
متفرقات:

- قسطرات معدية رقم 6 ورقم 8
- محاقن ذات استخدام وحيد 5 و 10 مللتر
- انترانيل رقم 24
- كاتاتير رقم 24
- جهاز قياس الضغط
- جهاز قياس الحرارة
- قفازات معقمة رقم 7 – 7,5 و 8
- كورات وأقنعة

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- ضمادات معقمة
- علبة جراحة خفيفة
- اسبرا أدرا
- الكحول
- علبة قماش نظيف
- الأدوات المرغوب في وجودها:
- قارورة دكسترواستيكس
- حاضنة التحويل (تعمل بالقطاع و ببطارية)

إنعاش المولود الجديد



□ المراكز المتوفرة على العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية القاعدية
 ■ المراكز المتوفرة على العلاجات الولادية والتوليدية الاستعجالية الكاملة

الكشف عن سرطان
عنق الرحم
وسرطان الثدي

الفصل
II

1- سرطان الثدي

عموميات حول سرطان الثدي

- سرطان الثدي في العالم
- تسجل 1,38 حالة جديدة كل سنة
- ويزداد التأثير تقريبا على كافة الدول
- ويخلف سرطان الثدي كل سنة 458 000
- ويقع نصف العباء في الدول السائرة في طريق النمو
- ويتم تشخيص نسبة تزيد على 60% في مراحل متقدمة المرحلة 3 والمرحلة 4
- و في أغلب الدول السائرة في طريق النمو تصل نسبة البقاء على قيد الحياة إلى أقل من 50%.
- **الوبائيات**
- يمثل السرطان عند المرأة أولى أسباب الوفيات والامراضية
- يزداد شيوعه مع العمر
- تقل الإصابة به قبل 30 سنة
- **عوامل الخطر**
- العمر: يزيد من شيوع الإصابة به مع هيمنة الفترة الفاصلة بين 30 و 50 سنة
- المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض
- سرطانات عائلية (x 2 أو 3)
- البلوغ المبكر
- اليأس المتأخر
- عدم الولادة
- تأخر أول دورة شهرية
- العلاج بالاستروجينات وحدها
- سوابق التهاب الثدي
- التدخين
- **ظروف الاكتشاف**
- الجس الذاتي لاكتشاف عقدة في الثدي ، غالبا ما يكون عرضيا،
- الفحص السريري
- انتقال أمراض الثدي وأورامه
- سيلان الثدي
- حملات الاكتشاف

1.1. الكشف عن سرطان الثدي

التشخيص

- **تقنيات الكشف**
- الفحص السريري للثدي: يجب أن يتم خلال كل استشارة تقوم بها المرأة
- الفحص الذاتي أو الجس الذاتي: تتمثل أعمال الفحص الذاتي في:
- **العمل الأول:**
- تفتيش مقارن للثديين:
- يتم العمل على النحو التالي: تكون المرأة واقفة، أمام مرآة، فتشّي الثديين و تأكدي أنه لا يوجد اعتلال.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا



العمل الثاني:

- الجس: ارفعي ذراعك

مع ثلاثة أصابع من اليد اليسرى، جسي الثدي الأيمن، بشدة، بانتباه وكامل الثدي. مع البدء بالجزء الخارجي، مروراً أطراف الأصابع فوق كامل الثدي عبر دوائر صغيرة باتجاه عقارب الساعة.



العمل الثالث :

- أكملوا بالحلمة احرصوا على فحص الثدي بكامله. يجب منح عناية خاصة للمنطقة الواقعة بين الثدي والإبط، مع كون الإبط داخل فيها.

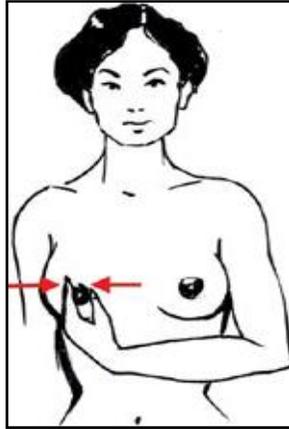
دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

ابحثوا عن كل ضخامة أو أي تصلب تحت الجلد



العمل الرابع:

- اضغطوا بشدة على الحلمة وتأكدوا أنه لا يقع أي سيلان
- وفي حالة وجود سيلان، يتم إشعار الطبيب



2.1 الفحوص التكميلية

- **تصوير الثدي:** هو فحص بالأشعة خاص بالثدي ويمكن من الكشف المبكر عن سرطان الثدي، ويجب على كل امرأة إجرائه كل سنتين ابتداء من 35 سنة من العمر.



- الأمواج فوق الصوتية
- الترسيم الحراري
- تصوير سيلان الثدي
- فحص الخلايا مع حمايتها
- الخزعة

العلاج

- كلما تم التشخيص مبكرا، كلما كان العلاج أكثر فعالية
- الجراحة
- المعالجة بالأشعة
- المعالجة الكيماوية
- المعالجة بالهرمونات

الرقابة:

- الفحص السريري كل 3 إلى 6 أشهر
- الأشعة الصدرية كل 6 أشهر
- تصوير الثديين كل سنة ما لم يكن بها تكتيس خفي

التخمين:

- جيد: إذا وقع الكشف والعلاج بشكل مبكر
- شرير: إذا كان التكفل متأخرا
- مزايا الكشف المبكر
- الرقابة خلال عدة سنوات من اجل الشفاء من سرطان الثدي

2. الكشف عن سرطان عنق الرحم

- **عموميات حول سرطان عنق الرحم**
 - **الوبائيات**
 - ثاني أسباب الوفيات عند المرأة بسبب السرطان
 - نقصت الإصابة بسرطان عنق الرحم بفضل فحص لطاخة عنق الرحم والمهبل للاكتشاف والعلاج والوقاية من اعتلال الأنسجة.
 - تظهر نسبة 65% من الحالات بين 40 و55 سنة.
 - **ظروف الاكتشاف**
 - علامات المعاودة:
 - الانزفة الرحمية
 - السيلان الأبيض
 - آلام الحوض + تدهور الوضعية العامة
 - التشخيص
 - **بالمناظر المهبلي**
 - سواء تعلق الأمر بورم خفيف، غير منتظم، متبرعم أو به كثافة كبيرة من الأوعية،
 - وسواء تعلق الأمر ببرعم صغير في منطقة مليئة بالكريات الحمراء.
 - **بالمس المهبلي**
 - في الغالب يكون طبيعياً، مع أنه يمكن اكتشاف مناطق متصلبة وتقييم الانتشار الموضعي
 - **تقنيات الاكتشاف**
 - لطاخة عنق الرحم والمهبل
 - الفحص بالرؤية بواسطة حمض الأسيتيك
 - الفحص بالرؤية بواسطة ليغول (المصدر: المركز الدولي للبحث حول السرطان)

الفصل

III

وضع وسائل تباعد الولادات

طويلة الأمد

(اللواكب الرحمية والوسائل المزروعة)

المقدمة

يمكن أن تكون وسيلة تباعد الولادات مختلفة حسب كل شخص. وأفضل خيار هو الخيار الأكثر ملائمة للمستفيد ولشريكه. ومن المهم معرفة أنه لا توجد طريقة هي الأفضل، حيث، أن النساء والأزواج يمكن أن يختاروا وسيلة بدل أخرى وأن تتغير اختياراتهم مع مرور الزمن وتبعاً لوضعيتهم الشخصية. ويعتبر اقتراح لائحة عريضة من الوسائل مسالة أساسية بالنسبة لجودة الخدمات المقدمة. ما هو تباعد الولادات؟

تباعد الولادات، المعروف كذلك بالتحكم أو تنظيم الولادات، يضم الوسائل التي تقي من الحمل. ويمكن أن تصنف هذه الوسائل حسب الطرق المختلفة المعروضة.

- طرق الحواجز، مثل الواقي الذكري أو الواقي الأنثوي ،
- وسائل الحمل الهرمونية، مثل "الحبوب"، والحقن والمزروعات،
- اللوالب الرحمية،
- التعقيم الذكوري أو الأنثوي،
- الوسائل الطبيعية، مثل السحب أثناء الجماع أو التعفف أو الرضاعة الطبيعية والتي تتطلب تحسيساً حول الخصوبة.

الاحتياطات قبل وضع الوسائل طويلة الأمد

- قبول الزوجين
- التخلص من كل حمل
- الفحص البدني (جس الثدي، وضع المنظار المهبلي للتأكد من وضعية العنق)
- فحوص تباعد الولادات وهي:
 - تعداد الكريات والصيغة الدموية
 - البولة/ لكرياتين
 - سكر الدم
 - الكولسترول
 - الكشف عن فيروس السيدا
 - الكشف عن التهاب الكبد الفيروسي

1. مختلف أنواع وسائل تباعد الولادات المستخدمة

توجد ثلاثة أنواع من وسائل تباعد الولادات هي:

1. وسائل تباعد الولادات قصيرة الأمد هي الأكثر استعمالاً. يسهل الحصول عليها لدى الوحدات الصحية. ويتعلق الأمر بالواقي والحبوب والوسائل المحقونة.

2. الوسائل طويلة الأمد وسائل تباعد الولادات طويلة الأمد هي اللوالب الرحمية والوسائل المزروعة. وتتمثل مزاياها في الحد من خطر النسيان وعليه الوقوع في خطر حمل غير مرغوب. وقد أظهر العديد من الدراسات أن وسائل تباعد الولادات طويلة الأمد أكثر فاعلية من الوسائل قصيرة الأمد.

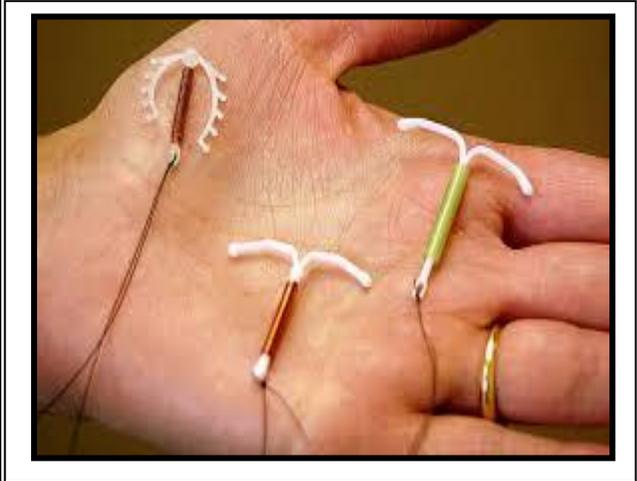
وعليه فإن اللوالب الرحمية والوسائل المزروعة تعبر وسائل مهمة، حتى بالنسبة للفتيات من النساء. خلافا لبعض الأفكار الرائجة، فاللولب لا يوصى فقط باستخدامه عند النساء اللواتي عندهن ولد.

فوسائل تباعد الولادات الأكثر استخداماً هي:

- اللولب،
- الوسائل المزروعة.

1.1 اللوالب الرحمية

اللوالب الرحمية التي توضع في الرحم



أنواع اللوالب الرحمية

يوجد نوعين من اللوالب

(1) لولب من النحاس يصل طوله إلى 3,5 سم. تكون اللوالب في الغالب على شكل حرف "T" بالفرنسية، وهي مصنوعة من لبلاستيك مع قابض أو عدة قوابض من النحاس. وكلما كانت مساحات النحاس أكبر، كلما كان اللولب أكثر فعالية، لكون النحاس أكثر منعا للحمل لكونه يجعل الحيوانات المنوية غير نشيطة. وضع اللولب سريع جدا (حوالي دقيقتين)

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

2 اللولب الهرموني يحتوي على هرمون لبروجستاتيف (ليفونورجستريل) المقدم في كمية قليلة خلال خمس سنوات.

هذا الهرمون له تأثيرات عديدة:

- تأثير لتباعد الولادات: يصلب إفرازات عنق الرحم ("مدخل" الرحم) ويجعله غير قابل للاختراق من طرف الحيوانات المنوية.
- تأثير دوائي: اللولب الهرموني يقلص فترة وحجم الدورة الشهرية وكذا التقلصات المؤلمة المصاحبة لها، حيث أن بعض المستخدمات تغيب عنها الدورة خلال 5 سنوات، وهو ما لا يشكل خطرا على الصحة أو الخصوبة
- تنبيه: يتوفر هذان النوعان من اللولب على نفس الفعالية بالنسبة لتباعد الولادات، بيد أن اللولب الرحمي الهرموني هو المفضل بالنسبة للنساء اللواتي عندهن دورات شهرية غزيرة.

فنيات وضع اللولب الرحمي

توضع كافة اللولب الرحمية خلال استشارة بسيطة، من طرف مهني صحة مكونين واختصاصيين (طبيب عام، اختصاصي أمراض نساء، قابلة).

وضع اللولب نفسه سريع جدا. يستغرق أقل من دقيقة. ويجب أن يتم في الأسبوع الموالي للدورة.

1. يقام بقياس الرحم (يدخل في الرحم ساق مدرج بغية تقييم الشكل والمقاسات وحساسية الرحم)
2. تحضير اللولب = إخرجه من تغليفه وتحريكه حسب الحجم المأخوذ بواسطة جهاز قياس الرحم
3. يوضع اللولب بلطف في الرحم عبر عنق الرحم بواسطة الساق التي تحتوى على اللولب
4. عند الوصول لفاق الرحم، يترك اللولب عبر سحب الساق، وهذا التصرف هو الذي يحرر اللولب
5. يقطع الخيط الذي يستخدم للتعرف على اللولب وفي سحبه في الوقت المراد وعند الوصول إليه. وبعد قطع الخيط يبقى جزء طويل جدا لكنه لا يخرج الشريك خلال الاتصالات الجنسية لكنه يسمح للطبيب أو القابلة بسحب اللولب بواسطة ملقط صغير.

يمكن سحب اللولب في أي وقت، عندما ترغب المرأة في ذلك، من طرف طبيب أو قابلة. فيكفي لذلك سحب الخيط المعقود في طرف اللولب، والبارز عند مدخل الرحم.

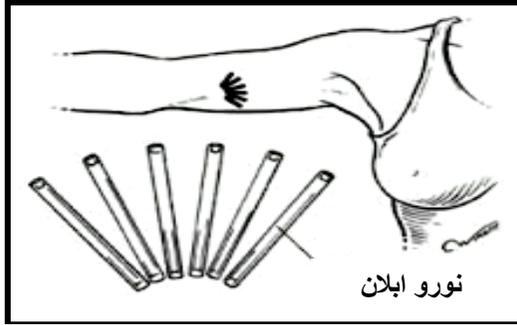
موانع استعمال اللولب الرحمي

- تشوه الرحم (وهو مسألة نادرة) أو ورم ليفي كبير،
- وساعة عنق الرحم(فتحة) بشكل كبير نتيجة ولادات متعددة أو عسيرة (خطر قذف اللولب)،
- سرطان عنق الرحم أو التهاب بطانة الرحم (قبل العلاج)،
- إبتنان منتقل عن طريق الجنس لم يعالج و أو إبتنان تناسلي عال (في الرحم أو الأبواق)، يمكن وضع اللولب عندما تتم معالجة الإبتنان والشفاء منه منذ أزيد من 3 أشهر،
- انزفة مهبلية غير مبررة،
- المرأة التي ولدت للتو (يجب انتظار فترة تتراوح من 48 ساعة إلى 4 أسابيع بعد الولادة)
- النساء المصابات بسمل الأرحام.

تنبيه: حسب النوعية، يمكن الاحتفاظ باللولب خلال فترة من 4 إلى 10 سنوات. يوصى بإجراء رقابة سنوية للتأكد من أن اللولب في وضعية جيدة.

2.1. الوسائل المزروعة

وسيلة تباعد ولادات مزروعة



الوسيلة المزروعة هي قضيب صغير اسطواني الشكل، تكون من لبلستيك، طولها 4 سم وقطرها 2 مم (حجم عود كبريت). وهي خزان يحتوى على نفس هرمونات لبروجستاتيف التي تحتوى عليها الحبوب.

وفور وضع الوسيلة المزروعة ينتشر الهرمون مباشرة في الدم ويقضي على الإباضة (كما تفعله حبوب منع الحمل).

فنيات وضع الوسائل المزروعة

- توضع الوسيلة المزروعة، تحت جلد الساعد بواسطة إبرة خاصة، من طرف طبيب أو قابلة.
1. قبل الوضع، تحضر المرأة بغية الحصول على قبولها التام،
 2. يستخدم مخدر موضعي بحيث يتم وضع الوسيلة دون ألم،
 3. تحضر الوسيلة المزروعة التي سيتم وضعها،
 4. توضع الوسيلة المزروعة تحت الجلد المنظف مسبقاً (الساعد)،
 5. من اجل نزع الوسيلة المزروعة، يقوم الممارس بتخدير الجلد من جديد، قبل إجراء فتحة صغيرة وسحب الوسيلة المزروعة بواسطة ملقط،

تنبيه: تكون الوسيلة المزروعة فعالة مدة 3 سنوات، ويمكن سحبها قبل ذلك فورما ترغب المرأة في ذلك.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

المزايا:

- فاعليتها، ومدة مفعولها (3 سنوات)، بساطة استخدامها،
- الوسيلة المزروعة غير مرئية ولا رائحة لها،
- الوسيلة المزروعة سهلة ويسهل وضعها، خفية عند إدخالها وسهلة وسريعة السحب،
- بعد سحب الوسيلة المزروعة يمكن إعادة واحدة أخرى فوراً،
- تمكن استعادة وظيفة الخصوبة مباشرة فور سحب الوسيلة المزروعة.

موانع الاستخدام

- التهاب الوريد،
- سدة الرئة،
- ورم حساس بالهرمونات التناسلية،
- انزفة مهبلية مجهولة السبب،
- مرض خطير في الكبد،
- علاج (الصرع، السل، وبعض الأمراض الانتانية)،
- الأدوية (النباتات المستخدمة في علاج بعض حالات الاكتئاب).

تنبيه: يجب وضع وسحب الوسائل المزروعة من طرف مقدم خدمة مكون لهذا الغرض.

الوقاية من الأمراض المنتقلة
داخل الوسط الاستشفائي
(النظافة داخل وسط العلاج)

الفصل
IV

1. معايير الوقاية من الانتانات داخل وسط العلاج

- **تعريف الإنتان**
الإنتان هو دخول أجسام ممرضة تهاجم الجسم، ويمكن أن تكون موضعية أو عامة.
 - **تعريف الوقاية من الإنتان:**
الوقاية من الإنتان هي مجموعة الإجراءات المتخذة لحيلولة دون أي اتصال معدي بين مضيف وجسم مهجري.
 - **مبادئ الوقاية من الانتانات**
 - الوقاية من الانتانات تستجيب لهدفين رئيسيين:
 - الوقاية من الانتانات الخطيرة خلال تقديم الخدمات الصحية
 - الحد من انتقال الأمراض الخطيرة مثل التهاب الكبد "ب" وفيروس السيدا إلى المريضة ومقدم العلاج وعمال الصيانة.
 - الممارسات الموصى بها من أجل الوقاية من الانتانات تعتمد على المبادئ التالية:
 - كل شخص (مريض، عامل صحي، زائر ...) يجب اعتباره أنه ربما يكون حاملا لإنتان،
 - الوسيلة الأكثر أمانا لتفادي العدوى المتقاطعة هي غسل اليدين،
 - ارتداء القفازات قبل مس الجروح المفتوحة والمخاطيات والدم أو السوائل العضوية (الإفرازات والافراغات)،
 - استخدام الواقيات (نظارات الوقاية، القناع، الأحذية، القلنسوة والصدريّة) إذا كانت السوائل العضوية (الإفرازات أو الافراغات) يخشى أن تسيل أو تنتشر،
 - حظر الممارسات الخطيرة:
 - عدم إعادة السدادة أو ثني الإبرة،
 - معالجة الأدوات،
 - التخلص من النفايات كما ينبغي.
 - **أهمية الوقاية:**
 - من المهم جدا:
 - أن تكون الخدمات مقدمة داخل وسط نظيف، مهما كان حجم وموقع المحل.
 - استخدام الماء والصابون والعناية بأبسط التفاصيل تعتبر ميزة لجودة ممارسة الوقاية من الانتانات.
 - الاختيار الانتقائي لوسائل أو مواد فعالة وغير مكلفة من أجل إزالة التلوث و التنظيف عالي المستوى أو تعقيم الأدوات والأجهزة.
- تنبيه: عبر هذه الوسائل، يمكن الحد من انتقال الأمراض سواء تعلق الأمر بالزبونة أو بمقدمي العلاج.

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- أهداف الوقاية من الانتانات داخل وسط العلاج
 - الحد من انتقال الأمراض، بواسطة احتياطات شاملة، سواء تعلق الأمر بالزبناء أم بمقدمي الخدمات، بما في ذلك عمال النظافة والصيانة.
 - التقليل من خطر تلوث الوسط بواسطة منظومة تسيير للنفايات لبيولوجية الطبية تكون فعالة.

• طرق الوقاية من الإنتان

من أجل الحد من انتقال العدوى، خاصة الانتانات المنتقلة عن طريق الجنس، وفيروس السيدا، والتهابات الكبد الفيروسيية بين الزبون والعمال من جهة، وبين، الوحدات الصحية والادوات من جهة أخرى، فإنه من الضروري اتخاذ بعض الإجراءات التي من ضمنها، يمكن اعتماد أربعة طرق هي:

- إزالة التلوث،
- التنظيف،
- التطهير،
- التعقيم.

فنيات الوقاية من الإنتان:

مراحل الوقاية من الإنتان هي:

- غسل اليدين،
- غسل مناطق التدخل،
- ارتداء الحواجز (القفازات، أغطية الأنف، الفوطات، الصدريات...)،
- معالجة الأجهزة،
- الفرز الانتقائي للنفايات تبعاً لطبيعتها(صلبة، سائلة، ملوثة، عادية)،
- إزالة تلوث النفايات،
- التخلص من النفايات (الحرق، الدفن، وطرق أخرى خاصة: مثلاً المواد ذات الإشعاع...).

• غسل اليدين

يهدف غسل اليدين في تفادي انتقال الأجسام المجهرية. ويتمثل في حك اليدين بقوة بعد إدخالهما في الصابون المضاد للجراثيم أو الصابون العادي. يتم الحك خلال 15 إلى 30 ثانية ثم الغسل بالماء العادي تحت الحنفية أو بصب الماء على اليدين. وهذا الإجراء هو الأكثر أهمية بالنسبة للوقاية من الإنتان. يوجد نوعين من غسل اليدين

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• غسل اليدين العادي

• الأدوات:

- وعاء يحتوي على ماء نظيف، الماء العادي،
- صابون بقطع صغيرة جافة أو صابون سائل،
- مصبنة،
- قماش نظيف وجاف (يفضل الاستعمال الوحيد)،
- فترة الغسيل: 15 إلى 20 دقيقة.



• الغسيل الجراحي

فضلا عن الأدوات الخاصة بالغسيل العادي تستخدم الفرشات الناعمة والمطهرات. يتم الحك من أطراف الأصابع باتجاه الرسغ والمرفق. يرجى عدم الحك بقوة لأن ذلك قد يتسبب في خدوش تكون مصدر الإنتان، يستمر الحك لمدة 3 إلى 5 دقائق.

تنبيه: استخدام الفرشاة يمكن أن يكون مصدرا لانتقال بعض الإصابات وعليه فيجب استخدامها بحذر.

1. متى يتم غسل اليدين؟

- يتم غسل اليدين:
 - فور الوصول إلى محل العمل،
 - قبل وبعد كل فحص (أو اتصال مباشر مع المريضة)،
 - كلما اتصلت اليدين بالمواد العضوية (البراز، البول، السائل الأمنيوسي، الدم، القيء الخ)،
 - قبل ارتداء القفازات وبعد خلعها (قفازات الفحص، القفازات الجراحية أو قفازات المنزل)،
 - بعد الذهاب إلى دورات المياه،
 - بعد تنظيف المرأة والطفل،
 - بعد التخلص من النفايات،
 - قبل مغادرة المنزل.

2. أين يتم غسل اليدين؟

- في كافة الوحدات الصحية وداخل الأسرة،

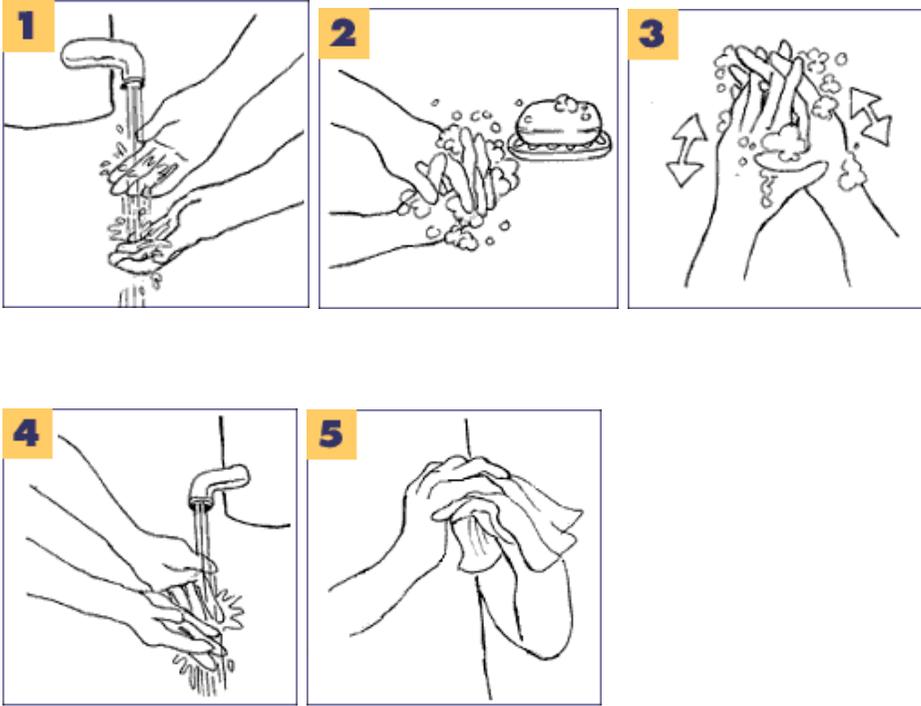
دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

3. من يجب عليه غسل اليدين؟

- كافة العاملين الصحيين وغيرهم من الأشخاص المعرضين لخطر الإنتان.

4. مراحل غسل اليدين

- استخدام مساعد،
- اخذ سطل من الماء وطاس،
- ينزع الحلي،
- يطلب من المساعد صب الماء على اليدين والساعدين،
- حك اليدين بقوة الواحدة فوق الأخرى مع ترك رغوة الصابون خلال 15 إلى 30 ثانية،
- طلب المساعد صب الماء حتى يختفي الصابون،
- تجفف اليدين في الهواء الطلق أو باستخدام قماش نظيف جاف وشخصي.



تنبيه: يظل غسل اليدين أحد الإجراءات الأكثر أهمية بالنسبة للوقاية من انتقال عدوى الانتانات

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

• غسل مناطق التدخل

1. نقطة الحقن:

تمرر أول قطعة قطن مبللة بغولي 90 درجة على مساحة كبيرة، ثم تمرر قطعة ثانية على منطقة الحقن. يتفادى المرور فوق الأماكن التي سبق تنظيفها.

2. منطقة التدخل:

يقطع الشعر، مع تفادي حلقه. تمرر قطعة قطن مبللة بمادة ابروفيدون ايودي مرتين أو ثلاثة بطريقة يتأكد معها أن الأوساخ قد تمت إزالتها.

• ارتداء الحواجز

الحواجز المادية الأكثر استخداما هي: القفازات، القوطات، الأقنعة، الأحذية وأغطية الرأس الخ

ومن الإجمالي ارتداء القفازات كلما تمت ملامسة الإفرازات والمخاطبات والأنسجة تحت الأدمة أو الأدوات الملوثة بالسوائل العضوية (الدم، القيح، وغيرها...)

- شروط استخدام القفازات

تستخدم القفازات حسب الحركات أو الأعمال التي سيقام بها و في مجال الوقاية من الانتانات المنتقلة عن طريق الجنس تبقى القفازات هي الحاجز الأكثر استخداما. كما تستخدم القفازات في الوضعيات التالية:

• **قفازات الفحص:** الفحوص النسائية، وضع اللولب الرحمية، الحقن، نقل الدم، بزل القطن والعجان،

• **القفازات المعقمة:** الخاصة بالعلاجات الجراحية، والعلاجات التوليدية النسائية، وغرز الوسائل المزروعة، وربط الأبواق.

• **قفازات الكاوتشو:** الخاصة بمعالجة النفايات الناتجة عن العلاجات و القمامات.

- لبس القفازات:

• تلبس القفازات لما يلي:

- لإجراء عملية،

- للتعامل مع الأدوات أو القفازات أو غيرها من الأشياء الوسخة،

- من أجل إلقاء النفايات الملوثة (القطن، الغاز، أو الضمادات)،

• استخدام زوج قفازات مختلف بالنسبة لكل مريضة بغية تفادي العدوى المتقاطعة،

- تفضل القفازات ذات الاستخدام الوحيد. إذا كانت المؤسسة تتوفر على وسائل

محدودة، فمن الممكن إعادة استخدام القفازات الجراحية بعد إزالة تلوثها عن طريق إلقائها في محلول جافيل بتركيز 0,5% مدة 10 دقائق.

- تنظف ثم تغسل،

- تعقم في الموصدة.

تنبيه: يرجى عدم استخدام القفازات المجذعة أو المقشرة أو المثقوبة أو المشقوقة بصفة بارزة للعيان.

• متى يجب ارتداء القفازات؟

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

يجب على كافة عمال الوحدات الصحية ارتداء القفازات:

- قبل لاتصال بدم أو السوائل لبيولوجية عند الزبون،
- قبل معالجة الأجهزة أو الأدوات الملوثة،
- لإنجاز إجراء داخل العيادة أو في غرفة العمليات،
- من أجل التعامل مع الأجهزة والقفازات وغيرها من الأشياء الملوثة،
- لتفريغ النفايات الملوثة (القطن، قطع الشاش أو الضمادات)

• أين يتم ارتداء القفازات؟

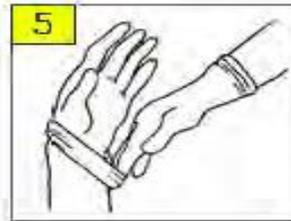
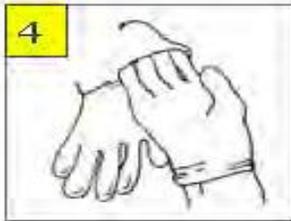
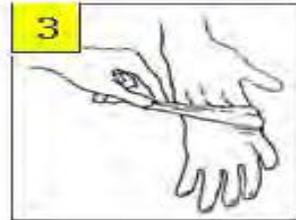
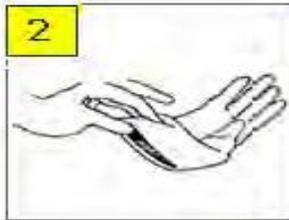
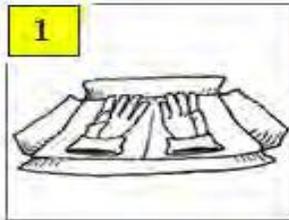
- داخل كافة الوحدات الصحية،
- داخل المجموعة (في حالة معالجة الدم أو المصالحة)

• من يجب عليه ارتداء القفازات؟

- كل عامل في الوحدات الصحية،
- كل شخص معرض لخطر العدوى.

• كيف يتم ارتداء القفازات؟

- تغسل اليدين بالماء والصابون،
 - تجفف اليدين في الهواء الطلق أو بواسطة قماش نظيف وجاف وشخصي،
 - تطوى أكمام القفازات،
 - توضع القفازات في مكان نظيفة مع الراحات باتجاه الأعلى،
 - يأخذ أول قفاز بالطرف المطوي،
 - يمسك الطرف باليد وتوضع اليد الأخرى داخل القفاز،
 - إذا لم يتم وضع القفاز بشكل جيد، ينتظر حتى يتم ارتداء القفازين قبل العمل على إعادة ترتيبه،
 - يمسك القفاز الثاني بواسطة طرفه المثني،
 - يمسك الطرف باليد التي تلبس القفاز وتوضع اليد الأخرى داخل القفاز،
- يقام بالترتيب بغية أن يكون القفازين ملبوسين بطريقة جيدة.

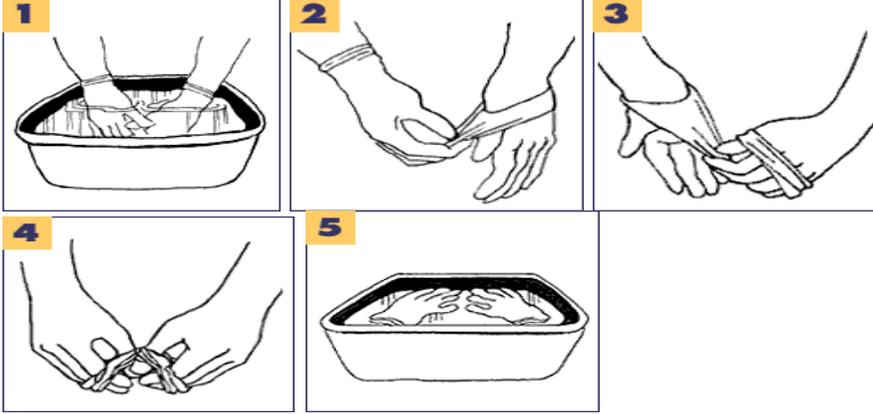


• كيف يتم خلع القفازات؟

- غسل اليدين المرتديتين للقفازات في محلول مزيل للتلوث،
- يمسك احد القفازين باتجاه الطرف ويسحب حتى أطراف الأصابع دون خلعها،

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- يمسك القفاز الثاني من قبل اليد التي يغطي القفاز نصفها باتجاه الطرف،
 - يسحب القفاز مع إقلابه،
 - يخلع القفازين في نفس الوقت، مع الحرص على عدم لمس داخل القفاز الملوث،
 - تغسل اليدين بالماء والصابون،
- تجفف اليدين في الهواء الطلق أو بواسطة قماش نظيف، جاف وفردى.



- معالجة الأدوات
 - إزالة التلوث،
 - التنظيف،
 - التطهير عالي المستوى،
 - التعقيم.
- التخلص من النفايات:

2. إجراءات الوقاية من الانتانات داخل الوسط العلاجي:

• التقنية البسيطة لغسل اليدين:

- تجمع الأدوات الضرورية للغسل البسيط لليدين،
- يخلع الخاتم والسوار،
- تقص الأظافر،
- تبلل اليدين بالماء النظيف،
- تستخدم صابونه صغيرة أو الصابون السائل وهو الأفضل والماء العادي (أو مغزاج أو إناء أو حنفية)،
- تحك اليدين بقوة تحك اليدين بقوة الواحدة فوق الأخرى(مع التركيز على المناطق الفاصلة بين الأصابع)،
- غسل اليدين بالماء العادي،
- تنشف اليدين بقماش شخصي نظيف وجاف (من الأفضل أن يكون قماش وحيد الاستخدام)،
- تجفف في الهواء أو بواسطة منديل نظيف.

تنبيه: يمنع تماما غسل اليدين في حوض مياه يستخدم من طرف أشخاص آخرين

الصيغة: (يضاف ملمترين من لغريسيلين في 100 مللتر من محلول الغول بتركيز 60 إلى 80 درجة

• ارتداء الحواجز:

الورقة الفنية رقم 24: استخدام القفازات خلال التدخلات الطبية والجراحية.

القفازات المعقمة	القفازات المطهرة	ارتداء القفازات الضرورية	التدخلات
لا	لا	لا	أخذ الضغط الشرياني
لا	لا	لا	أخذ درجة الحرارة
لا	لا	لا	وضع حقنة
لا	نعم	نعم	الفحص النسائي
لا	نعم	نعم	الاتصال بالإفرازات المهبلية والشرجية والمعدية
نعم	نعم	نعم	الدم (DA)، تجريف الرحم، مراجعة الرحم، التفريغ الآلي لمحتويات الرحم، ترميم العجان (الخ...)

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

1.2. معالجة الأدوات وغيرها من الأشياء من أجل حماية الزبناء والعمال

(أ) إزالة التلوث

- توضع الأدوات والقفازات بعد استخدامها في محلول مخلوط بماء جافيل بتركيز 0,5%،
- تترك في المحلول مدة 10 دقائق وتغسل مباشرة،
- تنظف المساحات (طاولات الفحوص وغيرها من المساحات الملوثة) بمحلول مخلوط بماء جافيل،

محلول مخلوط بماء جافيل: 3 كؤوس شاي من الماء المخلوط بماء جافيل بتركيز 12 درجة بالنسبة 10 لترات من الماء.

أو

جرعة ماء مخلوط بجافيل بتركيز 12 درجة في 6 جرعات من الماء التنظيف.

(ب) التنظيف:

- الغسيل بالماء ومزيل الأوساخ،
- تحك الأجهزة بفرشاة (وفي حالة عدم وجودها تستخدم فرشاة أسنان) حتى تبدو نظيفة للعيان،
- يتم الغسل بعناية بالماء التنظيف،
- تنشف الأدوات.

(ج) التنظيف عال المستوى

- تغل الأدوات وغيرها من المواد المغمورة خلال 20 دقيقة في وعاء له سدادة،
- يبدأ في احتساب الوقت عندما يصل الماء إلى الغليان،
- لا يضاف أي شيء إلى المرجل بعد البدء في احتساب الوقت،
- تترك الأدوات تجف في وعاء عالي التعقيم قبل استخدامها أو ترتيبها.

1. التنظيف عال المستوى بواسطة البخار

- توضع الأدوات والقفازات وغيرها من الأدوات خلال 20 دقيقة،
- يتأكد أنه يوجد من الماء في قاع المرجل ما يكفي لمدة مرحلة كاملة من التعقيم بواسطة البخار،
- يترك الماء حتى يصل للغليان،
- يبدأ في احتساب الزمن عندما يبدأ البخار الخروج من تحت السدادة،
- لا يضاف أي شيء إلى المرجل عند البدء في احتساب الوقت،
- يترك التنشيف بواسطة الهواء ويتم التخزين في المرجل البخاري المغطاة.

2. التنظيف الكيماوي عال المستوى

- تغطي كافة المواد تماما بواسطة معقم،
- تترك مغمورة لمدة 20 دقيقة،
- تغسل المواد بواسطة ماء ساخن،
- يترك التنشيف حتى يتم بواسطة الهواء قبل الاستخدام والتخزين.

3. تحضير وعاء عال التعقيم

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا

- يغلى الوعاء إذا كان صغيراً أو يملأ بماء مخلوط بجافيل بتركيز 0,5% خلال 20 دقيقة،
- يصب المحلول (الماء المخلوط بجافيل يمكنك تحويله في وعاء من لبلاستيك وإعادة استعماله)،
- يغسل الوعاء بعناية بالماء الساخن،
- يترك للتشيف حتى يتم بواسطة الهواء قبل الاستخدام والتخزين.

(د) التعقيم

1. التعقيم بواسطة البخار (الموصدة)

- بالنسبة للمواد غير المغلفة، يتم التعقيم خلال 20 دقيقة بواسطة ضغط يصل إلى $121^{\circ} C$ أي $106 Kpa$ ($250^{\circ} F$)، وبالنسبة للمواد المغلفة تكون المدة من 30 دقيقة،
- تترك كافة المواد حتى تجف قبل سحبها.

2. التعقيم بواسطة الحرارة الجافة (بوبيتل و الفرن)

- يتم هذا التعقيم خلال ساعة واحدة بالنسبة ل $170^{\circ} C$ ($340^{\circ} F$) أو خلال ساعتين بالنسبة ل $160^{\circ} C$ ($320^{\circ} F$).

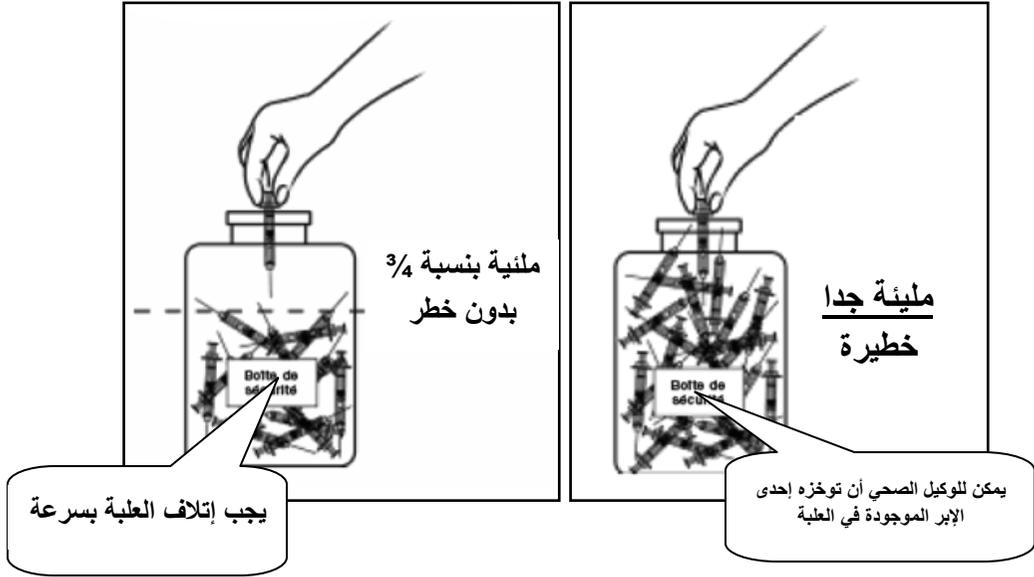
3. التعقيم الكيماوي

- تغمس المواد في مادة ديليتارالديهد خلال 8 إلى 10 ساعات أو افورمالدهيد خلال 24 ساعة
- تغسل المواد بالماء المعقم.

2.2. التخلص من النفايات

- التعليمات
- يجب على كل مقدم خدمة فرز الأشياء الملوثة خلال كل عمل. وإذا لم يتم الفرز، يتم ارتداء القفازات المنزلية وتفرز النفايات،
- بالنسبة للأشياء الحادة أو الواخزة، يستخدم الملقط،
- توضع الأشياء الحادة أو الواخزة، بعد إزالة التلوث في علبة خاصة بالأشياء الحادة (مع غطاء)

دليل ممارسة مهنة القبالة في موريتانيا



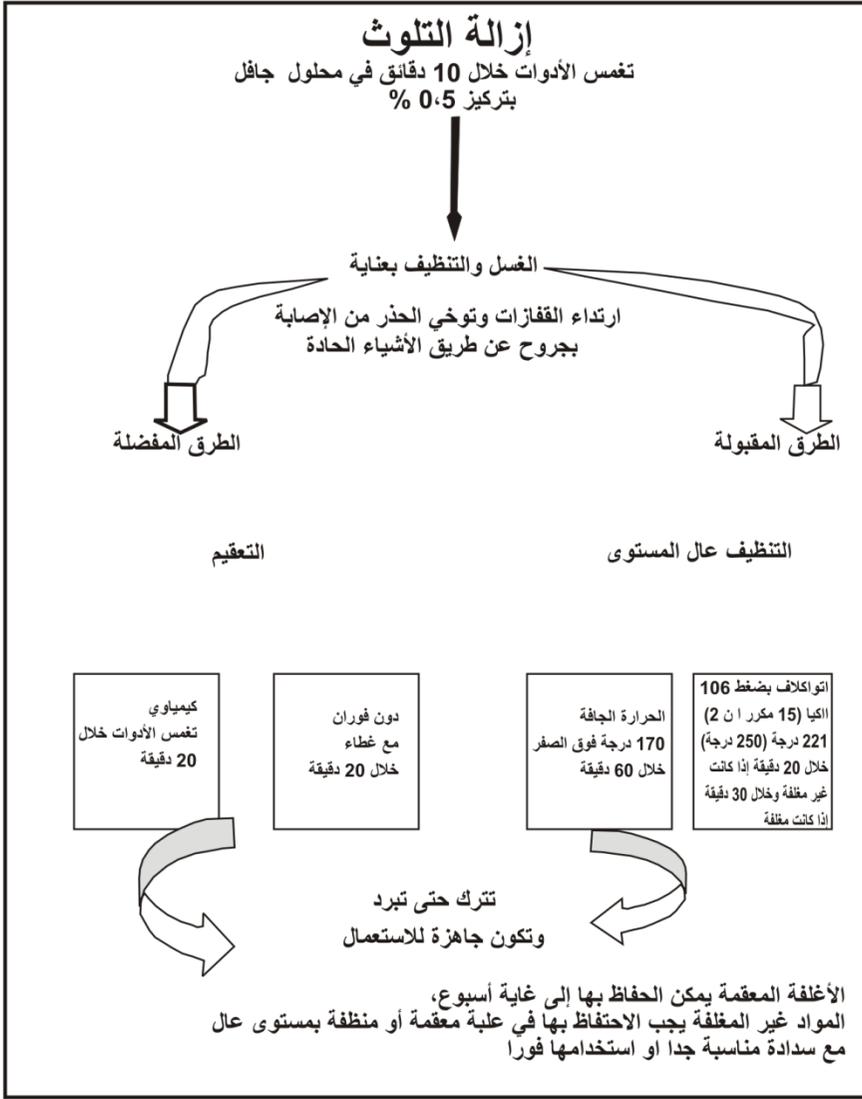
عندما يتم ملء عبوة الأمان، تقفل السدادة ويختم على العبوة لتفادي تناثر الحقن فوق الأرض. وهو ما يمكن من تفادي جرح الوكلاء عند محاولتهم إدخال إبر وحقن في العبوة ووخزهم بالإبر.

- يتم التخلص من النفايات عن طريق حرقها أو دفنها في تخوم الأرض،
- توضع النفايات العضوية الصلبة أو السائلة في وعاء سميك.

- التخلص من النفايات الصلبة:

- تلبس القفازات المنزلية السمكية،
- توضع النفايات الصلبة في حوض من لبلاستيك أو الحديد غير قابل للتأكسد مع سدادات مناسبة جدا (أو كيس مع إمكانية إقفاله بصفة جيدة)،
- تفرغ الأحواض أو الأكياس التي تحتوى على نفايات مشتعلة،
- تغسل اليدين المغطاة بالقفازات بواسطة محلول مزيل للتلوث،
- تغسل اليدين وتجفف بقماش شخصي نظيف وجاف أو وحيد الاستعمال.

معالجة الأدوات والقفازات وغيرها من المواد



قائمة المراجع:

- يوفي الوكالة الأمريكية لتنمية التعاون الدولي سلسلة: الدليل المرجعي لمولدين مؤهلين (الوقاية من أنزفة ما بعد النفاس. التسيير النشط للمرحلة الثالثة من الولادة)،
- الطفولة- الوكالة الأمريكية لتنمية التعاون الدولي - بازييس: الدليل المرجعي (العلاجات الأساسية لحديث الولادة) جمهورية مالي بامكو (مارس 2009)،
- يوفي الوكالة الأمريكية لتنمية التعاون الدولي سلسلة: مذكرات: غاتبا مبادرة الوقاية من انحباس قطع المشيمة- 2008،
- البرنامج الوطني للصحة الإنجابية: دليل رقابة الولادة خلال الحالات المستعجلة وعلاجات حديث الولادة المراجع في ج.أ.م ابريل 2008،
- البرنامج الوطني للصحة الإنجابية – أ س ي- صندوق الأمم المتحدة للسكان: دليل استشارة ما قبل الولادة المركزة واستشارة ما بعد الولادة ج.أ.م ابريل 2008،
- منظمة الصحة العالمية إقليم إفريقيا – صندوق الأمم المتحدة للسكان وسلسلة: التوصيات المتعلقة بممارسة سريريّات العلاجات التوليدية والولادية الاستعجالية في إفريقيا، دليل مقدم الخدمة 2009،
- جمعية لالة سلمى – لمكافحة السرطان: دليل الكشف المبكر عن سرطانات الثدي وسرطان عنق الرحم. المملكة المغربية – وزارة الصحة طبعة 2011،
- وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية الموريتانية، 1990: دليل منع الحمل الموجه لمقدمي الخدمات الصحية نواكشوط 1990،
- الدكتور جانبول بنزّش: التكوين حول غرز الوسائل المزروعة – نواكشوط، دجمبر 2011،
الوكالة الأمريكية لتنمية التعاون الدولي، الرابطة الدولية لتنظيم الأسرة السلسلة الشعبية: إفريقيا: سد الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة، ص.ب 13 950 الولايات المتحدة الأمريكية 2008.