الفصل الثاني عشر

التحديات الطبية لدى الطفل الخديج

قد يعاني طفلك الخديج من بعض المضاعفات الطبية التي قد تؤدي إلى تحديات طبية على المدى الطويل، حيث يكون احتمال حدوث الاختلاطات الطبية لدى الخدج الأصغر عمراً أكبر منه في الخدج الذين يولدون في وقت أقرب للتاريخ المتوقع. تجدين في هذا الفصل معلومات عن التحديات الطبية الشائعة التي تترافق مع الخداج.

إن الأخبار الجيدة هي أن طفلك على الأغلب لن يعاني أبداً من أي من هذه المشاكل، ولا حاجة لك لمعرفة كل ما ورد في هذا الفصل. وفي الواقع، فإن قراءة هذا الفصل من بدايته إلى نهايته قد تؤدي إلى تحميلك كمية زائدة من المعلومات، بالإضافة إلى قدر كبير من القلق غير الضروري. ونقترح أن تقرئي فقط الفقرات التي تحتاجين إلى قراءتها، أي تلك التي تتحدث عن حالات طبية يعاني منها طفلك أو عن الاختلاطات التي يتوقع أن تحدث حسب تكهن الطبيب؛ فهناك ما يكفي لتقلقي حوله، فلا تضيفي مجموعة جديدة من الاحتمالات السيئة إلى المخاوف التي تمنعك من النوم ليلاً.

متلازمة الكرب التنفسي (RDS)

حين يولد الطفل بحالة خداج؛ فإن معظم أعضائه تكون قد وصلت إلى درجة من التطور تتيح لها التعامل مع الحياة خارج الرحم، بالرغم من وجود بعض

المصاعب، ولكن الرئتين لا تنضجان إلا في وقت متأخر جداً من الحمل، ومن المحتمل كثيراً أن يواجه الخديج مشاكل في التنفس. إن أشيع المشاكل التنفسية التي قد يواجهها الطفل الخديج هي متلازمة الكرب التنفسي (respiratory distress syndrome وتدعى اختصاراً RDS). وقد كانت هذه الحالة في السابق تمثل مشكلة أكبر بكثير مما هو عليه الوضع في الوقت الراهن. ولحسن الحظ، فإن التطورات الطبية قد منحت الخدج الذين لديهم مشاكل تنفسية فرصة أفضل بكثير للنجاة.

لماذا تحدث RDS لدى الخدج؟

حين يكون الطفل داخل الرحم فهو لا يستخدم رئتيه في التنفس نظراً لأنه يعوم في السائل الأمنيوسي، وعند الولادة يتوقع من الرئتين أن تقوما بشيء لم تفعلاه سابقاً على الإطلاق، وهو التخلص من السوائل، وشفط دفعة كبيرة من الهواء، وامتصاص الأوكسجين من الهواء، وتمريره إلى الدوران.

وللقيام بهذا العمل بشكل جيد؛ فإن الرئتين تحتاجان إلى مادة تدعى بعامل التوتر السطحي. وهذه المادة عبارة عن سائل رغوي سحري يتم إنتاجه في الرئتين، وهي تشكل غلافاً رقيقاً بداخل الأكياس الرئوية الصغيرة (والتي تدعى بالأسناخ) في الرئتين. إن الرئتين إسفنجيتان ورطبتان، ويمنع عامل التوتر السطحي سطوح الأكياس الرئوية من أن تتبلل بشكل زائد. وفي غياب عامل التوتر السطحي فإن الأكياس الهوائية تصبح رطبة جداً بحيث لا تنفتح بشكل جيد حين يأخذ الطفل شهيقاً، وهي تنغلق عند الزفير. حين تلتصق جدران الأكياس الهوائية ببعضها البعض مثل البالون الفارغ المبلل فإن إعادة نفخها تحتاج إلى مجهود كبير، وعلى الطفل أن يقوم بمجهود إضافي لينفخها من جديد، ولكنها ستنغلق من جديد عند الزفير، وخلال وقت قصير سيصبح التنفس

مجهداً للغاية، ومعظم الخدج لا يمتلكون الطاقة الكافية للاستمرار بهذا المجهود لفترة طويلة، وسيدخل الطفل سريعاً في حالة الكرب التنفسي.

يتفاوت تطور RDS حسب درجة الخداج. قد لا تؤدي الحالات الخفيفة إلى أكثر من صعوبة خفيفة في التنفس لبضعة أيام، والتي تبدأ بالتحسن حين تبدأ الرئتان بإنتاج عامل التوتر السطحي. أما الحالات الأشد فهي تحتاج إلى المعالجة الهجومية المنقذة للحياة.

كيف تعالج RDS؟

إذا كان الطفل قد ولد فقط قبل بضعة أسابيع، وكان يعاني من كرب تنفسي خفيف فقد لا يحتاج لأكثر من المعالجة بالأوكسجين لبضعة أيام. أما إذا كانت الإصابة متوسطة فقد يحتاج الطفل إلى الضغط الإيجابي المستمر للطرق التنفسية، وهو ضخ الهواء عبر القناع لمساعدة التنفس. أما إذا ولد الطفل بحالة خداج شديد مع RDS شديدة؛ فقد يحتاج إلى جهاز التنفس لعدة أيام أو حتى أسابيع، ويمكن كذلك أن يعطى جرعات متعددة من عامل التوتر السطحي الصنعي، فالمعالجة بعامل التوتر السطحي تشكل السبب الرئيس لبقاء الخدج المولودين في أعمار مبكرة جداً على قيد الحياة.

تؤدي الشدة المرافقة للمخاض والحياة بعد الولادة إلى تحريض رئتي الطفل على البدء بإنتاج عامل التوتر السطحي خلال ٣-٤ أيام بعد الولادة، وفي هذه المرحلة يبدأ تنفس الطفل بالتحسن بشكل تدريجي. فإذا كان الطفل تحت ظروف صعبة خلال وجوده في الرحم قبل الولادة فإن الرئة ستكون أكثر نضجاً، ويكون احتمال حدوث RDS أقل، وتشمل مثل هذه الظروف التمزق الباكر للأغشية، وتأخر النمو داخل الرحم. تستخدم موقفات المخاض (وهي أدوية تستخدم في تأخير المخاض المبكر)

obeikandi.com

والستيروئيدات التي تعطى للأمهات خلال المخاض المبكر في تسريع تطور الرئة لدى الطفل، إذا أمكن تأخير الولادة لبضعة أيام فقط بواسطة موقفات المخاض ريثما تتلقى الأم الستيروئيدات ؛ فإن احتمال تطور RDS لدى الطفل سيكون أقل بكثير.

عسر التصنع القصبية الرئوية (BPD) والمرض الرئوي المزمن (CLD)

إن الأطفال المعالجين بعد RDS قد يعانون أحياناً من مشكلة في الرئة تدعى بعسرة التصنع القصبية الرئوية (bronchopulmonary dysplasia وتدعى اختصاراً BPD). ففي حين أن جهاز التنفس قد يكون منقذاً للحياة، إلا أنه يبقى عنيفاً على رئة الطفل الحساسة، وتتشكل ندبات صغيرة بداخل الرئة (عسرة التصنع) تؤدي إلى نقص في وظيفة الرئة على المدى الطويل، ويدعو الأطباء حالة عسرة التصنع القصبية الرئوية على المدى الطويل بالمرض الرئوي المزمن (chronic lung disease ويدعى اختصاراً CLD).

لا يتطور BPD في جميع الخدج، وهو أكثر حدوثاً لدى الأطفال الذين يولدون باكراً ويعانون من RDS شديدة، وهو لا يؤدي إلى تبدلات ظاهرية كبيرة في حالة الطفل بحيث يوضع التشخيص مباشرة، وإنما ما يحدث عادة هو أن الأعراض تستمر لأطول من المتوقع. قد يكون الطفل على جهاز التنفس لفترة طويلة ثم يحتاج للمعالجة بالأوكسجين لمدة أطول، وتكون الأعراض لدى الأطفال الأكبر مشابهة لأعراض الربو: وزيز متكرر وصعوبة في التنفس، ويصبح التنفس أسوأ عند التعرض للبرد، ومعظم الأطفال يتجاوزون BPD بعمر ٢–٣ سنوات، وتستمر الرئتان بالنمو بحيث تصلح الأذية نفسها في النهاية.

ومع التطورات الطبية، فإن المشاكل الناجمة عن BPD تتراجع، مثل تطبيق عامل التوتر السطحي الصناعي والمنفسات الأكثر تعقيداً، والتي تتيح معالجة RDS بفعالية أكبر. وفيما يلي آخر الإحصائيات حولBPD:

- وزن الولادة٥٠١–٧٥٠ جم: معظمهم يعاني من BPD ونسبة البقاء على قيد الحياة ٧٥٪.
- وزن الولادة ٧٥١–١٠٠٠ جم: تتطور BPD في نصف الحالات ونسبة البقاء على قيد الحياة ٨٥٪.
- وزن الولادة ١٠٠١–١٥٠٠ جم: فقط ٧٪ يعانون من BPD ونسبة النجاة ٩٦٪.

إن المعالجة الأفضل لـ BPD هي الوقاية. يمتلك تأخير الولادة الباكرة لأطول فترة ممكنة ومعالجة الأمهات اللواتي يعانين من المخاض المبكر بواسطة الستيروئيدات دوراً كبيراً في تخفيف نسبة وشدة الإصابة بمتلازمة الكرب التنفسي وبالتالي BPD. فإذا كان طفلك يعاني من RDS فإن الطبيب والممرضات سيراقبون تطوره بشكل ثابت مع فحص مستويات الأوكسجين، وثاني أوكسيد الكربون، وتعديل عيارات جهاز التنفس بشكل متكرر. وهم يسعون إلى المحافظة على عيارات جهاز التنفس عند المستوى المطلوب: قوية بحيث يحمل الدم كمية كافية من الأوكسجين، ولطيفة بحيث تتجنب أذية النسيج الرئوي الحساس.

وفي النهاية، فإن معظم الأطفال يتجاوزون تأثيرات BPD حين تكبر الرئة، ويتم إصلاح الأنسجة المصابة بالأذية، ولكن إلى أن يكبر الطفل، فإن عليك العمل مع طبيب الأطفال لتدبير المشاكل التنفسية لدى الطفل. وهنا بعض المعلومات حول المشاكل المترافقة مع CLD وكيفية معالجتها.

التعب

قد يصاب الطفل بالتعب بسهولة مع ضيق النفس خلال أي فعالية مجهدة. إن التغذية هي الشكل الرئيس لحركة الطفل خلال الأشهر القليلة الأولى، وقد يكون الطفل قادراً على الرضاعة لبضع دقائق قبل أن يحتاج إلى أخذ استراحة، وتشمل العلامات التي تشير إلى أن الطفل يحتاج إلى بعض الراحة كلاً من التنفس السريع المجهد، واهتزاز المنخرين مع كل نفس، والشحوب أو الزرقة حول الفم، والسحب الضلعي (تنسحب الأضلاع والبطن باتجاه الداخل مع كل تنفس). وإذا أصيب الطفل بتعب شديد خلال وقت قصير من الرضاعة فقد يحتاج لإعطاء بعض الأوكسجين خلال الإرضاع. وبالإضافة إلى ذلك، فإن نوب البكاء الشديد مجهدة جداً للرضع؛ فحاولي فعل ما بوسعك لتخفيف البكاء لدى الطفل، فالأطفال الذين يعانون من CLD يجب ألا يتركوا عند البكاء.

حين يبدأ الطفل بالتدحرج، والزحف، ثم المشي فقد يعاني من بعض الزلة التنفسية، وقد يجعله ذلك بطيئاً بعض الشيء، ولكن لا حاجة لتحديد فعاليته، فدعيه يفعل ما يستطيع تحمله، وسيتحسن تحمله للجهد مع الوقت ومع نمو الرئتين وتحسن وظيفتهما، ولكن بعض الأطفال يحتاجون إلى استمرار المعالجة الرئوية ويبدون نقصاً في القدرة على تحمل الجهد.

المعالجة بالأوكسجين

يحتاج الطفل الذي يعاني من مرض رئوي مزمن إلى إعطاء الأوكسجين عبر القنية الأنفية (والتي ربما قد تكونين أصبحت تعرفينها بشكل جيد الآن)، وقد يحتاج الرضع الذين يعانون من CLD إلى الأوكسجين طوال الوقت، أما في الحالات الأخف فقد لا يحتاج الطفل إليه إلا من وقت لآخر، خلال الإرضاع أو النوم. حين كان الطفل

في المستشفى فإن جهاز مراقبة الأوكسجين كان يصدر صوتاً حين تنخفض مستويات الأوكسجين في الدم بشكل كبير. وربما يوصي الطبيب باستخدام جهاز مراقبة الأوكسجين في المنزل، وستتعلمين مراقبة وجه الطفل كوسيلة لتحديد حاجته إلى الأوكسجين، فإذا أصبح جلده شاحباً أو مزرقاً للغاية فربما يحتاج إلى الأوكسجين.

الأدوية الإنشاقية

إذا كان الطفل يعاني من حالة خفيفة إلى شديدة من CLD فقد يحتاج إلى الأدوية اليومية لإبقاء التنفس مريحاً، وتشمل مثل هذه الأدوية الموسعات القصبية (مثل ألبوتيرول) والستيروئيدات. وبشكل عام، تعطى هذه الأدوية مباشرة في الجهاز التنفسي بواسطة جهاز الإنشاق أو الإرذاذ (ستقوم الممرضة بتقديم الشرح اللازم حول طريقة استخدام هذه الأجهزة قبل التخريج).

الأدوية المدرة

يحتاج بعض الأطفال الذين يعانون من إصابات رئوية مزمنة شديدة إلى تناول أدوية يومية تزيد من إدرار البول للوقاية من تراكم السوائل في الرئتين.

ولحسن الحظ، فإن معظم الأطفال في النهاية يتجاوزن هذا المرض. وتستمر الرئة بالتطور حتى عمر سبع سنوات، وتتحسن الوظيفة التنفسية مع نمو النسيج الرئوي الجديد السليم حول المناطق المتأذية. وبعمر ٢-٣ سنوات عادة تكون الرئة قد شفيت بشكل كامل، وقد لا يبدي الطفل أي مشاكل تنفسية على المدى الطويل (انظري حماية رئتي الطفل الثمينتين في الصفحة رقم ٢٨٥ لمعرفة كيفية تخفيف المشاكل المترافقة مع CLD).

الفيروس المخلوي التنفسي (RSV)

يشكل الفيروس المخلوي التنفسي (respiratory syncytial virus ويدعى اختصاراً RSV) أشيع أسباب الالتهابات التنفسية السفلية والسبب الرئيس لقبول الأطفال تحت عمر السنة في المستشفى، وفي كل عام يقبل حوالي ١٢٥,٠٠٠ طفلاً في المستشفى في الولايات المتحدة بسبب اختلاطات الالتهابات الناجمة عن RSV. بالإضافة إلى أن دخول المستشفى راض للطفل، فإنه قد يكون من الصعب على الوالدين العودة إلى المستشفى بعد تحمل أسابيع من الرعاية بالطفل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، ويعتبر RSV أحد الأمراض ذات قابلية العدوى العالية والتي قد تكون خطيرة. ويتعرض جميع الأطفال لـ RSV خلال أول سنتين من الحياة، ويعتبر تكرر الإصابة خلال الحياة شائعاً جداً، حيث ينتقل RSV بشكل مشابه للزكام الشائع، وذلك من خلال التماس القريب. في البداية تكون أعراض RSV مشابهة للإنفلونزا، حيث تشمل الحمى، والسيلان من الأنف، والسعال مع صعوبة التنفس، وصعوبة تناول الطعام، والوزيز، والتنفس السريع، واللون الأزرق حول الشفتين، وحالة الطفل المصاب بالخمج قد تتدهور بشكل سريع. ولكن RSV يختلف عن الزكام الشائع في أنه قد ينزل إلى الرئتين مؤدياً إلى الوزيز والكرب التنفسي، وتُعد هذه مشكلة حتى في الأطفال المولودين في تمام الحمل الذين تكون رئتهم طبيعية، ولكن رئة الخديج لا تكون بنفس القدر من التطور؛ وبالتالي فإن احتمال إصابتها بالخمج كارتكاس للإصابة بـ RSV هو أكبر بكثير.

ومن بين جميع الحالات الالتهابية التي يمكن للطفل أن يصاب بها بمجرد خروجه من المنزل إلى المستشفى، فإن RSV هو الأشيع، حيث يشكل أحد أخطر هذه الحالات في الوقت نفسه، وتزداد نسبة حدوث الحالات الخطيرة وقبول الطفل في

المستشفى بوجود عوامل الخطورة مثل الخداج، والمرض الرئوي المزمن (CLD)، وأمراض القلب الخلقية، والتعرض للتدخين السلبي، والذهاب إلى الروضة، والولادات المتعددة، والقصة العائلية للربو، والولادة خلال ستة أشهر من بدء موسم الإصابة بـ RSV. وبما أن اختلاطات RSV تبدأ بشكل سريع فإن آباء الأطفال المعرضين لخطورة الإصابة يجب أن يتصلوا بطبيب الأطفال فور ظهور أي من علامات الإصابة بـ RSV.

يمكن حماية الرضع من RSV كما ذكر أعلاه، ويجب أن يؤخذ ذلك بعين الاعتبار في جميع الخدج الذين يعانون من CLD أو من أمراض القلب الخلقية (انظري أيضاً حماية رئتي الطفل الثمينتين في الصفحة رقم ٢٨٥ لتعرفي كيف تحمين طفلك من RSV).

«أذية غير عكوسة»– ليس بالضرورة!

قد تسمعين أحياناً البعض يتحدثون في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة عن «أذية غير عكوسة» لوصف إصابة طرأت على رئتي الطفل، أو أمعائه، أو دماغه. نتمنى أن يتوقف الطاقم الطبي عن استخدام هذه العبارات. إن جميع أعضاء الجسم تمتلك وسائل رائعة لإصلاح نفسها. والكثير من البالغين الذين يعانون من نوب قلبية شديدة يعودون إلى حياتهم الطبيعية، رغم أنه قد يكون عليهم إجراء تعديلات واسعة في غذائهم ونمط حياتهم. وكلما كان الطفل أصغر عمراً، كانت فرصة الجسم في إصلاح نفسه أفضل، ذلك أن الأنسجة الشابة تنمو وتتجدد بإيقاع أسرع. وكما شاهدت في هذا الكتاب، فإن هناك الكثير من المعالجات الغذائية والتربوية بالإضافة إلى المعالجات الطبية التي تساعد الخديج على إصلاح أكثر الأنسجة تخرباً، على الأقل بشكل جزئي.

الوقاية من RSV

إن الدواء المستخدم لحماية الأطفال الخدج وأولئك الذين لديهم أمراض قلبية ورئوية من RSV هو الدواء الوحيد المصمم لهذه الغاية، ويختلف هذا الدواء عن اللقاحات في طريقة إحداثه للمناعة، حيث تقوم معظم اللقاحات بتحريض الجسم على إنتاج الأضداد الخاصة به ضد مرض معين. ويدعى الدواء المستخدم في RSV باسم Synagis (وتركيبه العلمي هو palivizumab)، والذي يحتوي على الأضداد نفسها. وفي حين أن هذا الدواء يستطيع أن يحمي الأطفال ذوي الخطورة العالية من الإصابة بـ RSV بشكل جيد، إلا أن الأضداد لا تبقى في الدوران إلا لبضعة أسابيع؛ وبذلك يجب إعطاء الدواء مرة شهرياً لمدة خمسة أشهر خلال موسم الإصابة بـ RSV (من الخريف إلى الربيع في معظم أرجاء البلاد). ويعتبر سيناجيس أضداداً مركبة، فهو ليس من منتجات الدم ولا يمتلك الكثير من التأثيرات الجانبية.

من الخدج الذين يجب أن يتلقوا المعالجة الوقائية ضد RSV؟

حتى تاريخ تأليف هذا الكتاب، فإن الرضع الذين سيستفيدون من الدواء المضاد لـ RSV حسب قواعد الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال هم:

١- أي رضيع يقل عمره عن سنتين بغض النظر عن وجود الخداج ويعاني من مرض رئوي مزمن.

٢- أي خديج يولد بعمر أقل من ٢٨ أسبوعاً حملياً، ويكون عمره أقل من سنة عند بدء موسم الإصابة بـ RSV.

٣- أي خديج يولد بين ٢٨ و٣٢ أسبوعاً حملياً، ويكون عمره أقل من ستة أشهر عند بدء موسم الإصابة.

٤- أي خديج يولد بين ٣٢ و٣٥ أسبوعاً حملياً، ولديه عاملا خطورة أو أكثر

مثل وجود الأخوة في المدارس، أو الوجود في دور رعاية الأطفال، أو التعرض لملوثات الهواء البيئية.

٥- قد يستفيد الرضع الذين لديهم مرض رئوي شديد مزمن من إعطاء شوط آخر من هذا الدواء خلال موسم الإصابة الثاني.

٦- بالإضافة إلى ذلك، فإن الدواء يمكن أن يؤخذ بعين الاعتبار في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين ويعانون من مرض قلبي شديد.

تعطى الجرعة الأولى في الأطفال ذوي الخطورة المرتفعة قبل تخريجهم من المستشفى أو بعد فترة قصيرة من التخريج إذا كان ذلك خلال موسم الإصابة بـ RSV، ويجب أن يستمر الطفل بتلقي الجرعة شهرياً بعد ذلك وبإجمالي خمس جرعات أو أكثر إذا كان الموسم يستمر لمدة أطول في مكان تواجدك. وللحصول على أحدث المعلومات حول RSV قومي بزيارة الموقع التالي : www.rsvprotection.com.

أمراض الطرق التنفسية الارتكاسية (RAD)

تكون الطرق التنفسية المصابة بالتخريش أكثر عرضة للتشنج، والنتيجة هي الوزيز. يعاني الخدج الذين لديهم إصابة ارتكاسية في الطرق التنفسية من الوزيز لعدة أيام استجابة لفيروسات الزكام الشائعة. وكما في RSV، فإن الأدوية والستيروئيدات الإنشاقية قد تساعد على تخفيف الالتهاب في الرئة إلى أن يستطيع الطفل أن يتغلب على الفيروس.

وتشكل هذه الأمراض أحد أشكال الربو، ولكن الربو الكلاسيكي يشكل تهديداً مستمراً، حيث يتحرض الوزيز بالعوامل المحسسة، وهو يحتاج إلى الاستخدام المتواصل للأدوية الإنشاقية. أما هؤلاء الأطفال فيكونون بحالة جيدة معظم الوقت، ولا

تكون لديهم صعوبات تنفسية إلا مرة أو اثنتين في السنة وعند حدوث الزكام؛ إن فالطريقة الأفضل لتخفيف المشاكل المترافقة مع هذه الحالة هي الوقاية من التعرض للبرد. ويتجاوز معظم الأطفال نزعتهم للإصابة بعمر خمس سنوات (انظري حماية رئتي الطفل الثمينتين في الصفحة رقم ٢٨٥ لتعرفي كيف يمكن الوقاية من أمراض الطرق التنفسية الارتكاسية).

التسرّب الهوائي

يشكل التسرّب الهوائي أحد الاختلاطات التي تترافق عادة مع متلازمة الكرب التنفسي، فحين يوضع الطفل على جهاز التنفس فإن الهواء يضخ بقوة إلى داخل الرئتين. إن رئة الخديج هشة للغاية وقد يؤدي الضغط الهوائي إلى انفجار بعض الأكياس الهوائية الصغيرة (الأسناخ)، وإذا انفجر قدر كاف من هذه الأكياس؛ فإن الهواء قد يتسرب من الرئتين ويحتجز في الأنسجة الأخرى في جوف الصدر. وهذا الهواء المحتبس قد يتعارض مع قدرة القلب والرئتين على القيام بعملهما، وقد يحدث التسرّب الهوائي أيضاً حين لا تكون جهود الرضيع في التنفس متزامنة مع جهاز التنفس (يفسر ذلك لماذا يتم تركين الأطفال عند وضعهم على جهاز التنفس)، وهناك أسماء مختلفة لهذه المشكلة حسب المكان الذي يكون الهواء محتبساً فيه.

- *استرواح المنصف*: يحتبس الهواء ضمن الصدر، ولكن لا تتأثر وظيفة القلب والرئتين، وعادة ما تكون الحالة خفيفة وتتحسن دون معالجة.
- *النفاخ الرئوي الخلالي*: يحتبس الهواء ضمن الأنسجة الداعمة للرئتين، وقد يؤدي ذلك إلى اضطراب التنفس من خلال الضغط على الرئتين.

• *استرواح التامور*: يحتبس الهواء في الغشاء المحيط بالقلب، وإذا كانت كمية الهواء كبيرة فقد تؤثر على وظيفة القلب في ضخ الدم.

• *الريح الصدرية*: يحتبس الهواء بين الرئتين وجدار الصدر، وإذا حدث لدى الطفل ريح صدرية صغيرة جداً؛ فلن يؤدي ذلك إلا إلى صعوبة خفيفة في التنفس. أما الريح الصدرية الكبيرة فهي تؤدي إلى صعوبة تنفسية كبير، وقد تؤثر على الرئة في الجهة المصابة، ويحتاج ذلك إلى معالجة فورية وهجومية.

لماذا يحدث التسرّب الهوائي؟

يمكن أن يتكون التسرّب الهوائي بشكل عفوي في الأطفال الخدج و الأطفال المولودين في تمام الحمل حين يتنفسون الهواء لأول مرة، ويؤدي ذلك إلى تطبيق ضغط إضافي على الرئتين الحساستين، ويؤدي استنشاق العقي خلال الولادة أيضاً إلى تطبيق ضغط إضافي على الرئتين، وقد يؤدي إلى تسريب الهواء (العقي هو البراز الذي يخزنه الطفل في الأمعاء حين يكون داخل الرحم، فإذا كانت الولادة صعبة فإن جسم الطفل يطرح هذا البراز ضمن السائل الأمنيوسي، ومن هنا يمكن أن يستنشقه الطفل إلى داخل الرئتين).

يستخدم مصطلح «التسرّب الهوائي» أيضاً حين يكون الأنبوب الذي يصل الطفل بجهاز التنفس غير منطبق بشكل كامل على القصبة التنفسية للطفل مع تسرب الهواء من حوله، ومن السهل معالجة هذا النوع من التسرّب الهوائي، وليس على الطبيب إلا أن يقوم باستبدال الأنبوب بواحد أكبر.

obeikandl.com

كيف يعالج التسرّب الهوائي؟

حسب مكان التسرّب فإن التسرّب، الهوائي الصغير لا يحتاج إلى المعالجة فيما عدا تخفيف عيارات الضغط على جهاز التنفس، أو إعطاء الطفل كمية إضافية من الأوكسجين.

ولكن التسرّب الهوائي الأكثر أهمية، مثل الريح الصدرية الكبيرة، سيحتاج إلى التدخل الفوري المنقذ للحياة. فإذا بدأ الهواء المتجمع في صدر الطفل بالتعارض مع وظيفة القلب أو الرئة، فقد يحدث تدهور مفاجئ وسريع في الحالة التنفسية والقلبية الوعائية لدى الطفل. وقد تنخمص الرئة في الجهة المصابة، وبإمكان الطبيب سريعاً أن يشخص الريح الصدرية من خلال فحص الصدر بواسطة السماعة، أو من خلال إجراء صورة سريعة للصدر. وبإمكانه إدخال إبرة أو مفجر صدر بين أضلاع الطفل لسحب الهواء من الجيب الهوائي، وبمجرد تفجير الجيب الهوائي؛ فإن الرئة المضغوطة ستتمدد ويتنفس الطفل بسهولة أكبر، ويترك الأنبوب في مكانه مع الاستمرار بتطبيق الضغط السلبي إلى أن تشفى الأكياس الهوائية التي يحدث منها التسرّب، وحين تلتئم الأسناخ فإن هذا التسرّب الهوائي يجب ألا يحدث أي تأثير على المدى الطويل.

فقر الدم

يحدث فقر الدم حين ينخفض تعداد كريات الدم الحمراء في الدم لأقل من القيم الطبيعية، حيث تحمل كريات الدم الحمراء الأوكسجين إلى جميع أنحاء الجسم، فإذا كان الطفل عاجزاً عن حمل كمية كافية من الأوكسجين في الدم فسيعاني من التعب بسهولة، ولن يكسب الوزن كما يجب، وقد يعاني من صعوبة في التنفس أو التأقلم مع المشاكل الطبية الأخرى.

يعاني معظم الأطفال الخدج من فقر الدم في مرحلة معينة خلال فترة بقائهم في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، وعادة لا يمثل ذلك مشكلة كبيرة في الأطفال الذين يولدون بعد ٣٠ أسبوعاً حملياً، وعادة ما يتحسن فقر الدم بشكل عفوي. ومعظم الأطفال يحتاجون إلى إعطاء كميات إضافية من الحديد لمساعدة الجسم على تصنيع كريات الدم الحمراء بشكل أسرع، ولكن معظم الرضع الذين يولدون بعمر ٢٨ أسبوعاً حملياً أو أقل يحتاجون إلى نقل الدم لتعويض حجم الدم لديهم في مرحلة معينة من الأسابيع الباكرة.

لماذا يعاني الخدج من فقر الدم؟

يولد معظم الأطفال بكمية من كرات الدم الحمراء أكبر مما يحتاجون، وحين يكون الطفل في الرحم، فإنه سيحتاج إلى كريات الدم الحمراء لتعويض المستويات القليلة المتوفرة من الأوكسجين عبر الحبل السري، وحين يولد الطفل ويتنفس الهواء فستتوفر له كمية أكبر من الأوكسجين، ولن يحتاج إلى كمية كبيرة من كريات الدم الحمراء. وبالتالي؛ فإن الجسم سيتوقف عن إنتاجها لفترة من الزمن، ومع الوقت تتخرب كريات الدم الحمراء التي ولد الطفل بها، وحين تنخفض المستويات لأقل من الطبيعي، فإن نقي العظام لدى الطفل يبدأ بإنتاج كمية جديدة من كريات الدم الحمراء.

يمر جميع الأطفال بهذه المرحلة الانتقالية التي ينخفض فيها تعداد كريات الدم الحمراء، ويكون على الجسم أن يبدأ بإنتاج كمية أكبر منها، ويحدث ذلك لدى المولودين في تمام الحمل بعمر ٢-٣ أشهر، ولكنه قد يحدث قبل ذلك لدى الخدج، عادة بعد الولادة بـ ٤-٨ أسابيع. ولا يعاني معظم الأطفال المولودين في تمام الحمل من أي مشكلة في إنتاج كمية جديدة من كريات الدم الحمراء، ولكن الجسم الصغير للطفل الخديج قد يعاني من صعوبة في تركيب الخلايا الجديدة في ظل الظروف الصعبة التي

يتعرض لها بوجود المشاكل الطبية الأخرى، ويبقى الحديد ضرورياً لتركيب خلايا دموية جديدة، وتكون مستودعات الحديد لدى الطفل الخديج أقل بكثير منها لدى الطفل المولود في تمام الحمل. كما أن النمو السريع وسحب الدم بشكل متكرر يؤدي إلى زيادة الطلب على كريات الدم الحمراء الجديدة، وإذا كان الطفل يعاني كذلك من مشاكل نزفية في الجسم فهذا يعني أنه يجب أن يصنع كمية إضافية من الدم.

كيف يتم تدبير فقر الدم؟

تقاس مستويات الدم بواسطة اختبارين: الخضاب والهيماتوكريت. ويعرف الهيماتوكريت بأنه النسبة المئوية لكريات الدم الحمراء في كامل الدم السائل، وتتراوح القيم الطبيعية بين ٣٥٪ و٦٥٪، ويشكل الخضاب أحد أجزاء كريات الدم الحمراء التي تحمل الأوكسجين، وهو يتراوح عادة بين ١٠٪ و١٧٪ ميلجرام لكل ديسي لتر (ملغ/دل)، وتتفاوت أرقام الخضاب والهيماتوكريت بشكل كبير حسب عمر الطفل وصحته، وهي تكون عادة أعلى عند الولادة، حيث تنخفض بشكل تدريجي خلال الأشهر القليلة التالية.

يقوم استشاري طب الأطفال حديثي الولادة بمراقبة الخضاب والهيماتوكريت بشكل متكرر حسب شدة فقر الدم. وبعض الخدج يتحملون المستويات المنخفضة جداً من الخضاب دون أي مشاكل، ولا يحتاجون إلا لكمية صغيرة من الحديد عن طريق الفم. أما الخدج الذين يعانون من الإنتان أو الموضوعين على جهاز التنفس فقد لا يتحملون فقر الدم وغالباً ما يحتاجون إلى نقل الدم، وحين يقرر الطبيب فيما إذا كان الطفل بحاجة لنقل الدم فهو سيدرس كل من أرقام الخضاب والهيماتوكريت والأعراض الأخرى لدى الطفل، وقد يقوم كذلك بمعايرة الكريات الشبكية، والتي تشير إلى سرعة تركيب كريات الدم الحمراء من قبل الطفل، وهو أحد العوامل

الأخرى التي تؤثر على قرار نقل الدم للطفل، ويؤدي نقل الدم إلى تحسن كبير في التنفس، و الإرضاع، وزيادة الوزن لدى الطفل.

التبرع بالدم للطفل

يحتاج العديد من الخدج إلى نقل الدم في إحدى مراحل إقامتهم في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، وقد يفضل الآباء أن يحصلوا على هذا الدم من أحد أفراد العائلة الذي يمتلك نفس الزمرة الدموية عوضاً عن أن يحصلوا عليه من بنك الدم، ويدعى المتبرعون من أفراد العائلة بالمتبرعين الموجهين. وبعد قطف الدم من المتبرع فإن تحضيره للنقل لا يحتاج لأكثر من ٢٤ ساعة، وإذا بدا من المحتمل أن الطفل سيحتاج إلى نقل الدم وكنت تفضلين استخدام متبرع موجه فيفضل تحديد المتبرع باكراً، وسيساعدك طاقم وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة على تنسيق ذلك، وإذا لم يحتج الطفل لنقل الدم فسيكون هناك بالتأكيد أحد آخر يمكن أن يستفيد من الدم الذي تبرعت به.

من المهم أن تتذكري أن فقر الدم يشكل نتيجة لعملية طبيعية لدى الرضع، ولا يشير ذلك بالضرورة إلى أن الحالة الإجمالية للطفل تتدهور، وفقر الدم لا يشكل أكثر من واحد من العوائق الكثيرة التي يجب على الطفل أن يتجاوزها للتخريج من وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة.

إن إحدى أحدث الإستراتيجيات في معالجة فقر الدم هو دواء يدعى بالإريتروبويتين، وهو هرمون طبيعي يوجد في الجسم، ويحرض إنتاج كميات جديدة من الدم. ورغم أنه لا يزال غير مستخدم على نطاق واسع، إلا أنه قد يصبح المفتاح القادم لمعالجة فقر الدم، ومن غير المستغرب أن حليب الأم يحتوي على الإريتروبويتين، وهو مثال آخر على الخصائص المذهلة لحليب الأم.

وللوقاية من حدوث فقر الدم لدى طفلك الخديج، فإن الطبيب سيصف قطرات الحديد اليومية خلال أول ٣-٦ أشهر على أقل تقدير، ويساعد الإرضاع الطبيعي كذلك على الوقاية من فقر الدم، ذلك أن الحديد في الحليب الطبيعي يمتص أفضل بكثير منه في الحليب الصناعي، وإذا كنت ترضعين الطفل الحليب الصناعي؛ فإن عليك دوماً استخدام المستحضرات المدعمة بالحديد، وسيقوم الطبيب خلال الاختبارات الروتينية التي سيجريها للطفل بعد مغادرة المستشفى بمراقبة مستويات الخضاب للتأكد من تحسن فقر الدم.

انقطاع التنفس لدى الخدج

يعاني معظم الأطفال من حالات توقف عابر في التنفس، وتدعى هذه الحالات بانقطاع التنفس حين تستمر لأكثر من ١٥-٢٠ ثانية أو حين يؤدي أي توقف في التنفس إلى ازرقاق الطفل أو إلى تباطؤ القلب، وهو انخفاض النظم القلبي لأقل من ١٠٠ ضربة/دقيقة (يتراوح المجال الطبيعي لنبضات القلب عند الطفل بين ١٢٠ و١٥٠ ضربة/دقيقة)، وتعتبر نوب انقطاع التنفس شائعة للغاية لدى الخدج، وهي سبب وضع معظم الأطفال على أجهزة مراقبة القلب والتنفس. وفي الواقع، يعتبر انقطاع التنفس من الشيوع بحيث تدعوه الممرضات بالنوب، وتحدث هذه النوب لدى ٢٥٪ من الخدج الذين يقل وزنهم عن ٢٥٠٠ جم ولدى ٨٠٪ من أولئك الذين يولدون قبل ٣٠ أسبوعاً (أقل من ١٠٠٠ جم).

لماذا يعاني الخدج من نوب انقطاع التنفس

تنجم معظم حالات انقطاع التنفس عن عدم نضج الجهاز العصبي للخديج، ويدعى ذلك بانقطاع التنفس لدى الخدج، حيث لا تكون المراكز الدماغية التي تنظم التنفس متطورة بشكل كامل، وفي بعض الأحيان «ينسى» الطفل أن يتنفس، ويتجاوز

معظم الرضع هذه المشكلة بعمر ٣٤ أسبوعاً حملياً، وتستمر نوب انقطاع التنفس لدى القليل من الأطفال لبضعة أشهر إضافية.

في بعض الأحيان تشير نوب انقطاع التنفس إلى أن الخديج يتعرض لمشكلة طبية جديدة، وبخاصة إذا بدأت هذه النوب تزداد شيوعاً، وتنجم نوب انقطاع التنفس التي لم تكن موجودة مسبقاً عن الأخماج، وفقر الدم، ونقص سكر الدم، وعدم استقرار درجة الحرارة، والقلس، وحتى الشدة المرافقة للإرضاع.

ماذا تفعلين في حالات انقطاع التنفس

يكون جميع الأطفال المقبولين في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة خاضعين للمراقبة القلبية الرئوية بواسطة الأجهزة، وهذه الأجهزة تصدر صوتاً إذا توقف الطفل عن التنفس أو تراجع النظم القلبي بشكل كبير، وحين يُسمع الإنذار تقوم الممرضة بفحص الطفل للتأكد من أنه يعاني من نوبة انقطاع في التنفس (ويكون الطفل عادة بحالة تنفس طبيعي، ولكنه ربما يكون قد سحب أحد الأسلاك الخاصة بالمساري الموضوعة على الصدر)، وتكون هذه الإنذارات الكاذبة أكثر شيوعاً بكثير من نوب انقطاع التنفس الحقيقية، فإذا كان الطفل بالفعل لا يتنفس فإن الممرضة ستقوم بتنبيهه بلطف من خلال فرك ظهره أو القرع عليه. وفي الكثير من الأحيان يعود الطفل للتنفس من جديد خلال عدة ثوان دون أي تحريض، ونادراً ما تكون الحالة من الشدة بحيث تحتاج إلى إنعاش الطفل وإعطاء الأوكسجين لإعادة التنفس. ومهما احتاج الأمر لجعل الطفل يتنفس من جديد؛ فعليك أن تدركي بأن نوب توقف التنفس ليست خطيرة، رغم أنها قد تكون مفزعة بالنسبة للآباء الجدد على وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، ولا تستنكري موقف الممرضة السلبي تجاه هذه النوب؛ فعليك أن تعلمي أن الممرضات الخبيرات في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي

الولادة يشهدن هذه الحالاتالروتينية لعدة مرات في الساعة ولدى عدة أطفال يعتنين بهم، وهن يعرفن تماماً متى يحتاج الطفل إلى مجرد ضربة خفيفة ليعود إلى التنفس، ومتى يحتاج إلى بعض الإنعاش الهجومي. وهنا ستشاهدينهن يخرجن من حالتهن الأليفة ليصبحن عضوات محترفات في الطاقم الطبي.

إذا أصبحت نوب انقطاع التنفس بشكل مفاجئ أكثر شيوعاً وأطول مدة، فإن الطبيب سيقوم عادة بإجراء اختبارات بسيطة للبحث عن المشاكل المذكورة أعلاه. وإذا استمرت نوب توقف التنفس وتباطؤ القلب لدى الطفل فقد يقوم الأطباء بإعطائه الأدوية لتحريض التنفس، مثل الكافئين أو التيوفيللين، وإذا لم يعمل ذلك فقد يفيد الضغط الإيجابي المستمر للطرق التنفسية، وهذه المعالجة تساعد على إبقاء الطفل يتنفس مع تدفق الهواء بشكل ثابت ولطيف في الأنف عبر قنية أنفية صغيرة.

جهاز مراقبة انقطاع التنفس في المنزل

تختفي نوب انقطاع التنفس عادة حين يصبح الطفل جاهزاً للذهاب إلى المنزل، وإذا كان الطفل لا يزال يشاهد بعض النوب الخفيفة ولكنه كان من النواحي الأخرى جاهزاً لمتابعة حياته خارج المستشفى فسيعود إلى المنزل على جهاز المراقبة. وفي حين أنه من السهل التعامل مع انقطاع التنفس حين يخضع الطفل للمراقبة في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، وحين يكون الأطباء والممرضات على بعد بضعة أمتار، فإن أخذ الطفل المعرض لانقطاع التنفس إلى المنزل، حيث ستكونين أنت الوحيدة التي ستستجيبين لجهاز المراقبة، هي حكاية أخرى.

عليك أن تكوني مطمئنة. لقد نضج الجهاز العصبي لطفلك بشكل كبير، وأصبح طفلك الآن قادراً على تنظيم التنفس وتجنب نوب انقطاع التنفس بشكل أفضل

بكثير مما كان عليه الوضع منذ بضعة أسابيع، ولو كان طفلك لا يزال يعاني من نوب شديدة من انقطاع التنفس لما سمح لك باصطحابه إلى المنزل.

وجهاز مراقبة انقطاع التنفس هو عبارة عن قطعة صغيرة ذات أسلاك تثبت إلى صدر الطفل؛ فإذا توقف الطفل عن التنفس لأكثر من عشرين ثانية أو إذا تباطأ القلب لأقل من ٨٠ ضربة في الدقيقة أو تسرع لأكثر من ٢٠٠ ضربة في الدقيقة فإن ذلك سيؤدي إلى انطلاق الإنذار، فعليك أن تعرفي بأن الأطباء لا يتوقعون حدوث نوب خطيرة من انقطاع التنفس لدى طفلك في المنزل، وأن الغاية من وجود جهاز المراقبة هي أن هناك فرصة ضئيلة لحدوث نوبة طويلة من انقطاع التنفس تحتاج إلى بعض الانتباه. وفي هذه الحالة سيصدر صوت صفارة الإنذار وستؤدي الضجة إلى إجفال الطفل مما يجعله يعود إلى التنفس من جديد، وسيساعد الإنذار أيضاً على تنبيهك للحضور إلى الطفل وتنبيهه على العودة إلى التنفس. وقبل أن يغادر الطفل المستشفى عليك إجراء دورة تدريبية في مجال الإنعاش القلبي الرئوي تحسباً لحدوث أي حالة إسعافية. ولكن من جديد، فإن من غير المحتمل أن تحتاجي لإجراء ذلك.

تُعد نوب انقطاع التنفس الخطيرة نادرة، فمعظم نوب انقطاع التنفس وجيزة ولن تلاحظ، فقد تشاهدين الكثير من الإنذارات الكاذبة في الأيام الأولى للحياة في المنزل مع جهاز المراقبة، والسبب الأكثر شيوعاً للإنذارات الكاذبة هو انفصال مساري الأسلاك الخاصة بالجهاز والمثبتة بواسطة لاصق على صدر الطفل. وستستمرين بالركض استجابة لهذه الإنذارات! وكل بضعة أسابيع سيأتي أحد مندوبي الشركة المصنعة للجهاز إلى المنزل، ويقوم بتحميل المعلومات من الكمبيوتر بداخل الجهاز، وسيقوم بعدها بطبع سجل لجميع الإنذارات وإرسالها إلى الطبيب، فإذا حدثت أي نوبة حقيقية من انقطاع التنفس (لأطول من ٢٠ ثانية) فإن المخطط سيظهرها بوضوح.

إن جهاز المراقبة هو سلاح ذو حدين، فهو من ناحية يتيح للوالدين الارتياح باطمئنان، نظراً لأن الإنذار سينطلق في حال حدوث أي شيء للطفل حين يكونان نائمين وبذلك يمكنهما الانتباه للمشكلة، ولكن من ناحية أخرى قد يصاب الوالدان بالهوس بمراقبة الجهاز. في بداية الأمر سيكون طفلك موصولاً إلى الجهاز لمدة ٢٤ ساعة في اليوم الواحد حتى لو كان مستيقظاً، وستعانين طوال النهار من المساري الخاصة بالجهاز وتفعلين ما بوسعك لإبقائها مثبتة بشكل جيد. ومع مرور الأيام ستدركين بأن هذا الأمر يستهلك الكثير من الوقت وقد يتعارض مع استمتاعك بالطفل، وحين تصبحين أكثر راحة ويسمح لك الطبيب بذلك فقد تبدئين باستخدام الجهاز فقط عند نوم الطفل أو حين يترك وحيداً في غرفة أخرى، وحين يكون الطفل مستيقظاً وتكونين بجانبه فبإمكانك أن تحلي محل جهاز المراقبة، وقد تجدين كذلك أنك تتعبين من حمل «حقيبة الطفل» الثانية هذه معك أينما ذهبت، وستبدئين بترك جهاز المراقبة في المنزل.

إذا انقضى شهران دون حدوث أي نوب حقيقية من انقطاع التنفس، وأصبحت تشعرين بأنك مرتاحة فقد يوافق الطبيب على إيقاف استخدام الجهاز.

اليرقان أو ارتفاع بيليروبين الدم

يشكل اليرقان، أو ارتفاع بيليروبين الدم، سبب اللون الأصفر الذي يتطور في جلد طفلك وعينيه خلال الأسبوع الأول بعد الولادة، ويشكل اليرقان إحدى أشيع المشاكل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، وسيكون من المحتمل كثيراً أن يعاني طفلك من درجة معينة من اليرقان. والأمر الجيد هو أن اليرقان يمثل مشكلة بسيطة ويمكن معالجته بسهولة، حيث نادراً ما يؤدي إلى اختلاطات على المدى الطويل.

لماذا يتطور اليرقان لدى الطفل

يولد الطفل مع كمية زائدة من كريات الدم الحمراء في الدم، وبعد الولادة تبدأ الكميات الزائدة من كريات الدم الحمراء بالتخرب؛ مما يؤدي إلى تحرير صباغ أصفر إلى الدوران يدعى بالبيليروبين، ويؤدي هذا الصباغ إلى تلون أصفر خفيف في الجلد وفي بياض العين، ويقوم الكبد بتصفية البيليروبين من الدوران بشكل تدريجي، ثم يطرح من الجسم مع البراز. وكل ذلك هو أمر طبيعي لدى حديث الولادة ولا يمثل مشكلة طبية، ويزول اليرقان لدى الرضع السليمين المولودين في تمام الحمل عادة في الأسبوع الثاني من العمر.

قد يصل تركيز البيليروبين إلى مستويات أعلى لدى الخدج؛ نظراً لأن كريات الدم الحمراء تتخرب بشكل أسرع، ولأن الكبد غير الناضج يعجز عن طرح البيليروبين بنفس السرعة المشاهدة لدى الطفل الطبيعي، وتعتبر الزيادة المعتدلة في مستويات البيليروبين شائعة للغاية وهي غير مؤذية للطفل. ولكن إذا ارتفعت مستويات البيليروبين في الدوران بشكل كبير فقد يدخل البيليروبين إلى الدماغ؛ مما قد يؤدي إلى أذية دماغية، وهي حالة تدعى باسم اليرقان النووي. ونظراً للمراقبة الحثيثة والمعالجة الفعالة لمستويات البيليروبين؛ فإن هذه الحالة نادرة الحدوث. وتشكل اختبارات الدم التي تهدف إلى معايرة البيليروبين جزءاً من الدراسة الروتينية لجميع الأطفال الخدج خلال أول أسبوع أو اثنين من الحياة.

في بعض الأحيان يتفاقم اليرقان الطبيعي لدى الخدج بمشاكل أخرى مثل عدم توافق زمرة الدم بين الأم والجنين، أو المشاكل الكبدية النادرة جداً، ويشكل البحث عن هذه الحالات جزءاً من الدراسة المخبرية الروتينية في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة كذلك.

كيف يعالج اليرقان

منذ عدة سنوات لاحظت الممرضات أن الأطفال الذين كانت أسرتهم قرب النافذة كانوا يبدون درجات أخف من اليرقان. ونعلم اليوم أن هناك أطوالاً موجية معينة من الضوء تساعد على تفكيك البيليروبين في الجسم إلى شكل أسهل إطراحاً. وتكون وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة الحديثة مجهزة بأضواء خاصة بالمعالجة الضوئية، حيث تبدو كأسرة صغيرة غامقة، وهي تصدر فقط أطوال الموجات الضرورية لتفكيك البيليروبين (أي أنها لا تصدر أي أشعة ضارة)، وحين يكون الطفل تحت هذا الضوء تتم تغطية عينيه لحمايتهما من الأذية، وبإمكانك أن تطلبي إطفاء الضوء وكشف العينين بشكل مؤقت بحيث تتمتعين ببعض النظرات مع طفلك لفترات قصيرة. تأكدي من لمس الطفل وإعطائه بعض التنبيهات اللطيفة حين يكون تحت الأضواء، وهناك أيضاً أغطية ضوئية خاصة تصدر المعالجة الضوئية حين يتم لفها حول جسم الطفل العاري. ولا حاجة لغطاء العين عند استعمال هذه الأغطية.

تتفاوت مستويات البيليروبين التي تبرر إعطاء المعالجة الضوئية حسب وزن الطفل وعمره، حيث يحتاج الرضع الأصغر والأخف وزناً عادة إلى المعالجة الضوئية قبل غيرهم وعند مستويات أقل من البيليروبين، وحين يوضع الطفل تحت الأضواء تتم معايرة مستويات البيليروبين مرة أو اثنتين يومياً، وحين يحدث انخفاض مناسب في مستويات البيليروبين فيمكن إيقاف المعالجة الضوئية.

يستمر البيليروبين في بعض الحالات النادرة بالارتفاع رغم المعالجة الضوئية. فإذا كانت المستويات من الارتفاع بحيث تهدد بحدوث أذية دماغية يجرى تبديل الدم، وذلك من خلال سحب كمية معينة من الدم من الطفل واستبدالها بكمية مكافئة من الدم المأخوذ من متبرع موافق من حيث الزمرة.

ما هي هذه القيم العالية؟ تعتمد الإجابة على العمر الحملي للطفل، فبإمكان الرضع السليمين المولودين في تمام الحمل أن يتحملوا مستويات البيليروبين التي تصل إلى ٢٠-٢٥ ملغ/دل، وقد لا يكون البيليروبين مؤذياً للطفل إلا حين تصل مستوياته إلى ٢٥-٣٠ ملغ/دل. ومن ناحية أخرى فإن الخدج الصغار جداً قد تتدهور حالتهم حين تصل المستويات إلى ٢٠ ملغ/دل، ويعالج الخدج في حالات اليرقان قبل فترة طويلة من وصول قيم البيليروبين إلى هذا المستوى.

إذا حدث اليرقان لدى طفلك واحتاج إلى المعالجة الضوئية فتذكري أن هذه الحالة هي إحدى المشاكل الروتينية التي تحدث في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة ويجب ألا تقلقي بشأنها. ولدى معظم الخدج يتم البدء بالمعالجة الضوئية باكراً ومنذ بداية حدوث اليرقان، ونادراً ما يحتاج الطفل إلى تبديل الدم. ونادراً جداً ما يؤدي اليرقان إلى أية أذية دائمة.

نقص السمع

يحدث نقص السمع لدى ١-١٥٪ من الأطفال الخدج في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة (ولحسن الحظ، فإن معظم هذه الحالات عادة ما تكون من النوع الخفيف)، مقارنة بـ ٠,١٪ فقط في الأطفال المولودين في تمام الحمل. وتعتبر المستقبلات السمعية الحساسة في الأذن الوسطى للخدج والأعصاب التي تحمل النبضات الصوتية من الأذن إلى الدماغ أكثر عرضة للأذية لدى الخدج. ويُعد الخدج للغاية معرضين بنسبة أكبر لنقص السمع. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الرضع الذين لديهم ارتفاع كبير في مستويات البيليروبين، بحيث تحتاج إلى تبديل الدم يبدون نسبة

أعلى من نقص السمع (انظري اليرقان أو ارتفاع بيليروبين الدم أعلاه)، وتؤدي الالتهابات الدماغية أو النزف داخل الدماغ أيضاً إلى نقص السمع.

كيف يشخص نقص السمع

من المهم أن نعرف كيف تشخص مشاكل السمع باكراً، بحيث يمكن تطبيق المعالجة المناسبة قبل أن تؤثر المشكلة السمعية على التطور اللغوي للطفل. في الماضي لم تكن اختبارات السمع تجرى إلا لدى الأطفال الذين لديهم عوامل خطورة معينة (نقص شديد في وزن الولادة، أو مشاكل طبية معينة، أو تلقي أدوية معينة). أما التوصيات الحالية فتقول بتحري نقص السمع لدى جميع، سواء كانوا خدجاً أو مولودين في تمام الحمل، قبل التخريج من المستشفى.

هناك عدة أنواع من اختبارات نقص السمع، ولكن أكثرها ثقة هو اختبار الاستجابة السمعية في جذع الدماغ، حيث توضع مجسات حساسة على رأس الطفل لقياس فعالية الموجات الدماغية استجابة للضجيج من خلال سماعات الرأس التي تطبق على الطفل، ويستغرق هذا الاختبار حوالي عشر دقائق، وهو غير مؤلم ويجرى حين يكون الطفل هادئاً أو نائماً، وإذا لم ينجح الطفل في الاختبار السمعي الأولي فلا تجزعي. لقد تم تصميم هذا الاختبار لكشف الأطفال الذين لديهم أي درجة من نقص السمع بحساسية عالية. ولذلك؛ فإن بعض الأطفال الذين يتمتعون بسمع طبيعي قد لا ينجحون في الاختبار. ومن الأفضل إعادة الاختبار لدى بعض الأطفال الطبيعيين من أن يتم عدم الانتباه لوجود نقص السمع لدى البعض الآخر، وإذا لم ينجح الطفل في الاختبار الأولي فيتم تحويله إلى استشاري بأمراض الأذن لإعادة الاختبار بعد حوالي ١-٣ أشهر من الاختبار الأول، وينجح معظم الأطفال في الاختبار الثاني حيث يكون الجهاز العصبي قد أصبح أكثر نضجاً في هذا العمر، وإذا لم ينجح الطفل في الاختبار

للمرة الثانية فسيحتاج إلى المزيد من الاختبارات لتقييم الجزء المصاب من الجهاز السمعي.

كيف يعالج نقص السمع

إذا أكدت الاختبارات أن طفلك لا يسمع بالشكل المفترض؛ فمن المهم البدء بالمعالجة بعمر ستة أشهر؛ لتخفيف تأثير ذلك على تطور اللغة لدى الطفل، وستعملين أنت وطفلك مع عدد من المختصين، ومنهم استشاري جراحة الأذن والأنف والحنجرة، وأخصائي معالجة الكلام. وتشمل وسائل المعالجة المحتملة طرق مساعدة السمع، وزرع الحلزون، وربما أنابيب الأذن للوقاية من أخماج الأذن. وقد يتم تدريبك على استخدام لغة الإشارة مع الطفل حتى لو كان لن يحتاج إلى ذلك للتواصل حين يصبح أكثر عمراً. إن لغة الإشارة تعزز التطور اللغوي حتى لدى الرضع العاجزين عن السمع بشكل طبيعي، وتتطور التقنيات بشكل سريع في مجال نقص السمع، وستتوفر معالجات جديدة في المستقبل القريب.

داء القلس المعدي المريئي (GERD)

يعاني معظم الخدج من درجة معينة من داء القلس المعدي المريئي (ويدعى GERD اختصاراً لـ gastroesophageal reflux disease)، والذي يعرف كذلك باسم القلس الحمضي. وتنجم هذه الحالة عن عودة محتويات المعدة إلى المري، حيث تؤدي إلى تخريش البطانة الحساسة له. حين يأكل الإنسان في الحالة الطبيعية، فإن الطوق العضلي الذي يربط المري بالمعدة (ويدعى بالمعصرة المريئية السفلية) يتقلص وينغلق محافظاً على محتويات المعدة بداخلها. وفي العديد من الأطفال، وخاصة الخدج، يكون هذا الصمام العضلي غير ناضج ولا ينغلق بشكل جيد، فيتسرب طعام الطفل

والحمض المعدي إلى المري؛ مما يؤدي إلى ما يشبه الشعور بحرقة الفؤاد لدى البالغين. ونظراً لأن الخدج غير ناضجين فهم سيكونون حتى أكثر عرضة للقلس. وفي النهاية، يتجاوز معظم الخدج حالة القلس حين يصبح عمرهم ٦-١٢ شهراً، ولكن حتى ذلك الوقت فإن القلس قد يشكل تحدياً كبيراً للأطفال ومن يعتني بهم.

كيف تستطيعين أن تعرفي أن الطفل يعاني من القلس؟

تتفاوت شدة القلس بشكل كبير من طفل لآخر، فتقتصر الحالة لدى بعض الأطفال على لفظ بعض الحليب، ولا يبدو أن هناك ما يزعجهم، وتكون المشكلة لدى هؤلاء الأطفال عادة متعلقة بالنظافة أكثر منها مشكلة طبية، ولكن في بعض الأطفال الآخرين يكون القلس مؤلماً لدرجة أنه يتعارض مع صحة الطفل ونموه، وفيما يلي بعض الإشارات التي تدلك بأن الطفل ربما يعاني من القلس.

لفظ الحليب المتكرر

في حين أن جميع الرضع يلفظون الحليب أحياناً، إلا أن الأطفال الذين يعانون من القلس يفعلون ذلك بنسبة أكبر، وبتردد أكبر، وبمقدار أكبر من ١-٢ ملعقة صغيرة، ولكن بعض الخدج الذين يعانون من القلس لا يلفظون الحليب على الإطلاق، حيث لا يصل الحمض المعدي إلا إلى المري.

الألم خلال الطعام

من أشيع الدلائل التي تذكرها الأمهات والتي تشير إلى حدوث القلس لدى الطفل هو أنه «يبدو متألماً عند تناول الطعام».

نوب الألم البطني الماغص

إن الطفل الذي يعاني من القلس يقوس ظهره عادة، ويتلوى، ويرفع ساقيه إلى البطن، ويئن. وعندها لا شك في أنه يتألم.

النوم المتململ

يكون احتمال حدوث القلس أكبر حين يكون الطفل بالوضعية الأفقية؛ وبالتالي فإن استيقاظ الطفل بشكل متكرر قد يشكل أحد الأدلة على وجود القلس.

الأصوات البلعومية

تصدر أصوات غرغرة غير طبيعية خلال الطعام أو بعده لدى الأطفال الذين يعانون من القلس، وتنجم هذه الأصوات عن محاولة الطفل التأقلم مع عودة المواد الطعامية إلى الجزء الخلفي من البلعوم.

المشاكل التنفسية بعد الرضاعة

إن الخدج الذين لديهم قلس شديد قد يعانون من انقطاع التنفس أو نوب الوزيز خلال الإرضاع وبعده.

تحسن القلس بوضعية الانتصاب: إن هؤلاء الأطفال يرضعون عادة براحة أكبر، ويكون ألمهم أقل حين يتم حملهم بشكل منتصب مقارنة بالاستلقاء.

تشخص معظم حالات القلس بالاعتماد على الأعراض المذكورة أعلاه. وفي بعض الأحيان، يستخدم الطبيب مسباراً لقياس درجة الحموضة بهدف تحديد فيما إذا كان الطفل يعاني بالفعل من القلس. وهذا المسبار هو أنبوب مرن يتم إدخاله عبر أنف الطفل أو فمه إلى المري لتصل نهايته إلى فوق مستوى المعدة تماماً، ويقيس هذا الجهاز كمية الحمض المعدي العائد إلى المري خلال فترة ١٢-٢٤ ساعة.

د. بوب ينصح

عليك أن تلغي كلمة «المغص» من قاموسك إذا كان لديك خديج. فإذا قلت بأنه مجرد «مغص» فإن ذلك لن يفيد طفلك كثيراً، وستحتاجين أنت والطبيب إلى تحديد ما الذي يؤدي إلى الألم والبكاء لدى الطفل، وقد وجدنا أن القلس هو أشيع أسباب «المغص» لدى الرضع، وبخاصة الخدج منهم.

العناية بالخديج الذي يعاني من القلس

إن الإستراتيجية الأساسية للتعامل مع القلس هي القيام بكل ما هو ممكن لمنع الطعام من الصعود إلى الأعلى ومساعدة الجهاز الهضمي للطفل على إخراج الطعام من المعدة باتجاه الأمعاء. جربي هذه المقترحات:

١- الإرضاع الطبيعي

يكون القلس أقل شدة بكثير في الأطفال الذين يتلقون الإرضاع الطبيعي، ويعتبر حليب الأم أسهل هضماً للأطفال، ويتم إفراغه من المعدة بسرعة أكبر بكثير من مستحضرات الحليب الصناعي أو أي طعام آخر، وكلما كان الزمن الذي يقضيه الطعام في المعدة أقل كانت فرصة حدوث القلس أقل، ويكون البراز في حالات الإرضاع الطبيعي كذلك أكثر ليونة وأسهل طرحاً. أما عند استخدام الحليب الصناعي فإن احتمال حدوث الإمساك أكبر، والذي قد يؤدي إلى تفاقم القلس.

٢- استخدمي مستحضرات أفضل للمعدة

إن المستحضرات المهضومة الجاهزة وذات الخصائص التحسسية المنخفضة تنفرغ من المعدة بشكل أسرع من المستحضرات المعيارية. بالإضافة إلى ذلك، فإن القلس قد يشكل في بعض الخدج أحد أعراض التحسس للمستحضرات المعتمدة على حليب البقر.

٣- الإرضاع لفترات أقصر وبتواتر أكبر

كقاعدة عادة يجب إعطاء الأطفال الذين يعانون من القلس نصف الكمية ولكن بضعف التواتر، فوجود كميات أقل من الطعام في المعدة يجعل هضمها أكثر سهولة وأسرع. وبالتالي فإن الكمية التي سيرجعها الطفل ستكون أقل.

٤- إبقاء الطفل بوضعية الانتصاب بعد الرضاعة

دعي الجاذبية تساعدك على إبقاء الطعام في الأسفل. احملي الطفل بوضعية الانتصاب لمدة حوالي ٣٠ دقيقة بعد الرضاعة، ولا تقومي بهز الطفل بعد الإرضاع؛ لأن ذلك قد يؤدي إلى تفاقم القلس.

٥- مساعدة الطفل على التجشؤ أكثر

خذي وقتك في مساعدة الطفل على التجشؤ عند التبديل بين الثديين أو بعد إعطاء ٦٠ مل من الحليب الصناعي؛ فحين تكون هناك فقاعة غازية كبيرة تتعارض مع تواجد الطعام في المعدة فمن المحتمل أكثر أن تخرج محتويات المعدة.

٦- تجنبي الأغذية المخرشة في طعامك

إن الحساسية للطعام الذي تتناوله الأم قد تؤدي إلى تفاقم القلس إذا كان الطفل يرضع من الأم، وتشمل مثل هذه الأغذية مشتقات الحليب، والكافئين (القهوة، الشاي، الكولا)، ومنتجات الصويات، والمكسرات، والمحار، والشوكولا، والطماطم، والحمضيات، وبياض البيض، والذرة، والخضار الذي يؤدي إلى تشكل الغازات (مثل القنبيط، والملفوف، والبصل، والفلفل الأخضر)؛ فعليك أن تلغي هذه المواد من الحمية (أو تتناولي واحداً أو اثنين منها في المرة الواحدة) لمدة أسبوع أو اثنين لتعرفي فيما إذا كان ذلك يؤدي إلى أي تغيير لدى الطفل. وتشكل مشتقات الحليب نقطة بداية جيدة، أو ربما أي طعام تتناولينه بشكل متكرر.

٧- تجربة المصاصة

إن المص المتكرر يحرض تحرير اللعاب، والذي يمكن أن يزلق بطانة المري المصابة بالتخريش ويعمل كمضاد للحموضة، كما أن ذلك يمتلك تأثيراً مهدئاً على الطفل.

٨- وضعية النوم المريحة للقلس

ناقشي مع طبيب الطفل فيما إذا كان القلس من الشدة بحيث يبرر وضع الطفل على جانبه أو بطنه حين يكون نائماً. وفي حين أن وضع الرضع الذين تقل أعمارهم عن ٦ أشهر من العمر على ظهرهم ينقص من نسبة متلازمة الموت المفاجئ لدى الرضّع، إلا أن الأطفال الذين لديهم قلس شديد ينامون عادة براحة أكبر على بطونهم أو على الجهة اليسرى (وفي هذه الوضعية يكون مدخل المعدة أعلى من مخرجها وتساعد الجاذبية في إبقاء الطعام داخل المعدة). وعليك ألا تقومي على الإطلاق بالسماح للطفل بالنوم على بطنه دون استشارة طبية، وإذا كان الطفل ينام في المهد فحاولي رفع رأس المهد بمقدار ٣٠ درجة على الأقل. ناقشي مع طبيبك استخدام رافع للسرير لتخفيف القلس بحيث يبقى الجزء العلوي من جسم الطفل مرتفعاً خلال النوم (انظري الرافع الخاص بالقلس في الصفحة رقم ٣١٦). ويشكل سرير الطفل المعلق المتحرك أحد الوسائل المفيدة خلال النوم للرضع الذين يعانون من القلس.

٩- المعالجة الدوائية للقلس

إذا لم تساعد إستراتيجيات التغذية وتعديل الوضعية على تلطيف الألم لدى الطفل، أو إذا كان القلس يتعارض مع نمو الطفل وتطوره فقد يقرر الطبيب وصف الأدوية التي تجعل محتويات المعدة لدى طفلك أقل حموضة وبالتالي أقل تخريشاً للمري.

١٠- احتفظي بمفكرة

إن مراقبة الطفل تُعد مهمة بشكل خاص في معالجة القلس؛ فاحتفظي بسجلات مكتوبة عن كل ما تفعلينه لتخفيف شعور الطفل بالانزعاج، وانتبهي لما تأكلين إذا كنت ترضعين طفلك، ولاحظي الأشياء التي تفيد الطفل والإجراءات التي لا تنفع؛ فالمعلومات الواردة منك، بالاعتماد على المفكرة الخاصة بك، ستساعد

الطبيب على اتخاذ القرارات الأفضل حول إعطاء الأدوية وتحديد الجوانب الأخرى للعناية بالطفل.

١١- استمتعي بالدعم

ستحصلين على الكثير من المعلومات من خلال التحدث إلى آباء الخدج الآخرين الذين يعانون من القلس. وتدعى المجموعة الوطنية لدعم آباء الأطفال المصابين بالقلس بـ PAGER (اختصاراً لجمعية القلس المعدي المريئي لدى الأطفال واليافعين) وموقعها الإلكتروني هو www.reflux.org.

التهاب الأمعاء والكولون النخري (NEC)

يُعد التهاب الأمعاء والكولون النخري (ويدعى NEC اختصاراً لـ necrotizing enterocolitis) إحدى المشاكل الخطيرة التي تتطور حين تصاب قطعة من الأمعاء بالضعف والأذية، وتسمح هذه الأذية للجراثيم الموجودة بشكل طبيعي في لمعة الأمعاء بالدخول إلى جدارها وإحداث الخمج. في بعض الأحيان تتمزق الأمعاء؛ مما يؤدي إلى خمج مهدد للحياة داخل البطن، ويعتبر الأطفال ذوو الخداج الشديد معرضين لخطورة كبيرة لحدوث NEC، وبخاصة إذا احتاجوا إلى الدعم الحياتي المركز مثل التهوية الآلية.

ما أسباب التهاب الأمعاء والكولون النخري؟

لا نعرف تماماً ما السبب المؤدي إلى حدوث NEC. ولا نعلم كيف نقي منه بشكل كامل. حين يولد الطفل بحالة خداج شديد ويحتاج إلى الإجراءات الهجومية المنقذة للحياة فإن الأمعاء في بعض الأحيان لا تتلقى كمية كافية من الدم الغني بالأوكسجين؛ مما يؤدي إلى مساحات صغيرة من الضعف في جدار الأمعاء. إن الجراثيم التي تعيش بشكل طبيعي في الأمعاء يمكن أن تصيب هذه الأماكن الضعيفة بالخمج. ولا يظهر NEC على الإطلاق قبل أن يبدأ الرضيع بالتغذية الفموية، وبالتالي،

ولأسباب غير واضحة؛ فإن التغذية الفموية تشكل كما يبدو محرضاً لحدوث NEC. ويفسر ذلك سبب البدء بالتغذية ببطء كبير في الخدج الصغار جداً. وتشير بعض الدلائل إلى أن إعطاء الأطفال حليب الأم الطازج ينقص من خطورة إصابتهم بـ NEC، ويحتوي حليب الثدي المجمد على مستويات أقل من العوامل المناعية. أما المستحضرات التجارية فهي تفتقر إلى أي حماية مناعية.

فرص تطور التهاب الأمعاء والكولون النخري

لا يحدث NEC إجمالاً إلا في ٢-٥٪ من الرضع المقبولين في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، ومعظم هذه الحالات تشاهد في الرضع مرتفعي الخطورة والصغار جداً، وتكون نسبة حدوث NEC أكبر في الخدج الصغار الذين لديهم مشاكل تنفسية شديدة. أما الخدج الأكبر عمراً الذين لديهم مشاكل أقل فنادراً ما تتطور حالتهم إلى NEC.

أعراض التهاب الأمعاء والكولون النخري

تشمل الأعراض الشائعة لـ NEC انتفاخ البطن، والإقياء، ووجود الدم في البراز، وعلامات الخمج العامة الأخرى مثل تدهور نوب انقطاع التنفس أو عدم استقرار درجة الحرارة. ومن العلامات الأخرى لـ NEC نذكر زيادة كمية الحليب المتبقي في المعدة بين الوجبات (ويدعى بالثمالة). حين يتم البدء بالتغذية الفموية لدى الرضيع، فإن الممرضة ستراقب الطفل عن كثب بحثاً عن علامات NEC. ويتم ذلك من خلال قياس محيط البطن، وتحري الثمالة بين الوجبات، وتحري الدم في البراز. والأكثر أهمية هو إعطاء الأطفال كميات صغيرة من الحليب في البداية مع زيادتها بشكل تدريجي وبطيء.

تشخيص التهاب الأمعاء والكولون النخري ومعالجته

عند ظهور أول علامات المشاكل الهضمية يتم إيقاف الإرضاع لبضع ساعات ويراقب الطفل عن كثب، وإذا كانت العلامات الحيوية طبيعية ولم يظهر الطفل بحالة سيئة فيمكن أن نجرب إعطاء الطفل كميات أقل من الغذاء، وإذا أمكن تحمل هذه التغذية بشكل جيد فيفترض أن هذه المشاكل لا تمتلك أهمية (مثل زيادة الغازات) ويتم استئناف التغذية الطبيعية.

إذا كان من الواضح أن الطفل يدخل في مشاكل معوية فسيخضع الطفل عادة لإجراء الصورة الشعاعية للبطن والاختبارات الدموية لتحري علامات NEC، وإذا تم تأكيد NEC أو اشتبه به بشكل كبير يوضع أنبوب أنفي معدي وتوقف التغذية مع المحافظة على المعدة خالية، وتعطى التغذية الخلالية الكاملة بالطريق الوريدي لأن من المهم للغاية جعل الأمعاء ترتاح، ويتم البدء بالصادات عادة لمكافحة الخمج، وحسب شدة الإصابة فقد يكون من الضروري إجراء صور شعاعية متكررة للبطن لمراقبة تطور المرض وتحري تمزق الأمعاء.

خلال ٢٤–٤٨ ساعة إما أن يشاهد تحسن في NEC وإما أن يتدهور سريعاً (يبدو أن هذا المرض لا يمتلك حلاً وسطاً). فإذا كانت الأمور في تحسن يتم الاستمرار بالمعالجات المذكورة أعلاه لحوالي أسبوعين، وأما إذا كان كل شيء على ما يرام فيمكن استئناف التغذية ببطء.

في بعض الأحيان يتدهور NEC رغم المعالجة. إذا كان هناك تمزق في الأمعاء أو كان الطفل يبدي علامات الصدمة المهددة للحياة فيجب إجراء الجراحة لإزالة الجزء المصاب بالخمج من الأمعاء، وبمجرد استئصال مصدر الخمج فإن حالة الطفل ربما تبدأ بالتحسن، وبعد إزالة القطعة المصابة من الأمعاء قد لا يكون بالإمكان إعادة وصل

النهايتين السليمتين مباشرة. وعوضاً عن ذلك يتم وصل إحدى نهايتي الأمعاء السليمة إلى سطح الجلد لإتاحة المجال لخروج البراز، وتدعى فتحة خروج البراز على الجلد بالتفميم، وينفرغ براز الطفل في كيس بلاستيكي موصول إلى التفميم. وفي النهاية، يخضع الطفل لعملية ثانية لإعادة وصل نهايتي الأمعاء، وعندها تبدأ وظيفة الأمعاء الطبيعية بالعودة.

تأثيراتNEC على المدى الطويل

يشفى معظم الأطفال الذين يعانون من NEC دون أي مشاكل. وبإمكانك توقع عودة التغذية، والنمو، والوظيفة الهضمية إلى الطبيعي مع نهاية السنة الأولى. فإذا كانت الإصابة شديدة فقد يحتاج الطفل إلى دعم غذائي إضافي خلال أول سنة أو اثنتين من الحياة، وربما يبقى صغيراً بالنسبة لعمره. وتحدث درجة من التأخر التطوري في أكثر من نصف الرضع الذين يشفون بعد الإصابة الخطيرة بـ NEC مع النمو لاحقاً، وينجم جزء من ذلك عن الصدمة والضغوط الناجمة عن المرض بحد ذاته، ويساهم NEC كذلك في حدوث التأخر التطوري نظراً لأنه يصبح من الصعب على الطفل الحصول على الغذاء الذي يحتاج إليه خلال فترة التطور السريع للدماغ.

قد تتطور بعض المشاكل المعوية نتيجة لـ NEC، وهي تؤثر على طريقة عمل الأمعاء وبالتالي قدرة الطفل على الحصول على المواد الغذائية من الطعام:

- *التضيقات وانسداد الأمعاء:* تشكل التضيقات إحدى المضاعفات الشائعة للغاية، حيث تحدث في نسبة تصل إلى ٣٥٪ من الأطفال الذين يعانون من NEC، ويكون احتمال حدوث التضيقات أكبر في الأطفال الذين خضعوا لتداخلات جراحية في حالات NEC. وهذا التضيق في جزء من الأمعاء قد يؤدي إلى النزف أو الانسداد، ويتطور التضيق عادة خلال أول شهرين بعد الشفاء من NEC، ولكنه في بعض الأحيان

قد يظهر بعد فترة تصل إلى ستة أشهر، ويشكل انسداد الأمعاء أحد الاختلاطات الخطيرة التي تحتاج إلى العناية الطبية الفورية، وتشمل أعراض الانسداد تطبل البطن، والألم الماغص، والإمساك الشديد، وإقياء الصفراء ذات اللون الأخضر. وإذا كان التضيق يؤدي إلى الانسداد فسيحتاج إلى المعالجة الجراحية.

• *متلازمة الأمعاء القصيرة:* عند استئصال جزء كبير من الأمعاء؛ فإن الطفل سيعاني من مشكلة تدعى بمتلازمة الأمعاء القصيرة، وحين يفقد الجسم جزءاً من الأمعاء فإنه سيعاني من صعوبة في هضم الطعام وامتصاص المواد الغذائية التي يحتاج إليها. وخلال نمو الطفل، فإن الأمعاء، ستتعلم العمل بشكل طبيعي، عادة بعمر السنتين، ولكن حتى ذلك الوقت فإن الطفل سيحتاج إلى دعم غذائي إضافي بشكل TPN أو التغذية العنصرية (المهضومة). يحتاج الأطفال عادة إلى المزيد من السعرات الحرارية من زيوت الشحوم الثلاثية متوسطة السلسلة (وهي زيوت تمتص بسهولة من الأمعاء وتؤمن مصدراً غنياً للدسم، والسعرات الحرارية، والفيتامينات الإضافية). وتتم متابعة الطفل من قبل استشاري الأمراض الهضمية عند الأطفال وأخصائي التغذية، واللذان يفهمان كيف يمكن تعزيز امتصاص المواد الغذائية لدى الطفل بأفضل شكل ممكن.

الالتهابات

يُعد الخدج معرضين للالتهابات لعدة أسباب، حيث يكون الجهاز المناعي للخديج غير ناضج وغير قادر على مكافحة الجراثيم بشكل فعال. ونظراً لأن معظم الأضداد التي يتلقاها الطفل من الأم تعبر إلى الطفل في نهاية الحمل؛ فإن الطفل الذي يولد باكراً يفوت فرصة الحصول على هذه الجرعة المناعية. بالإضافة إلى ذلك، فإن

الكثير من التداخلات الطبية الضرورية المنقذة للحياة (القثاطر والأنابيب الوريدية) قد تؤدي إلى دخول الجراثيم إلى جسم الطفل.

من المحتمل أن يعاني الطفل من بعض أنواع الالتهابات خلال إقامته في الوحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، وقد يشكل الالتهاب السبب الذي دعا إلى إقامته في وحدة العناية المركزة، ذلك أنه يشكل أحد الأسباب الشائعة للولادة المبكرة، وتنجم الالتهابات عن الميكروبات (الجراثيم، أو الفطور، أو الفيروسات) التي تغزو جزءاً من الجسم، ففي ذات الرئة يصاب النسيج الرئوي بالالتهاب، وفي إنتان الدم يحدث الالتهاب في الدوران، وفي التهابات السبيل البولي تحدث الإصابة في المثانة أو الكليتين. والتهاب النسيج الخلوي هو حدوث الإصابة الالتهابية في الجلد. أما في التهاب السحايا فتصيب الحالة الالتهابية الغشاء الذي يغلف الدماغ أو النخاع الشوكي، وقد تحدث الالتهابات كذلك في العظام، والعينين، ومعظم الأعضاء الأخرى.

تكون أعراض الالتهاب عادة متعلقة بالجزء المصاب الذي لا يعمل بشكل جيد، وتشمل الأعراض الحمى، أو صعوبة التنفس، أو صعوبة التغذية، أو النعاس، أو الاختلاجات. وبالطبع، فإن هذه الأعراض قد تحدث بأسباب أخرى غير الالتهاب.

تشخيص الالتهابات ومعالجتها

إذا كان الطبيب يشتبه بأن طفلك يعاني من حالة التهابية فيمكن إجراء بعض الاختبارات لتحديد المشكلة، ويتم إرسال عينات من الدم، والبول، والسائل الدماغي الشوكي إلى المختبر لإجراء الفحوص، ويمكن إجراء صورة شعاعية للصدر والبطن. وبانتظار النتائج يتم البدء بإعطاء المضادات الحيوية الفعالة ضد مجموعة واسعة من الميكروبات، وحين يتم تحديد العوامل المسؤولة عن إحداث الالتهابات (عادة

خلال ٢٤-٤٨ ساعة) فيمكن للطبيب تحويل المعالجة إلى إحدى الأدوية التي تمتلك فعالية كبيرة ضد هذه العوامل، وتتحسن معظم الأعراض سريعاً بمجرد البدء بالمعالجة. في بعض الأحيان لا تشير الفحوص إلى عامل ممرض معين، ولكن الأطباء يفضلون الاستمرار بالمعالجة بالمضادات الحيوية؛ وذلك تحسباً لوجود التهاب لم يتم كشفه بالوسائل المخبرية.

اعتلال الشبكية عند الخدج (ROP)

الشبكية هي السطح الحساس للضوء في خلفية كرة العين، وهي ممتلئة بمستقبلات الضوء المعقدة التي تعتبر أساسية للرؤية الطبيعية، فحين يولد الطفل تكون الشبكية لا تزال تتطور، وفي الحالات الطبيعية تبدأ الأوعية الدموية الدقيقة بالنمو إلى داخل الشبكية في الأسبوع ١٦ للحمل، وتنمو هذه الأوعية الشعرية الناعمة ببطء إلى أن تصبح كامل الشبكية ذات تروية دموية جيدة، عادة بعمر ٣٢-٣٤ أسبوعاً حملياً. وبعد ذلك تستمر الأوعية الشبكية بالتطور، ولكنها لا تكون عادة عرضة للمشاكل، وحين يولد الطفل بحالة خداج؛ فإن ذلك سيؤدي إلى انقطاع وجيز في نمو الشعريات في الشبكية، وحين تبدأ هذه الأوعية بالنمو من جديد فهي تنمو بسرعة زائدة، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى تندب الشبكية وأذيتها، ويدعى ذلك باعتلال الشبكية. وفي معظم الأحيان يتباطأ نمو الشعريات في النهاية ليعود إلى المعدل الطبيعي، حيث تشفى الأذية ويتطور البصر بشكل طبيعي. أما في الحالات الأشد فإن النمو السريع يستمر؛ مما يؤدي إلى المزيد من التندب والمشاكل البصرية، ويدعى ذلك باعتلال الشبكية عند الخدج (أو ROP اختصاراً لـ Retinopathy of Prematurity).

ما مدى شيوع اعتلال الشبكية عند الخدج؟

يعتبر الخدج الصغار معرضين بنسبة أكبر لحدوث ROP. فإذا كان وزن الطفل يقل عن ١٠٠٠ جم أو كان عمره أقل من ٢٨ أسبوعاً حملياً فإن ROP سيحدث بدرجة معينة في حوالي ٩٠٪ من الحالات، وستكون الحالة خفيفة في معظم الحالات حيث يتطور البصر بشكل طبيعي، ولكن الإصابة ستكون أكثر خطورة في العديد من الحالات، الأخرى مما يستدعي المعالجة، ولا يحدث ROP إلا في حوالي ٣٠٪ من الخدج الذين تفوق أعمارهم ٣١ أسبوعاً، وهو يكون خفيفاً عادة دون حدوث مشاكل في البصر على المدى الطويل.

لماذا يحدث اعتلال الشبكية عند الخدج؟

لا يزال من غير الواضح لماذا يتطور ROP لدى بعضهم الخدج ولا يتطور لدى بعضهم الآخر؛ فكان الأطباء يعتقدون بأنه ناجم عن الانتقال من البيئة منخفضة الأوكسجين داخل الرحم إلى البيئة الغنية بالأوكسجين في الخارج، ولكن الأبحاث أظهرت أن ROP هو أكثر تعقيداً من ذلك، وقد ساعدت المراقبة الدقيقة لمستويات الأوكسجين في الدم لدى الخدج في إنقاص نسبة ROP، ولكنه لا يزال يمثل مشكلة مهمة لأسباب غير معروفة.

كيف يعالج اعتلال الشبكية عند الخديج؟

يشمل الرضع المعرضون للإصابة بـ ROP أولئك الذين ولدوا بعمر أقل من ٣١ أسبوعاً حملياً، وأولئك الذين يقل وزن الولادة لديهم عن ١٥٠٠ جم، وأولئك الذين يحتاجون إلى تداخلات طبية مركزة مثل جهاز التنفس، فيجب فحص العين لدى هؤلاء الخدج من قبل استشاري أمراض العين عند الأطفال بعمر حوالي ٤-٦ أسابيع، حيث يقوم الطبيب بتوسيع حدقة الطفل بواسطة قطرات دوائية معينة وينظر إلى الشبكية مباشرة ليبحث عن علامات ROP. فإذا كانت هناك إصابة، ولكن خفيفة، فإن

المعالجة المفضلة هي الانتظار اليقظ مع إعادة الفحص كل أسبوعين، ويتحسن معظم المرضى دون معالجة.

إذا استمر اعتلال الشبكية بالتدهور فإن المعالجة قد تكون ضرورية في مرحلة معينة بين ٣٤ و٤٢ أسبوعاً حملياً، ويستخدم مسبار صغير أو جهاز ليزر لتخثير الأوعية الدموية مفرطة النمو في بعض أماكن الشبكية على أمل إيقاف تطور المرض.

فحص البصر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل

إذا وجد بأن الطفل يعاني من ROP فسيحتاج لزيارات المتابعة إلى استشاري أمراض العين عند الأطفال للتأكد من عدم تدهور الحالة ولإعطاء المزيد من المعالجة عند الضرورة، وإذا لم يكن الطفل يعاني من ROP فإن الطبيب قد يقترح عليك أن تأخذي طفلك إلى استشاري أمراض العين مرة واحدة على الأقل خلال السنة الأولى من الحياة للتأكد من سلامة عين الطفل.

الحول

يشكل الحول إحدى الحالات العينية الأخرى التي تحدث لدى الخدج بنسبة أكبر منها لدى المولودين في تمام الحمل، وكثيراً ما تدعى هذه الحالة بالعين الكسولة، حيث تحدث بوجود ضعف في واحدة أو أكثر من العضلات التي تحرك العين؛ مما يمنع العينين من الحركة بشكل متوافق. وفي الأشهر القليلة الأولى من الحياة يكون الحول الخفيف طبيعياً، وحتى في المولودين في تمام الحمل، إلى أن تنضج عضلات العين، ولكن إذا استمر ذلك وترك دون معالجة؛ فقد يؤدي إلى ضعف حدة البصر (يدعى ذلك بالغمش). سيقوم طبيب الأطفال بالبحث عن الغمش عن كثب في الفحص

الروتيني. وإذا قام طبيب العين بمشاهدة الطفل بشكل منتظم فسيبحث كذلك عن أي مؤشرات تدل أن عيني الطفل لا تعملان معاً بشكل ثابت.

النزف داخل البطينات الدماغية (IVH)

تماماً كما أن الرئتين، والعينين، والأجهزة الأخرى لدى الخديج تكون هشة، فكذلك الدماغ، وتشكل النزوف الصغيرة داخل الدماغ أحد الاختلاطات الشائعة التي تشاهد في الأطفال الخدج للغاية. ولحسن الحظ، فإن هذا النزف لا يحدث في النسيج الدماغي نفسه، وإنما يحدث في البطينات الدماغية، وهي عبارة عن فراغات ممتلئة بالسائل الدماغي الشوكي وتتوضع في منتصف الدماغ. وبالتالي؛ فإن هذا النمط من النزف الدماغي يدعى بالنزف داخل البطينات أو الـIVH (اختصاراً لـ Intraventricular hemorrhage). وبما أن البطينات ليست مسؤولة عن أي وظيفة عصبية؛ فإن وجود كمية ضئيلة من النزف بداخل هذه الفراغات لا يمثل مشكلة، ولكن قد تحدث المشاكل إذا حدث نزف كبير بحيث يؤدي إلى ارتفاع الضغط بداخل البطينات، أو إذا تسرب الدم إلى النسيج الدماغي المحيط بالبطينات الدماغية. ويصنف النزف داخل البطينات الدماغية، وحسب شدته، فالدرجتان الأولى والثانية خفيفتان، في حين أن الدرجتين الثالثة والرابعة متقدمتان.

لماذا يحدث النزف داخل البطينات؟

تتوضع في قعر البطينات بنية حساسة تدعى بالضفائر المشيمية، والذي يحتوي على بعض الأوعية الدموية الهشة للغاية، فالرض المرافق للولادة الباكرة والمتغيرات الأولية لحياة الخداجة قد تؤدي إلى حدوث النزف من هذه الشعريات الصغيرة في الضفائر المشيمية، وهذا هو النزف من الدرجة الأولى، حيث لا يؤدي إلى أي مشاكل،

وإذا حدث المزيد من النزف فإن ذلك سيسمح بتسرب كمية أكبر من الدم إلى داخل البطين، ويدعى ذلك بالنزف من الدرجة الثانية. ولا يمثل النزف من الدرجتين الأولى أو الثانية مشكلة لدى الرضع، وهو يتحسن في النهاية دون أي معالجة، ولكن إذا كانت هناك كمية أكبر من النزف فإن البطين سيكبر ويضغط على النسيج الدماغي المجاور، وهذا هو النزف من الدرجة الثالثة. والذي قد يؤدي إلى مشاكل أخرى مثل استسقاء الدماغ (وجود السوائل في الدماغ – انظري صفحة رقم ٤٠٧) أو الأذية الدماغية الصغرى التي تؤدي إلى صعوبات التعلم لاحقاً خلال الطفولة. ويعتبر النزف من الدرجة الرابعة أقل شيوعاً بكثير، وهو يحدث حين يتسرب الدم من البطين المتوسع إلى النسيج الدماغي المحيطي به، وهو أسوأ أنواع الـIVH ،حيث يحتمل كثيراً أن يؤدي إلى الأذية الدماغية.

ما مدى شيوع النزف داخل البطينات؟

لقد أدى تحسن الرعاية بالخدج خلال السنين إلى انخفاض نسبة حدوث الـIVH. ويعاني حوالي ٢٠-٣٠٪ من الخدج الذين يقل وزنهم عن ١٥٠٠ جم من درجة أو أخرى من الـIVH، وفي حوالي ٥٪ من هؤلاء الخدج سيكون النزف من الدرجة الثالثة أو الرابعة، وتكون نسبة الـIVH من الدرجتين الثالثة أو الرابعة في حوالي ١٦٪ من الخدج الذين يولدون بعمر قبل ٢٥ أسبوعاً حملياً، وتصبح هذه النسبة ٢٪ فقط في الخدج المولودين بعد الأسبوع ٢٥ من الحمل. وتحدث حوالي ٥٠٪ من النزوف الدماغية خلال أول ٦-١٢ ساعة من الحياة، كما تحدث حوالي ٩٠٪ منها في الأيام الثلاثة الأولى من الحياة.

كيف يعالج النزف داخل البطينات؟

إن المعالجة الرئيسة للنزف داخل البطينات هي الوقاية، والكثير من الأدوية التي تستخدم لمعالجة المخاض المبكر تؤدي أيضاً إلى نقص نسبة IVH لدى الخدج. فبما أن ارتفاع التوتر الشرياني يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة بـ IVH ؛فإن فريق وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة سيعمل ما بوسعه لتجنب التموجات الكبيرة في الضغط الشرياني لدى الطفل أو في شوارد الدم خلال الأيام الأولى بعد الولادة، فإعطاء المركنات للخدج المتهيجين هي إستراتيجية أخرى للوقاية من IVH.

خلال أول ٧-١٠ أيام تقوم معظم وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة بالبحث عن الـIVH لدى جميع الخدج الذين يقل وزنهم عن ١٥٠٠ جم بواسطة تصوير الدماغ بالأمواج فوق الصوتية، ويمكن كذلك تحري هذه الحالة في جميع المواليد الأكبر عمراً الذين تكون حالتهم سيئة للغاية، وهذا الاختبار بسيط وغير باضع (ستكون لديك فكرة عن التصوير بالأمواج فوق الصوتية منذ الحمل). وغالباً أن الطفل سيبقى نائماً خلال فترة الفحص.

إذا اكتشف نزف دماغي لدى الطفل فلا توجد معالجة معينة لإيقافه. ولحسن الحظ، فإن معظم هذه النزوف تتوقف سريعاً لوحدها دون أن تؤدي إلى أي مشاكل. أما النزوف الأكبر فهي يمكن أن تؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل البطينات، وقد تؤدي إلى مشاكل أخرى مثل فقر الدم، والاختلاجات، وانقطاع التنفس، وتباطؤ القلب، واستسقاء الدماغ، ويمكن استخدام أدوية ومعالجات أخرى للتعامل مع هذه الاختلاطات.

حتى إذا كان هناك نزف كبير داخل البطينات الدماغية فهو في النهاية سيتوقف بشكل عفوي، ومع امتصاص الكمية الزائدة من السوائل يتراجع التورم في البطينات

دون أن يؤدي إلى أي مشاكل على المدى الطويل. أما النزوف الأوسع فهي قد تؤثر على وظيفة الدماغ؛ مما يؤدي إلى تراجع السمع، والبصر، والقوة، والتنسيق، وقد يؤدي ذلك إلى صعوبات في التعلم.

الاستسقاء الدماغي

إن المعنى الحرفي لاستسقاء الدماغ هو «وجود المياه في الرأس»، وهذا الماء هو في الواقع السائل الدماغي الشوكي، حيث يقوم الدماغ بإنتاج السائل الدماغي الشوكي بشكل مستمر، والذي يدور بعد ذلك عبر البطينات (الأجواف الموجودة داخل الدماغ)، والنخاع الشوكي، وسطح الدماغ. وفي النهاية، يمتص هذا السائل إلى الدوران، فوجود أي اضطراب في إنتاج هذا السائل أو امتصاصه أو حدوث أي انسداد في طريقه ستؤدي إلى تراكم السائل داخل البطيناتـ وتحدث هذه الحالة ببطء شديد، حيث تؤدي إلى ضخامة البطينات؛ فيجب على رأس الطفل أن ينمو ليتسع للكمية الإضافية من السائل، وإذا نما الرأس بسرعة كبيرة جداً فإن هذه ستشكل العلامة الأولى لاستسقاء الدماغ، وتؤدي البطينات المتوسعة إلى الضغط على النسيج الدماغي المجاور، الأمر الذي يؤدي إلى مجموعة من الأعراض مثل انقطاع التنفس، أو التهيج، أو النعاس.

لماذا يحدث الاستسقاء الدماغي؟

ينجم حوالي ثلث حالات الاستسقاء الدماغي لدى الخدج عن الحالات الوراثية التي يكون فيها التقاء القناة المائية الواصلة بين البطينات ضيقاً للغاية؛ مما يؤدي إلى تراكم السائل وارتفاع الضغط داخل البطينات، ولكن الأشيع من ذلك أن يحدث الاستسقاء الدماغي بسبب النزف داخل البطينات (انظري الصفحة رقم ٤٠٧) أو أذيات الدماغ الأخرى عند حديثي الولادة.

كيف يشخص الاستسقاء الدماغي؟

إن العلامة الأولى للاستسقاء الدماغي هي عادة نمو رأس الطفل بسرعة كبيرة للغاية، وقد لا يظهر هذا النمو إلا بعد عدة أشهر من مجيء الطفل إلى المنزل من وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، وحين يكون الطفل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة سيتم قياس محيط الرأس لديه مع تمثيل القياسات على مخطط خاص للنمو (انظري النموذج في الصفحة رقم ٤٣١). وإذا كان رأس الطفل ينمو بسرعة كبيرة فقد يطلب الطبيب تصويراً بالأمواج فوق الصوتية للتأكد من حجم البطينات. وكما بالنسبة للتصوير بالأمواج فوق الصوتية الذي خضعت له خلال الحمل، فإن هذا الاختبار سريع وغير مؤلم، وإذا أظهر التصوير أن الطفل يعاني من الاستسقاء الدماغي؛ فإن الطبيب ربما يلجأ إلى التصوير بالرنين المغناطيسي للحصول على المزيد من المعلومات حول مكان الانسداد.

كيف يعالج الاستسقاء الدماغي؟

إذا كان الاستسقاء الدماغي خفيفاً ولم يظهر الطفل أي أعراض؛ فإن المشكلة قد تتحسن عفوياً خلال بضعة أشهر، وقد يقرر الطبيب ببساطة أن يراقب نمو رأس الطفل ويكرر التصوير بالأمواج فوق الصوتية للتأكد من عدم تدهور المشكلة.

إذا استمر الاستسقاء الدماغي بالتدهور فقد تكون المعالجة ضرورية، وإذا كان السبب هو الإنتاج الزائد للسوائل فيمكن استخدام الأدوية لإنقاص إنتاج السائل الشوكي، وإذا كان هناك أي انسداد في هذه الجملة فإن الكمية الزائدة من السوائل يمكن أن تصرف إلى البطن من خلال الصارفة البطينة البريتوانة، ويقوم استشاري الجراحة العصبية بوضع إحدى نهايتي أنبوب دقيق داخل البطين المتوسع. أما النهاية الأخرى للأنبوب فهي توضع في بطن الطفل ،حيث يعاد امتصاص السائل الزائد. وبين

هاتين النقطتين يزرع الأنبوب تحت جلد الطفل حيث يكون بالكاد مرئياً، وقد يبدو إدخال هذا الأنبوب صعباً، ولكنه يشكل أحد أسهل الإجراءات التي يمكن لاستشاري الجراحة العصبية المتمرس أن يقوم بها. ومع نمو الطفل فقد يحتاج أحياناً لاستبدال الأنبوب لأنه ببساطة ينمو، وقد يحتاج الطفل إلى تغيير الأنبوب بمعدل ٢-٣ مرات خلال فترة الطفولة.

تأثيرات الاستسقاء الدماغي والصارفة البطينية البريتوانية على المدى الطويل

إن معظم الأطفال الذين يعانون من الاستسقاء الدماغي، مع أو بدون الصرفة، ينمون ويبدون وظيفة دماغية طبيعية، ولكن في بعض الرضع يؤدي الاستسقاء الدماغي مع المشاكل الطبية الأخرى المرافقة إلى تحديات تطورية. وقد يكون هؤلاء الأطفال أبطأ قليلاً في تحقيق الخطوات التطورية مثل المشي والكلام. وقد يحتاج هؤلاء إلى بعض الخدمات التثقيفية والمعالجة الفيزيائية خلال فترة الطفولة لمساعدتهم على الوصول إلى قدراتهم الكاملة. ومن المهم أن يراقب تطور الطفل عن كثب بحيث يمكن تشخيص أية مشكلة ومعالجتها باكراً (للحصول على المزيد من المعلومات حول قضاء السنة الأولى في المنزل وبرامج التدخل المبكر انظري الصفحة رقم ٣٤٣).

الرعاية المنزلية بالطفل الذي لديه الصارفة البطينية البريتوانية

إذا كان لدى طفلك صارفة فتأكدي من معرفتك لكيفية عمله. سيريك الطبيب عينة من هذا الأنبوب ويشرح لك أجزاءه المختلفة، وتأكدي من معرفة فيما إذا كان هناك صمام تشغيل/إيقاف؛ لأنه قد يتوقف دون أن تشعري بذلك. احتفظي باسم الصارفة ونموذجه في السجلات الطبية للطفل، وعليك فوق كل شيء أن تكوني عالمة بعلامات اضطراب وظيفة الصارفة. تكون الصارفة البطيني البريتواني مضموناً عادة، ولكن وظيفته قد تضطرب أحياناً بما يسمح بتصاعد الضغط في الرأس من جديد،

وينجم ذلك عادة عن الانسداد أو الخمج، وقد ينسد تدفق السائل عبر الصارفة بشكل كامل أو جزئي بفعل الدم، أو النسج، أو الجراثيم، أو انثناء الأنبوب، وحسب توضع الانسداد فقد يحتاج الطفل إلى استبدال جزء من الصارفة أو كاملها.

علامات الالتهاب في الصارفة

ينجم الالتهاب في الصارفة عادة عن الجراثيم الموجودة في الجسم بشكل طبيعي، فالطفل لن يصاب بالعدوى إلاّ إذا حدث تماس مع طفل آخر يعاني من المرض، وتحتاج معالجة الالتهاب في الصارفة عادة إلى إعطاء المضادات الحيوية بالطريق الوريدي أو استبدال الصارفة المصابة بالخمج، وإذا تطورت لدى طفلك أي حمى دون سبب واضح (مثل السعال، أو البرد، أو التهاب البلعوم، أو أخماج الأذن) فيجب استشارة استشاري الجراحة العصبية لتحديد فيما إذا كان من الواجب تحري الخمج في الصارفة، وكلما أعطي طفلك معالجة ضد أي مرض فلا تنسي أن تذكري طبيب الأطفال الخاص به أن لديه صارفةً.

علامات انسداد الصارفة البطينية البريتوانية

إن ارتفاع الضغط داخل الرأس الناجم عن اضطراب وظيفة الصارفة قد يؤدي إلى الأذية الدماغية، ومن المهم أن نتعرف باكراً على علامات الانسداد:

- تبارز اليافوخ (البقعة الطرية في قمة الرأس).
- تورم الأوردة المرئية أو زيادتها في فروة الرأس.
- احمرار أو تورم الجلد على طول خط الصارفة.
- النعاس أو التهيج غير المفسر.
- الاختلاجات.
- الإقياءات المتواصلة.

obeikandl.com

- الصداع، أو اضطراب البصر، أو صعوبة التركيز في الأطفال الأكبر عمراً، وقد تلاحظين كذلك تبدلات في السلوك، أو التنسيق، أو التوازن، أو النوم، أو أداء الطفل في المدرسة.

الشلل الدماغي

ينجم الشلل الدماغي عن أذية الدماغ قبل الولادة أو أثناءها، حيث لا تعمل الأعصاب والعضلات المرتبطة بالجزء من الدماغ المصاب بالأذية بشكل جيد، وقد يكون الشلل الدماغي خفيفاً وبالكاد ملحوظاً، ولكن قد يكون هناك ضعف شديد في الذراعين، أو الساقين، أو العضلات الوجهية بحيث يتعارض مع المشي أو الفعاليات الطبيعية الأخرى. ولا يحدث الشلل الدماغي، أبداً تقريباً في حالات الخداج الخفيف أو المتوسط، ولكن الأطفال الذين لديهم خداج شديد يبدون نسبة بسيطة لحدوث الشلل الدماغي، وقد أظهرت الدراسات أن الأطفال المولودين بوزن أقل من ١٠٠٠ جم يبدون نسبة تبلغ حوالي ١٠٪ في تطور درجات مختلفة من الشلل الدماغي. وتكون نسبة الشلل الدماغي لدى صغار الخدج (أصغر من ٢٦ أسبوعاً حملياً عند الولادة والوزن أقل من ٧٥٠ جم ٢٠٪ فقط.

من الصعب كشف حالات الشلل الدماغي في الأشهر الأولى من الحياة، وهو يصبح أكثر وضوحاً مع نمو الطفل، حيث لا يحقق الخطوات التطورية المفترضة في التطور الحركي، أو أن عضلات الذراعين والساقين تصبح أقسى بشكل واضح. وفي بعض الأحيان، تكون الحالة خفيفة للغاية بحيث لا تشخص إلا بعد عدة سنوات. ويكون الوالدان أو طبيب الأطفال عادة أول من يشتبه بالشلل الدماغي، ويتم تأكيد

التشخيص من قبل طبيب الأمراض العصبية، أما المعالجة فتتم من قبل المعالج المهني لمساعدة الطفل على التغلب على أي مصاعب.

الفتوق

يعتبر الصبيان الخدج أكثر عرضة لتطور الفتوق مقارنة بالأطفال المولودين في تمام الحمل، حيث تنزل الخصيتان من داخل البطن إلى الصفن في الأسبوع ٣٢ للحمل تقريباً عبر نفق صغير في عضلات البطن، ويؤدي الضغط في بطن الطفل أيضاً إلى دفع السوائل وجزء من الأمعاء إلى هذا النفق؛ ويؤدي ذلك إلى انتفاخ الصفن، فإذا بقي الطفل في الرحم لفترة كافية من الزمن؛ فلن يحدث لديه هذا الضغط في البطن؛ وبالتالي فإن الفتوق نادرة في الأطفال المولودين في تمام الحمل، وقد تحدث الفتوق كذلك لدى الخديجات الإناث، رغم أن نسبتها أقل من أقرانهن من الذكور، حيث يشاهد لدى الإناث انتفاخ في جهة الفتق، وقد يظهر الفتق خلال فترة وجود الطفل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، ولكنه عادة ما يظهر بعد تخريج الطفل إلى المنزل فإذا شاهدت أي انتفاخ فلا تخافي، وكل ما عليك فعله هو أن تريه للطبيب في الزيارة التالية (أو مباشرة إذا وجدت أنه يؤلم الطفل). ويحتاج إصلاح الفتق الإربي إلى عملية جراحية صغرى حين يصبح عمر الطفل حوالي ستة أشهر.

هناك نوع آخر من الفتوق التي تصيب البطن لدى الطفل وهو فتق السرة. فقد تلاحظين أن سرة الطفل تنتفخ للخارج مثل البالون حين يبكي، حيث لا تكون عضلات البطن لدى الطفل قد تطورت بشكل جيد حول السرة، وإن زيادة الضغط داخل البطن التي تحدث خلال البكاء ستؤدي إلى دفع محتويات البطن على جدار البطن، وتزول جميع هذه الفتوق تقريباً لوحدها، ولكن ذلك قد يحتاج إلى بضع

سنوات، وإذا كان لا يزال هناك انتفاخ في السرة بعد السنة الخامسة من العمر؛ فيمكن تصحيح المشكلة من خلال تداخل جراحي بسيط.

بقاء القناة الشريانية (PDA)

حين يكون الطفل داخل الرحم فهو يتلقى الأوكسجين من أمه عبر المشيمة. وبما أنه لا توجد حاجة للدم للذهاب إلى الرئة للحصول على الأوكسجين؛ فإن الدم يتجاوز الرئة من خلال وعاء دموي يدعى بالقناة الشريانية (والتي تدعى أحياناً بالقناة فقط). ففي الأيام الأولى التالية لولادة الطفل تنغلق القناة الشريانية لوحدها؛ مما يسمح للدم بالتدفق عبر الرئتين لالتقاط الأوكسجين، ثم يعود إلى القلب ليخرج بعدها من الجسم.

تميل هذه القناة لأن تبقى مفتوحة في الخدج، ويستمر بعض الدم بتجاوز الرئتين ليعود إلى الجسم دون أن يحصل على الأوكسجين الأساسي. ويدعى ذلك ببقاء القناة الشريانية، وهي مشكلة شائعة في الخدج الصغار جداً، حيث تحدث في حوالي ٤٥٪ من الرضع الذين تقل أوزانهم عن ١٧٥٠ جم وفي حوالي ٨٠٪ من الرضع الذين يقل وزنهم عن ١٠٠٠ جم. خلال الأيام القليلة الأولى من الحياة قد يحتاج الطفل الذي يعاني من بقاء القناة الشريانية إلى كمية من الأوكسجين أكبر بقليل مما هو معتاد (والذي ربما سيحتاج إليها لو لم يكن يعاني من هذه المشكلة؛ نظراً لأن الرئتين غير ناضجتين)، ولكن القناة الشريانية لا تؤثر على وظيفة القلب والرئتين بشكل كبير. ولكن خلال الأيام أو الأسابيع القليلة التالية يمكن لهذا التدفق الدموي الإضافي أن يؤدي إلى إجهاد القلب والرئتين. وإذا سمح لذلك بالاستمرار فإن القلب قد يصاب بالإنهاك؛ مما يؤدي إلى حالة تدعى بقصور القلب الاحتقاني. وقد تؤدي القناة

الشريانية المفتوحة كذلك إلى وذمة الرئة، والتي يتسرب فيها السائل من الدم إلى أنسجة الرئتين، مما يجعل تنفس الطفل أكثر صعوبة.

وتعتمد شدة المشاكل الناجمة عن بقاء القناة الشريانية على كمية الدم الذي يعبر من خلالها، ولا تؤدي القناة الصغيرة إلى مشاكل مهمة وقد تنغلق لوحدها في النهاية، أما الفتحة الكبيرة فهي ربما تبقى وتحتاج إلى المعالجة قبل أن تؤدي إلى مشاكل خطيرة.

كيف تعالج القناة الشريانية المفتوحة؟

إذا اشتبه الطبيب بأن الطفل يعاني من بقاء القناة الشريانية، فيمكن تأكيد التشخيص من خلال تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية (الإيكو). وهذا الاختبار غير مؤلم ويجرى عادة حين يكون الطفل نائماً، ويمكن معالجة القناة الصغيرة بسهولة بواسطة دواء مشابه للأسبرين يدعى بالإندوميتاسين، ويساعد ذلك على انغلاق القناة بعد جرعة واحدة أو اثنتين، وقد يقوم الطبيب كذلك بإنقاص الوارد من السوائل لدى الطفل وإعطائه المدرات للتخلص من السوائل الزائدة؛ ويؤدي ذلك إلى تخفيف الجهد الذي يقوم به القلب ويقي من قصور القلب. فإذا لم يعمل الإندوميتاسين أو إذا لم يمكن استخدام الدواء بسبب مشاكل طبية فقد تحتاج القناة إلى الإغلاق الجراحي، حيث يقوم الجراح بربط القناة عبر شق صغير في صدر الطفل، وتستغرق العملية حوالي ساعة واحدة. ورغم أن خضوع الرضيع لتداخل جراحي قد يكون مخيفاً للوالدين، إلا أن عليك أن تعرفي أن الجراحة تشكل إجراءً روتينياً سليماً للغاية، وعند إغلاق القناة لا يوجد أي تأثيرات مقلقة على المدى الطويل.

الاختلاجات

الاختلاجات هي حركات انفتالية أو تشنجات عضلية لا إرادية في الوجه أو الأطراف، وهي من المشاكل غير النادرة لدى الخدج، وهناك الكثير من المشاكل الطبية التي يمكن أن تؤدي إلى تحريض الاختلاجات، ولكن بعض الخدج سيعانون من الاختلاجات دون أي سبب ظاهر، فيما عدا أن الجهاز العصبي غير ناضج. وإذا حدثت لدى الطفل نوبة اختلاج واحدة أو أكثر فسيقوم الطاقم الطبي بإجراء عدد من الاختبارات للبحث عن السبب. وفيما يلي أشيع الأسباب المؤدية للاختلاجات:

- *نقص سكر الدم:* يمكن تحري هذه الحالة بسهولة من خلال إجراء اختبار دموي سريع.
- *اضطراب المعادن في الدم:* يحدد فحص الدم لمعايرة الكالسيوم، والمغنزيوم، والصوديوم، والمعادن الأخرى فيما إذا كانت هي المسؤولة عن حدوث الاختلاجات.
- *الالتهابات:* تؤدي الالتهابات الدموية أو الدماغية إلى تحريض الاختلاجات، وإذا اشتبه الطبيب بالخمج فسيقوم بطلب الفحوص الدموية وقد يجري البزل القطني.
- *النزف داخل الدماغ:* يحدث ذلك في الخدج الصغار، ويمكن تقييمه من خلال تصوير الدماغ بالأمواج فوق الصوتية (انظري النزف داخل الدماغ في الصفحة رقم ٤١١).

وبالإضافة إلى البحث عن سبب الاختلاجات، فإن الطبيب قد يطلب كذلك إجراء تخطيط الدماغ الكهربائي؛ لتحديد نمط الفعالية الاختلاجية التي تحدث داخل الدماغ، حيث يتم وصل أسلاك المراقبة إلى فروة رأس الطفل وتقاس الفعالية

الكهربائية في الدماغ. ويظهر تخطيط الدماغ الكهربائي فيما إذا كان أي جزء من الدماغ يبدي فرطاً في الفعالية الكهربائية يؤدي إلى تحريض الاختلاجات.

هناك نمطان مختلفان من الاختلاجات: الحالات الناجمة عن الأسباب الطبية (مثل تلك المذكورة أعلاه)، وتلك التي لا تمتلك أي سبب قابل للكشف، وإذا أمكن العثور على السبب الطبي سريعاً ومعالجته فستزول نوبة الاختلاج عادة دون الحاجة لأدوية الاختلاجات أو باستعمال جرعات صغيرة منها، ولكن إذا لم يتمكن الطبيب من العثور على السبب واستمرت الاختلاجات بالحدوث فسيعالج الطفل غالباً بدواء يدعى فينوباربيتال، وقد استخدم هذا الدواء لعدة عقود، حيث يعتبر آمناً للغاية. وغالباً سيتجاوز الطفل هذه الاختلاجات خلال السنة الأولى من الحياة.

متلازمة الموت المفاجئ لدى الرضّع (SIDS)

في ضوء الأبحاث الجديدة لم تعد متلازمة الموت المفاجئ عند الرضّع أو SIDS (اختصاراً لـ sudden infant death syndrome) تُعد سحابة غامضة تحلق فوق أسرة الأطفال، وتجعل الأطفال يلفظون أنفاسهم الأخيرة، ونظراً للمفاهيم الجديدة حول طريقة تخفيف نسبة SIDS ؛ فإن هذه النسبة قد تراجعت خلال السنوات الأخيرة بحوالي ٥٠٪، وقد أصبح الآباء من خلال فهمهم لـ SIDS قادرين على الأقل على القيام بشيء ما للتخفيف من مخاوفهم وإنقاص نسبة الخطورة. ويبدو أن SIDS ناجمة عن تشارك عدة عوامل: عدم نضج تطور آليات التنظيم القلبي التنفسي، واضطراب قابلية الصحو من النوم استجابة لصعوبات التنفس، والحالات الطبية التي تؤثر على التنفس، وطرق النوم غير الآمنة. وبالتالي؛ فإن الاقتراحات المتعلقة بتخفيف نسبة SIDS تتعامل مع هذه العوامل.

١- وضع الطفل بوضعية الاستلقاء الظهري عند النوم

لقد أدت حملات دعوة الآباء إلى وضع الطفل بوضعية الاستلقاء الظهري عند النوم إلى نقص نسبة SIDS بحوالي ٥٠٪، فالسبب الرئيس لانخفاض هذه النسبة هو أن قابلية إيقاظ الطفل من النوم – وهي آلية وقائية داخلية – تعمل بشكل أفضل حين ينام الطفل على ظهره. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الطفل الذي ينام ووجهه نحو الأسفل قد ينضغط وجهه على الفراش؛ مما يؤدي إلى تشكل جيب من الهواء حول الوجه. وحين يحدث ذلك، فإن الطفل سيقوم بتنفس الهواء الخارج خلال الزفير، والذي يحتوي على كميات قليلة من الأوكسجين.

٢- استخدام بيئة النوم الآمنة

تجنبي وضع الطفل خلال النوم على سطوح غير آمنة، مثل الوسائد التي تتألف حشوتها من حبيبات دقيقة أو المفروشات الوثيرة، فإذا كنت تستخدمين مهداً تأكدي من أن يحقق معايير السلامة لجمعية مصنعي منتجات الأطفال، وإذا كنت تنامين مع طفلك فتأكدي من اتباع نصائح النوم المشترك المذكورة في الصفحة رقم ٣١٤.

٣- ممنوع التدخين لو سمحت!

تظهر الدراسات أن التعرض لدخان السجائر يؤدي إلى زيادة نسبة حدوث SIDS من ٣-٥ أضعاف وذلك حسب مقدار التعرض، وحتى التعرض لمخلفات السجائر يمكن أن يزيد من نسبة حدوث SIDS.

افترضي أنك كنت على وشك الدخول مع طفلك إلى الغرفة وشاهدت الملاحظة التالية على باب الغرفة: *تحذير! تحتوي هذه الغرفة على غازات سامة قد تؤدي إلى حدوث السرطان، والأذية الرئوية، ومتلازمة الموت المفاجئ لدى الخديج، وهي مؤذية بشكل خاص للطرق التنفسية لصغار الرضع.* بالتأكيد فإنك لن تقومي بإدخال طفلك إلى هذه الغرفة، ولكن هذا بالضبط ما يحدث حين يقضي طفلك وقته

في غرفة يتردد إليها المدخنون، حيث يتعارض التدخين مع تطور مراكز التنظيم القلبي التنفسي في دماغ الطفل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن التدخين يؤدي إلى شلل الأهداب، وهي خيوط دقيقة تبطن الطرق الهوائية للرئتين وتنظف الكميات الزائدة من المخاط، والتي يمكن أن تؤثر على تنفس الطفل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأمهات المدخنات يبدين مستويات أدنى من البرولاكتين، وهو الهرمون المسؤول عن تنظيم إنتاج الحليب. وقد يؤدي عوز البرولاكتين إلى نقص إدراك الأم لاحتياجات الطفل واستجابتها له.

٤- الإرضاع الطبيعي

يبدو أن الإرضاع الطبيعي يؤدي إلى نقص نسبة حدوث SIDS بسبب ثلاثة عوامل: الحليب، والطريقة، والأم، فالحليب الطبيعي أكثر لطفاً على الطرق التنفسية الصغيرة؛ نظراً لأنه لا يحتوي على العوامل المؤرجة الموجودة في المستحضرات الصناعية، كما يؤدي الإرضاع الطبيعي إلى نقص القلس المعدي المريئي، والذي قد يؤدي إلى نوب من توقف التنفس، ويبدو أن الإرضاع من الثدي يحسن تنفس الطفل وتنسيق عملية البلع. ومن خلال زيادة الهرمونات الغريزية لدى الأم؛ فإن الإرضاع يؤدي كذلك إلى زيادة إدراك الأم لاحتياجات طفلها، وبخاصة خلال النوم. لقد أظهرت دراسة أجريت في عام ٢٠٠٤ م ونشرت في أرشيف أمراض الطفولة أن قابلية إيقاظ الطفل من النوم – والتي يعتقد بأنها تشكل أهم العوامل التي تنقص من خطورة حدوث SIDS– تكون أكبر لدى الرضع الذين يتلقون الإرضاع الطبيعي مقارنة بأولئك الذين يعطون المستحضرات الصناعية. وفي حين أن الإرضاع الطبيعي لا يدخل عادة في قائمة الممارسات الكبرى التي تنقص من نسبة حدوث SIDS، إلا أنك حين تضعين جميع مزايا الإرضاع الطبيعي معاً فستحصلين على دليل مقنع أن الإرضاع الطبيعي يؤدي إلى زيادة فرصة الرضيع في الحصول على صحة جيدة.

للحصول على المزيد من المعلومات المفصلة والحديثة حول العوامل التي تنقص من خطورة حدوث SIDS انظري الموقع التالي: www.AskDrSears.com/SIDS. وانظري كذلك كتاب: *SIDS: دليل الوالدين لفهم متلازمة الموت المفاجئ عند الرضّع والوقاية منها*، وهو من تأليف وليم سيرز.

في حال وفاة طفلك

حين يتوفى طفل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة فمن الواضح أن كل من العائلة والطاقم الطبي سيشعرون بحزن شديد. حيث يُستثمر قدر كبير من الطاقة الجسدية والعاطفية في العناية بكل خديج. وحين لا تنتهي القصة نهاية سعيدة فإن ذلك يشكل تراجيديا رهيبة، فالعديد من آباء الخدج الذين توفوا قد شاركونا بأفكارهم. وفيما يلي بعض الاقتراحات التي وجدوها مفيدة بشكل خاص خلال هذه الفترة.

كوني مع طفلك واحمليه إذا كان يحتضر

قد تشعرين بأنك لا تستطيعين مشاهدة طفلك وهو يموت، ولكن الآباء الذين مروا بهذه التجربة يقولون بأن ذلك مهم للغاية بالنسبة لهم. وفي الواقع، فإن بعض الآباء قد أخبرونا بأنهم قد انتقدوا أنفسهم لاحقاً لأنهم اختاروا ألا يكونوا مع أطفالهم خلال فترة الاحتضار، فإذا بقيت مع طفلك فعليك أن تحمليه وتريحيه، لأنك تعرفين بأنك قد فعلت ما بوسعك لجعل حياته القصيرة مليئة بالحب. إن السيناريو الشائع هو أنه بعد أسابيع من الرعاية المركزة ذات التقنية العالية مع الكثير من الأجهزة الصاخبة والأنابيب الموصولة إلى الطفل قد أصبح من الواضح أنك خسرت المعركة، وهكذا يوضع قرار سحب الدعم الحياتي، وقد تكون هذه الفترة هادئة مع غياب أصوات الإنذار؛ مما يجعلها مناسبة للوداع. وقد شعر بعض الآباء بنوع من الراحة لمشاهدة الطفل يرقد بسلام

في النهاية منذ أن بدأ يخوض هذا النزاع خلال إقامته في وحدة العناية المركزة.

اجمعي بعض الذكريات عن طفلك

في حين أنك قد تشعرين في البداية بأن الحزن قد أثر عليك بشكل كبير بحيث أن الوقت غير مناسب لجمع بعض أشياء الطفل، إلا أنه من المهم الحصول على كل ما بإمكانك الحصول عليه. وفي النهاية، وربما بعد أسابيع أو أشهر، ستدركين كم تحمل هذه الأشياء من مغزى. تكفي صورة، أو قبعة، أو حيوان صغير قماشي من حاضنة الطفل لإبقاء ذكراه حية. وإذا كنت بحاجة لذلك فبإمكانك أن تطلبي جمع بعض الأشياء من قبل أحد الأصدقاء أو الممرضات. وحتى لو كانت حياة الطفل وجيزة، فإن ذكريات حياته ستبقى إلى الأبد، فالاحتفاظ ببعض الأشياء المحسوسة قد يمتلك أهمية كبيرة لك في المستقبل.

تأكدي من إطلاق اسم على الطفل

حتى لو لم يحيا الطفل لأكثر من بضع ساعات بعد ولادته المبكرة فمن المهم أن يتم إطلاق اسم معين عليه، وسيساعدك ذلك على إعطاء هوية معينة لطفلك، كما سيكون مريحاً لك أن يقوم الآخرون بالإشارة إليه باسمه. يقول د. جيم: «منذ بضعة أشهر انتهى الحمل الثالث لزوجتي بإسقاط متأخر، ومنذ ذلك الوقت وجدنا أن من المنطقي للغاية استخدام اسم الطفل حين نتحدث عنه».

قومي بدعوة أفراد العائلة والأصدقاء إلى الجنازة

رغم أن معظم الأشخاص في حياتك لم تسنح لهم أي فرصة للالتقاء بطفلك، إلا أن وجودهم معك خلال هذه الفترة سيريحك كثيراً، وستكون الجنازة فرصة جيدة لتعريف الآخرين على الحياة التي عاشها طفلك، فتشارك ذكريات حياة طفلك مع بعض الأصدقاء وأفراد العائلة سيساعدك على الاعتراف بما فقدته ويسمح لك بالتعبير عن حزنك بشكل مفتوح وصريح.

ماذا عن تشريح الجثة

قد يطلب منك أحياناً الإذن بإجراء تشريح الجثة، فإذا كنت لا ترغبين بذلك فبإمكانك الرفض، وإذا لم تكوني واثقة فاطلبي الحصول على فرصة للتفكير. وهنا بعض القضايا التي يجب أن تأخذيها بعين الاعتبار قبل اتخاذ القرار. إن فتح الجثة يمكن أن يعطيك بعض الإجابات النوعية حول سبب وفاة الطفل، ويفيدك ذلك في المستقبل لإعطائك شعوراً بالاقتناع. بالإضافة إلى ذلك، فإن المعلومات التي سيتم الحصول عليها من تشريح الجثة قد ساعدت الأطباء على فهم مشاكل الخداج بشكل أفضل، وقد أدت إلى الرعاية بالخدج بشكل أفضل، حيث يشعر الآباء عادة بشكل جيد حيال مساعدة الخدج في المستقبل. إن تشريح الجثة لن يؤدي إلى تشويه طفلك، وبإمكانك إن أردت أن تنظمي جنازة مع فتح التابوت، ويمكن لفتح الجثة أن يجرى كذلك بسرعة كبيرة دون أن يتعارض مع التخطيط للجنازة.

التعامل مع الحزن

الجروح تشفى والحياة تستمر، ولكن الندبات تبقى. ولكي يبقى الحزن منطقياً فستحتاجين للاعتماد على الكثير من مصادر المساعدة سواء الشخصية أو الاختصاصية. وفي حين أنه لا توجد أي صيغة سحرية تناسب الجميع فإن هناك بعض الوسائل المجربة للمرور في هذه المرحلة:

ادخلي في أعماق حزنك ولا تهربي منه

بعد فقد الطفل ينصحك الناس عادة بالبقاء مشغولة، بأن تشغلي نفسك بالعمل، أو أن تنجبي طفلاً آخر سريعاً بهدف الهرب من هذا الحزن بطريقة ما، ولكن ذلك لا ينفع؛ لأن طفلك سيشكل دوماً جزءاً من حياتك، ويجب أن تعترفي بذلك بشكل كامل وإلا فإن الجرح سيكبر خلف الواجهة السليمة، ويعني الحزن المنطقي أن

تلامسي مشاعرك، وأن تحزني بقدر ما تحتاجين، وأن تتعلمي الحياة مع الذكريات التي لا تزال حية في منزلك.

اعتني بنفسك جيداً

تذكري أن الحزن يؤثر على العقل والجسم. فقد لا ترغبين بتناول الطعام، أو الشرب، أو ممارسة الرياضة، ولكنك بحاجة لذلك؛ فتأكدي من شرب كميات كبيرة من السوائل لحماية نفسك من التجفاف، ذلك لأن التجفاف يفاقم الاكتئاب، وقد تحتاجين لإجبار نفسك على الدخول في روتين معين لممارسة التمارين الرياضية، ربما المشي لمدة نصف ساعة في الصباح؛ فالرياضة تساعد على تحسين مزاجك اليومي، حيث يؤدي الاكتئاب إلى نقص الشهية، ولكن مسؤولية تغذية نفسك ستقع على عاتقك.

عبري عن حزنك

استخدمي مواهبك للتعامل مع الحزن، فإذا كانت لديك موهبة موسيقية فقومي بتأليف الأغاني، وإذا كانت لديك قدرة على الكتابة فألفي القصائد؛ فالشعر قد يمتلك تأثيرات علاجية كبيرة على الكاتب والمستمع، وبخاصة خلال الأوقات العصيبة أو في الأيام الخاصة، حين يكون من الأكثر صعوبة التعامل مع الحزن.

اطلبي المساعدة

اطلبي الحصول على المساعدة من الأصدقاء وأفراد العائلة، أو احصلي على المساعدة الاختصاصية إذا كنت تحتاجين لها، وتتوفر مجموعة خاصة للدعم، وربما يكون لدى طاقم وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة بعض الاتصالات المحلية لأجلك. وهناك عدد من الكتب المخصصة للتعامل مع فقدان الطفل، ومن هذه الكتب: *مهدٌ خال، قلبٌ منفطر: تجاوز فقدان الطفل*، من تأليف ديبورا دينيس. ومن المصادر الأخرى نذكر مجموعة الدعم لفقدان الحمل والطفل. زوري الموقع الإلكتروني الخاص بها: www.nationalshareoffice.com.

الملحق الأول: جدول تحويل الوزن

الوزن بالجرامات (ج)	الوزن بالباوندات والأونصات
٦٨٠ ج	١ رطل و ٨ أوقيات
٧٣٧ ج	١ رطل و ١٠ أوقيات
٧٩٤ ج	١ رطل و ١٢ أوقية
٨٥١ ج	١ رطل و ١٤ أوقية
٩٠٧ ج	٢ رطل
٩٦٤ ج	٢ رطل و أوقيتان
١ كجم ١٠٢١ ج	٢ رطل و ٤ أوقيات
١٠٧٧ ج	٢ رطل و ٦ أوقيات
١١٣٤ ج	٢ رطل و ٨ أوقيات
١١٩١ ج	٢ رطل و ١٠ أوقيات
١٢٤٧ ج	٢ رطل و ١٢ أوقية
١٣٠٤ ج	٢ رطل و ١٤ أوقية
١٣٦١ ج	٣ أرطل
١٤١٨ ج	٣ أرطل و أوقيتان
١٤٧٤ ج	٣ أرطل و ٤ أوقيات
١٥٣١ ج	٣ أرطل و ٦ أوقيات

الوزن بالجرامات (ج)	الوزن بالباوندات والأونصات
١٥٨٨ ج	٣ أرطل و ٨ أوقيات
١٦٤٤ ج	٣ أرطل و ١٠ أوقيات
١٧٠١ ج	٣ أرطل و ١٢ أوقية
١٧٥٨ ج	٣ أرطل و ١٤ أوقية
١٨١٤ غ	٤ أرطل
١٨٧١ ج	٤ أرطل و أوقيتان
١٩٢٨ ج	٤ أرطل و ٤ أوقيات
١٩٨٥ ج	٤ أرطل و ٦ أوقيات
٢ كجم٢٠٤١ ج	٤ أرطل و ٨ أوقيات
٢٠٩٨ ج	٤ أرطل و ١٠ أوقيات
٢١٥٥ ج	٤ أرطل و ١٢ أوقية
٢٢١١ ج	٤ أرطل و ١٤ أوقية
٢٢٦٨ ج	٥ أرطل
٢٣٢٥ ج	٥ أرطل و أوقيتان
٢٣٨١ ج	٥ أرطل و ٤ أوقيات
٢٤٣٨ ج	٥ أرطل و ٦ أوقيات
٢٥٠٠ ج	٥ أرطل و ٨ أوقيات

openkandil.com

الملحق الثاني: المصادر بعد الخروج من المستشفى

حين يتم تخريج طفلك من المستشفى فسيتم إعطاؤك بعض المواعيد للمتابعة مع عدة استشاريين طبيين. كما سيتم إعطاؤك عدة أرقام هاتفية مفيدة مثل شركة المعدات الطبية المنزلية، المصادر الاجتماعية للأطفال الخدج، وعيادات المتابعة في المستشفى. وعوضاً عن محاولة تتبع جميع هذه المواعيد والأرقام الهاتفية فبإمكانك تسجيل كل ما تحتاجينه لمتابعة طفلك في هذا المكان.

تعليمات وأدوية الخروج

obeikandl.com

الأرقام والمواعيد

وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة:

(في حال وجود أي تساؤلات لديك عند العودة إلى المنزل – وسيكون!)

اسم الممرضة الرئيسة _____ رقم الهاتف_____

اسم طبيب الأطفال _____ رقم الهاتف _____

موعد المتابعة _____

اسم الاستشاري_____ رقم الهاتف _____

موعد المتابعة _____

اسم استشارية الإرضاع _____رقم الهاتف _____

موعد المتابعة _____

اسم شركة جهاز مراقبة انقطاع التنفس _____

رقم الهاتف. _____

موعد المتابعة _____

اسم شركة أخرى للأجهزة الصحية المنزلية _____

رقم الهاتف _____

اختصاصيون آخرون بالرعاية الطبية (الأمراض العصبية، الجراحة العصبية، الأمراض القلبية، الأمراض الهضمية، ... إلخ)

الاسم_____الاختصاص _____

رقم الهاتف _____ الموعد _____

openkandil.com

الاسم _____ الاختصاص _____

رقم الهاتف _____ الموعد _____

الاسم_____ الاختصاص _____

رقم الهاتف _____ الموعد _____

برنامج التدخل المبكر_____ الاسم _____

رقم الهاتف _____ الموعد _____

مصادر أخرى

الاسم_____ رقم الهاتف _____

الاسم _____ رقم الهاتف _____

obeikandl.com

obeikandl.com

الملحق الثالث: التمثيل البياني لنمو الطفل في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة

تشاهدين في الصفحة رقم ٤٣١ مخطط النمو النموذجي لدى الخدج، فبإمكانك تتبع وزن الجسم، وطوله، ومحيط الرأس عند نموه خلال الأسابيع والأشهر. ابدئي بتمثيل هذه القياسات منذ تاريخ الولادة. فعلى سبيل المثال إذا ولد الطفل بعمر ٣٠ أسبوعاً حملياً فقومي بتسجيل قياسات الطفل على خط الأسبوع ٣٠ واستمري أسبوعياً بدءاً من هذه النقطة، وستقوم الممرضة بتمثيل هذه القياسات على مخطط مماثل في ملفات الطفل. اطلبي من الممرضة أن تريك أين تسجل هذه المعلومات بحيث يمكنك العودة إليها.

كيف يبدو حجم طفلك مقارنة مع الأطفال الآخرين؟ نستخدم ثلاثة مصطلحات لوصف حجم الطفل.

مناسب للعمر الحملي

يعني ذلك أن وزن الطفل مشابه لمعظم الأطفال المولودين في نفس العمر الحملي. فعلى سبيل المثال، وحسب المخطط البياني، فإن الخديج الذي يبلغ عمره ٣٢ أسبوعاً يزن في الحالات النموذجية بين ١٣٠٠ و٢١٠٠ جراماً. وبالتالي؛ فإن أي خديج يبلغ من العمر ٣٢ أسبوعاً ويقع وزنه في هذا المجال يعتبر ضمن الحدود الطبيعية.

obeikandl.com

صغير بالنسبة للعمر الحملي

إذا كان وزن الطفل أقل من منحني النمو عند الولادة فهو يُعد صغيراً بالنسبة لعمره الحملي. فعلى سبيل المثال إذا كان عمر الطفل ٣٢ أسبوعاً حملياً، وكان وزنه ١٢٠٠ جم أو أقل عند الولادة فهو يعتبر صغيراً بالنسبة للعمر الحملي.

كبير بالنسبة للعمر الحملي

إذا كان وزن الخديج فوق منحني النمو عند الولادة، فهو يعتبر كبيراً بالنسبة للعمر الحملي. فعلى سبيل المثال، إذا كان عمر الخديج يبلغ ٣٢ أسبوعاً، وكان يزن أكثر من ٢٢٠٠ جم عند الولادة فسيكون أكبر مما هو متوقع. وقد يعني ذلك أن الطفل قد يعاني من مشاكل أقل كخديج، وأنه سيغادر وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة قبل المتوقع، ولكن لا يمكن في وحدة العناية المركزة عند الرضع التنبؤ بأي شيء.

النسبة المئوية

مع نمو طفلك ستلاحظين أنه ينمو وفق خط معين من المئوية، وهذا الخط يقارن بين حجم طفلك وحجم الأطفال الآخرين في كل أسبوع حملي. فعلى سبيل المثال ،إذا كان عمر الخديج ٣٢ أسبوعاً وكان طوله ٤٤ سم، فهو يقع على الخط المئوي ٧٥. ويعني ذلك أنه أطول من ٧٥٪ من الخدج الآخرين الذين يبلغ عمرهم ٣٢ أسبوعاً.

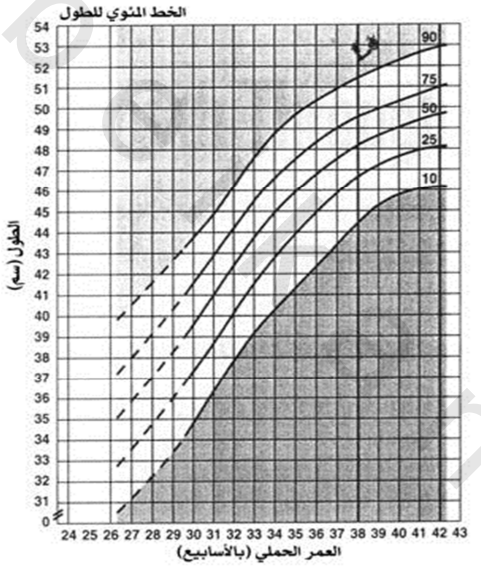
إن تحديد الخط المئوي في أسبوع معين ليس أمراً مهماً. وما يبحث عنه أعضاء الطاقم الطبي هو نزعة النمو لدى الطفل خلال بضعة أسابيع وأشهر. فهم يريدون أن يتأكدوا من أن وزن الطفل، وطوله، ومحيط الرأس تتزايد بشكل ثابت ومستمر. أما النمو الزائد أو القليل في أي من هذه المناطق فقد يشير إلى مشكلة غذائية أو طبية تحتاج إلى العناية النوعية.

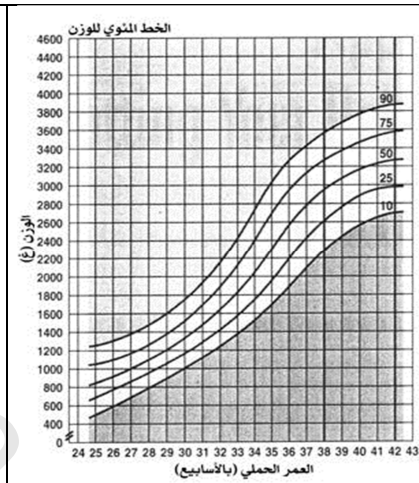
تصنيف حديثي الولادة (من الجنسين) حسب النمو داخل الرحم والعمر الحملي

العمر الحملي (حسب الفحص) _____ **تاريخ الفحص** _____

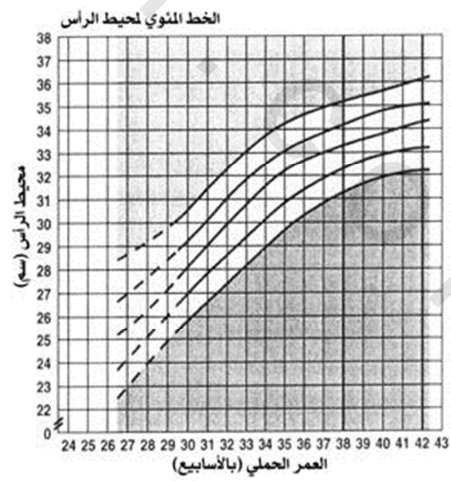
الطول _____

العمر الحملي (حسب الفحص) _____ **وزن الولادة** _____ **محيط الرأس** _____





التاريخ	العمر الحملي بالأسابيع	الطول (سم)	الوزن (جرام)	محيط الرأس (سم)



obeikandl.com

الملحق الرابع: التمثيل البياني لنمو الطفل خلال السنة الأولى

تجدين في الصفحة رقم ٤٣٥ مخطط النمو الخاص بالفتيات بدءاً من النمو وحتى عمر ٣٦ شهراً، وهو نفس المخطط الذي سيستخدمه طبيب الأطفال لتمثيل مخطط نمو طفلك خلال زيارات المتابعة المنتظمة، وقد أضفنا بعض النقاط لكي نريك كيف يتم ذلك بالنسبة لرضيع ولد قبل ٣ أشهر من موعده المفترض (٢٨ أسبوعاً):

• حين يكون العمر الزمني لطفلك شهران فربما يبلغ وزنه ٣ كجم، ويمثل الطبيب ذلك على خط الشهر الثاني. لاحظي أن هذا الوزن أقل بكثير من منحني النمو الطبيعي للأطفال في تمام الحمل، ولكن إذا اعتبرنا أن العمر الحملي المصحح للطفل يبلغ في الواقع ٣٦ أسبوعاً (شهر واحد قبل التاريخ المتوقع للولادة في تمام الحمل) فإن الطفل سيكون في الواقع متوسط الوزن، فالسهم الذي يشير إلى الخلف بمقدار ٣ أشهر يشير إلى هذا التعديل.

• حين يكون العمر الزمني لطفلك ٤ أشهر فربما يبلغ وزنه ٤كجم، ولا يزال ذلك تحت خط النمو الطبيعي، وعند تصحيح ٣ أشهر من الخداج فإن العمر الحملي المصحح للطفل سيبلغ شهراً واحداً. ومقارنة مع الأطفال الذين يبلغ عمرهم شهر واحد في تمام الحمل فإن الوزن سيقع على الخط المئوي الخمسين، ويعني ذلك أن

الطفل يزن أكثر من ٥٠٪ من الأطفال الذين يبلغ عمرهم شهراً واحداً، وهذا هو الوزن الوسطي.

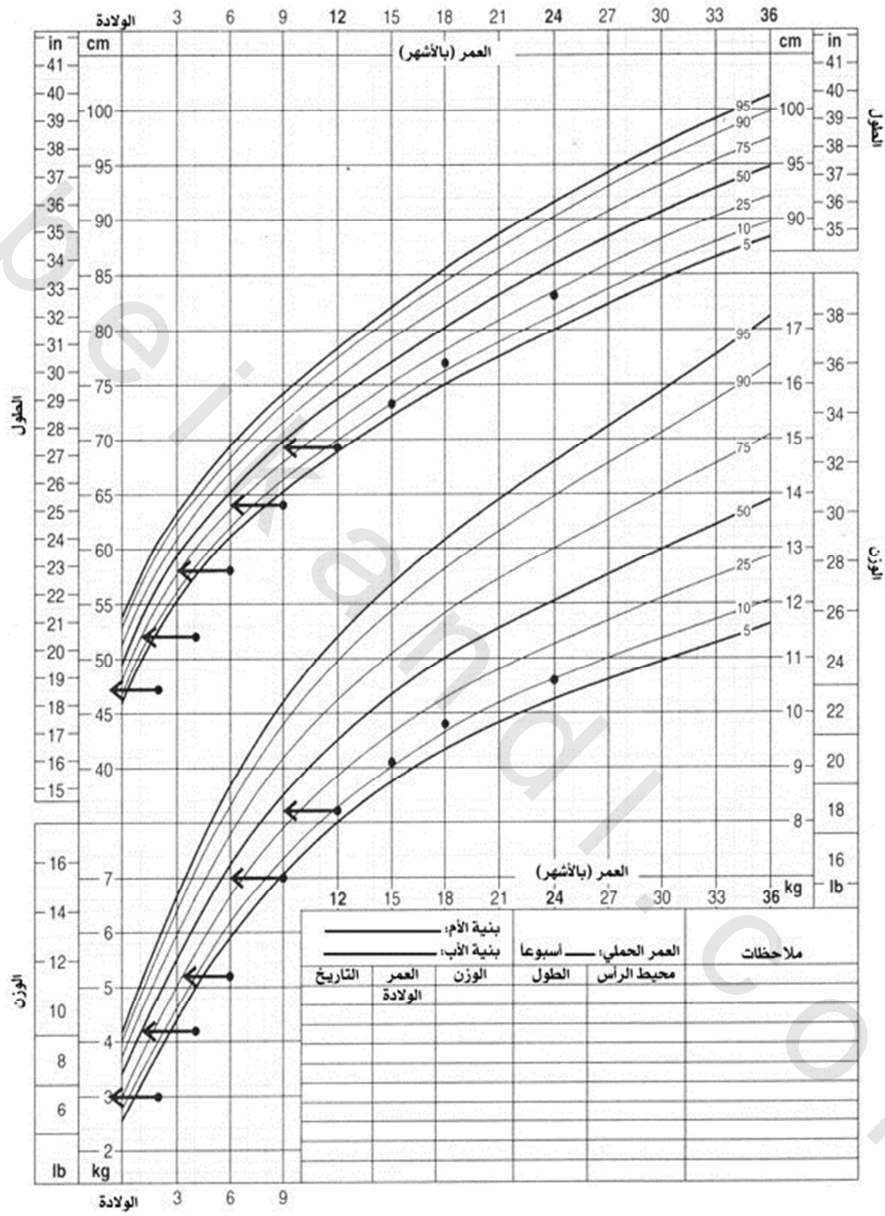
• حين يكون عمر الطفل ٦ أشهر فربما يزن ٥ كجم. ولدى تصحيح ٣ أشهر من جديد فإن الوزن يصبح على الخط المئوي الـ ٢٥ مقارنة بالأطفال الآخرين الذين تبلغ أعمارهم ٣ أشهر. وهذا يعني أنها تزن أكثر من ٢٥٪ (وأقل من ٧٥٪) من الأطفال بهذا العمر، وهو أقل بقليل من الوزن الوسطي، ولكنه لا يزال بصحة جيدة.

• بعمر ٩ أشهر يبلغ وزن الطفل ٧ كجم، وهو بالكاد على منحني النمو الموافق للعمر الزمني. ولدى التصحيح بمقدار ٣ أشهر إلى الوراء، فإن الطفل سيكون على الخط المئوي الأربعين. لقد ازداد الوزن بمقدار أسرع بقليل مما كان الوضع عليه في الأشهر الثلاثة الأولى.

• بعمر ١٢ شهراً ربما يزن الطفل ٨ كجم. وهو الآن على الخط المئوي العاشر لمخطط النمو في حال عدم التصحيح. أما عند العودة باتجاه الخلف بمقدار ٣ أشهر فسيصبح على الخط المئوي الـ ٣٥.

• في نقطة معينة بين عمر السنة والسنتين سيتوقف الطبيب عن تصحيح الأشهر الثلاثة الخاصة بالخداج ويسجل التمثيل البياني لوزن الطفل حسب عمره الزمني الحقيقي.

يقوم طبيب الأطفال بتمثيل طول الطفل (على نفس المخطط) ومحيط الرأس (المخطط غير موجود هنا) بشكل مشابه، وبإمكانك الحصول على مخططات النمو من الإنترنت من الموقع التالي www.cdc.gov أو من طبيب الأطفال.


الولادة
العمر (بالأشهر)
الطول
الوزن
in
cm
lb
kg
95
90
75
50
25
10
5
بنية الأم:
بنية الأب:
العمر الحملي: ـــ أسبوعا
ملاحظات
محيط الرأس
الطول
الوزن
العمر
الولادة
التاريخ

obeikandl.com

الملحق الخامس: الإنعاش القلبي الرئوي لدى الأطفال حديثي الولادة والرضّع

نقدم فيما يلي الأساسيات التي يعتمد عليها الإنعاش القلبي الرئوي لدى حديث الولادة، حيث ينبغي على جميع الآباء والأشخاص الذين يمكن أن يعتنوا بالطفل أن يخضعوا لإجراء دورة تدريبية خاصة، والتي تقدمها وحدة العناية المركزة.

تأكدي من أن تسألي الاستشاري الذي يتابع حالة طفلك فيما إذا كانت هناك أي تعديلات خاصة حول الإنعاش القلبي الرئوي يجب أن تعرفيها بالنسبة لطفلك.

الخطوة الأولى: التقييم السريع

إذا كان الطفل شاحباً، ومزرقاً، ومن الواضح أنه لا يتنفس؛ فعليك أن تبدئي بالإنعاش القلبي الرئوي مباشرة، كما يظهر في الخطوة الثانية، وإذا لم تكوني متأكدة فعليك أن تتأملي، وتصغي، وتجسي الطفل لتحري التنفس.

الخطوة الثانية: تنظيف الفم

ابحثي عن الأجسام الأجنبية، أو الطعام، أو العلكة، وقومي بحذر بإزالة أي شيء تجدينه من خلال إدخال الإصبع تحت الرؤية المباشرة وليس بشكل أعمى، فإذا كان هناك إقياء أو كان هناك أي سوائل في الفم؛ فعليك أن تديري الطفل إلى إحدى

الجهتين وتستخدمي الجاذبية لاستخراجه، وإذا اشتبهت بأن الطفل يغص فعليك أن تضربيه على ظهره.

الخطوة الثالثة: اضبطي وضعية الطفل بحيث تصبح الطرق التنفسية مستقيمة

ضعي الطفل على ظهره بحيث يكون مستوى الرأس بمستوى القلب، وضعي إحدى اليدين على الرأس والأصابع على الذقن، ونظفي اللسان بدءاً من الجزء الخلفي للبلعوم من خلال رفع الذقن للأعلى بواسطة إحدى اليدين مع الضغط على الجبهة باليد الأخرى.

يجب إمالة رأس الطفل بشكل خفيف باتجاه الأعلى نحو السقف (تدعى بوضعية نف الأنف – حاولي نف أنفك ولاحظي كيف يتحرك الرأس قليلاً باتجاه الأمام والأعلى)، ولا تقومي بإمالة رأس الطفل باتجاه الخلف كما يفعل البالغون، لأن ذلك يمكن أن يؤدي إلى انسداد الطرق التنفسية. إن لف منشفة صغيرة ووضعها تحت الرقبة يمكن أن يساعد عادة في المحافظة على الوضعية الصحيحة.

الخطوة الرابعة: ابدئي التنفس فماً لفم

قومي بتغطية فم الطفل وأنفه بواسطة فمك، وانفخي في فم الطفل بقوة كافية لجعل صدر الطفل ينتفخ (انفخي فقط كمية الهواء الموجودة في خديك، أي أنها عملية نفخ أكثر منها عملية زفير، دون أن تضعي كامل قوة الزفير العميق التي لديك؛ فدفع كمية كبيرة جداً من الهواء بسرعة زائدة قد يؤذي رئة الطفل أو يؤدي إلى توسع المعدة مما يؤثر على التنفس أو يؤدي إلى الإقياء)، وابدئي بإعطاء التنفس لمرتين قصيرتين، وتأكدي من ارتفاع الصدر خلال إعطاء التنفس.

إذا كان صدر الطفل يرتفع ؛ فإن ذلك يدلك إلى أن الطرق التنفسية سالكة، وأن طريقتك في العمل صحيحة، فاستمري بالتنفس عبر الفم إلى أن يعود الطفل للتنفس لوحده، وقومي بإعطاء تنفس ثابت كل ثلاث ثوان (٢٠ مرة في الدقيقة).

الخطوة الخامسة: حاولي جس النبض لدى الطفل

إذا تمكنت من جس النبض؛ فإن هذا يعني أن قلب الطفل ينبض، وليس عليك الضغط على صدر الطفل، والطريقة الأسهل لجس النبض لدى الطفل هي الضغط بشكل لطيف بين عضلات الوجه الداخلي لأعلى العضد في منتصف المسافة بين الكتف والمرفق. وهناك مكان آخر ملائم في الطفل وهو الجهة الجانبية للعنق، ومعظم إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي لدى الأطفال الصغار لا تحتاج لأكثر من المساعدة التنفسية، وليس الضغط على الصدر، وإذا لم يكن هناك أي نبض لدى الطفل ؛ فعليك الانتقال إلى الخطوة السادسة.

الخطوة السادسة: ابدئي الضغط على الصدر

ضعي الطفل على سطح قاس مثل الأرض أو الطاولة، وافتحي قميص الطفل أو قومي بإزالته بشكل كامل. وضعي إصبعين أو ثلاثاً على عظم القص مباشرة تحت خط الحلمة (أو استخدمي طريقة الإبهامين الظاهرة في الصورة أدناه)، وقومي بالضغط على عظم القص (يقع القلب تحته مباشرة) بعمق حوالي نصف إنش إلى إنش واحد (٠,٥ إلى ٢,٥سم) وبمعدل ١٠٠ مرة على الأقل في الدقيقة الواحدة – وهو أمر سهل من خلال العد «واحد واثنان وواحد واثنان و...»، وذلك بأن تقولي «و» عند تحرير يديك، وبأن تقولي الرقم عن الضغط على القص. تابعي ذلك بإيقاع سلس وهادئ.

إذا كنت تقومين بإجراء الإنعاش القلبي الرئوي لوحده؛ فعليك أن تعطي الطفل نفخة عبر الفم من الهواء بعد كل خمس ضغطات على الصدر، مع التأكد من أنك تحافظين على وضعية الرأس بالشكل المناسب وتراقبين ارتفاع الصدر لدى الطفل، ولا ترفعي أصابعك عن الجلد بين الضغطات المتتالية إلا عند إجراء التنفس عبر الفم.

التنفس من فم لفم لدى الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة

ضغط الصدر لدى الرضع

وكمراجعة لهذه المعلومات، فإن أساسيات* الإنعاش القلبي الرئوي هي:

- **A–Airway أو الطرق التنفسية**: اضبطي وضعية رأس الطفل، وأزيلي أي عوائق من الطرق التنفسية.

*الإجراءات لعلاج الشردقة والإنعاش القلبي الرئوي (CPR) المقدمة، هي ما يُوصى بها من الأكاديمية للأطفال، الأبحاث الجديدة بشكل دوري تُغير هذه التوصيات، لذلك دورات التجديد ضرورية لتعلم المهارات الحديثة). لما يجد في هذا الموضوع الرجاء زيارة موقعنا (www.AskDrSears.com).

Obeikandl.com

- **B–Breathing أو التنفس**: قومي بإجراء التنفس من الفم إلى الأنف ومن الفم إلى الفم بحيث يوضع رأس الطفل بالشكل المناسب وبمعدل تنفس واحد لكل ثلاث ثوان.
- **C–Circulation أو الدوران**: إذا لم تشعري بالنبض أو بنضبات القلب ؛ فعليك أن تضغطي على الصدر بمعدل ١٠٠ مرة كل دقيقة.
- **D–Dial أو الاتصال**: اتصلي برقم الطوارئ في أسرع وقت ممكن، خلال دقيقة أو اثنتين من البدء بالإنعاش.

openkandl.com

obeikandl.com

المصادر

وسائل حمل الطفل

وشاح الطفل The Original BabySling
(800) 421-0526

زوري متجرنا على الموقع : www.AskDrSears.com
www.nojo.com

السرير المشترك

السرير المشترك Arm's Reach Co-Sleeper

(800) 954-9353 أو (818) 879-9353
www.armreach.com

السرير المتأرجح

www.AmbyBaby.com

الرضاعة الطبيعية

كتاب *الرضاعة الطبيعية* من تأليف مارثا سيرز ووليام سيرز (Little، Brown، ٢٠٠٠)

اتحاد الحليب الدولي

(800) 435-8316 أو (847) 519-7730
www.lalecheleague.org

جمعيةاستشاريي الرضاعة الدولية
(919) 787-5181
www.ilca.org

جمعية بنك الحليب البشري في أمريكا الشمالية
www.hmbana.org

obeikandl.com

الثياب والملحقات الخاصة بالخدج

www.earlybirds.com
www.preemie.com
www.snuggletown.com/preemie
www.tinybundles.com

القلس المعدي المريئي (GERD)

جمعية القلس المعدي المريئي لدى الأطفال واليافعين
www.reflux.org

رافعات للرأس وأوشحة خاصة لمعالجة القلس
www.tuckerdesigns.com

مصادر مفيدة في حال وفاة الطفل

www.compassionatefriends.org
www.nationalshareoffice.com

مصادر عامة للعناية الوالدية

كتاب الطفل: كل ما تحتاجين معرفته حول طفلك منذ الولادة وحتى السنة الأولى من تأليف وليام، مارثا، روبيرت، وجيمس سيرز (Little، Brown، ٢٠٠٣).
www.AskDrSears.com

مصادر عامة حول الأطفال الخدج

www.AskDrSears.com/preemie
www.preemie-L.com

موسيقى تساعد على الاسترخاء

لحظات مريحة من إصدارات Livesay. متوفر علىwww.AskDrSears.com

الوقاية من الفيروسات المخلوية التنفسية

www.rsvprotection.com

التوائم الثنائية والمتعددة

منظمة أمهات التوائم المتعددة: منظمة وطنية غير ربحية تؤمن المعلومات، والمصادر، وؤيالود، والدعم للعائلات التي لديها توائم ثلاثية أو أكثر.
www.MOSTonline.org

نادي المنظمة الوطنية لأمهات التوائم
(877) 540-2200 أو (615) 595-0936
www.nomotc.org

obeikandl.com

مسرد المصطلحات الطبية

خلال الأسابيع التي ستقضينها في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادةK فإنك ستسمعين الممرضات، والأطباء، والأعضاء الآخرين في الطاقم الطبي يستخدمون الكثير من المصطلحات غير المألوفة. وحين لا تفهمين ما تسمعينه فإن أي شخص في الطاقم الطبي سيكون سعيداً بتفسيره لك. وفي هذه القائمة من المصطلحات ستحصلين على وسيلة أخرى تساعدك على فهم أي لغة طبية تسمعينها. قد ترغبين بقراءة هذه المصطلحات خلال الأيام الأولى من إقامة طفلك في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة ثم تعودين إليها لاحقاً حين تسمعينها من جديد.

ABG. غازات الدم الشرياني أو arterial blood gas.

ABO incompatibility. عدم توافقABO: تشير ABO إلى الزمر الدموية. في حالات معينة، وحين تكون الزمرة الدموية للطفل مختلفة عن زمرة الأم، فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى زيادة اليرقان.

ABR. الاستجابة السمعية في جذع الدماغ أو auditory brain stem response: اختبار خاص بفحص السمع.

AGA. مناسب للعمر الحملي أو appropriate for gestational age: يعني ذلك أن وزن الطفل قد كان ضمن المجال الطبيعي والمتوقع للفترة التي قضاها الطفل في الرحم.

Air leak.التسرّب الهوائي: يستخدم ذلك في حالتين مختلفتين: (١) التسرّب الهوائي عبر أذية في النسيج الرئوي إلى جوف الصدر، أو (٢) التسرّب الهوائي مع كل نفس عبر جهاز التنفس حول أنبوب أنفي رغامي صغير.

Anemia. فقر الدم. ينخفض عدد كريات الدم الحمراء لدى الطفل بشكل كبير للغاية؛ مما يجعل من الصعب على الدوران الخاص بالطفل إيصال الأوكسجين إلى الأنسجة، ويحدث فقر الدم في معظم الخدج في مرحلة معينة خلال بقائهم في وحدة العناية المركزة.

Apgar score. أو حاصل أبغار: يعطى الطفل عند الولادة علامة من صفر إلى عشرة لتقييم الحالة التي انتقل فيها إلى الحياة خارج الرحم، ويتم تسجيل سرعة النظم القلبي، والتنفس، واللون، والمقوية العضلية، والمنعكسات بعد دقيقة واحدة، وخمس دقائق، وأحياناً عشر دقائق من الولادة، وإذا كان حاصل أبغار يبلغ ٧-١٠ فإن ذلك يعني أن القلب، والرئتين، والأجهزة الأخرى لدى الطفل تسير بالاتجاه السليم، وإذا بلغ الحاصل ٦ أو أقل فإن ذلك يعني أن حالة الطفل ليست جيدة جداً، وربما احتاج إلى إجراءات الإنعاش لتحريض القلب، والرئتين، والدوران على العمل.

Apnea.انقطاع التنفس.

As and Bs. نوبة انقطاع التنفس (apnea) وبطء القلب (bradycardia): هي توقف في تنفس الطفل يؤدي إلى تباطؤ النظم القلبي، وهذه النوب شائعة حيث يمكن معالجتها بسهولة.

Attending.الاستشاري: طبيب متمرس في مستشفى تعليمي يشرف على الرعاية المقدمة في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة.

Bacterimea. تجرثم الدم: هو حدوث التهاب في الدوران.

BAER test. قياس استجابة جذع الدماغ المحرضة سمعياً: هو اختبار نوعي لقياس السمع.

Bagging. التنفس بالكيس: يوضع قناع على فم الطفل ويتم عصر كيس بلاستيكي موصول إليه لضخ الهواء في رئتي الطفل، ويمكن إجراء ذلك عند الولادة لتحريض التنفس (إذا لم يبدأ الطفل بالتنفس لوحده)، أو إذا حدثت مشكلة مع جهاز التنفس واحتاجت الممرضة لمساعدة الطفل على التنفس خلال تصحيح إعدادات جهاز التنفس.

Bililight أو Biliblanket. ضوء البيليروبين أو شرشف البيليروبين: عبارة عن مجموعة من الأضواء، أو الشراشف التي تحتوي على شرائط ضوئية تستخدم في معالجة اليرقان.

Bilirubin. البيليروبين: صباغ أصفر اللون يتراكم في الدوران مع التخرب الطبيعي لكريات الدم الحمراء، وهو يؤدي إلى تطور اليرقان في جلد الطفل وعينيه، وتعاير مستويات البيليروبين من خلال فحص الدم.

Blood culture. زراعة الدم: يجرى فحص دموي لتحري الالتهابات في الدوران.

Blood gas. غازات الدم: هو فحص دموي يقيس مستويات الأوكسجين وثاني أوكسيد الكربون، وهو يستخدم لتقييم عمل رئتي الطفل للمساعدة في ضبط جهاز التنفس.

Blow-by. نفث الأوكسجين: يتم توجيه أنبوب الأوكسجين نحو فم الطفل وأنفه لإعطاء الطفل كميات ضئيلة من الأوكسجين عند الحاجة.

obeikandl.com

BPD. عسرة التصنع القصبية الرئوية أو bronchopulmonary dysplasia: مرض أو أذية رئوية ناجمة عن الخداج والمعالجة على جهاز التنفس.

Bradycardia. تباطؤ القلب: هو بطء النظم القلبي الذي يتحرض عادة بنوبة من انقطاع التنفس.

Breast milk fortifier. معززات الحليب الطبيعي: وهي بروتينات ومعادن تضاف إلى حليب الثدي.

Bronchospasm. التشنج القصبي: هو تضيق الطرق التنفسية (القصبات) التي تحمل الهواء إلى داخل الرئتين؛ مما يؤدي إلى صوت يدعى بالوزيز وإلى صعوبة في التنفس، وتعالج هذه الحالة بواسطة الموسعات القصبية الإنشاقية.

Broviac catheter: إحدى أنواع القثاطر الوريدية. انظري الخط المركزي.

Central line. الخط المركزي: خط وريدي يوضع في الذراع، الناحية المغبنية، أو الصدر بحيث يمتد إلى وعاء دموي كبير، وهو يختلف عن الخط الوريدي المحيطي الذي لا يدخل إلا لمسافة إنش أو اثنين في وريد صغير.

Cerebral palsy. الشلل المخي: مشاكل في العضلات والتنسيق ناجمة عن أذية دماغية.

Chest PT. المعالجة الفيزيائية للصدر: القرع اللطيف على الصدر والظهر من قبل الممرضة أو المعالج الفيزيائي التنفسي لمساعدة الطفل على إخراج المخاط من الصدر من خلال السعال.

Chest tube. أنبوب الصدر: أنبوب بلاستيكي قاسٍ يتم إدخاله عبر شق جلدي إلى جوف الصدر، ويستخدم لإخراج الدم أو الهواء المحتبس داخل الصدر، والذي قد يضغط على الرئتين.

obeikandl.com

CHF. قصور القلب الاحتقاني أو congestive heart failure: لا يعمل القلب بما يكفي لضخ الدم والأوكسجين بشكل كافٍ إلى الجسم.

CLD. المرض الرئوي المزمن: مصطلح يستخدم بالمشاركة مع عسرة التصنع القصبية الرئوية لوصف الإصابة الرئوية على المدى الطويل، وهو ينجم عادة عن الخداج والمعالجة بواسطة جهاز التنفس.

CMV. الفيروس المضخم للخلايا أو cytomegalovirus: هو فيروس يمكن أن يؤدي إلى تشوهات خلقية أو مشاكل طبية مختلفة لدى الخدج الصغار للغاية، ويمكن أن يعبر من الأم إلى الطفل خلال الحمل. وهو بشكل عام غير مؤذي للأطفال الذين يعانون من الخداج الخفيف إلى المتوسط.

CNS.الجهاز العصبي المركزي أو central nervous system. ويشمل ذلك الدماغ والنخاع الشوكي.

Colostomy.تفميم الكولون: عملية جراحية يتم فيها إخراج نهاية الكولون على جلد البطن، ويخرج البراز من الفتحة إلى داخل كيس (عوضاً من أن يخرج من فتحة الشرج داخل الحفاض)، وهذا الإجراء ضروري عند وجود أذية شديدة في جزء من الكولون بحيث يتوجب استئصالها جراحياً (عادة بسبب التهاب الأمعاء والكولون النخري، وهي مشكلة معوية خطيرة).

Colostrum. اللبأ: سائل غني بالبروتينات والأضداد المناعية يتم إنتاجه من قبل الأم خلال أول أيام بعد الولادة وقبل أن يتدفق حليب الثدي النظامي.

CPAP. الضغط الإيجابي المستمر للطرق التنفسية أو continuous positive airway pressure: يتم نفخ الهواء بشكل متواصل عبر أنف الطفل أو الأنبوب الرغامي للمساعدة على إبقاء رئتي الطفل مفتوحتين بين مرات التنفس، وهو يستخدم في

حالات خاصة حين لا يحتاج الطفل إلى التهوية الداعمة بشكل كامل ولكنه عاجز عن التنفس لوحده بشكل كاف.

CSF. السائل الدماغي الشوكي أو cerebrospinal fluid: هو السائل الذي يدور عبر الدماغ والنخاع الشوكي، ويتم عادة فحصه لتحري الالتهابات من خلال البزل القطني.

Desaturation. انخفاض الإشباع: نقص مستويات الأوكسجين في الدم؛ وحين يصدر الإنذار عن جهاز مراقبة الأوكسجين في الدم فإن ذلك يشير إلى حدوث انخفاض الإشباع.

Diuretic. المدرات: هي أدوية تستخدم لزيادة إنتاج البول لدى الطفل، وتساعد الطفل على تبول السوائل الزائدة في الجسم.

Dopamine.الدوبامين: أحد الأدوية القلبية المستخدمة في تحسين الضغط المنخفض.

Echocardiogram: تصوير القلب بالأمواج فوق الصوتية لتقييم الوظيفة القلبية والبحث عن التشوهات القلبية، وهو اختبار غير باضع وغير مؤلم مشابه تماماً للتصوير الذي كنت تخضعين له خلال الحمل.

Edema. الوذمة: تورم أي جزء من الجسم بسبب تجمع كميات زائدة من السوائل ، وهو قد يحدث في الرئتين حيث يشاهد على الصورة الشعاعية للصدر.

EEG. تخطيط الدماغ الكهربائي أو electroencephalogram: يتم تثبيت الأسلاك على رأس الطفل لقياس الفعالية الكهربائية في الدماغ، وهو يستخدم في تقييم الوظيفة الدماغية وتقييم الاختلاجات.

ECG. تخطيط القلب الكهربائي أو electrocardiogram: يتم تثبيت الأسلاك على صدر الطفل لقياس النموذج الكهربائي لضربات القلب لدى الطفل.

openkanal.com

Electrolytes. الشوارد: معادن مختلفة تعتبر أساسية لقيام الجسم بوظائفه العامة، وهي تقاس في تحاليل الدم.

Epogen. إيبوجين: وهو مادة الإريتروبويتين التي تحرض إنتاج كريات الدم الحمراء، وهو يستخدم في معالجة أنواع مختلفة من فقر الدم.

ET tube. الأنبوب داخل الرغامى أو endotracheal tube: أنبوب بلاستيكي مرن يتم إدخاله عبر أنف أو فم الطفل نحو رئتيه، ويتم وصل هذا الأنبوب إلى جهاز التهوية الآلية.

Extubate. نزع التنبيب: وهو سحب الأنبوب الرغامى من الطفل، ويتم ذلك عادة حين يظهر الطفل أنه جاهز للتنفس لوحده.

Feeder-growers: الخدج المستقرون الذين لم يعودوا يحتاجون إلى الرعاية المركزة، ولكنهم لا يزالون يحتاجون إلى المساعدة بالنسبة لتعليم الرضاعة وإلى معالجة بعض المشاكل الطبية الصغيرة الأخرى إلى أن يصبحوا ناضجين، ويصلوا إلى وزن معين.

Feeding tube. أنبوب التغذية: قثطرة رفيعة يتم إدخالها إلى معدة الطفل عبر الفم أو الأنف؛ لإيصال حليب الأم أو الحليب الصناعي إلى الطفل.

Fellow. أخصائي متدرب: طبيب يتدرب حالياً ليصبح استشارياً بأمراض الأطفال حديثي الولادة .

Flaring. اهتزاز خنابة الأنف: هو توسع فتحة الأنف مع كل نفس يأخذه الطفل، وتشير هذه العلامة إلى أن الطفل يعاني من صعوبات خفيفة في التنفس.

Foley catheter.قثطرة فولي: أنبوب مطاطي مرن يتم إدخاله عبر الإحليل (الفتحة التي يخرج منها البول) حيث يصل إلى المثانة، ويترك هناك ليسمح بخروج البول.

Fontanel. يافوخ: مساحة طرية في قمة رأس الطفل.

Gavage feeding. التغذية بالمسبار: استخدام أنبوب التغذية (انظري أعلاه) لإعطاء الطفل حليب الأم أو الحليب الصناعي.

GI tract. السبيل الهضمي: ويشير إلى المعدة والأمعاء.

Group B sterp.المكورات العقدية من المجموعة B: تعيش هذه الجراثيم في منطقة المهبل لدى بعض النساء، ويمكن أن تنتقل إلى الطفل خلال الولادة إذا تطاولت المدة الزمنية المارة منذ تمزق المياه، والمضادات الحيوية المعطاة للنساء خلال المخاض تهدف إلى الوقاية من ذلك. وهذا الالتهاب خطير جداً لدى الولدان .

G-tube. أنبوب تفميم المعدة: هو أنبوب تغذية واسع يتم إدخاله جراحياً عبر جدار البطن إلى المعدة، وهو يستخدم لتأمين التغذية الهضمية للرضع العاجزين عن تناول التغذية عبر الفم لفترة طويلة.

Heart murmer. النفخة القلبية: صوت قلبي مُهمهم يُسمع عند فحص القلب بالسماعة الطبية. وعادة ما يكون طبيعياً لدى الخدج، ولكنه في بعض الأحيان قد يشكل علامة على وجود تشوهات قلبية.

Heel stick.وخز العقب: وخز عقب القدم بواسطة إبرة للحصول على بضعة قطرات من الدم لإجراء التحاليل. وهي طريقة أسهل من سحب الدم من الأوردة بواسطة إبرة.

Hematocrit.الهيماتوكريت: فحص دموي يتم من خلاله تحري عدد كريات الدم الحمراء، وهو يستخدم كاختبار في حالات فقر الدم.

Hemoglobin. الخضاب: وهو الجزء من كريات الدم الحمراء الذي يحمل الأوكسجين، ويقاس في حالات فقر الدم.

Hernia. الفتق: جزء من الأمعاء يدفع منطقة ضعيفة من عضلات البطن ويبدو كانتفاخ تحت الجلد حول السرة أو في ناحية المغبن، وهي حالة شائعة لدى الخدج.

Human milk fortifier. معزز الحليب البشري: وهو مسحوق يضاف إلى الحليب المسحوب من الثدي يحتوي على بروتينات ومعادن وفيتامينات إضافية.

Hydrocephalus. الاستسقاء الدماغي: وهو تراكم السوائل في بطينات الدماغ، حيث يمكن أن يؤدي إلى مشاكل عصبية في حال عدم معالجته.

Hyperalimentation. انظري TPN.

Hyperbilirubinemia. فرط بيليروبين الدم: هو ارتفاع غير طبيعي في مستويات البيليروبين في الدم.

Hypoxia. نقص الأكسجة: هو انخفاض مستويات الأوكسجين، والذي قد يؤدي إلى أذية الدماغ.

Intracranial pressure. الضغط داخل القحف: هو مقدار الضغط الموجود داخل الجمجمة بفعل تراكم السوائل.

Intubation. التنبيب: هو إدخال أنبوب التنفس داخل القصبة الهوائية للطفل.

Is and Os.الوارد والصادر: وهي الكمية اليومية من السوائل (الوريدية والهضمية) التي يتناولها الطفل بالمقارنة مع الكمية التي يطرحها مع البول والبراز.

IUGR. تأخر النمو داخل الرحم أو intrauterine growth retardation: مصطلح يستخدم لوصف الطفل الذي ينمو ببطء بشكل غير طبيعي في الرحم ويولد أصغر مما هو متوقع.

IVH. النزف داخل البطينات أو intraventricular hemorrhage: هو النزف بداخل البطينات الدماغية (المسافات التي تحتوي على السوائل).

Jaundice. اليرقان: هو تلون الجلد والعينين بالأصفر بسبب تراكم البيليروبين في الدم.

Kangaroo care. الرعاية بطريقة الكنغر: هي وسيلة للعناية بالخدج تشمل التماس الجلدي لمدة طويلة.

Lanugo. الزغب: هو شعر ناعم على جسم الخديج يختفي مع نضج الطفل.

Lasix. لازكس: هو دواء مدر للبول يستخدم عادة في زيادة مقدار الإدرار بهدف إزالة الكمية الزائدة من السوائل في الجسم.

Leads. المساري: وهي الأسلاك الخاصة بالجهاز التي توضع على جلد الطفل، وستسمعين الممرضة تقول بأن جهاز المراقبة يعطي إنذاراً لأن المساري مفكوكة.

LGA. كبير بالنسبة للعمر الحملي أو large for gestational age: هو الطفل الذي يزن عند ولادته أكثر من الوزن المتوقع لعمره بالأسابيع.

LP. البزل القطني أو lumbar puncture: يتم إدخال الإبرة بين فقرتين في أسفل الظهر تحت نهاية النخاع الشوكي بهدف جمع السائل الدماغي الشوكي لإجراء الاختبارات.

MCT oil. زيت الشحوم الثلاثية متوسطة السلسلة: يمكن أن يضاف إلى الحليب الطبيعي أو الصناعي لتأمين حريرات إضافية لنمو الخدج.

Meningitis. التهاب السحايا: وهي حالة التهابية في الأغشية المحيطة بالدماغ أو النخاع الشوكي، ويشخص من خلال البزل القطني لتحليل السائل الدماغي الشوكي، وتعالج هذه الحالة بواسطة المضادات الحيوية.

Mucus plug. السدادة المخاطية: وهي سدادة سميكة من المخاط تعلق ضمن الرئتين، وتؤدي إلى إغلاق الطرق الهوائية.

obeikandl.com

Nasal canula.القثطرة الأنفية: وهي عبارة عن أنبوب بلاستيكي يتم وصله إلى قنيتين أنفيتين لإيصال الأوكسجين إلى الطفل.

Nebulizer.الإرذاذ: جهاز صغير يستخدم لإعطاء الطفل الأدوية بالطريق التنفسي.

NEC. التهاب الأمعاء والكولون النخري أو necrotizing enterocolitis: حالة خطيرة تصاب فيها أجزاء من الأمعاء بالأذية.

NG tube. الأنبوب الأنفي المعدي: أنبوب مطاطي رقيق يتم إدخاله عبر أنف المريض باتجاه الأسفل نحو المعدة، وهو يستخدم لتغذية الطفل من الحليب الطبيعي أو الصناعي أو لمص الحمض والمخاط الزائدين من المعدة.

Nosocomial infection. الخمج المشفوي: هو حالة التهابية تحدث بسبب اكتساب الميكروبات من الطاقم الطبي أو المعدات الطبية في المستشفى، ويهدف غسل اليدين، وارتداء المعاطف، واتباع إجراءات العقامة إلى الوقاية من الأخماج المشفوية.

NPO. لا شيء عن طريق الفم، وهي عبارة لاتينية أصلها nil per os: وتعني أن الطفل يجب ألا يعطى أي غذاء أو سوائل بالطريق الفموي.

O_2 sat. إشباع الأوكسجين: وهو مستوى الأوكسجين في الدوران لدى الطفل. ستسمعين عادة الممرضات يقلن بأن إشباع الطفل مستقر.

Oxy-hood. خيمة الأوكسجين: صندوق أو خيمة بلاستيكية صغيرة توضع فوق رأس الطفل، ويتم ضخ الأوكسجين بداخلها لتزويد الطفل بكمية إضافية من الأوكسجين.

PDA. بقاء القناة الشريانية أو patent ductusarteriosus: حالة طبية يبقى فيها وعاء دموي جنيني إضافي قرب القلب مفتوحاً عوضاً عن أن ينغلق بعد الولادة كما هو مفترض.

PEG tube. أنبوب تفميم المعدة عن طريق التنظير الباطني أو percutaneous endoscopic gastrostomy: وهذا الأنبوب مشابه للأنبوب G (انظر أعلاه)، ولكن يتم إدخاله من قبل طبيب الأمراض الهضمية في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة عبر تداخل غير جراحي.

Perc line. الخط الوريدي عبر الجلد: انظر الخط المركزي.

Periodic breathing. التنفس الدوري: نموذج من التنفس الطبيعي في الخدج يتألف من تنفس سريع يتلوه توقفات طويلة.

Peripheral IV. خط وريدي محيطي، وهو أي خط وريدي في الذراع، أوالساق، أو الفروة يمتد لمسافة ١-٢ إنشاً بداخل الوريد.

Periventricular leukomalacia. تلين المادة البيضاء حول البطينات: وهي أذية جزء من الدماغ بسبب مضاعفات الخداج.

Phototherapy.المعالجة الضوئية. هي معالجة اليرقان بواسطة الضوء. انظري Bililights.

Platelets. الصفيحات: خلايا دموية تقوم بتشكيل خثرات دموية لإيقاف النزف.

Pneumogram. تخطيط النوم: اختبار يجرى خلال نوم الطفل لتقييم مشاكل النظم القلبي، والتنفس، ومستويات الأوكسجين، وهو يستخدم لتقييم انقطاع التنفس.

Pulmonary edema. وذمة الرئة: تراكم كميات زائدة من السوائل في الرئتين، ويمكن أن يشاهد ذلك على الصورة الشعاعية للصدر.

obeikandl.com

Pulse ox. مقياس الأكسجة النبضي: جهاز مراقبة يثبت على يد أو قدم الطفل بحيث يقيس مستويات الأوكسجين بشكل متواصل.

RBCs. كريات الدم الحمراء أو red blood cells: وهي الخلايا الدموية التي تحمل الأوكسجين، وتقاس المستويات من خلال معايرة الخضاب أو الهيماتوكريت.

RDS. متلازمة الكرب التنفسي أو respiratory distress syndrome: وهي مشكلة تنفسية يعاني منها الخدج الذين لديهم رئتين غير ناضجتين.

Resident.المقيم: وهو الطبيب الذي يتدرب في مجال طب الأطفال العام أو أي مجال آخر دون أن يكون متخصصاً في طب الأطفال حديثي الولادة.

Respirator.جهاز التنفس: انظر Ventilator.

ROP. اعتلال الشبكية عند الخدج أو retinopathy of prematurity: ضعف الشبكية في صغار الخدج، وهو قد يؤدي إلى مشاكل في البصر على المدى الطويل.

RSV. الفيروس المخلوي التنفسي أو respiratory syncytial virus: هو فيروس يؤدي إلى حالة زكام ووزيز شديدة في الصدر، وقد يكون مزعجاً للغاية للخدج الذين لديهم رئة حساسة.

Sepsis. الإنتان: هو حالة التهابية خطيرة في الدوران يمكن أن تصيب عدة أعضاء، وتؤدي إلى اختلاطات، وهي تعالج بواسطة المضادات الحيوية والعناية المركزة.

SGA. صغير بالنسبة للعمر الحملي أو small for gestational age: هو أي طفل يولد بوزن أقل من المتوقع بالنسبة لعمره الحملي.

Short gut syndrome. متلازمة الأمعاء القصيرة: هو أحد الاختلاطات المعوية الناجمة عن الاستئصال الجراحي لجزء من الأمعاء، وقد لا تكون الأمعاء المتبقية قادرة على تأمين الوظيفة الهاضمة الكافية للرضع خلال النمو.

Oberkanal.com

Shunt.الصارفة: أنبوب رفيع يتم إدخال إحدى نهايتيه جراحياً عبر الجمجمة إلى البطينات (تجمعات من السوائل بداخل الدماغ) بحيث توضع النهاية الأخرى تحت جلد فروة الرأس عبر العنق والصدر وفي النهاية إلى البطن حيث مصبه، وهو يستخدم في تخفيف تراكم السوائل وضغط الاستسقاء الدماغي بشكل متواصل.

Sleep study. دراسة النوم: انظري Pneumogram.

Spinal tap. البزل القطني: انظري Lumbar puncture.

Steroids.الستيروئيدات: هناك الكثير من الاستخدامات المفيدة للستيروئيدات في وحدة العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، و قدرتها على تخفيف الالتهاب في كامل أعضاء الجسم يمكن أن تكون مفيدة للغاية في العديد من المشاكل الطبية لدى الخدج، وتبقى فائدتها أكبر بكثير من مخاطرها، وتأثيراتها الجانبية النادرة.

Strep Group B. انظري Group B strep.

Surfactant. عامل التوتر السطحي: هي مادة يتم إنتاجها في الرئتين لتساعد الوظيفة الرئوية وعادة تكون ناقصة في الخدج ويمكن أن تعطى عبر الأنبوب داخل الرغامى للمساعدة على تحسين الرئتين غير الناضجتين.

Thyeophylline.التيوفيلين: وهو دواء يستخدم في حفز التنفس لدى الخدج الذين يعانون من انقطاع التنفس.

TPN. التغذية الوريدية الكاملة أو total parenteral nutrition: إعطاء التغذية عبر مزيج خاص من السوائل الوريدية يحتوي على الكربوهيدرات، والشحوم، والبروتينات، والفيتامينات، والمعادن، وهي تعرف كذلك باسم التغذية المفرطة.

Trachea.الرغامى أو القصبة الهوائية. يمتد الأنبوب داخل الرغامى المستخدم في التهوية الآلية بداخل الرغامى.

openkanal.com

Tube feeding. التغذية بالأنبوب. انظري Gavage feeding.

Umbilical catheter.القثطرة السرية. أنبوب وريدي يوضع في برعم الحبل السري.

Urine dip. فحص البول الورقي: اختبار يجرى على بول الطفل لمراقبة حالة السوائل لدى الطفل.

Ventilator أو vent. جهاز التنفس: آلة تستخدم في ضخ الهواء عبر الأنبوب داخل الرغامى إلى رئتي الطفل.

Ventricles.البطينات: وهو يشير إلى شيئين مختلفين:

(١) الحجرتين الرئيسيتين في القلب.

(٢) الفراغات الموجودة في الدماغ التي تمتلئ بسائل متحرك.

VP shunt: انظري Shunt.

WBCs. كريات الدم البيضاء أو white blood cells: هي الخلايا الدموية التي تحارب حالات الالتهاب.

obeikandl.com

obeikandl.com

كشاف الموضوعات

أ

الاختلاجات ٤١٥
الاستسقاء الدماغي ٤٠٥، ٤٠٦، ٤٠٧
اعتلال الشبكية ٣٩٩، ٤٠٠
الالتهابات ٨٢، ١٤٢، ١٧١
أمراض الطرق التنفسية الارتكاسية ٣٧١
انقطاع التنفس لدى الخدج ٣٧٨، ٣٧٩، ٣٨٠

ب

برنامج التدخل المبكر ٣٤٣، ٣٤٤، ٣٤٧
بقاء القناة الشريانية ٤١١

ت

التسرّب الهوائي ٣٧٢، ٣٧٣
تغذية الطفل الخديج ٢٧٥
تكوين الصداقات ٣٦
تنظيم درجة الحرارة ٨١
التهاب الأمعاء ٣٩٣، ٣٩٥

ج

الجهاز التنفسي ٦٥
الجهاز العصبي ٧٠
الجهاز القلبي ٧٢
الجهاز الهضمي ٧٧

ح

حليب الأم ١٦٣، ١٦٥، ١٩٦
الحول ٤٠٣

خ

خصائص الطفل الخديج ٢٩

د

داء القلس المعدي المريئ ٣٨٧

ر

الرضاعة الطبيعية ٢٩٣

obeikandl.com

س

السيطرة على الالتهابات ٨٢

ش

الشلل الدماغي ٤٠٩

ص

صفات حليب الأم ١٦٤

ع

عسر التصنع القصبية الرئوية ٣٦٤

العناية التمريضية الروتينية ٨٣

العناية بالتوائم الثنائية والمتعددة ٣٥٢

ف

الفتوق ٤١٠

الفحوصات الدموية ٨٩

فقر الدم ٣٧٤

في حال وفاة طفلك ٤١٧

الفيروس المخلوي التنفسي ٣٦٨

ك

الكولون النخري ٣٩٣

م

متلازمة الكرب التنفسي ٣٦١

متلازمة الموت المفاجئ ٤١٤

مخاوف حول الإرضاع ٣٢٥

المرض الرئوي المزمن ٣٦٤

ن

النزف داخل البطينات الدماغية ٤٠٢

نقص السمع ٣٨٥

ي

اليرقان أو ارتفاع بيليروبين الدم ٣٨٢

obeikandl.com