

الوجيز في طب التوليد

obeikandi.com

الوجيز في

طب التوليد OBSTETRICS

إعداد الدكتور

عماد محمد زوكار

تقديم الأستاذ الدكتور

محمد الطباع

رئيس قسم التوليد وأمراض النساء - جامعة دمشق

دار القدس للعلوم الطبعة العربية الأولى ٢٠٠٩

الحقوق

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما بعد:

فيسعدنا أن نقدم للقارئ الكريم هذه السلسلة الجديدة التي أسميناها (سلسلة الوجيز)، وهي سلسلة تتناول المواضيع السريرية بشكل مختصر مفيد دون الغوص بالتفاصيل.

إن الهدف الرئيس من هذه السلسلة هو تأمين مصدر سريع للمعلومات الطبية يستطيع الطالب من خلاله إجراء مراجعة سريعة لكم كبير من المعلومات خلال فترة قصيرة وتذكر النقاط الرئيسة لكل موضوع، وقد ابتعدت هذه السلسلة عن الكثير من المعلومات المفصلة التي توجد عادة في أمهات الكتب والتي يجب على القارئ الرجوع إليها للمزيد من التفاصيل.

تم تصنيف المعلومات في هذه السلسلة بطريقة مبسطة وسهلة واعتمد على تنسيق المعلومات ضمن فقرات صغيرة يسهل معها تذكر الموضوع.

إن سلسلة الوجيز تتناول مختلف مواضيع الطب الباطني وطب الأطفال والتوليد وأمراض النساء والجراحة وسيتم ترجمتها وإعدادها تباعاً.

نرجو أن نكون بعملنا هذا قد خطونا خطوة أخرى نحو بناء مكتبة طبية عربية تساعد طلاب الطب والأطباء ونأمل أن يجد القارئ الكريم المتعة والفائدة في هذه السلسلة.

والله ولي التوفيق

د. عماد زوكار

مقدمة الأستاذ الدكتور محمد الطباع

بسم الله الرحمن الرحيم

كما أن الجنين يكبر ويكتمل خلية بعد خلية وكما أن البناء يتم لبنة بعد لبنة كذلك فإن العلم والمعرفة يتنامى ويكتمل عبر خطوات وإنجازات مختلفة الحجم والأهمية ولكنها في المحصلة مفيدة لعامة الناس وخير البشرية جمعاء.

ويأتي هذا الكتاب (الوجيز في طب التوليد) ليضيف زهرة جديدة لحديقة الثقافة والعلم العربية، وكون الكتاب مترجماً فهذا لا ينقص من عبقة ورائحته العلمية الزكية شيئاً، فالمعرفة العربية لم تعرف التعصب في يوم من الأيام. فقد كان العلم العربي في فترة زمنية معينة منهلاً ومصدراً كاد أن يكون وحيداً لشعوب الأرض قاطبة، فمن الطبيعي والمفيد جداً أن يقوم العرب المشتغلون بالعلم والمعرفة بترجمة الكتب الحديثة لإغناء مكتبتنا وإفادة المهتمين من العرب، فجزاهم الله عنا كل خير متمنياً لهم كل الخير والتوفيق.

أ.د. محمد الطباع

رئيس قسم التوليد وأمراض النساء

جامعة دمشق

الوجيز في طب التوليد

OBSTETRICS

٥٢	تقدم الأوعية	٨	طب التوليد الطبيعي
٥٣	اختلافات النمو	٨	تعريف
٥٣	فشل النمو داخل الرحم (IUGR)	٩	تشخيص الحمل
٥٤	المرطلة (ضخامة الجسم)	١٠	فيزيولوجيا الأم
٥٥	الاستسقاء الأمنيوسي	١٤	العناية قبل الولادة
٥٦	شح السائل الأمنيوسي	١٤	الاستشارة قبل الحمل
٥٨	الاختلالات قبل الولادة	١٤	الزيارة الأولية
٥٨	المخاض الباكر	١٥	الزيارات اللاحقة
٦١	تمزق الأغشية (ROM)	١٨	التشخيص قبل الولادة
٦٢	انسداد الحبل السري	٢٠	مراقبة الجنين
	التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي	٢٠	المراقبة قبل الولادة
٦٣	(التهاب المشيمة والسلي)	٢١	المراقبة أثناء الولادة
٦٣	الحمل المديد	٢٦	الحمل المتعدد
٦٤	موت الجنين داخل الرحم	٢٦	مراجعة
٦٦	المخاض والولادة الطبيعية	٢٨	الحالات الطبية أثناء الحمل
٦٦	الجنين	٢٨	خمج السبيل البولي
٦٧	عق الرحم	٢٨	فقر الدم بعوز الحديد
٦٧	تعريف المخاض	٢٨	فقر الدم بعوز الفولات
٦٨	المراحل الأربعة للمخاض	٢٩	داء السكري
٦٨	الحركات الرئيسية للجنين أثناء الولادة	٣٠	السكري الحلمي
٧٠	تحريض المخاض	٣٣	اضطرابات فرط التوتر الشرياني أثناء الحمل
٧٢	تسريع (حث) المخاض	٣٤	الحمل
٧٢	التطور الشاذ للمخاض	٣٩	القيء المفرط الحلمي
٧٣	عسر ولادة الكتف	٤٠	التمنيع الإسوي
٧٥	المجيء المقعد	٤٢	الأخماج أثناء الحمل
٧٧	الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية	٤٥	الحالات الجراحية أثناء الحمل
٧٧	تمزق الرحم	٤٥	الحالات الجراحية الحادة
٧٨	صمة السائل الأمنيوسي	٤٥	الحالات الجراحية غير الإسعافية
٧٩	طب التوليد الجراحي	٤٦	النزف قبل الولادة
٧٩	استنبايات الولادة المهبلية الفعالة	٤٦	النزف في الثلثين الأول والثاني
٧٩	ملقط الجنين	٤٦	الإسقاط العلاجي
٨٠	استخدام المحجم	٤٦	النزف في الثلث الثالث
٨٠	التهتكات	٤٧	ارتكاز المشيمة المعيب
٨١	بضع الفرج (الخرع)	٥٠	انفكك المشيمة الباكر
٨١	العملية القيصرية		

التخدير في طب التوليد	٨٢
سبل الألم أثناء المخاض	٨٢
التسكين	٨٢
التخدير	٨٣
فترة النفاس الطبيعية	٨٥
تعريف	٨٥
الفحص بعد الولادة	٨٥
الثدي	٨٥
الرحم	٨٦
الهلاية (السائل النفاسي)	٨٦
الاختلاطات النفاسية	٨٧
المشيمة المحتبسة	٨٧
انقلاب الرحم	٨٧
الحمى بعد الولادة	٨٨
النزف بعد الولادة	٨٨
تبدلات المزاج بعد الولادة	٩٠
الأدوية التي تعتبر مضاد استطباب	
أثناء الحمل	٩١
المضادات الحيوية	٩١
الأدوية الأخرى	٩١
التمنيعات	٩٢
الإرضاع الوالدي والأدوية	٩٢

تعريف DEFINITIONS:**عدد الحمل Gravidity:**

□ العدد الإجمالي للحمول مهما كانت:

يشمل الإسقاطات والحمول الهاجرة والرحى العدارية.
تعتبر التوائم حملاً واحداً.

عدد الولادات Parity:

□ عدد الحمل التي تجاوز سن الحمل فيها ٢٠ أسبوعاً.

تحسب التوائم حملاً واحداً.

تكرر الولادات المفترضة: هو عدد الولادات المساوي لـ ٤ أو أكثر.

□ TPAL (عدد مكون من ٤ أرقام).

الرقم الأول (T) هو عدد الولادات بتمام الحمل (أكثر من ٣٧ أسبوعاً).

الرقم الثاني (P) هو عدد الرضع الخدج الذين ولدوا بين الأسبوع ٢٠ والأسبوع ٣٧.

الرقم الثالث (A) عدد الإجهاضات (قبل الأسبوع ٢٠).

الرقم الرابع (L) عدد الأطفال على قيد الحياة.

أشلاث الحمل Trimesters:

□ T₁: الثلث الأول (٠-١٢ أسبوعاً).

□ T₂: الثلث الثاني (١٢-٢٨ أسبوعاً).

□ T₃: الثلث الثالث (٢٨-٤٠ أسبوعاً).

□ يحدث الحمل بتمامه بين الأسبوع ٣٧-٤٢.

الإجهاض Abortion:

□ ضياع الحمل داخل الرحم قبل أن يصبح الجنين قابلاً للحياة.

سن الحمل أقل من ٢٠ أسبوعاً و/أو وزن الجنين أقل من ٥٠٠ غ.

يشمل الإجهاض المحرض (العلاجي) والعفوي (Miscarriage).

الإملاص Stillbirth:

□ هو ضياع الحمل داخل الرحم بعد الأسبوع ٢٠ و/أو وزن الجنين أكثر من ٥٠٠ غ.

معدل الإملاص:

□ العدد السنوي للإملاصات في كل ١٠٠٠ ولادة.

معدل الوفيات حول الولادة:

□ العدد السنوي للإملاصات ووفيات الولدان الباكراة (خلال الأيام السبعة الأولى من العمر) في كل ١٠٠٠

ولادة.

□ الأسباب:

□ الخداج.

□ التشوهات الخلقية.

معدل وفيات الرضع:

□ العدد السنوي لوفيات الرضع الذين ولدوا أحياءً خلال السنة الأولى من العمر في كل ١٠٠٠ ولادة حية (يشمل وفيات الولدان).

معدل وفيات الولدان:

□ العدد السنوي لوفيات الرضع المولودين أحياءً خلال ٢٨ يوماً من الولادة في كل ١٠٠٠ ولادة حية.

معدل وفيات الأمهات:

□ العدد السنوي لوفيات الأمهات أثناء الحمل أو خلال ٩٠ يوماً من الولادة في كل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية.

□ المباشر: الناجم عن أسباب توليدية مثل الحمل الهاجر والصمة الرئوية والذمخ وفرط ضغط الدم

□ المحرض بالحمل و النزف بعد الولادة.

□ غير المباشر: الناجم عن مرض موجود سابقاً أو الناجم عن الحوادث.

معدل الولادات Birth rate:

□ العدد السنوي للولادات الحية في كل ١٠٠٠ نسمة من السكان.

معدل الخصوبة Fertility rate:

□ العدد السنوي للولادات الحية في كل ١٠٠٠ امرأة عمرها بين ١٥ و ٤٤ عاماً.

تشخيص الحمل DIAGNOSIS OF PREGNANCY

الأعراض:

□ انقطاع الطمث.

□ الغثيان و/أو الإقياء.

□ إيلام الثدي.

□ التواتر البولي.

□ التعب.

العلامات:

□ ليونة العنق (علامة غوديل 4-6): Goodell sign أسابيع.

□ تلون العنق والمهبل باللون الأزرق الناجم عن احتقان الجملة الوعائية الحوضية (علامة شادويك

6): Chadwick sign أسابيع.

□ ضخامة الرحم.

□ ليونة البرزخ (مضيق الرحم) Isthmus (علامة هيغار 6-8): Hegar sign أسابيع.

الاستقصاءات:

- البيتا hCG (الحاثة القندية المشيمائية الإنسانية):
إيجابية في المصل في اليوم ٩ بعد الإخصاب.
إيجابية في البول في اليوم ٢٨ بعد آخر دورة طمثية.
- إجراء فائق الصوت عبر المهبل:
٥ أسابيع: الكيس الحمل مرئي (البيتا $hCG = 1200-1500$ ميلي وحدة دولية/مل).
٦ أسابيع: يشاهد القطب الجنيني.
٧-٨ أسابيع: تشاهد دقات قلب الجنين.
- فائق الصوت عبر البطن:
يكون الحمل داخل الرحم مرئياً عندما يصبح البيتا $hCG = 5000$ ميلي وحدة دولية/مل.

فيزيولوجيا الأم: MATERNAL PHYSIOLOGY:

مبادئ عامة:

- يحرص البروجسترون ارتخاء العضلات الملساء من ضمن تأثيرات أخرى يسببها.
- تكون التبدلات الفيزيولوجية أكثر وضوحاً في الحمول المتعددة.

الجهاز القلبي الوعائي:

- زيادة نتاج القلب وسرعة القلب وحجم الدم (الدوران مفرط الحركة).
- نقص الضغط الدموي (خاصة الانبساطي، الأعظمي في T_2) بسبب نقص المقاومة الوعائية المحيطية.
- يزداد جريان الدم إلى الرحم والكليتين والتديبين والجلد مع زيادة سن الحمل.
- يؤدي تضخم الرحم إلى الضغط على الوريد الأجوف السفلي والأوردة الحوضية وهذا ما يؤدي إلى خطر حدوث هبوط الضغط (عن طريق إنقاص العود الوريدي) إضافة إلى الدوالي الوريدية والبواسير ووذمة الساقين (بسبب زيادة الضغط الوريدي).

الجهاز الدموي:

- النقص الظاهري في تركيز الخضاب والهيماتوكريت بسبب تمدد الدم:
يزداد حجم البلازما أكثر من زيادة كتلة الكريات الحمراء.
- زيادة خطر الخثار الوريدي العميق والصمة الرئوية بسبب زيادة القابلية للتخثر.
زيادة العوامل I، VII، VIII، IX، X، XII.
- نقص العوامل XI و XIII ومضاد الثرومبين III.
- الركود الوريدي الناجم عن ضغط الرحم على الأوردة.
□ زيادة تعداد الكريات البيض لكن مع ضعف وظيفتها.
٥٠٠٠ إلى ١٢٠٠٠/مكرومول أثناء الحمل.
حتى ٢٥٠٠٠/مكروليتر أثناء المخاض/بعد الولادة.
غالباً ما يحدث تحسن في الأمراض المناعية الذاتية.

الجهاز التنفسي:

- زيادة استهلاك الأوكسجين بنسبة ٢٠%.
- زيادة الحساسية لثاني أوكسيد الكربون (تأثير البروجستيرون على مركز التنفس) مما يؤدي لفرط التهوية والقلاء التنفسي وهذا يتم معاوضته بزيادة الإطراح الكلوي لبيكاربونات الصوديوم.
- زيادة التهوية الدقيقة بنسبة ٥٠%.
- نقص السعة الإجمالية للرئة ونقص FRC والحجم المتبقي.
- لا تتبدل السعة الحيوية.
- يزداد الحجم الجاري بنسبة ٣٥-٥٠%.
- تزداد التهوية السنخية بنسبة ٦٥%.

الجهاز المعدي المعوي:

- زيادة الجزر المعدي المريئي.
- نقص مقوية المصرة.
- تأخر إفراغ المعدة.
- زيادة الضغط داخل البطن.
- زيادة الركود Stasis في المرارة.
- نقص حركية الجهاز المعدي المعوي والإمساك.
- انزياح الزائدة باتجاه الأعلى.
- قد تكون تظاهرات التهاب الزائدة لا نموذجية أثناء الحمل.
- تتجم البواسير عن الإمساك والضغط الوريدي المرتفع.

الجهاز البولي التناسلي:

- زيادة معدل الرشح الكبي GFR بنسبة ٥٠% (ولهذا السبب تنخفض BUN (والكرياتينين في المصل) لكن لا يطرأ تغير على النتاج البولي بسبب زيادة عودة الامتصاص عبر الأنابيب الكلوية.
- قد تكون البيلة السكرية فيزيولوجية حيث يمكن مع زيادة الـ GFR أن ترتفع عتبة عودة امتصاص الغلوكوز.
- زيادة التواتر البولي.
- التوسع الفيزيولوجي في الحالبين والحويضة الكلوية (الكلية اليمنى أكثر من اليسرى) بسبب استرخاء العضلات الملساء المحرض بالبروجستيرون وضخامة الرحم.
- زيادة نسبة حدوث الأخماج البولية والتهاب الحويضة والكلية بسبب الركود.
- يزداد احتمال أن تصبح البيلة الجرثومية اللاعرضية خمجاً هاماً سريريّاً (أي التهاب الحويضة والكلية) أثناء الحمل ولهذا السبب يجب أن تعالج.

الجهاز الغدي الصماوي:

□ الأستروجين:

الأستروجين الرئيس هو الأستريول (E_3).
يتضمن إنتاجه طريقاً معقداً يحتاج إلى مساهمة كل من الأم والمشيمة والجنين.
قد يشير هبوطه الحاد إلى تعرض الجنين للخطر.

□ البروجستيرون:

يتم إنتاجه بواسطة الجسم الأصفر خلال الأسابيع السبعة الأولى ثم يتم إنتاجه بعد ذلك بواسطة المشيمة.
يحافظ على بطانة الرحم.
ضروري بشكل أكيد للمحافظة على الحمل.

□ الحائة القندية المشيمائية الإنسانية (hCG):

هرمون ببيتي مكون من وحدتين فرعتين هما ألفا (مشتركة بين كل البروتينات السكرية) وبيتا (نوعية للـ hCG).

يتم إنتاجه بواسطة خلايا الأرومة الغازية المشيمية.
له تأثيرات تشبه أفعال الـ LH : يحافظ على الجسم الأصفر.
يكون البيتا hCG المصلي إيجابياً في اليوم 8-9 بعد الإباضة.
تتضاعف المستويات البلازمية كل 1-2 يوماً وتصل إلى الذروة في الأسبوع 8-10 من الحمل ومن ثم تهبط إلى مستوى ثابت حتى الولادة.

قاعدة الـ 10:

- 10 وحدات دولية وقت الدورة المتوقع.
- 100000 وحدة دولية في الأسبوع 10 (الذروة).
- 10000 وحدة دولية بتمام الحمل.
إن المستويات دون المتوقع تشير إلى الحمل الهاجر أو الإجهاض أو خطأ في حساب تاريخ الحمل.
المستويات الأعلى من المتوقع تقترح الحمل المتعدد أو الحمل الرحمي أو ثلث الصبغي 21 أو التوارخ الخاطئة (الحساب الخاطئ).

□ الغدة الدرقية:

تحدث ضخامة معتدلة مع زيادة معدل الاستقلاب الأساسي.
زيادة الثيروكسين الإجمالي والثيروكسين المرتبط مع الغلوبولين (TBG).
مشعر الثيروكسين الحر ومستويات الـ TSH تكون طبيعية.

□ الغدة الكظرية:

ترتفع مستويات الكورتيزول عند الأم طيلة الحمل (الإجمالي والحر).

□ البرولاكتين:

يتم إنتاجه بواسطة الغدة النخامية الودية استجابة لزيادة الأستروجين أثناء الحمل.

ينبه إدرار الحليب.

□ الريلاكسين Relaxin:

يتم إنتاجه بواسطة الجسم الأصفر/المبيض.

يرخي ارتفاق العانة والمفاصل الحوضية الأخرى.

يساعد على تليين وتوسيع العنق.

ينشط تقلصات الرحم.

□ استقلاب الكالسيوم:

ينقص مستوى الكالسيوم الإجمالي عند الأم بسبب نقص الألبومين.

يبقى الجزء الحر المتشرد (أي الجزء الفعال) محافظاً على مستواه بسبب زيادة الـ PTH وهذا يؤدي إلى

زيادة ارتشاف العظم والامتصاص المعوي.

يزداد التقلب العظمي Bone turnover لكن لا يحدث ضياع للكثافة العظمية لأن الأستروجين يعاكس

تأثيرات الـ PTH عن طريق تثبيط الارتشاف.

□ الجهاز العصبي:

□ تصبح متلازمة نفق الرسغ وشلل بيل أكثر شيوعاً.

□ الجلد:

□ التبدلات الصباغية (تخف بعد الولادة).

يزداد تصبغ العجان واللعة.

الكلف (تبدلات صباغية تحت العينين وجسر الأنف).

الخط الأسود (تصبغ الخط المتوسط البطني).

الأورام الوعائية العنكبوتية.

الحمامى الراحية.

□ الشقوق (الفرز) الحملية (تخف لكن نادراً ما تختفي).

الاستشارة قبل الحمل PRECONCEPTION COUNSELLING:

- إعطاء حمض الفوليك للوقاية من عيوب الأنبوب العصبي (0.4-1) NTD ملغ يومياً عند كل النساء، و ٤ ملغ في حالة وجود NTD سابق).
- القصة الوراثية وعوامل الخطورة.
- تعديل الأدوية، الكحول، التدخين.
- التمنيع ضد الحصبة الألمانية.
- التغذية المناسبة.
- استخدام الفيتامينات وإضافات الحديد قبل الحمل.
- التأثير على العائلة والعمل.
- العنف المنزلي (٥٠% من حالات العنف المنزلي تبدأ في الحمل).
- الاكتئاب/ الصحة العقلية.

الزيارة الأولية INITIAL VISIT:

- عادة بعد ١٢ أسبوعاً.

القصة:

- تحديد سن الحمل بواسطة تحديد تاريخ أول يوم من آخر دورة طمثية LMP (إذا كانت الدورة الطمثية منتظمة والتواريخ دقيقة).
- إذا كان الـ LMP غير مؤكد فيتم اللجوء لفائق الصوت لتحديد سن الحمل.
- تحديد تاريخ الولادة المتوقع EDC باستخدام قاعدة نيجيل Naegele.
- اليوم الأول من آخر دورة طمثية + ٧ أيام - ٣ شهور.
- مثالاً: تاريخ آخر دورة طمثية هو ٧ تموز ٢٠٠٣ فيكون EDC هو ١٤ نيسان ٢٠٠٤.
- يتم التعديل بشكل مناسب في حالات الدورات الطمثية الأطول أو الأقصر.
- الحصول على القصة التوليدية لكل الحمل السابقة (GTPAL).
- الحصول على القصة العائلية والاجتماعية والطبية ذات الصلة.
- الاستشارة (راجع قسم الاستشارة قبل الحمل).
- استخدام الأدوية/المخدرات، استهلاك الكحول، التدخين.
- الإرضاع الوالدي.

الفحص السريري:

- الفحص السريري الكامل.

□ الضغط الدموي القاعدي (هام جداً لمراقبة التبدلات اللاحقة).

□ الوزن الأساسي Baseline.

□ الفحص الحوضي.

الاستقصاءات:

□ الفحوص الدموية:

تعداد الدم الكامل، زمرة الدم وأضداد الـ Rh.

عيار أضداد الحصبة الألمانية، VDRL، العامل الأسترالي (المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد B)،

الفحوص المصلية للـ HIV.

□ الفحوص البولية:

تحليل البول الروتيني، الزرع والتحصن.

البيلة الجرثومية اللاعرضية موجودة عند ٥% من النساء الحوامل.

في حالة عدم المعالجة تحدث أخماج السبيل البولي عند ٢٥-٣٠% من حالات البيلة الجرثومية

اللاعرضية أثناء الحمل (زيادة خطر المخاض الباكر).

□ الفحص الحوضي:

الطاخة المهبلية (بابا نيكولاو) (إذا لم تكن قد أجريت خلال الأشهر الستة الماضية)، إجراء الزرع

الخاص بالمتدثرة (الكلاميديا) والنايسيريات البنية.

الزيارات اللاحقة SUBSEQUENT VISITS:

□ تتم الزيارات في حالات الخطورة المنخفضة والحمل غير المختلط:

كل شهر حتى الأسبوع ٢٨.

كل أسبوعين من الأسبوع ٢٨ إلى الأسبوع ٣٦.

كل أسبوع من الأسبوع ٣٦ إلى الأسبوع ٤٠.

وفي كل زيارة يجري مايلي:

□ تقدير سن الحمل.

□ فحص البول (الغلوكوز والبروتين).

□ كسب الوزن.

كسب الوزن التقريبي المتوقع ١ لبيرة (٤٥٠ غ) شهرياً في النصف الأول من الحمل ثم ١ لبيرة أسبوعياً

في النصف الثاني من الحمل.

كسب الوزن الوسطي ٢٥-٣٥ لبيرة (١١.٢٥-١٥.٧ كغ) ويكون ٤٠% من كسب الوزن فقط متعلق

بمنتجات الحمل.

□ ضغط الدم.

□ قياس ارتفاع قاع الرحم وهو المسافة بين قاع الرحم وارتفاع العانة (SFH) حيث يجب أن يكون ضمن ٢

سم من سن الحمل بالأسابيع بين الأسبوع ٢٠ و ٣٧ أي SFH = 20 سم في الأسبوع ٢٠:

١٢ أسبوعاً حملياً: ارتفاع العانة.

٢٠ أسبوعاً حملياً: السرة.

٣٧ أسبوعاً حملياً: القص.

الجدول (١): التدبير المعتمد على الحمل.	
سن الحمل (الأسابيع)	قضايا تدبيرية
١٠-١٢	CVS (خزعة الزغابات الكوربونية).
١٥-١٦ أو حتى تمام الحمل	بزل السائل الأمنيوسي.
١٦	MSS (المسح المصلي الوالدي).
١٦-١٨	إجراء فائق الصوت لتحديد سن الحمل والتقييم البنيوي. الارتكاض (حركات الجنين التي تشعر بها الأم).
٢٦-٢٨	اختبار تحدي الغلوكوز الفموي ٥٠ غ (OGCT).
٢٨	إعادة الـ CBC. إعطاء Rhogam للنساء سلبيات الـ Rh.
٣٦	التقصي عن أضداد الـ Rh إذا كان ذلك مستتباً التقصي عن المكورات العقدية المجموعة B.
٦ أسابيع بعد الولادة	زيارة متابعة لمناقشة منع الحمل وفحص الثدي والحوض وإجراء لطاخة بابانيكولاو والفحص من أجل الصحة العقلية/الاكتئاب.

□ التشخيص التفريقي لعدم تناسب حجم الرحم مع الحجم المناسب لسن الحمل (التواريخ الدقيقة ضرورية):

الأسباب الوالدية: الداء السكري.

الأسباب الوالدية – الجنينية: استسقاء /شح السائل الأمنيوسي، الحمل المتعدد.

الأسباب الجنينية: التشوهات الجنينية/فشل النمو داخل الرحم، شذوذ الطابع النووي.

□ فحص البطن من أجل تحديد اضطجاع الجنين Lie (العلاقة بين المحور الكبير للجنين والمحور الكبير للأم)

والوضعية والمجيء (مناورات ليوبولد Leopold) في الثلث الثالث.

□ تظهر دقات قلب الجنين حوالي الأسبوع ١٢ باستخدام مخطط الصدى دوبلري.

المسح المصلي الوالدي (MSS أو المسح الثلاثي Triple screen) :

□ يقيم خطورة إن كان الجنين مصاباً بمتلازمة داون، أو تثلث الصبغي ١٨ أو عيوب الأنبوب العصبي.

□ وللوصول إلى التشخيص الدقيقة يجب إجراء فائق الصوت و/أو بزل السائل الأمنيوسي في حالة الـ MSS

الإيجابي.

□ يستخدم هذا المسح ثلاث واسمات (MSAFP، بيتا hCG و uE3).

تثلث الصبغي ٢١: انخفاض MSAFP (ألفا فيتوبروتين في مصل الأم) مع ارتفاع البيتا hCG وانخفاض

uE3.

تثلث الصبغي ١٨ : انخفاض MSAFP وانخفاض البيتا hCG وانخفاض uE3.

□ التشخيص التفريقي لارتفاع الـ MSAFP:

سن الحمل الخاطئ.

وجود أكثر من جنين (التوائم).

موت الجنين.

عيب الأنبوب العصبي.

عيوب جدار البطن (مثل القيلة السرية).

□ التشخيص التفريقي لانخفاض الـ MSAFP:

ورم الأرومة الغاذية الحملي.

سن الحمل الخاطئ.

الإجهاض المنسي.

الشذوذات الصبغية (مثل تثلث الصبغي ١٨ ، ٢١).

□ إن ٨٠% من الولدان المصابين بمتلازمة داون يولدون لأمهات دون عمر ٣٥ عاماً لذلك فإن الـ MSS وسيلة تقصي قيمة.

□ نسبة الإيجابية الكاذبة للـ MSS هي ٦-٧%.

□ إن معدل كشف تثلث الصبغي ٢١ باستخدامات الواسمات الثلاثة مع بعضها أعلى بـ ٢-٣ مرات بالمقارنة مع استخدام الـ MSAFP وحده، ومع ذلك تبقى نسبة ٢٠-٣٠% من حالات تثلث الصبغي ٢١ عند النساء الكبيرات التي لن يكشفها الـ MSS، كما أنه لن يكشف بشكل موثوق الشذوذات الصبغية الأخرى التي تحدث بتواتر أعلى عند النساء المتقدمات بالسن، ولهذا يجب إجراء بزل السائل الأمنيوسي عند هؤلاء النساء عاليات الخطورة.

□ **العقديات المجموعة B (GBS):**

□ خطر الانتقال العمودي (الإنتان الوليدي، التهاب السحايا، ذات الرئة).

□ استطبابات الوقاية بالمضادات الحيوية (الأمبيسلين أو الكليندامايسين عند المتحسسات للبنسلين أثناء الولادة، التوصيات مختلف عليها).

□ إيجابية التقصي عن GBS اعتماداً على الزروعات المهبلية المأخوذة في الأسبوع ٣٦-٣٨ أو

حالة الـ GBS غير معروفة مع وجود أحد عوامل الخطورة التالية:

□ بيلة جرثومية بالـ GBS سابقة حتى لو عولجت.

□ إصابة رضيع سابق بجمخ الـ GBS.

□ المخاض المبكر.

□ انبثاق الأغشية الباكر منذ أكثر من ١٢ ساعة.

□ حرارة الأم أثناء الولادة أكثر من ٣٧.٧ م°.

تسرع القلب عند الجنين.

التشخيص قبل الولادة :PRENATAL DIAGNOSIS:

الاستطابات:

- عمر الأم فوق ٣٥ (زيادة خطر بعض التشوهات الصبغية).
- فحص الـ MSS شاذ أو نتائج فائق الصوت الشاذة.
- وجود قصة سابقة لتشوهات صبغية أو أمراض وراثية.
- أحد الوالدين حامل لمرض وراثي أو لتبادل مواقع متوازن.
- وجود ٣ إسقاطات أو أكثر.
- وجود قصة عائلية للتشوهات الصبغية أو الاضطرابات الوراثية أو التشوهات الخلقية أو التخلف العقلي غير المشخص.
- القرابة.

بزل السائل الأمنيوسي Amniocentesis:

- هو الحصول على عينة من السائل الأمنيوسي عبر البطن بمساعدة فائق الصوت.
- يجرى في الأسبوع ١٥-١٦ الحلمي لكشف المشاكل الوراثية مثل التثلثات الصبغية.
- يجرى في الثلث الثالث من الحمل لتقييم نضج الجنين.
- إذا كانت نسبة S/L أكثر من ١/٢ فهذا يدل على نضج الرئة لدرجة كافية لمنع حدوث متلازمة الضائقة التنفسية RDS.

□ يستخدم لتقدير تركيز البيليروبين الكمي في الحمول المصابة بالتمنيع الإسوي Rh.

الفوائد:

□ التقصي عن عيوب الأنبوب العصبي (الأسثيل كولين إستراز و الـ AFP الأمنيوسي).

□ أكثر الاختبارات الوراثية دقة.

المساوئ:

- خطر الإسقاط العفوي ٠.٥%.
- تستغرق النتيجة ١٠-١٤ يوماً؛ في حين تتوافر نتيجة الـ FISH خلال ٧٢ ساعة.
- عند النساء فوق سن الـ ٣٥ يكون خطر التشوه الصبغي (١/١٨٠) و هو أعلى من خطر الإسقاط التالي لهذا الإجراء لذلك يعرض على النساء إجراؤه بشكل روتيني.

خزعة الزغابات الكورونية (CVS) Chorionic villus sampling:

□ إدخال إبرة عبر البطن أو إدخال قنطرة عبر عنق الرحم في الأسبوع ١٠-١٢ الحلمي.

الفوائد:

□ يمكن من إنهاء الحمل في مرحلة باكراً.

أسرع لإجراء النمط النووي، واختبارات الـ DNA و حالة الصبغيات، والتقييم الكيماوي الحيوي (تظهر النتائج خلال ٤٨ ساعة، لا ضرورة لانتظار الزرع).
زيادة توفر المسابير مما يسمح بتشخيص الشذوذات الوراثية (أي الـ FISH).

□ المساوي:

خطر الإسقاط العفوي ١-٢%.

لا يكشف عيوب الأنبوب العصبي.

خطر أذية الطرف.

اختبار ضعيف بسبب الموزايكية الوراثية.

المراقبة قبل الولادة ANTENATAL MONITORING:**حركات الجنين:**

□ يتم تقييمها بواسطة:

- شعور الأم بحركة الجنين (الارتكاض (Quickening)).
- يتم اختيار وقت يكون فيه الجنين نشيطاً من أجل عد الحركات.
- إذا كانت الحركات أقل من ٦ حركات خلال ساعتين فيجب إخبار الطبيب.
- إن ١٠ حركات خلال ١٢ ساعة هو الحد الأدنى للطبيعي (بعمر ٣٢ أسبوعاً فما فوق).
- الجس.
- فائق الصوت.

فائق الصوت Ultrasound:

- يجرى بشكل روتيني في الأسبوع ١٦-٢٠ لتقييم نمو الجنين والتشريح.
- يجرى فائق الصوت بشكل أبكر أو يجرى لاحقاً إذا كان ذلك مستتباً من الناحية الطبية.
- إثبات الحمل داخل الرحم.
- كشف الحمل المتعددة.
- وجود قصة سابقة لفقدان الأجنة الباكر.
- النزف أو الاختلاطات الأخرى.
- قياس نمو الجنين وكشف فشل النمو داخل الرحم IUGR.
- تحديد مكان المشيمة.
- تحديد سن الحمل (أفضل تحديد دقيق لسن الحمل بواسطة قياس الطول القمي الذيلي Crown-rump قبل الأسبوع ١١-١٢ الحمل).

اختبار اللاشدة (NST) Non-stress test:

- تسجيل مستمر لسرعة قلب الجنين (FHR) باستخدام دوبلر خارجي لتقييم سرعة قلب الجنين وعلاقتها مع حركة الجنين (راجع قسم مراقبة قلب الجنين أثناء المخاض).
- يستطب عند وجود أي شيء يقترح القصور الرحمي المشيمي أو الاشتباه بالضانقة الجنينية.
- الـ NST الارتكاسي (الطبيعي) Reactive NST:
- ملاحظة وجود تسارعين للـ FHR أكثر من ١٥ نبضة بالدقيقة فوق الخط القاعدي تستمران ١٥ ثانية أو أكثر خلال ٢٠ دقيقة.
- الـ NST غير الارتكاسي (شاذ) Non reactive NST:

وجود تسارع واحد (أو عدم وجود أي تسارع) بمقدار ١٥ نبضة بالدقيقة على الأقل ولمدة ١٥ ثانية مترافق مع حركة الجنين خلال ٤٠ دقيقة.

إذا لم يلاحظ أي تسارعات أو حركة للجنين خلال الـ ٢٠ دقيقة الأولى، يتم تنبيه الجنين (ضغط قعر الرحم، التنبيه الصوتي/الاهتزازي) وتستمر المراقبة لمدة ٣٠ دقيقة.

إذا كان الـ NST غير ارتكاسي يتم إجراء البروفيل الفيزيائي الحيوي (BPP).

البروفيل الحيوي الفيزيائي (BPP) Biophysical profile

□ يتكون الـ BPP من الـ NST مع التقييم الجنيني بفائق الصوت لمدة ٣٠ دقيقة.

□ توجد ٥ معايير في الـ BPP يتم تقييمها وإعطائها نقاطاً (الجدول ٢).

□ النتيجة:

٨-١٠: معدل الوفيات حول الولادة: ١/١٠٠٠، يكرر الـ BPP إذا كان ذلك مستتباً سريرياً.

٦: معدل الوفيات حول الولادة: ٣١/١٠٠٠؛ يكرر الـ BPP خلال ٢٤ ساعة.

٤-٠: معدل الوفيات حول الولادة ٢٠٠/١٠٠٠، يتم توليد الجنين إذا كان ناضجاً.

□ إن حجم السائل الأمنيوسي AFV واسمة لنقص الأكسجة المزمن، أما المعايير الأخرى فتشير إلى نقص الأكسجة الحاد.

الجدول (٢): نتائج البروفيل الحيوي الفيزيائي.

المعيار	الطبيعي (٢)	الشاذ (٠)
AFV (حجم السائل الأمنيوسي).	وجود جيب من السائل بقيس ٢ سم في محورين.	شح السائل الأمنيوسي.
NST.	ارتكاسي.	غير ارتكاسي.
التنفس.	نوبة واحدة من التنفس على الأقل تدوم ٣٠ ثانية على الأقل.	لا يوجد تنفس
حركة الأطراف.	٣ حركات منفصلة.	حركتان أو أقل.
مقوية الجنين.	نوبة واحدة على الأقل من بسط الطرف يليها إجراء العطف.	لا توجد حركة.

المراقبة أثناء الولادة INTRA-PARTUM MONITORING:

الفحص المهبلي:

□ حالة الأغشية:

□ إحماء Effacement العنق (ترقق Thinning)، الاتساع، القوام، توضع العنق (أمامي - خلفي)، الانطباق.

□ المجيء الجنيني، وضع المجيء، درجة تدخل المجيء Station.

□ حجم وشكل الحوض العظمي.

مراقبة قلب الجنين أثناء الولادة:

- المراقبة الخارجية (الدوبلر) مقابل المراقبة الداخلية (المسرى على الفروة).
- يوصف بالمصطلحات التالية : معدل دقات قلب الجنين FHR القاعدي، التغيرية Variability (قصير الأمد، طويل الأمد) والدورية Periodicity (التسارعات، التباطؤات) (انظر الجدول ٣).

□ الـ FHR القاعدي Baseline:

المجال الطبيعي ١٦٠-١٢٠ نبضة بالدقيقة.

هو المعيار الدال على سلامة الجنين مقابل الضائقة.

□ التغيرية Variability:

قصيرة الأمد: من ضربة لضربة (يحتاج للمراقبة عن طريق الفروة).

طويلة الأمد: توصف من ناحية التواتر وسعة التبدل عن الخط القاعدي.

يعرف التواتر بأنه عدد المرات في فترة دقيقة واحدة التي يحدث فيها زيادة أو نقصان بمقدار ٥ نبضات بالدقيقة على الأقل وتستمر لمدة ٥ ثوان (التواتر الوسطي ٣).

تعتمد السعة Amplitude على الاختلاف بين أعلى وأخفض FHR خلال فترة دقيقة واحدة (الوسطى ١١- ٢٥ نبضة بالدقيقة).

□ الدورية Periodicity:

التسارعات Accelerations:

هي زيادة نبض قلب الجنين بمقدار ١٥ نبضة بالدقيقة أو أكثر و لمدة ١٥ ثانية على الأقل استجابة لحركة الجنين أو التقلص الرحمي.

التباطؤات Decelerations:

توصف من ناحية الشكل والبدائية والعمق والمدة والشفاء والحدوث وتأثيرها على الـ FHR القاعدي والتغيرية.

الجدول (٣) العوامل التي تؤثر على سرعة قلب الجنين.

نقص التغيرية	تباطؤ قلب الجنين (FHR دون ١٢٠)	تسرع قلب الجنين (FHR أكثر من ١٦٠)
نقص الأكسجة. المخدرات. سلفات المغنزيوم. شدوذات الـ CNS عند الجنين. خمول الجنين/ النوم (أقل من ٢٠ دقيقة). التجفاف عند الأم الخمج.	فرط قلووية الرحم. حصار القلب الخلقى. نقص الأكسجة المتأخر (انفكاك المشيمة الباكر، PIH). هبوط ضغط الدم عند الأم. استخدام الأم لحاصرات بيتا. النزول السريع خلال المخاض. انسداد الحبل السري الحاد.	فقر الدم الجنيني أو الوالدي. اللانظميات القلبية عند الجنين. نقص الأكسجة الباكر (انفكاك المشيمة الباكر، الـ PIH). التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي الحمى عند الأم. مقلدات الودي (مثل الريبوتدين). فرط الدرقية/الانسمام الدرقي.

PIH: فرط التوتر الشرياني المعرض بالحمل.

التباطؤ الباكر (انظر الشكل ١).

وحيد الشكل، يبدأ باكراً بالنسبة للتقلصة الرحمية ويعود نظم القلب إلى الخط القاعدي مع نهاية التقلصة، تباطؤ بطيء متدرج.

متكرر غالباً، لا تأثير على الـ FHR القاعدي أو التغيرية.

ناجم عن الاستجابة المبهمة لانضغاط الرأس.

سليم، يشاهد عادة مع توسع العنق ٤-٧ سم.

التباطؤ المتقلب (المتغير) (انظر الشكل ٢):

أشيع نمط من الدورية يشاهد خلال المخاض.

متنوع الشكل والبدائية والمدة.

قد يكون متكرراً.

غالباً ما يترافق مع هبوط سريع مفاجئ في الـ FHR، لا تأثير له عادة على الـ FHR القاعدي أو على التغيرية.

ينجم عن انضغاط الحبل السري أو عن الكبس الشديد مع التقلصات في الطور الثاني.

سليم إلا إذا كان متكرراً أو ترافق مع شفاء بطيء أو عندما يترافق مع الشذوذات الأخرى في الـ FHR.

التباطؤ المتأخر (انظر الشكل ٣):

وحيد الشكل (متناظر)، يبدأ متأخراً بالنسبة للتقلصات ويصل إلى أخفض عمق بعد ذروة التقلصة ويعود إلى الخط القاعدي بعد نهاية التقلصة.

قد يسبب نقص التغيرية وتغير الـ FHR القاعدي.

الشكل (١) التباطؤات الباكرة.

الشكل (٢) التباطؤات المتقلبة (المتغيرة).

الشكل (٣) التباطؤات المتأخرة.

يجب مشاهدة ٣ تباطؤات في الصف وكلها متشابهة الشكل من أجل تعريفها بأنها تباطؤ متأخر.
ينجم عن نقص الأكسجة الجنينية وحمضاض الدم، وهبوط الضغط الوالدي أو فرط المقوية الرحمية.
يكون عادة علامة على القصور الرحمي المشيمي (علامة شوم).
يتم تدبيره بتغيير الوضعية إلى الاضطجاع الجانبي الأيسر وإعطاء الأوكسجين وإعطاء السوائل الوريدية وإيقاف الأوكسي توسين وإجراء القيصرية في حالة عدم الاستجابة.

مقاربة الFHR الشاذ:

- في حالة استخدام مراقب خارجي تأكد من أنك تسجل نظم قلب الجنين وليس الأم.
- تغيير وضعية الأم.
- إعطاء الأوكسجين ١٠٠% عن طريق القناع وإيقاف الأوكسي توسين.
- تأكد من عدم وجود انسداد الحبل السري.
- فكر بوضع الكترودات على فروة الجنين لتقييم التغييرية من نبضة لنبضة وأخذ عينة دموية من فروة الجنين إذا استمر الشذوذ.
- الولادة مباشرة إذا حدث بطء القلب المديد المتكرر.

عينة الدم من فروة الجنين:

- مؤشرات الضائقة الجنينية.
- الـ PH أعلى من ٧.٢٥ طبيعي.
- أقل من ٧.٢٥ مؤشر على ضرورة إعادة الاختبار خلال ٣٠ دقيقة.
- أقل من ٧.٢٥ يشير إلى الحمض الجنيني الشديد لدرجة كافية تستدعي الولادة السريعة.

العقي في السائل الأمنيوسي:

- لا يوجد عادة بصورة باكرة في المخاض.
- قد يحدث قبل الـ ROM (تمزق الأغشية) أو بعد تمزق الأغشية ومرور سائل صاف.
- يصنف إلى سميك أو رقيق.
- يظهر العقي الرقيق Thin على شكل سائل مخضر أو مصفر بشكل خفيف.
- يظهر العقي السميك Thick على شكل سائل أخضر غامق أو أسود وقد يكون له قوام حساء البازلاء.
- يترافق مع انخفاض علامة أبغار وزيادة خطر استنشاق العقي.
- استدع طبيب الأطفال إلى غرفة الولادة.
- قد يشير إلى مجيء مقعدي غير مشخص.
- قد يكون تزايد الكمية أثناء المخاض علامة على الضائقة الجنينية.

مراجعة:

- نسبة حدوث التوائم هي ٨٠/١، أما التوائم الثلاثية فنسبة حدوثها ٦٤٠٠/١ في أمريكا الشمالية.
- يكون ثلثا التوائم من النوع ثنائي الزيجوت (ثنائية البيضة Fraternal وبالتالي غير متماثلة).
- تؤثر العوامل الوراثية (من ناحية الأم فقط) وأدوية الخصوبة/إجراءات الخصوبة على معدل التوائم ثنائية الزيجوت فقط.
- تحدث التوائم وحيدة الزيجوت بمعدل ثابت في كل العالم (٢٥٠/١).
- يتم تحديد نوع الزيجوت بعدد المشيمات وسماكة الأغشية والجنس والزرمة الدموية.

الجدول (٤): الاختلاطات المترافقة مع الحمل المتعدد

الوالدية	الوالدية الجينية	الجينية
القيء المفرط الحلمي. الداء السكري. ما قبل الارتجاج/PIH. التزف بعد الولادة PPH (الرحم الوانية Atony أو عطالة الرحم). انفكاز المشيمة الباكر. فقر الدم (زيادة الحاجة من الحديد والفولات). زيادة الشدة الفيزيولوجية على كل الأجهزة. زيادة الأعراض الانضغاطية. العملية القيصرية.	زيادة تمزق الأغشية الباكر/ المخاض الباكر. الاستسقاء الأمنيوسي. انسداد الحبل السري. ارتكاز المشيمة المعيب.	الخداج* فشل النمو داخل الرحم. المجيء المعيب. التشوهات الخلقية. نقل الدم الجيني - الجيني (DA/MC). زيادة الوفيات والمراضة حول الولادة. الانعقال الجيني (الجنين A مقعدى والجنين B رأسي) وفاة أحد التوأمين.
* اشيع سبب للوفيات حول الولادة في الحمل المتعددة.		

الشكل (٤): تصنيف الحمل التوأمية.

التدبير:

- الراحة في الثلث الثالث.
- زيادة المراقبة قبل الولادة.
- المراقبة الدقيقة للنمو (إجراء فائق الصوت المتتابع).
- الفحوص المهبلية في الثلث الثالث بحثاً عن توسع العنق.
- قد يكون بالإمكان تجربة الولادة المهبلية إذا كان مجيء التوأم A قميماً، و إلا فيجب إجراء القيصرية.
- يجب توليد التوأم B خلال ١٥-٢٠ دقيقة من ولادة التوأم A (قد تكون الفترة أطول إذا كانت مراقبة الـ FHR كافية).

الحالات الطبية أثناء الحمل :

MEDICAL CONDITIONS IN PREGNANCY:

:URINARY TRACT INFECTION **خمج السبيل البولي**

- يحدث بشكل أشيع في الحمل والنفاس.
- هو أشيع اختلاط طبي في الحمل.
- ينجم عن زيادة الركود البولي الناجم عن عوامل هرمونية (البروجسترون) وميكانيكية.
- العضيات المسببة مشابهة للعضيات المشاهدة عند المرأة غير الحامل إضافة إلى GBS (العقديات المجموعة B).
- قد تكون عرضية أو لا عرضية، علاج كل الحالات.
- خطر حدوث التهاب المثانة الحاد والتهاب الحويضة والكلية ومن المحتمل أيضاً تمزق الأغشية الباكر المديد PPROM.
- معالجة البيلة الجرثومية اللاعرضية أو التهاب المثانة الحاد.
- الأموكسي سيللين هو الخط الأول.
- البدائل هي (TMP/SMX (Septra) أو النيتروفورانتوين (تجنب استخدامها خلال الأسابيع الستة الأخيرة من الحمل).
- المتابعة بإجراء زروعات بولية شهرية.
- النكس شائع.
- معالجة التهاب الحويضة والكلية خلال الحمل يحتاج للاستشفاء وإعطاء المضادات الحيوية وريدياً.

:IRON DEFICIENCY ANEMIA **فقر الدم بعوز الحديد**

- تزداد احتياجات الحديد خلال الحمل (تحتاج الأم إلى ١٠٠٠ ملغ من الحديد العنصري لكل جنين وهذه الكمية تتجاوز قدرة المخازن الطبيعية).
- الجنين (٥٠٠ ملغ).
- كتلة الكريات الحمراء (٥٠٠ ملغ).
- الضياع (٢٠٠ ملغ).

الأسباب:

- عدم كفاية المدخول من الحديد.
- سوء امتصاص الحديد.
- النزف المهبل (أو من أي مصدر آخر).
- الحمل المتعدد.

□ استخدام مضادات الحموضة (قد تمنع امتصاص الحديد).

الاختلالات:

- **الوالدية:** خناق الصدر، قصور القلب الاحتقاني، الخمج، المخاض المبكر.
- **الجنينية:** نقص السعة الناقلة للأوكسجين مما يؤدي إلى الضائقة الجنينية و فشل النمو داخل الرحم ونقص وزن الولادة والخزب الجنيني.

التشخيص:

- تعداد الدم الكامل، اللطاخة الدموية، فيرتين المصل (إن التبدلات في مخازن الفيترتين هي العلامة الأولى لفقر الدم).
- فقر الدم صغير الكريات ناقص الصباغ مع نقص الفيترتين.
- إن شكل الكريات ليس مشعراً جيداً بسبب نصف عمر الكريات الحمر.
- السعة الرابطة الإجمالية TIBC غير موثوقة لأنها تزداد أثناء الحمل.

المعالجة:

- **الوقاية:**
- الحديد القوتي وتحريك الحديد من مخازنه غير كاف لتلبية الاحتياجات.
- المدخول اليومي الكافي من الحديد (٣٠ ملغ من الحديد العنصري/ اليوم) لكل النساء.
- إعطاء ٢٠٠ ملغ/اليوم من الحديد العنصري إذا كانت المرأة مصابة بفقر الدم.
- المراقبة.

فقر الدم بعوز الفولات FOLATE DEFICIENCY ANEMIA:

- يترافق غالباً مع فقر الدم بعوز الحديد.
- ضروري لانغلاق الأنبوب العصبي خلال المرحلة البكرة من التطور الجنيني.
- الاحتياجات اليومية الدنيا هي ٠.٥ ملغ.
- يحتاج عوز الفولات في القوت إلى ١٨ أسبوعاً تقريباً لإحداث فقر الدم.
- الخضروات ذات الأوراق الخضراء مصدر جيد للفولات القوتي.

الأسباب:

- سوء التغذية.
- سوء الامتصاص (مثل السبرو Sprue).
- فقر الدم الانحلالي المزمن (مثل داء الخلية المنجلية).
- الحمل المتعدد.
- الأدوية (مثل الفينيتوئين و TMP/SMX ومانعات الحمل الفموية).

الاختلالات:

- الوالدية: صغر الحجم الدموي، الغثيان، الإقياء، القمه.
- الجنينية: عيوب الأنبوب العصبي في الثلث الأول، نقص وزن الولادة، الخداج.

التشخيص:

- يشتهه بفقر الدم بعوز الفولات إذا لم يستجب فقر الدم بعوز الحديد للمعالجة.
- تعداد الدم الكامل، اللطاخة الدموية، مستويات الفولات في الكريات الحمراء.
- فقر الدم ضخّم الأرومات Megaloblastic anemia وزيادة نفصص العدلات على اللطاخة.
- التهاب اللسان وخشونة الجلد.
- لا توجد مظاهر عصبية (على العكس من عوز الفيتامين B12).
- ارتفاع مستوى الحديد المصلي وإشباع الترانسفيرين.

المعالجة:

- ١ ملغ من حمض الفوليك يومياً عن طريق الفم.
- ٤ ملغ من حمض الفوليك يومياً في حال وجود قصة سابقة لعيوب الأنبوب العصبي.

الداء السكري DIABETES MELLITUS:

نسبة الحدوث:

- ٢-٣% من الحمول تختلط بحدوث الداء السكري.

الفيزيولوجيا الطبيعية أثناء الحمل:

- في بداية الحمل (T_1) يزداد إفراز الأنسولين وتقوى تأثيراته الابتنائية Anabolic وتنقص مستويات الجلوكوز الصيامية عند الأم ويزداد خزن الطاقة عند الأم.
- في الثلثين الثاني والثالث تتطور المقاومة للأنسولين.
- العوامل المضادة للأنسولين: اللاكتوجين المشيمي البشري (يزداد إفرازه مع نمو المشيمة) والكورتيزول.
- النتيجة: مستويات أعلى للجلوكوز على الريق وتعزيز حل الشحوم (زيادة الحموض الدسمة الحرة وثلاثيات الغليسريد والشحوم و الكيتونات) للتزويد بالطاقة اللازمة لنمو الجنين.

تصنيف الداء السكري (DM):

- الداء السكري المعتمد على الأنسولين (النمط I).
- الداء السكري غير المعتمد على الأنسولين (النمط II).
- الداء السكري الحلمي: الداء السكري الذي يشخص أثناء الحمل.

اختلالات الحمل عند المرأة السكرية:

اختلالات والدية:

- فرط ضغط الدم، تسمم الدم السابق للارتعاج/PET، الاستسقاء الأمنيوسي، التهاب الحويضة والكلية/خمج السبيل البولي.

الحمض الكيتوني السكري، السبات السكري، يزداد اعتلال الشبكية سوءاً في النمط I والنمط II ولكن ليس في السكري الحمل GDM.

□ اختلالات جنينية:

يؤدي فرط غلوكوز الدم عند الأم إلى فرط الأنسولينية عند الجنين وهذا يسرع الابتداء ويؤدي لحدوث ضخامة الجسم Macrosomia.

زيادة التشوهات الخلقية والإسقاطات الناجمة عن فرط سكر الدم قبل الحمل أو خلال الثلث الأول. التشوهات القلبية (VSD) وتشوهات الأنبوب العصبي، والتشوهات البولية التناسلية والمعدية المعوية والتشوهات العضلية الهيكلية (عدم تصنع العجز Sacral agenesis).

فشل النمو داخل الرحم إذا كان لدى الأم أذية الأعضاء الانتهازية.

تأخر نضج رئة الجنين.

المخاض الباكر/الخداج.

زيادة نسبة حدوث الإملاص.

□ لا يتظاهر السكري الحمل بزيادة خطر التشوهات الخلقية لأنه يتطور في مرحلة متأخرة (أي بعد T_1).

□ الاختلالات الوليدية:

ضخامة الجسم مع ما يرافقها من رضوض الولادة ونقص سكر الدم وفرط بيليروبين الدم واليرقان ونقص كالسيوم الدم واحمرار الدم ومتلازمة الضائقة التنفسية RDS.

معالجة الداء السكري في الحمل:

□ الثلث الأول T_1 :

يتم الضبط الأمثل للسكري قبل الحمل لأن هذا سوف ينقص خطر التشوهات الخلقية.

تعتبر خافضات السكر الفموية مضاد استنطباب لذلك يجب في النمط II من الداء السكري تحويل المعالجة إلى الأنسولين.

تحديد المخاطر والاختلالات المحتملة.

إعطاء حمض الفوليك قبل الحمل.

استشارة طبيب الأمراض الداخلية وأخصائي التغذية لتدبير الأنسولين.

قياس الهيموغلوبين A_{1c} باكراً في T_1 أو قبل الحمل إن كان بالإمكان وهذا يعطي مؤشراً على ضبط سكر الدم خلال فترة تكون المضغة ويمكن استخدامه لتقدير خطر التشوهات الخلقية.

التقييمات الأولية: بول ٢٤ ساعة (البروتين وتصفية الكرياتينين) وفحص الشبكية وتخطيط القلب الكهربائي وفحص وزرع البول (مع التحسس) والخضاب A_{1c} .

المراقبة طيلة الحمل لكل من الضغط الدموي والبول (البروتين/الغلوكوز/الكيتونات)، كسب الوزن، غلوكوز الدم (مراقبة ذاتية) وذلك في كل زيارة وإجراء فحص البول والزرع والتحصن أحياناً

والخضاب A_{1c} .

يؤدي نقل الجلوكوز والحموض الأمينية إلى الجنين في بداية الحمل إلى الميل لحدوث نقص سكر الدم عند الأم.

قد يؤدي الغثيان والإقياء إلى إنقاص المدخول من الطعام ولهذا السبب قد تكون هناك حاجة لإنقاص جرعة الأنسولين.

□ الثلث الثاني T₂:

زيارة الطبيب كل أسبوعين.

إجراء MSAFP (بالأسبوع ١٦) وإجراء ٣ فحوص مفصلة بفائق الصوت.

الأخذ بالاعتبار إجراء مخطط الصدى القلبي للجنين لنفي تشوهات القلب الجنينية.

القبول في المشفى لضبط سكر الدم عند الضرورة.

في النصف الثاني من الحمل يكون تأثير هرمونات المشيمة المولد للسكر أكبر من التصريف المستمر للجلوكوز من قبل الجنين.

تزداد الحاجة للأنسولين ولهذا لا بد من زيادة جرعة الأنسولين.

□ الثلث الثالث T₃:

زيارة الطبيب كل أسبوع.

مراقبة الجنين (البروفيل الحيوي الفيزيائي BPP، اختبار اللاشدة NST)، ويعتمد تكرار المراقبة على المخاطر.

قبل الأسبوع ٣٦ = أسبوعياً.

بعد الأسبوع ٣٦ = أسبوعياً أو مرتين أسبوعياً.

يعتمد توقيت الولادة على عوامل الخطورة عند الجنين و الأم.

يمكن الانتظار حتى حدوث المخاض العفوي إذا كان الجلوكوز مضبوطاً بشكل جيد وال BPP طبيعياً.

تعرض الولادة في الأسبوع ٤٠.

□ المخاض:

زيادة خطر عدم التناسب الرأسي الحوضي وعسر ولادة الكتفين عند الأجنة التي تزن أكثر من ٤ كغ.

إجراء القيصرية الانتقائية في حال توقع وزن الولادة أعلى من ٤.٥ كغ (أمر مختلف عليه).

مراقبة سكر الدم أثناء المخاض كل ساعة في الوقت الذي تكون فيه المريضة موضوعة على الديكستروز

والأنسولين تنقيطاً وريدياً، ويكون الهدف هو الوصول إلى سكر الدم بين ٣.٥-٦.٥ ململول/ل لإنقاص

نقص سكر الدم الوليدي.

□ بعد الولادة:

زيادة خطر نقص سكر الدم.

حالما تصبح الوالدة قادرة على تناول القوت المعتاد يتم استئناف إعطاء الأنسولين بجرعة تعادل ثلثي

الجرعة قبل الحمل مع مراقبة السكر كل ٦ ساعات.

السكري الحملِي (GESTATIONAL DIABETES):

- عدم تحمل الجلوكوز الذي يحدث أثناء الحمل فقط.
- الاستعداد الوراثي لتطوير عدم تحمل الجلوكوز موجود عند هؤلاء النسوة.
- خطر تطور الداء السكري النمط II هو ٥٠% خلال الـ ٢٠ سنة التالية.

عوامل الخطورة:

- العمر فوق ٣٠.
- قصة سابقة لجلوكوز الدم المرتفع، أو للسكري الحملِي أو لرضيع عرطل (أكثر من ٤.٥ كغ).
- القصة العائلية الإيجابية (السكري الحملِي، الداء السكري النمط II، الرضيع العرطل).
- كسب الوزن الشديد أثناء الحمل، السمنة قبل الحمل.
- الرضيع الذي يزن أكثر من ٤.٥ كغ أو الرضيع الكبير نسبة لسن الحمل.
- قصة إملاص سابق غير مفسرة.
- تشوهات خلقية سابقة.
- مقدمة الإرتعاج الباكرة أو الاستسقاء الأميوسي.
- داء المبيضات المهلي المتكرر.
- النساء من المجموعات الإثنية عالية الخطورة.
- الحمل المتعدد.

التشخيص:

- إجراء المسح في الأسبوع ٢٦ (أو أبكر) عن طريق اختبار تحدي الجلوكوز الفموي ٥٠ غ في حالة وجود عوامل خطورة أو بيلة سكرية.
- يعتبر جلوكوز الدم الأكثر من ٧.٨ ملمول/ل بعد ساعة من الاختبار غير طبيعي.
- يتم الإثبات بإجراء اختبار تحمل الجلوكوز الفموي (OGTT) ويتم ذلك بإعطاء ١٠٠ غ من الجلوكوز فموياً وقياس سكر الدم كل ساعة على مدى ٣ ساعات.
- لا بد من وجود ٢ من المعايير الأربعة التالية من أجل تشخيص الداء السكري الحملِي:
 - على الريق: أكثر من ٥.٨ ملمول/ل.
 - بعد ساعة: أكثر من ١٠.٦ ملمول/ل.
 - بعد ساعتين: أكثر من ٩.٢ ملمول/ل.
 - بعد ٣ ساعات: أكثر من ٨.١ ملمول/ل.

تدبير السكري الحملِي:

- مختلف عليه.
- يهدف إلى الوصول لمستوى طبيعي لسكر الدم بعد الأكل (أي أقل من ٦.٧ ملمول/ل).
- يتم البدء بالحمية السكرية.
- إذا كان سكر الدم بعد ساعتين من الأكل أعلى من ٦.٧ ملمول/ل فيضاف الأنسولين (Humulin).
- تعتبر خافضات السكر الفموية مضاد استقلاب أثناء الحمل.

- مراقبة الجنين وتوقيت الولادة مشابهان لما تم شرحه سابقاً في حالة الداء السكري.
- يجب إيقاف الأنسولين والقوت السكري بعد الولادة.
- يوصى بالمتابعة بالتحاليل بعد الولادة بسبب زيادة خطر الداء السكري الصريح (أي إجراء OGTT بعد ٦ أسابيع من الولادة).

اضطرابات فرط التوتر الشرياني أثناء الحمل:

HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY:

التصنيف:

- مقدمة الارتجاج/Preeclampsia/الارتجاج.
- فرط ضغط الدم المزمن.
- فرط ضغط الدم المزمن مع حدوث مقدمة الارتجاج/الارتجاج.
- فرط ضغط الدم العابر أو الحملي.

مقدمة الارتجاج/تسمم الدم السابق للارتجاج/الارتجاج (PET).

- فرط ضغط الدم المترافق مع البيلة البروتينية و/أو الوذمة غير المعتمدة على الجاذبية وذلك بعد الأسبوع الحلمي ٢٠.

- ضغط الدم أعلى من ٩٠/١٤٠ ملم زئبقي أو زيادة بمقدار ٣٠ ملم زئبقي على قيمة الضغط الانقباضي و ١٥ ملم زئبقي على قيمة الضغط الانبساطي الموجودة قبل الحمل أو في الثلث الأول.
- الوذمة غير المعتمدة على الجاذبية (أي الوذمة في الوجه واليدين وليس الوذمة في الطرفين السفليين) وتكون معممة وتترافق عادة مع زيادة كسب الوزن (أكثر من ٢ كغ/أسبوعياً).
- البيلة البروتينية: وتعرف بأنها وجود البروتين أكثر من ١+ في فحص بولي عشوائي بواسطة شريط الغمس Dipstick أو أكثر من ٣٠٠ ملغ في بول ٢٤ ساعة.
- ٥٠% من كل حالات فرط ضغط الدم في الحمل.
- ناجم عن عدم توازن الثرومبوكسان Thromboxane (مقبض وعائي) والبروستاغلاندين (موسع وعائي) مما يؤدي إلى تضيق شرياني معمم.
- يؤدي التشنج الوعائي الحادث إلى أذية الشعريات الدموية مما يؤدي إلى تسرب البروتين خارج الأوعية وحدوث النزف.

الحالات المترافقة مع مقدمة الارتجاج/الارتجاج:

□ العوامل الوالدية:

- ٨٠-٩٠% من الحالات تكون في الحمل الأول.
- وجود قصة سابقة أو قصة عائلية لمقدمة الارتجاج/الارتجاج.
- الداء السكري، فرط ضغط الدم المزمن، المرض الكلوي.
- عمر الأم الصغير جداً أو الكبير جداً.

□ العوامل الجنينية:

فشل النمو داخل الرحم.

الرحى العدارية.

وجود أكثر من جنين.

الخبز الجنيني.

الاختلالات الجنينية:

□ تنجم بشكل رئيس عن قصور المشيمة:

فقدان الجنين.

فشل النمو داخل الرحم.

الخداج.

انفكاك المشيمة الباكر.

الاختلالات الوالدية:

□ النزف الدماغي (٥٠% من الوفيات).

□ قصور البطين الأيسر/الوذمة الرئوية.

□ انفكاك المشيمة الباكر.

□ خلل الوظيفة الكبدية والرئوية.

□ الاختلاجات.

□ التخرش المنتشر داخل الأوعية (تحرر الثرومبولاستين المشيمي مما يؤدي إلى استهلاك عوامل التخرش).

□ متلازمة HELLP:

الانحلال الدموي Hemolysis، مع ارتفاع أنزيمات الكبد مع نقص الصفائح.

قد لا تستجيب لإعطاء البلازما الطازجة المجمدة مع تبديل البلازما.

مقدمة الارتجاج الخفيف:

□ هو PET (تسمم الدم السابق للارتجاج) غير المختلط بأعراض عصبية أو بمعايير تشخيص الـ PET الشديد.

مقدمة الارتجاج الشديد:

□ هو الـ PET المختلط باثنين من الاختلالات التالية على الأقل:

الضغط الدموي أعلى من ١١٠/١٦٠ ملم زئبقي.

قصور القلب الاحتقاني.

الوذمة الرئوية أو الزراق.

البيلة البروتينية أعلى من ٥ غ/٢٤ ساعة أو أعلى من + ٢ بشرط الغمس.

ارتفاع كرياتينين المصل.

شح البول (أقل من ٤٠٠ مل/٢٤ ساعة).

نقص الصفائح الدموية (أقل من ١٠٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠٠/مل).

- الحبن.
- الألم الشرسوفي أو الألم في الربع العلوي الأيمن (النزف تحت المحفظة).
- ارتفاع أنزيمات الكبد.
- فرط بيليروبين الدم.
- الصداع (التشنج الوعائي للشرايين الدماغية).
- الاضطرابات البصرية (أي العتامات Scotomas، فقد الرؤية المحيطة).
- فرط المنعكسات، الرمع.
- فشل النمو داخل الرحم.

الارتجاج Eclampsia :

- اختلاجات صرع كبير عند امرأة مصابة بمقدمة الارتجاج.

تدبير مقدمة الارتجاج الخفيف :

- التقييم الوالدي:

- القصة والفحص السريري (راجع المعايير السابقة).
- الفحوص المخبرية:
- تعداد الدم الكامل والكهارل.
- اختبارات الوظيفة الكلوية (الـ BUN والكرياتينين وحمض البول).
- الأنزيمات الكبدية والدراسة التخثرية (PT، PTT، FDP).
- فحص البول بحثاً عن البروتين والإسطنانات.
- فحص بول ٢٤ ساعة من أجل البروتين وتصفية الكرياتينين.

- التقييم الجنيني: BPP، NST، FHR.

- التدبير عن طريق الراحة بالفراش بوضعية الاضطجاع الجانبي الأيسر (ينقص انضغاط الأوعية البطنية).
- المدخول القوتي من البروتين والملح طبيعي.
- لا تستخدم المدرات ولا خافضات ضغط الدم.

تدبير مقدمة الارتجاج الشديد :

- إن الولادة هي الشفاء الوحيد وذلك بعد استقرار الحالة.
- قبول المريضة وإجراء التقييم الوالدي الكامل (كما هو الحال في مقدمة الارتجاج الخفيف).
- لا شيء عن طريق الفم.
- فتح الوريد، الزمرة الدموية والتصالب.
- قنطرة فولمي لمراقبة نتاج البول.
- مراقبة الأم.

مراقبة الصادر والوارد كل ساعة، افحص البول كل ١٢ ساعة للتحري عن البروتين.
مراقبة العلامات الحيوية و المنعكسات الوترية العميقة DTR كل ساعة.

□ تقييم الجنين:

NST يليه إجراء المراقبة الجنينية الإلكترونية المستمرة حتى الولادة.

□ المعالجة المضادة للاختلاج:

تعطى لزيادة عتبة الاختلاج.

مستوى مغنيزيوم الدم القاعدي.

سلفات المغنيزيوم (٤ غ دفشاً وريدياً) ثم إعطاء ٢-٤ غ/ساعة.

يتم إطراح سلفات المغنيزيوم عن طريق الكلية ولهذا السبب تحتاج المريضات اللواتي لديهن شح البول إلى معدل تسريب أقل.

□ علامات الانسمام بالمغنيزيوم (المستوى المصلي أعلى من ١٣ ملغ/%):

تثبيط المنعكسات الوترية العميقة.

تثبيط التنفس (سرعة التنفس أقل من ١٠ مرة/الدقيقة).

نقص المقوية العضلية.

تثبيط الجهاز العصبي المركزي والتثبيط القلبي.

إن مراهض سلفات المغنيزيوم هو غلوكونات الكالسيوم (١٠%) ١٠ مل وريدياً في حال حدوث توقف التنفس.

□ المعالجة المضادة لارتفاع ضغط الدم:

يؤدي إنقاص ضغط الدم إلى إنقاص خطر السكتة (تستطب المعالجة فقط إذا كان ضغط الدم أعلى من ١٤٠-١٧٠/٩٠-١١٠).

الخط الأول في المعالجة: الهيدرالازين ٥-١٠ ملغ حقناً وريدياً خلال ٥ دقائق كل ١٥-٣٠ دقيقة حتى الحصول على التأثير المرغوب (تأثير موسع للشريينات مع تأثير وريدي خفيف).

السيطرة على ضغط الدم لساعات وليس لأيام (وإجراء الولادة في أسرع وقت ممكن).

الجرعة التالية تعطى بعد حوالي ٦ ساعات مع قياس ضغط الدم كل ١٥ دقيقة.

كذلك تستخدم المعالجة بعد الولادة إذا بقي ضغط الدم مرتفعاً والنتاج البولي أقل من ٢٥ مل/ساعة.

الخط الثاني من المعالجة: اللابيتالول 20-50 Labetalol ملغ وريدياً كل ١٠ دقائق.

الخط الثالث: النيفيديبين (10-20 Adalat) ملغ فموياً كل ٢٠-٦٠ دقيقة (تقب الكبسولة وبلع السائل).

□ التدبير بعد الولادة:

تستمر كل المعالجات قبل الولادة والمراقبة حتى تستقر الحالة.

خطر الاختلاجات يكون في ذروته خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى بعد الولادة.

الاستمرار بسلفات المغنيزيوم لمدة ١٢-٢٤ ساعة بعد الولادة.

قد تكون المريضات اللواتي تبقين في حالة خطيرة مصابات بمتلازمة HELLP.

تعود معظم النساء للحالة الطبيعية (يعود ضغط الدم للطبيعي) خلال أسبوعين لكن قد يسوء ضغط الدم بشكل عابر حتى ذلك الوقت.

تدبير الارتعاج:

- الطريق الهوائي، التنفس، الدوران.
- السيطرة على الاختلاجات والوقاية منها (راجع قسم الأمراض العصبية).
- منع حدوث الأذية عند الأم والمحافظة على الأكسجة الكافية.
- تقليل خطر الاستنشاق، ولابد من إصغاء الرئتين بعد كل اختلاج.
- إعطاء كمية كافية من سلفات المغنيزيوم حالما ينتهي الاختلاج.
- إصلاح احمضاض الدم عند الأم (إجراء غازات الدم بعد الاختلاج).
- يستخدم البعض الفاليوم للسيطرة على الاختلاج.

فرط ضغط الدم المزمن:

□ المظاهر:

- قصة فرط ضغط الدم (أعلى من ١٤٠/٩٠) قبل الحمل.
- كشف فرط ضغط الدم قبل الأسبوع ٢٠ الحمل (إلا إذا وجد ورم الأرومة الغاذية).
- استمرار فرط ضغط الدم بعد الولادة.
- القصة العائلية القوية لفرط ضغط الدم.
- إن معظم الحمل مع فرط ضغط الدم الأساسي تترافق مع زيادة خطر مقدمة الارتعاج أو الارتعاج وانفكاك المشيمة الباكر وفشل النمو داخل الرحم والموت داخل الرحم.

□ التدبير:

- الميثيل دوبا و/أو اللابيتالول.
- لا تعطى المدرات أو البروبرانولول أو مثبطات الـ ACE.

فرط ضغط الدم المزمن مع حدوث مقدمة الارتعاج/الارتعاج الإضافي.

- يزداد احتمال تطور مقدمة الارتعاج / الارتعاج ٢-٧ أضعاف إذا كان لدى الأم فرط ضغط الدم سابقاً.
- يميل للنكس.
- يحدث في بداية الحمل ويميل لأن يكون شديداً ويترافق غالباً مع فشل النمو داخل الرحم.

فرط ضغط الدم العابر أو الحملي:

- هو فرط ضغط الدم لوحده الذي يتطور خلال النصف الثاني من الحمل أو خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى بعد الولادة ويختفي خلال ١٠ أيام من الولادة.
- مراقبة علامات وأعراض مقدمة الارتعاج/الارتعاج.

القيء المفرط الحملي HYPEREMESIS GRAVIDARUM:

التعريف:

- هو الغثيان والإقياء الشديد إلى درجة تسبب فقد الوزن والتجفاف واضطراب الكهارل والاضطراب الحامضي- الأساسي، وقد يسبب أذية كبدية وكلوية إذا كان شديداً.
- يوجد عادة في الثلث الأول من الحمل ثم ينقص، ويستمر طيلة الحمل عند نسبة قليلة.

الأسباب:

- يعتقد حالياً أن السبب متعدد العوامل مع وجود مكونات هرمونية ومناعية ونفسية.
- تم اتهام الارتفاع السريع والشديد في البيتا hCG أو ارتفاع مستويات الأستروجين.

الاختلالات الوالدية:

- تمزقات مالوري – وايس.
- اعتلال الدماغ لفيرنكة إذا كان السير مديداً.
- الموت.

الاختلالات الجنينية:

- عادة لا تحدث اختلالات جنينية.
- يكون فشل النمو داخل الرحم أشيع بـ ١٥ مرة عند النساء اللواتي يفقدن أكثر من ٥% من أوزانهم قبل الحمل.

التشخيص التفريقي للغثيان والإقياء:

- يتم تشخيص القيء المفرط الحملي بعد نفي الأسباب الأخرى.
- خمج/التهاب السبيل المعدي المعوي.
- التهاب الزائدة الدودية.
- التهاب المرارة.
- التهاب الكبد.
- التهاب المعدة والأمعاء.
- التهاب البنكرياس.
- داء القرحة الهضمية.
- التشحم الكبدى أثناء الحمل.
- التهاب الحويضة والكلية.
- الانسمام الدرقي.
- الحمل المتعدد.
- ورم الأرومة الغاذية GTN.
- متلازمة HELLP.

الاستقصاءات:

- الفحوص المخبرية (تعداد الدم الكامل، الكهارل، الكرياتينين، فحص البول واختبارات وظيفة الكبد).
- الفحص بفائق الصوت (لنفي الحمل الرحوي والحمل المتعدد وتقييم الكبد والبنكرياس والمرارة.. إلخ).

المعالجة:

□ العامة:

- من الضروري التمييز الباكر.
- إذا كانت الحالة شديدة يتم القبول للمشفى.
- لا يعطى أي شيء عن طريق الفم ثم تعطى وجبات متكررة صغيرة من أطعمة ترغبها الأم.
- إصلاح نقص الحجم الدموي وتوازن الكهارل وفرط كيتون الجسم Ketosis.
- يعطي الثيامين إن كان مستطباً.
- التغذية الخلالية الكاملة في الحالات الشديدة وذلك لمعاكسة حالة التقويض.
- تقديم الدعم العاطفي والمشورة النفسية والقوتية.

□ الخيارات الدوائية:

- الداي مينهيدرينات (Dimenhydrinate (Gravol).
- الفيتامين B₆ والدوكسي لامين سوكتينات (Diclectin).

□ الخيارات غير الدوائية:

- أظهر الضغط الوخزي Accupressure على الجانب الداخلي من الرسغين قريباً من الطية الانعطافية إنقاصاً هاماً لأعراض الغثيان والإقياء.
- تجنب المثيرات (مثل بعض الروائح).

التمنيع الإسوي ISOIMMUNIZATION:

- أصداد تنتج ضد مستضد نوعي للكريات الحمراء نتيجة للتنبية المستضدي بالكريات الحمراء لشخص آخر.
- أشيع الأصداد هي أصداد الـ Rh التي تنتجها الأم سلبية الـ Rh التي تم تحسيسها بواسطة الكريات الحمراء للجنين إيجابية الـ Rh.
- يمكن لأصداد أخرى أن تؤدي إلى انحلال الكريات الحمر للجنين، وهي أقل شيوعاً بكثير ولا توجد وقاية متوفرة.

الإمراض:

- يكون دوران الجنين في الحالة الطبيعية منفصلاً عن دوران الأم بواسطة الحاجز المشيمي.
- عند التعرض الأول يتم إنتاج الأصداد من نوع IgM أولاً ثم من نوع IgG، وإن الأصداد IgG هي التي تمر عبر الحاجز المشيمي.

□ طرق التحسس Sensitization:

- نقل الدم غير المتوافق.
- النزف الجنيني الوالدي عبر المشيمة السابق.

الإجراءات الغازية أثناء الحمل.
الإسقاط العلاجي، التوسيع و التجريف، بزل السائل الأمنيوسي.

□ الاختلاطات:

تمر أضداد الـ Rh عبر المشيمة مسببة انحلال الدم الجنيني مما يؤدي إلى فقر الدم عند الجنين و قصور القلب الاحتقاني والوذمة والحبس.
قد تؤدي الحالات الشديدة لحدوث موه الجنين Fetal hydrops (الوذمة في كامل الجسم) أو كثرة أرومات الحمر الجنيني.

التشخيص:

□ المسح الروتيني خلال الزيارة الأولى بإجراء زمرة الدم و الـ Rh و الأضداد.
□ إذا كانت عيارات الأضداد أقل من ١ : ١٦ فيعتبر ذلك سليماً.
□ إذا كانت عيارات الأضداد أعلى من ١ : ١٦ فإن ذلك يستوجب إجراء بزل السائل الأمنيوسي (توجد علاقة بين كمية الصباغ الصفراوي في السائل الأمنيوسي و شدة فقر الدم عند الجنين) من الأسبوع ٢٤ فما فوق.
□ يستخدم منحني ليلي Liley لتحديد مستوى البيليروبين والتدبير المناسب (انظر لاحقاً).
□ يمكن إجراء اختبار Kleihauer-Betke لتحديد امتداد النزف الجنيني الأموي.
تكشف كريات الدم الحمراء الجنينية على اللطاخة التي تمت معاملتها بـ سيترات الفوسفات التي تستخدم كدائرة.
يكون شطف الخضاب البالغ عبر غشاء الكرية الحمراء أسهل بوجود الحمض.

الوقاية:

□ يرتبط الـ Rhogam مع المستضد Rh الجنيني ويمنعه من تحريض الجهاز المناعي عند الأم.
□ يجب إعطاء الـ Rhogam لكل النساء سلبية الـ Rh.
في الأسبوع ٢٨.
خلال ٤٨ ساعة من الولادة إذا كان الجنين إيجابي الـ Rh.
إيجابية اختبار Kleihauer-Betke.
عند القيام بأي إجراء باضع أثناء الحمل.
في حالة الحمل الهاجر.
في حالة الإسقاطات والإسقاط العلاجي.
النزف قبل الولادة.
□ إذا كان الـ Rh سلبياً و التقصي عن الأضداد إيجابياً فيجب متابعة المرأة الحامل بإجراء عيار الأضداد شهرياً طيلة فترة الحمل +/- إجراء بزل السائل الأمنيوسي المتتابع حسب الحاجة (الـ Rhogam ليس له فائدة).

المعالجة:

- إن هبوط مستوى الصباغ الصفراوي لا يتطلب أي مداخلة (يشير عادة إلى أن الجنين غير مصاب أو أنه مصاب بشكل خفيف).
- ارتفاع مستوى الصباغ الصفراوي أو ثباته في النزول المتكررة للسائل الأمنيوسي يجب مقارنته مع الجدول النظامي الذي يقسم إلى ٣ مناطق اعتماداً على شدة الانحلال الدموي (منحنى ليلي Liley).
- قد يكون نقل الدم داخل الرحم ضرورياً حيث تنقل الكريات الحمراء المكسدة من الزمرة O سلبى للأجنة المصابين بشدة أو تجرى الولادة المبكرة للجنين ويتم تبديل الدم لديه.

الأخماج أثناء الحمل : INFECTIONS DURING PREGNANCY

داء المقوسات Toxoplasmosis :

- خمج يسببه أحد الأولي (المقوسة الغوندية).
- نسبة الحدوث ١/١٠٠٠ من الحمول.
- المصدر: اللحم النيء، حليب الغنم غير المبستر، بول/براز القطط.
- يكون خطر الانتقال أعظمية في الثلث الثالث.
- يكون الخمج على أشده في الثلث الأول.
- يكون ٧٥% من الولدان لا عرضيين عند الولادة لكن قد تتطور العقابيل لاحقاً.
- خطر داء المقوسات الخلقى (التهاب المشيمية والشبكية، استسقاء الرأس، التكتلات داخل القحف، التخلف العقلي، صغر الرأس) إذا حدث الخمج الوالدي الأولي أثناء الحمل.
- يعتمد التشخيص على الفحوص المصلية بحثاً عن كل من IgM و IgG .
- يعتمد إثبات التشخيص على وجود الأضداد IgM في الحبل السري.
- خمج محدد لذاته، ويمكن للسبيراماييسين (ماكروليد) أن ينقص المراضة عند الجنين.

الحصبة الألمانية Rubella :

- فيروس RNA من فيروسات التوجا Togavirus ينتقل عن طريق القطيرات التنفسية (معد بشدة).
- قد يؤدي الخمج الوالدي أثناء الحمل (خاصة في الثلث الأول) إلى حدوث الإسقاط العفوي أو متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية (فقد السمع ، الساد، الأفات القلبية الوعائية، التخلف العقلي، فشل النمو المتناظر داخل الرحم، التهاب الكبد، عيوب الجهاز العصبي المركزي والتبدلات العظمية).
- أفضل وسيلة للتشخيص هي إجراء الفحوص المصلية.
- يجب عند كل النساء الحوامل إجراء النقصي عن المناعة ضد الحصبة الألمانية (عيار الأضداد أعلى من ١:١٦ يدل على وجود المناعة).

□ غير الممنعات:

- يجرى تلقيحهن بعد الولادة (لا يعتبر التلقيح مضاد استطباب للإرضاع الوالدي).
- يجب تجنب لقاح الحصبة الألمانية قبل ٣ شهور من الحمل أو أثناء الحمل لأنه يحوي فيروس الحصبة الألمانية المضعف.

الفيرس المضخم للخلايا Cytomegalovirus :

- فيروس من نوع DNA (عائلة الهربس).
- الانتقال: نقل الدم، نقل الأعضاء، التماس الجنسي، حليب الأم، عبر المشيمة، التماس المباشر أثناء الولادة.
- الخمج الخلقي قد يحدث من الخمج الأولي أو من عودة الخمج للأم.
- زيادة المراضة الجنينية في حالة الخمج الأولي.
- خطر الانتقال متساو طيلة الحمل.
- إن ٥-١٠% من الأجنة المموجين في الرحم سوف يتطور لديهم إصابة عصبية (التخلف العقلي، التكلس الدماغي، موه الرأس أو صغر الرأس، الصمم، التهاب المشيمية والشبكية).
- التشخيص: عزل الفيروس من زرع البول (أو زرع المفرزات الأخرى) والتقصي المصلي عن الأضداد.

الهربس Herpes :

- فيروس الهربس DNA.
- الانتقال: التماس المخاطي الجلدي الصميم.
- الخمج الأولي خلال الحمل يزيد خطر الاختلاطات الوليدية.
- يحدث الانتقال بنسبة ٥٠% في حالة الخمج الأولي، وبنسبة ٤% في حالة النكس الثانوي.
- قد يحدث خمج الجنين في الرحم لكن الأشيع أن يحدث أثناء الولادة.
- يجب إجراء القيصرية إذا وجدت آفات تناسلية فعالة خلال ٤-٦ ساعات من تمزق الأغشية حتى لو كانت الآفات بعيدة عن منطقة الفرج.

الإفرنجي Syphilis :

- اللولبية الشاحبة.
- قد يحدث الانتقال عبر المشيمة.
- الفحوص المصلية.
- التقصي بـ VDRL ويجرى في أول زيارة قبل الولادة (غير نوعي).
- لإثبات إيجابية الـ VDRL.
- TPHA (الأضداد الراصة الدموية للولبية الشاحبة).
- FTA-ABS (اختبار امتصاص أضداد اللولبية المتألفة).
- خطر المخاض الباكر وموت الجنين.
- المعالجة: البنسيلين ٢.٤ G مليون وحدة دولية عضلياً، ويجرى الـ VDRL شهرياً خلال الحمل للتأكد من كفاية المعالجة.

التهاب الكبد B :

- الانتقال عن طريق الدم، اللعاب، المفرزات المهبلية، السائل المنوي، حليب الأم، عبر المشيمة.
- يكون الخمج الجنيني أعلى احتمالاً عند حدوث الخمج الأموي في الثلث الثالث من الحمل.

- خطر الانتقال العمودي ١٠% إذا كانت الأم إيجابية الـ HBsAg ولا عرضية.
- خطر الانتقال العمودي ٨٥-٩٠% إذا كانت الأم إيجابية الـ HBsAg وإيجابية الـ HBcAg.
- يؤدي التهاب الكبد المزمن الفعال إلى زيادة خطر الخداج ونقص وزن الولادة و وفيات الولدان.
- إن معالجة الوليد بالغلوبيولين المناعي لالتهاب الكبد (HBIG) (B) واللقاح (عند الولادة ثم بعد شهر وبعد ٦ شهور) فعالة في ٩٠% من الحالات.
- اللقاح آمن أثناء الحمل.

الحمامى الإنتانية (المرض الخامس) :

- فيروس البارفو B19.
- مرض حموي مع حمى على الوجنتين (طفح الوجنة المصفوعة) يليه حدوث طفح حطاطي بقعي على الجذع والأطراف.
- يتطور عند جنين الأم المخموجة الخبزب (الموه Hydrops) في الرحم.
- تتم متابعة الجنين أسبوعياً بواسطة فائق الصوت (وإذا تطور الخبزب فيجب التفكير بنقل الدم الجنيني).
- خطر الموت داخل الرحم بعد الخمج بـ ١-١٢ أسبوعاً.

الـ HIV :

- إجراء المسح لكل النساء.
- خطر الانتقال العمودي ١٢-٢٨%، ويكون الخطر أكثر احتمالاً إذا كان تعداد الـ CD₄ عند الأم أقل من ٣٠٠.
- تشمل المخاطر على الأم المخموجة نقص تعداد الـ CD₄ والسرطان وزيادة الأحمال الانتهازية (ذات الرئة بالمتكيس الكاريني والتدرن والفيروس المضخم للخلايا وداء المقوسات والميكوبلازما).
- رعاية المريضة إيجابية الـ HIV :

- الوقاية من ذات الرئة بالمتكيس الكاريني بواسطة الباكتريم إذا كان تعداد الـ CD₄ أقل من ٢٠٠.
- أظهر الأزاثيروبورين AZT إنقاصاً لخطر الانتقال إلى الجنين من ٢٥% إلى ٨%.
- نفي خلل التنسج العنقي.
- أضرار المقوسات والـ CMV.

المكورات العقدية المجموعة B (راجع قسم الرعاية قبل الولادة).

الحالات الجراحية أثناء الحمل

SURGICAL CONDITIONS IN PREGNANCY

الجدول (٥): الحالات الجراحية أثناء الحمل.

الحالات غير الإسعافية	الحالات الحادة
أورام الملحقات.	التهاب الزائدة الدودية.
سرطان عنق الرحم.	التهاب المرارة.
سرطان الثدي.	التهاب البنكرياس.
الرض المعدي المعوي.	الرض البطني.
الورم الميلانيني، الساركوما العظمية.	انفتال الملحقات الرحمية.
	الخراج الحوضي.
	داء القرحة الهضمية.
	انسداد الأمعاء.
	النزف داخل القحف.
	الداء الخثاري الصمي.

الحالات الجراحية الحادة ACUTE SURGICAL CONDITIONS:

- نسبة الحدوث هي ١ من كل ٥٠٠ حمل تقريباً.
- بصورة عامة يتم تدبير الحالة الجراحية الحادة بغض النظر عن الحمل.
- يزيد الحمل بشكل فعلي الاختلاطات المترافقة مع الجراحة.

الحالات الجراحية غير الإسعافية:

NON-EMERGENCY SURGICAL CONDITIONS:

- إن الجراحة أثناء الثلث الأول من الحمل تحمل أعلى خطورة للإجهاض العفوي وإحداث التشوهات.
- يتم عادة تأخير الجراحة في الحالات غير الإسعافية حتى الثلث الثاني الأكثر استقراراً من الثلث الأول.

النزف في الثلثين الأول والثاني:

FIRST AND SECOND TRIMESTER BLEEDING:

التشخيص التفريقي:

- الإسقاط (الحتمي، التهديد بالإسقاط، الناقص، التام).
- أقل من ٥% من حالات التهديد بالإسقاط تستمر وتتطور إلى إسقاط تام (انظر الجدول ٦).
- الحمل غير الطبيعي (الهاجر، الرحوي).
- الرض (بعد الجماع).
- النزف الفيزيولوجي (الناجم عن تطور المشيمة).
- الآفة التناسلية (مثل السليلات العنقية، الأورام).

الإسقاط العلاجي THERAPEUTIC ABORTIONS:

□ التدبير الطبي:

- أقل من ٩ أسابيع: يستخدم الميثوتريكسات إضافة إلى الميزوبروستول Misoprostol (تجريبي).
- أكثر من ١٢ أسبوعاً: تستخدم البروستاغلاندينات عنضلياً أو داخل أو خارج السائل الأمنيوسي.

□ التدبير الجراحي:

- أقل من ١٢-١٦ أسبوعاً: يستخدم التوسيع والتجريف.
- أكثر من ١٦ أسبوعاً: يستخدم التوسيع والإفراغ Evacuation.

□ الاختلاطات:

- انتقاب الرحم.
- النزف.
- تهتك العنق.
- خطر العقم.
- الخمج: ناجم عادة عن احتباس بقايا من محصول الحمل، أحياناً التهاب بطانة الرحم.
- متلازمة أشرمان (تليف الرحم).

النزف في الثلث الثالث THIRD TRIMESTER BLEEDING:

التشخيص التفريقي:

- ارتكاز المشيمة المعيب.
- انفكك المشيمة المبكر.

- تقدم الأوعية Vasa previa.
- العلامة الدموية (إطراح السداة المخاطية العنقية).
- نزف الجيب الهامشي.
- الأفة في عنق الرحم (التهاب العنق، السليلات، الشتر الخارجي Ectropion، سرطان عنق الرحم).
- تمزق الرحم.
- آفات أخرى: النزف من الأمعاء أو المثانة، اضطراب التخثر، المشيمة الملتصقة.

ملاحظة: لا يجرى المس المهبلي إلا بعد نفي وجود ارتكاز المشيمة المعيب بواسطة فائق الصوت.

الجدول (٦): أنماط الإسقاطات.			
التدبير*	عنق الرحم	القصة	النمط
فائق الصوت الذي يظهر وجود جنين عيوش.	مغلق - الأغشية سليمة.	نزف مهبل +/ - معص.	التهديد بالإسقاط.
D&C +/- الأوكسيسي توسين.	مفتوح أكثر من ٢ سم.	نزف + معص +/- تمزق الأغشية.	الحتمي.
D&C +/- الأوكسيسي توسين.	مفتوح.	النزف الغزير + المعص، البطن طري، قد يلاحظ إطراح للأنسجة.	الناقص.
لا يجرى D&C.	مفتوح.	النزف + الإطراح الكامل لكيس الحمل والمشيمة.	التام.
D&C +/- الأوكسيسي توسين.	مغلق.	موت الجنين واحتباس محصول الحمل ويتظاهر كحمل لكن لا يتطور.	المنسي.
تقسيم العوامل البيئية (التدخين، الكحول، تناول الكافيين الشديد). تشریح الرحم، النمط السصيغي لكل من الوالدين، TSH، أزداد الفوسفوليبيد (بما فيها مضاد التخثر وأزداد الكاردوليبيين).		حدوث ٣ إسقاطات عفوية متعاقبة أو أكثر.	الاعتيادي.
انظر لاحقاً.		لأسباب وراثية وطبية ونفسية.	العلاجي.
D&C المضادات الحيوية واسعة الطيف وريدياً. الأوكسجين.		محتويات الرحم مخموجة قبل أو أثناء أو بعد الإسقاط.	الإنتاني.
* يعطى الـ Rhogam للأمهات سلبية الـ Rh.			

ارتكاز المشيمة المعيب PLACENTA PREVIA:

- هو التوضع غير الطبيعي للمشيمة عند أو قرب الفوهة الباطنة لعنق الرحم.
- نسبة الحدوث ٢٠٠/١ وقت الولادة.
- العديد من المشيمات تكون منخفضة التوضع في بداية الحمل ولكن يبدو أنها مع تطور القطعة السفلية للرحم تنتقل للأعلى كلما اقترب الحمل من نهايته.
- إن ٩٥% من حالات الارتكاز المعيب للمشيمة المشخصة في الثلث الثاني تزول في الثلث الثالث، لذلك يكرر الفحص بفائق الصوت في الأسبوع ٣٠-٣٢ من الحمل.

التصنيف:

□ الكامل Total:

تغطي المشيمة بشكل كامل الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

□ الجزئي Partial:

تغطي المشيمة الفوهة الباطنة لعنق الرحم جزئياً.

□ الهامشي Marginal:

تصل المشيمة إلى حافة الفوهة الباطنة لعنق الرحم لكنها لا تغطي أي جزء منها.

□ منخفضة الارتكاز Low lying (ليس ارتكازاً معيباً):

تكون المشيمة في القطعة السفلية ولكن بعيداً عن الفوهة الباطنة.

يمكن أن تنزف أيضاً ولكن في مرحلة متأخرة عادة (أي أثناء المخاض).

السبب Etiology:

□ الأسباب غير معروفة لكن قد تترافق مع حالات وعوامل خطيرة:

تعدد الولادات.

قصة ارتكاز مشيمة معيب (٤-٨% خطر التكرار).

الحمل المتعدد.

زيادة عمر الأم.

ندبة الرحم الناجمة عن إسقاط سابق أو قيصرية أو التوسيع والتجريف أو استئصال الورم العضلي.

الورم الرحمي (مثل الأورام الليفية) أو تشوهات الرحم الأخرى.

الاختلالات الجنينية:

□ الوفيات حول الولادة منخفضة لكنها ما زالت أعلى من الحمل الطبيعي.

□ الخداج (يؤدي النزف غالباً لإجراء القيصرية).

□ نقص الأكسجة داخل الرحم (الحاد أو فشل النمو داخل الرحم).

□ المجيء المعيب للجنين.

□ تمزق الأغشية الباكر.

□ خطر ضياع الدم الجنيني من المشيمة خاصة إذا تعرضت للشق أثناء إجراء القيصرية.

الاختلالات الوالدية:

□ وفيات الأمهات أقل من ١%.

□ النزف وصدمة نقص الحجم.

□ فقر الدم.

□ القصور الكلوي الحاد.

□ تنخر النخامية (متلازمة شيهان Sheehan syndrome).

□ نزوف الخلاص PPH (لأن القطعة السفلية تكون وانية Atonic).

□ استئصال الرحم.

□ المشيمة الملتصقة.

المظاهر السريرية:

□ النزف المهبل المتكرر غير المؤلم الأحمر الزاهي:

تعتمد بداية النزف على درجة ارتكاز المشيمة (أي ينزف الارتكاز المعيب الكامل في مرحلة أبكر).

وسطي سن الحمل ٣٠ أسبوعياً، ثلث الحالات تحدث قبل ذلك.

قد يكون النزف في البداية قليلاً ويتوقف عفويًا لكنه قد يكون كارثياً لاحقاً.

قد يحدث النزف عند بداية المخاض في حالة الارتكاز المعيب الهامشي للمشيمة.

□ يكون الرحم طرياً وغير متوتر.

□ يكون المجيء عالياً أو منزاحاً.

□ يتم التشخيص بواسطة فائق الصوت (دقة التشخيص ٩٥% باستخدام فائق الصوت عبر البطن).

التدبير:

□ تأمين استقرار حالة الأم: الإماهة، فتح خط وريدي.

□ مراقبة الجنين الإلكترونية.

□ مراقبة الأم.

العلامات الحيوية، نتاج البول، فقدان الدم.

تحاليل دموية بما فيها الهيماتوكريت، تعداد الدم الكامل، PT/PTT، الصفائح، الفيبرينوجين، FDP،

الزمرة والتصالب.

□ عندما تسمح حالة الأم والجنين يتم إجراء الفحص الدقيق بفائق الصوت لتحديد عيوشية الجنين وسن الحمل

وحالة المشيمة وتوضعها.

□ إعطاء الـ Rhogam إذا كانت الأم سلبية الـ Rh.

□ تعتمد قرارات التدبير على:

صفات الارتكاز المعيب (كمية النزف ودرجة الارتكاز المعيب).

حالة الجنين (سن الحمل، مستوى الضائقة، المجيء).

نشاط الرحم.

□ التدبير الترقبي expectant management ومراقبة الأم والجنين إذا كانت نوبة النزف الأولية خفيفة وسن

الحمل دون ٣٧ أسبوع:

قبول في المشفى.

تحديد النشاط الفيزيائي.

لا تجرى الحقن الشرجية ولا الدوش المهبلية ولا الاتصال الجنسي.

التفكير بإعطاء الستيرويدات القشرية من أجل نضج رئة الجنين.

إجراء الولادة عندما يكون الجنين ناضجاً أو عند بدء النزف.

- إجراء الولادة إذا كان النزف غزيراً و سن الحمل أكثر من ٣٦ أسبوعاً أو نسبة S/L تساوي ١/٢ أو أعلى.
- تجري عادة العملية القيصرية (يتحدد مكان الشق حسب مكان الارتكاز المشيمي).

انفكاك المشيمة الباكر ABRUPTIO PLACENTA:

- الانفصال الباكر للمشيمة المرتكزة بشكل طبيعي بعد الأسبوع الحلمي ٢٠.
- نسبة الحدوث = ٠.٥-١.٥%.

التصنيف:

- الانفكاك الكلي (موت الجنين حتمي) مقابل الجزئي.
- الخارجي/الظاهر، يقوم الدم بالتسليخ للأسفل باتجاه عنق الرحم.
- الداخلي/الخفي (20% Concealed) يقوم الدم بالتسليخ للأعلى باتجاه الجنين.
- معظم الحالات مختلطة.

الأسباب:

- مجهول السبب، لكن يترافق مع:
 - فرط ضغط الدم الوالدي (المزمن أو المحرض بالحمل) عند ٥٠% من حالات الانفكاك الباكر.
 - تعدد الولادات.
 - وجود انفكاك سابق (معدل النكس ١٠%).
 - تمزق الأغشية الباكر.
 - عمر الأم فوق ٣٥ عاماً (يعتقد أن يعكس تعدد الولادات).
 - المرض الوعائي عند الأم.
 - تدخين السجائر.
 - استهلاك الكحول.
 - تمدد الرحم (الاستسقاء الأمنيوسي، الحمل المتعدد).
 - الحبل القصير.
 - الرض.
 - تخفيف الضغط المفاجئ عن الرحم (التوائم).
 - تشوه الرحم، الأورام الليفية.

الاختلالات الجنينية:

- الوفيات حول الولادة ٢٥-٦٠%.
- الخداج.
- نقص الأكسجة داخل الرحم.

الاختلالات الوالدية:

- وفيات الأمهات أقل من ١%.
- التخثر المنتشر داخل الأوعية DIC (عند ٢٠% من حالات الانفكاك).
- القصور الكلوي الحاد.
- فقر الدم.
- الصدمة النزفية.
- تنخر النخامية (متلازمة شيهان Sheehan).
- صمة السائل الأمنيوسي.

المظاهر السريرية:

- النزف المهبطي المؤلم: قد يكون الدم أحمر زاهياً أو قاتماً أو متخثراً.
- إيلام الرحم وزيادة مقوبته.
- قد لا تعتمد درجة فقر الدم على درجة ضياع الدم المشاهد.
- الصنقة الجنينية: زوال التغييرية، تباطؤات متأخرة (راجع قسم مراقبة الجنين).
- ١٥% من الحالات تتظاهر بوفاة الجنين.

التشخيص:

- سريريا.
- لا يساعد فائق الصوت إلا في نفي ارتكاز المشيمة المعيب.

التدبير:

□ التدبير الأولي:

- العمل على استقرار حالة الأم، الإمهاء الوريدية.
- مراقبة الجنين.
- مراقبة العلامات الحيوية للأم ومراقبة النتاج البولي.
- فحص الدم (الخضاب، الصفائح، PT/PTT، الفيبرينوجين، FDP، الزمرة والتصالب).
- تأمين مشتقات الدم (الكريات الحمر، الصفائح، الرسابة القرية) بسبب خطر حدوث الـ DIC.
- إعطاء الـ Rhogam إذا كانت الأم سلبية الـ Rh.
- الانفكاك الخفيف وسن الحمل أقل من ٣٦ أسبوعاً:
- المراقبة الدقيقة لحالة الجنين وكمية النزف.
- تحديد النشاط الفيزيائي.
- قياس الهيماتوكريت بشكل متكرر لتقييم النزف الخفي.

توليد الجنين إذا كان ناضجاً أو عندما يتطلب النزف ذلك.

□ الانفكاك الخفيف وسن الحمل أكثر من ٣٦ أسبوعاً:

العمل على استقرار حالة الأم وإجراء الولادة.

□ الانفكاك المعتدل إلى الشديد:

الإمهاء وتعويض ضياع الدم وتصحيح العيب التخثري في حالة وجوده.

الولادة المهبلية إذا لم يوجد دليل على الضائقة عند الجنين أو الأم و كان المجيء رأسياً أو إذا كان الجنين ميتاً.

يجب أن يتقدم المخاض بشكل فعال.

□ الانفكاك الشديد والجنين حي:

تجرى العملية القيصرية إذا تطورت الضائقة عند الجنين أو الأم مع إعاضة الدم/السوائل أو فشل

المخاض بالتقدم أو كان مجيء الجنين ليس رأسياً.

تقدم الأوعية VASA PREVIA:

□ نسبة الحدوث ١/٥٠٠٠.

□ يحدث عندما يكون ارتكاز الحبل السري على المشيمة غشائياً Velamentous، وتمرر أوعية الجنين غير المحمية عبر الفوهة الباطنة لعنق الرحم أمام مجيء الجنين.

□ وبما أن النزف يكون من الجنين لذلك فإن ضياع كمية قليلة من الدم قد يكون له نتائج كارثية.

تتظاهر الحالة بالنزف المهبلي غير المولم والضائقة الجنينية (اضطرابات النظم التسرعية إلى التباطؤية).

□ اختبار APT (مزج مائةاات الصوديوم مع الدم) يمكن أن يجري

مباشرة لتحديد إن كان مصدر النزف من الجنين (تتحول الطبقة

الطافية إلى الزهري) أو من الأم (تتحول الطبقة الطافية إلى اللون الأصفر).

□ تلوين رايت للطاخة الدموية والبحث عن الكريات الحمراء المنواة (في الحبل السري وليس في دم الأم).

□ التدبير هو إجراء القيصرية مباشرة.

□ نسبة الوفيات حول الولادة ٥٠% وترتفع إلى ٧٥% إذا حدث تمزق للأغشية (يموت معظم الرضع بسبب

الاستنزاف Exsanguination).

فشل النمو داخل الرحم (IUGR):

INTRA-UTERINE GROWTH RESTRICTION:

التعريف:

- هو نقص وزن الرضيع دون الخط المثوي العاشر المناسب لسن الحمل لا يترافق مع أي سبب عائلي أو بنيوي.
- الميل لحدوث المشاكل مثل استنشاق العقي والاختناق واحمرار الدم ونقص سكر الدم والتخلف العقلي.
- خطر كبير للمراضة والوفيات حول الولادة.

الأسباب:

□ الأسباب الوالدية:

التغذية السيئة، التدخين، استخدام المخدرات، الكحولية، أمراض القلب المزرقعة، الداء السكري الشديد، الذئبة الحمامية الجهازية، القصور الرئوي.

□ الأسباب الوالدية الجنينية:

أي مرض يسبب قصور المشيمة يمكن أن يؤدي إلى عدم كفاية نقل الركائز عبر المشيمة. تشمل هذه الأمراض فرط ضغط الدم المحرض بالحمل، فرط ضغط الدم المزمن، المرض الكلوي المزمن، التشوهات الشكلية العيانية في المشيمة (الاحتشاء، الأورام الدموية).

□ الأسباب الجنينية:

أخماج الـ TORCH، الحمل المتعدد، التشوهات الخلقية.

المظاهر السريرية:

□ المتناظر (النمط % 20 I):

يحدث باكراً في الحمل.

عدم كفاية نمو الرأس والجسم رغم أن نسبة الرأس/البطن قد تكون طبيعية. يترافق عادة مع التشوهات الخلقية أو أخماج الـ TORCH.

□ غير المتناظر (النمط % 80 II):

يحدث في مرحلة متأخرة من الحمل.

يعف عن الدماغ لذلك تكون نسبة الرأس/البطن مزداة. يترافق عادة مع قصور المشيمة.

إنذاره أفضل من النمط I.

التشخيص:

- الاشتباه السريري.
- قياسات الـ SFH (ارتفاع قعر الرحم) في كل زيارة قبل الولادة.
- إجراء تقييم أشمل إذا كانت الأم من إحدى المجموعات عالية الخطورة أو إذا كان الـ SFH متخلفاً بأكثر من ٢ سم عن سن الحمل.
- الفحص بفائق الصوت الذي يجب أن يتضمن تقييم القطر بين الجداريين BPD ومحيط الرأس والبطن ونسبة الرأس/الجسم وطول الفخذ ووزن الجنين.
- تحليل الدوبلر للجريان الدموي في الحبل السري.

التدبير:

- الوقاية عن طريق تعديل الخطورة قبل الحمل.
- أكثر الاعتبارات أهمية هي القصة الطمئية الدقيقة وسن الحمل من أجل تقييم المعايير السابقة.
- تعديل العوامل التي يمكن السيطرة عليها وهي التدخين والكحول والتغذية.
- الراحة في السرير (وضعية الاضطجاع الجانبي الأيسر).
- القياس المتتابع للقطر بين الجداريين (مراقبة نمو الجنين).
- إجراء الولادة عندما يكون الوجود خارج الرحم أقل خطورة من البقاء داخل الرحم أو إذا كان سن الحمل أكثر من ٣٤ أسبوعاً مع وجود شح سائل آمنوسي هام.
- إجراء العملية القيصرية لأن الأجنة المصابين بـ IUGR لا يتحملون المخاض بشكل جيد.

العرطلة (ضخامة الجسم) MACROSOMIA:

التعريف:

- وزن الجنين أكثر من الخط المنوي ٩٠ المناسب لسن الحمل، الوزن أكثر من ٤٠٠٠ غ عند الولادة.

المظاهر السريرية:

- الترافقات الوالدية.
- السمنة.
- الداء السكري.
- القصة السابقة لولادة أجنة عرطلة.
- الحمل المديد.
- تعدد الولادات.

التشخيص:

- القصة الوالدية لمعرفة الحالات المرافقة.
- الفحص المتعاقب (SFH).

- الاستقصاءات (فائق الصوت).
- مؤشرات فائق الصوت: الاستقصاء الأميوسي، نمو محيط البطن AC في الثلث الثالث أكثر من 1.5 سم/الأسبوع، نسبة محيط الرأس/محيط البطن (AC/HC) أقل من الخط المنوي العاشر، نسبة طول الفخذ/محيط البطن (AC/FL) أقل من الخط المنوي العشرين.

الاختلاطات:

- زيادة خطر الوفيات حول الولادة.
- عدم التناسب الجنيني الحوضي وعسر ولادة الكتفين أكثر شيوعاً.
- اختلاطات الداء السكري أثناء المخاض (راجع قسم الأمراض الطبية أثناء الحمل).

الاستقصاء الأميوسي POLYHYDRAMNIOS:

التعريف:

- هو حجم السائل الأميوسي الذي يتجاوز ٢ لتر في أي مرحلة من مراحل الحمل.
- وجود جيب Pocket يقيس أكثر من ٨ × ٨ سم على فائق الصوت.
- نسبة الحدوث ٢٥٠/١ من الولادات.
- يكون لدى ثلثي الأجنة المصابين بالاستقصاء الأميوسي الشديد مشاكل صبيغية.

الأسباب:

- مجهول السبب: (الأكثر شيوعاً).
- أسباب والدية:
- الداء السكري الذي يسبب شذوذات في الجريان عبر الزغابات المشيمية (IDDM).
- أسباب جنينية:
- التشوهات الصبيغية.
- الأسباب التنفسية: التشوه الغداني الكيسي في الرئة.
- الأسباب العصبية المركزية: انعدام الرأس، استقصاء الرأس، القيلة السحائية.
- الأسباب المعوية المعوية: الناسور المريئي الرغامى. رتق العفج.
- كتل العنق وفتح الوجه (التداخل مع البلع).
- أسباب والدية جنينية (الأورام الوعائية المشيمية، الحمل المتعدد، كثرة أرومات الحمرة).

الاختلاطات:

- انسداد الحبل السري.
- انفكاك المشيمة الباكر.
- المعجىء المعيب.
- المخاض الباكر.

□ خلل الوظيفة الرحمية والنزف بعد الولادة.

□ زيادة معدل الوفيات حول الولادة.

المظاهر السريرية:

- أعراض الضغط الناجمة عن الرحم مفرطة التمدد (الزلة التنفسية، الوذمة، الاستسقاء الكلوي).
- كبر حجم الرحم نسبة لسن الحمل، صعوبة جس الأجزاء الجنينية وصعوبة سماع أصوات قلب الجنين.

التدبير:

- معرفة السبب (٤٠% مجهولة السبب).
- التقييم الجنيني الكامل بواسطة فائق الصوت.
- لا تحتاج الحالات الخفيفة إلى المعتدلة إلى أي معالجة.
- التقصي عن المرض الوالدي/الخمج الوالدي.
- إذا كانت الحالة عرضية بشدة فيتم القبول في المشفى وإجراء بزل السائل الأمنيوسي العلاجي.
- القبول في المشفى إذا حدث توسع العنق أو حدثت التقلصات.

شم السائل الأمنيوسي OLIGOHYDRAMNIOS:

التعريف:

□ هو مشعر السائل الأمنيوسي المساوي لـ ٥ سم أو أقل.

أسباب شح السائل الأمنيوسي الباكر:

□ نقص الإنتاج:

عدم التكون الكلوي أو خلل التنسج الكلوي، الانسداد البولي، دسامات الإحليل الخلفي (الذكور).

□ زيادة الضياع:

تسرب السائل الأمنيوسي المديد (رغم أنه غالباً ما يبدي المخاض).

□ توجد في ١٥-٢٥% من الحالات تشوهات جنينية.

الاختلالات الجنينية:

□ انضغاط الحبل السري.

□ البداية في T₁.

□ سحنة بوتّر Potter.

□ تشوهات الطرف.

□ عيوب جدار البطن.

□ البداية بعد الأسبوع ٢٠.

نقص التنسج الرئوي.

شح السائل الأمنيوسي المتأخر:

- ينقص السائل الأمنيوسي بشكل طبيعي بعد الأسبوع ٣٥.
- شائع في الحمل المديدة.
- قد يكون علامة على الرضع الذين قد لا يتحملون المخاض جيداً.

التدبير:

□ إن شح السائل الأمنيوسي علامة هامة على القصور المشيمي المزمن وهو يتطلب دوماً القبول في المشفى وإجراء الاستقصاءات.

نقي تمزق الأغشية (انظر لاحقاً).

مراقبة الجنين (NST، CTG، BPP).

التفكير بإجراء الولادة إذا كان الجنين بتمام الحمل.

المخاض الباكر :PRETERM LABOUR

التعريف:

- هو المخاض الذي يحدث بين الأسبوع ٢٠ والأسبوع ٣٧ من الحمل.
- يحدث في حوالي ١٠% من الحمل.
- إن الخداج هو السبب الرئيس للوفيات والمراضة حول الولادة.
- في الأسبوع ٣٠ أو الوزن ١٥٠٠ غ تكون نسبة البقيا ٩٠%.
- في الأسبوع ٣٣ أو الوزن ٢٠٠٠ غ تكون نسبة البقيا ٩٩%.
- السبب الرئيس للمراضة هو الاختناق والإنتان ومتلازمة الضائقة التنفسية.
- قد يؤدي الاختناق أثناء الولادة لحدوث النزف الدماغي.

الأسباب:

- مجهول السبب (السبب الأشيع).

الأسباب الوالدية:

- القصة السابقة للخداج (خطر النكس ١٧-٤٠%).
- مقدمة الارتعاج/فرط ضغط الدم.
- ارتكاز المشيمة المعيب/انفكاك المشيمة الباكر.
- الداء السكري غير المضبوط.
- التهاب الحويضة والكلية الناكس والبيلة الجرثومية غير المعالجة.
- خمج السبيل التناسلي عند الأم.
- التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي (التهاب المشيماء والسلي).
- الأمراض الطبية الأخرى (المرض القلبي، المرض الكلوي، فقر الدم الشديد، الخمج الجهازى، المرض الوعائى المزمن).
- عمر الأم دون ١٨ عاماً أو فوق ٤٠ عاماً.
- الأورام الليفية أو التشوهات الرحمية الأخرى.
- قصور العنق.
- قصة إسقاطات أو إملاصات.
- الجراحة (الجراحة البطنية، التهاب المرارة، التهاب الصفاق).
- الشق السابق على الرحم أو العنق (القيصرية، الاستئصال المخروطي).
- الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية.
- عدم توفر الرعاية قبل الحمل.

التغذية السيئة.

التدخين.

إدمان المخدرات (الكحول، الكوكائين).

الشدة/القلق/التعب.

نقص الوزن قبل الحمل.

□ الأسباب الوالدية الجينية:

تمزق الأغشية الباكر المديد (السبب الأشيع).

الاستسقاء الأمنيوسي.

□ الأسباب الجينية:

الحمل المتعدد.

التشوهات الخلقية عند الجنين.

شروط التفكير في تشبيط المخاض (إيقاف المخاض Tocolysis).

□ الجنين حي.

□ عدم نضج الجنين.

□ الأغشية سالمة.

□ اتساع العنق ٤ سم أو أقل.

□ غياب مضادات الاستطباب الجينية أو الوالدية (انظر لاحقاً).

□ توفر المستلزمات الضرورية والطاقم الطبي لتقييم الأم والجنين خلال المخاض والعناية بالوليد المتوقع ولادته إذا فشلت المعالجة.

مضادات الاستطباب الوالدية لإيقاف المخاض:

□ النزف (الانفكاك الباكر أو الارتكاز المعيب).

□ المرض الوالدي (فرط ضغط الدم، الداء السكري، المرض القلبي).

□ مقدمة الارتعاج أو الارتعاج.

□ التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي.

مضادات الاستطباب الجينية لإيقاف المخاض:

□ كثرة أرومات الحمر الجنيني.

□ التشوهات الخلقية الشديدة.

□ الضائقة الجينية/موت الجنين.

□ IUGR، الحمل المتعدد (نسبي).

التشخيص:

□ التقلصات المنتظمة (٢ في الـ ١٠ دقائق).

□ توسع العنق أكثر من ٢ سم أو الإحماء بنسبة ٨٠% أو وجود تبديل مؤكد في العنق.

الوقاية:

- الرعاية الجيدة قبل الولادة.
- كشف الحمل المعرضة للخطورة.
- معالجة الخمج المهبلي أو خمج السبيل البولي الصامت.
- تنقيف المريضة.
- قد تساعد الأمور التالية لكن لا يوجد دليل على فعاليتها:
الراحة، إنقاص الشدة، التوقف عن العمل.
تحسين التغذية.
- قياس طول العنق بواسطة فائق الصوت أو إجراء الفحوص المهبلية المتكررة لتقييم العنق فهذا يكشف المخاض المبكر باكراً بحيث تكون الأدوية الموقفة للمخاض أكثر فائدة.

التدبير:

- الأولي:
 - النقل إلى المركز الطبي المناسب.
 - الإماهة (النورمال سالين ١٥٠ مل/ساعة).
 - الراحة في الفراش بوضعية الاضطجاع الجانبي الأيسر.
 - التسكين (المورفين).
 - تجنب الفحص الحوضي المتكرر (زيادة خطر الإنتان).
 - فحص الجنين بفائق الصوت (لتحديد سن الحمل، ال-BPP، وضعية الجنين).
 - المضادات الحيوية الوقائية: مختلف عليها لكن قد تساعد على تأخير الولادة.
- تعتمد درجة المعالجة الهجومية على سن الحمل.
- الأدوية الموقفة للمخاض: في حالة عدم وجود مضاد استطباب.
- ليس لها تأثير على المراضة أو الوفيات عند الوليد لكن قد تمنح المزيد من الوقت لاستخدام السيليستون
- Celestone (بيتاميتازون فاليرات) أو النقل إلى المركز المناسب.
- مقلدات بيتا: الريتودرين، التيربوتالين.
- سلفات المغنيزيوم (في حالة وجود الداء السكري أو المرض القلبي الوعائي).
- حاصرات قناة الكالسيوم: النيفيديبين.
- مثبطات اصطناع البروستاغلاندين (أدوية الخط الثاني): الإندوميثاسين.

تعزير نضج الرئة:

- يكون أكثر فعالية بين الأسبوع الحملي ٢٨ و ٣٤.
- المعالجة: البيتاميتازون فاليرات (2 Celestone) ملغ عضلياً كل ١٢ ساعة × ٢.
- الانتظار ٢٤ ساعة قبل الولادة.

□ مضادات الاستطباب الودية النوعية.

□ التدرن الفعال.

□ التهاب القرنية الفيروسي.

□ الداء السكري عند الأم.

تمزق الأغشية (ROM) RUPTURE OF MEMBRANES:

تمزق الأغشية الباكر Premature ROM:

□ هو تمزق الأغشية قبل بداية المخاض مهما كان سن الحمل.

تمزق الأغشية المديد Prolonged ROM:

□ إذا انقضى ٢٤ ساعة بين تمزق الأغشية وبداية المخاض.

تمزق الأغشية قبل الأوان Preterm ROM:

□ هو ال ROM الذي يحدث قبل الأسبوع ٣٧ الحملي (يترافق مع المخاض الباكر).

PPROM:

□ هو تمزق الأغشية الباكر قبل الأوان (ليس أثناء المخاض).

الحالات المرافقة:

□ التشوهات الخلقية.

□ الخمج.

الأسباب:

□ مجهول السبب (أشيع الأسباب).

□ يترافق بشكل متكرر مع:

□ تعدد الولادات.

□ قصور عنق الرحم.

□ الخمج: التهاب عنق الرحم، التهاب المهبل، الأمراض الجنسية، خمج السبيل البولي.

□ الحمل المتعدد.

□ القصة العائلية لل PROM.

□ الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية/التغذية السيئة.

□ عوامل الخطورة الأخرى المترافقة مع المخاض الباكر (انظر سابقاً).

الاختلالات:

□ انسداد الحبل السري.

□ الخمج داخل الرحم (التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي).

□ الولادة الباكرة.

التشخيص:

- قصة دفقة من السائل أو تسرب السائل المستمر.
- تجنب إدخال الخمج عن طريق الفحص (لا يجرى المس المهبل).
- الفحص بمنظار المهبل العقيم.
- وجود تجمع من السائل في قبو المهبل الخلفي.
- قد يشاهد تسرب السائل خارج العنق عند إجراء مناورة فالسلفا.
- يحول السائل الأميوسي ورقة النيترازين للون الأزرق (اختبار ضعيف النوعية لأن الدم والبول والسائل المنوي يعطي نفس النتيجة).
- التسرخس Fering (المحتوى العالي من الملح في السائل الأميوسي يتبخر ويعطي مظهراً يشبه السرخس تحت المجهر).
- فائق الصوت.

التدبير:

- إجراء الزروعات (من العنق من أجل الناييسيريات البنية، ومن أسفل المهبل من أجل المكورات العقدية المجموعة B).
- اعتماداً على سن الحمل يجب موازنة درجة الخداج مع خطر التهاب السائل الأميوسي والإنتان في حالة بقاء الجنين في الرحم.
- أقل من ٢٤ أسبوعاً: إنهاء الحمل (نتائج سيئة بسبب نقص التنسج الرئوي).
- ٢٦-٣٤ أسبوعاً: التدبير المتوقع لأن اختلاطات الخداج هامة.
- ٣٤-٣٦ أسبوعاً: المنطقة الرمادية لأن خطر الموت من متلازمة الضائقة التنفسية والإنتان الوليدي متساوٍ.
- أكثر من ٣٦ أسبوعاً: تحريض المخاض لأن خطر الموت من الإنتان أعلى من خطر متلازمة الضائقة التنفسية.
- تقييم نضج الرئة عن طريق قياس نسبة S/L في السائل الأميوسي.
- التفكير بإعطاء البيتاميتازون فاليرات (Celestone) لتسريع النضج الرئوي.
- إذا لم تكن الأم بحالة مخاض أو إذا كان لا يستطع تحريض المخاض فتعطى المضادات الحيوية (أمر مختلف عليه).
- القبول في المشفى لمراقبة العلامات الحيوية كل ٤ ساعات وإجراء الـ BPP وتعداد الكريات البيض يومياً.

انسداد الحبل السري UMBILICAL CORD PROLAPSE:

- نزول الحبل السري إلى مستوى مجاور أو أدنى من المخرج مما يسبب انضغاط الحبل السري بين المخرج والحوض.
- يكون انسداد الحبل السري مرئياً أو مجسوساً.
- تبدلات FHR (التباطؤات المتغيرة، بطء القلب أو كلاهما).

□ تزداد نسبة الحدوث مع الخداج/PROM، المجينات المعيبة، التوضع المنخفض للمشيمة، الاستسقاء الأمنيوسي، الحمل المتعدد، عدم التناسب الحوضي الجنيني.

التدبير:

□ إجراء العملية القيصرية فوراً.

□ الوسائل المساعدة.

□ تخفيف ضغط مجيء الجنين على الحبل السري.

□ إبقاء الحبل السري دافئاً ورطباً عن طريق إبقائه في المهبل و/أو غمسه بمحلول السالين الدافئ.

التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي (التهاب المشيمة والسلي):

CHORIOAMNIONITIS:

□ التعريف: خمج الكوريون والأمنيون والسائل الأمنيوسي.

□ عوامل الخطورة: انبثاق الأغشية المديد، المخاض المديد، الفحوص المهبليّة المتكررة أثناء المخاض، المراقبة الداخلية، الداء المهبلي الجرثومي و الأحماج المهبليّة الأخرى.

□ المظاهر السريرية: الحمى الوالدية، تسرع القلب عند الجنين أو الأم، إيلام الرحم، مفرزات عنقية كريهة الرائحة، ارتفاع الكريات البيض، وجود الكريات البيض أو الجراثيم في السائل الأمنيوسي.

□ التدبير: زروعات الدم والسائل الأمنيوسي، المضادات الحيوية الوريدية (الأمبيسلين والجنتاميسين).

□ الولادة المناسبة بغض النظر عن سن الحمل.

الحمل المديد POST-DATE PREGNANCY:

التعريف والمظاهر السريرية:

□ هو الحمل الذي يتجاوز ٤٢ أسبوعاً (١٠% من الحمل).

□ من الضروري معرفة تاريخ الحمل بدقة.

□ السبب مجهول.

□ تزداد المراضة مع فرط ضغط الدم/PET، الداء السكري، الانفكاك الباكر للمشيمة، الـ IUGR والحمل المتعدد.

الاختلالات:

□ الوفيات حول الولادة ٢-٣ أضعاف.

□ شح السائل الأمنيوسي.

□ إفراغ العقي: خطر استنشاق العقي.

□ الاختناق.

□ ضخامة الجسم (العرطلة).

□ قصور المشيمة: احتشاء المشيمة الهرمة.

□ متلازمة النضج الزائد Post maturity syndrome: 10-20% من الحمول المديدة (نقص وزن الجنين، نقص الشحم تحت الجلد، التوسف، جفاف الجلد الناجم عن قصور المشيمة).

التدبير:

- حساب عدد حركات الجنين من قبل الأم.
- إجراء الـ BPP مرتين أسبوعياً اعتباراً من الأسبوع ٤٠.
- إجراء الولادة بعد الأسبوع ٤١ إذا لم يكن المخاض قد بدأ للتو لأن الوفيات حول الولادة تصبح أعلى بسبب القصور الرحمي المشيمي المترقي.
- إذا كان الـ BPP أقل من ١٠/١٠ في أي وقت فيجب تحريض الولادة .
- نقص تحمل الاختناق أثناء الولادة .

موت الجنين داخل الرحم INTRAUTERINE FETAL DEATH:

□ نسبة الحدوث ١% من الحمول.

الأسباب:

- غير معروفة في ٥٠% من الحالات .
- فرط ضغط الدم ، الداء السكري.
- كثرة أرومات الحمر الجنيني .
- التشوهات الخلقية .
- الاختلاطات المشيمية أو اختلاطات الحبل السري .
- الخمج داخل الرحم .
- أضداد الفوسفوليبيد .

المظاهر السريرية:

□ الفصّة:

نقص الإحساس بحركات الجنين من قبل الأم .

□ الفحص:

ارتفاع قعر الرحم SFH ووزن الأم (لا يزدادان).

غياب دقات قلب الجنين (غير مشخص).

□ الاستقصاءات:

غياب الفعالية القلبية و حركات الجنين على فائق الصوت ضروري للتشخيص.

ارتفاع الـ MSAFP.

التدبير:

□ تحريض المخاض (راجع قسم المخاض غير الطبيعي).

- يجب المراقبة من أجل الاعتلال التخثري عند الأم (خطر الـ 10%) DIC
- الجوانب النفسية لفقد الجنين.
- الاستقصاءات لتحديد السبب.
- الحمول اللاحقة معرضة لخطر عال.

الجنين THE FETUS:

اضطجاع الجنين (أو وضعية الجنين) Fetal lie:

- يدل على توجه المحور الطويل للجنين نسبة للمحور الطويل للرحم:
 - الطولي.
 - المعترض.
 - المائل.
- غالباً ما تكون الوضعية المعترضة/ المائلة ناجمة عن التشوهات الرحمية (إجراء القيصرية إذا لم تتغير الوضعية).

مجنى الجنين Fetal Presentation:

- يدل على الجزء الجنيني الموجود عند مخرج الحوض.
 - المقعدي (التام، القمي).
 - الرأسي (القمي، الجبهي، الوجهي، البرغماوي).
 - الكتفي.
 - المركب (تدلي أحد أطراف الجنين مع مجيء الجنين).
- تعتبر كل المجنئات عدا المجيء القمي شاذة (راجع قسم المخاض غير الطبيعي).

وضع المجيء Position:

- يدل على وضعية فذال Occiput الجنين نسبة لحوض الأم (في حالة المجيء القمي).
 - القدالي الأمامي (OA): أشيع المجنئات (طبيعي).
 - القدالي الخلفي ((OP): معظم الحالات تدور عفويًا إلى OA، وقد يؤدي إلى تطاول المرحلة الثانية من المخاض.
 - القدالي المعترض (OT) يؤدي إلى توقف الاتساع.
- في الحالة الطبيعية يدخل رأس الجنين حوض الأم و يتدخل بوضعية OT ويدور لاحقاً إلى وضعية OA أو OP (في نسبة قليلة من الحالات).

درجة انعطاف الرأس Attitude:

- يدل على انعطاف/انبساط رأس الجنين نسبة للكتفين.

المجيء القمي: يكون الرأس بوضعية انعطاف تام.
المجيء الجبهي Brow: يكون الرأس بوضعية انبساط نسبياً (يحتاج إلى عملية قيصرية).
المجيء الوجهي Face: يكون الرأس بوضعية بسط تام (الذقني الخلفي يحتاج دوماً للعملية القيصرية، أما الذقني الأمامي فتتم ولادته مهلبياً).

درجة التدخل Station:

- تعرف بأنها موقع الجزء المبيئي من الجنين نسبة للشوكين الإسكيين.
عند الشوكين الإسكيين = درجة التدخل = ٠ = المجيء متدخل.

عنق الرحم THE CERVIX:

□ التوسع Dilatation:

الطور الكامن: ٣-٠ سم.
الطور الفعال: ١٠-٤ سم.

□ الإحفاء Effacement:

ترقق العنق (١٠٠%-٥٠%-٢٥%).

□ القوام Consistency:

اللين مقابل القاسي.

□ الوضعية Position:

الخلفي مقابل الأمامي.

□ الانطباق Application:

التماس بين عنق الرحم و الجزء المبيئي من الجنين.

تعريف المخاض DEFINITION OF LABOUR:

- تقلصات رحمية منتظمة مؤلمة ذات تواتر متزايد تترافق مع توسع و إحفاء عنق الرحم المترقيين، و تترافق في الحالة الطبيعية مع نزول الجزء المبيئي من الجنين.
الخداج (قبل الأوان) (بعد الأسبوع ٢٠ وقبل الأسبوع ٣٧).
بتمام الحمل (الأسبوع ٤٢-٣٧).
الوليد متأخر الولادة (حمل مديد) (بعد الأسبوع ٤٢).

□ تقلصات براكستون - هيكس Braxton-Hicks Contractions:

تقلصات غير منتظمة و غير مؤلمة تحدث طيلة الحمل ولا تترافق مع أي توسع أو إحفاء أو نزول للمجيء.

المراحل الأربعة للمخاض: FOUR STAGES OF LABOUR:

المرحلة الأولى من المخاض (انظر الجدول 7):

□ الطور الكامن:

التقلصات الرحمية تكون بشكل نموذجي قليلة و غير منتظمة.
توسع و إحماء خفيفان في عنق الرحم (التوسع عادةً ٤-٣ سم)

□ الطور الفعال:

توسع سريع في عنق الرحم للوصول إلى التوسع التام (الخروس حوالي ١.٢ سم/ الساعة و عديدة الولادات حوالي ١.٥ سم/ الساعة).

طور الانزلاق (الانحدار) الأعظمي على منحنى فريدمان (انظر الشكل ٦).

تقلصات مؤلمة منتظمة كل ٢ دقيقة و تدوم ٦٠-٤٥ ثانية.

تكون التقلصات في أقوى شدة لها عند قعر الرحم و في أضعف شدة عند القطعة السفلية.

المرحلة الثانية من المخاض:

□ من التوسع التام لعنق الرحم إلى الولادة.

□ تشعر الأم بالرغبة بالكبس و الدفع مع كل تقلصة.

□ يقاس تطور هذه المرحلة بالنزول Descent.

المرحلة الثالثة من المخاض:

□ انفصال و انطراح المشيمة.

□ قد يدوم حتى ٣٠ دقيقة قبل أن يستطب إجراء التدخل.

□ علامات انفصال المشيمة: دفقة الدم، تطاول الحبل السري، يصبح الرحم كروياً.

المرحلة الرابعة من المخاض:

□ الساعة الأولى بعد الولادة.

□ مراقبة العلامات الحيوية و النزف +/ - إعطاء الأوكسي توسين.

□ إصلاح التهتكات.

□ التأكد أن الرحم قد انقبضت (جس الرحم و مراقبة النزف الرحمي).

□ الطوران الثالث و الرابع من المخاض هما الأكثر خطورة على الأم (أي النزف).

الحركات الرئيسية للجنين أثناء الولادة:

THE CARDINAL MOVEMENTS OF THE FETUS DURING DELIVERY:

□ التدخل Engagement.

□ النزول Descent.

□ الانعطاف.

□ الدوران الداخلي (إلى الوضعية OA في الحالة المثالية).

- البسط (ولادة الرأس).
- الدوران الخارجي (الدوران المعاوز Restitution)، دوران الرأس على خط واحد مع الكتفين.
- الانقذاف Explusion (ولادة الكتفين و الجسم).

الجدول (٧): سير المخاض الطبيعي.

المرحلة	الخروس	متعددة الولادات
الأولى.	١٨-٦ ساعة.	١٠-٢ ساعات.
الثانية.	٣٠ دقيقة- ٣ ساعات.	٣٠-٥ دقيقة.
الثالثة.	٣٠-٥ دقيقة.	٣٠-٥ دقيقة.

الشكل (٥) حركات الجنين خلال المخاض والولادة، الوضع القذالي الأمامي الأيسر.

تجريب المفاض INDUCTION OF LABOUR:

التعريف:

□ هو تجريب بدء المخاض اصطناعياً للمحافظة على صحة الأم أو لإبعاد الجنين عن المخاطر التي قد يتعرض لها في البيئة الموجود فيها.

شروط تجريب المخاض:

□ الشروط الوالدية:

العنق الأمامي القصير مع الفوهة المفتوحة (القابل للتجريب أو الناضج).
إذا لم يكن العنق ناضجاً فيستخدم هلام gel البروستاغلاندين (PG) (انظر لاحقاً).

□ الشروط الجنينية:

توفر المراقبة الجنينية الكافية.
المجيء الرأسي.
صحة الجنين الجيدة.

الاستطابات:

□ العوامل الوالدية:

فرط ضغط الدم الممرض بالحمل.
المشاكل الطبية الوالدية، مثال الداء السكري والمرض الكلوي أو الرئوي.

□ العوامل الوالدية الجنينية:

التمنيع الإسوي Rh.
تمزق الأغشية الباكر.
التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي.
الحمل المديد.

□ العوامل الجنينية:

الاشتباه بوجود أذية (خطر) على الجنين يستدل عليها بالمشعرات الكيماوية الحيوية أو الحيوية الفيزيائية.
موت الجنين.

مضادات الاستطاب:

□ الوالدية:

الشق الكلاسيكي السابق أو القطع العرضي التام للرحم.
حالة الأم غير المستقرة.
عدم التناسب الجنيني الحوضي الواضح.

الهربس التناسلي الفعال عند الأم.

□ الوالدية – الجنينية:

ارتكاز المشيمة المعيب أو الأوعية المتقدمة.

□ الجنينية:

الضائقة.

المجيء المعيب.

مبادئ إنضاج عنق الرحم:

- يتم اصطناع الـ PG بواسطة خلايا عنق الرحم وفي السائل الأمنيوسي لتسهيل بداية المخاض وتطوره.
- يستخدم هلام الـ PG لتسريع توسع أو إحماء العنق البطيء أو المتوقف.
- يعطى الدينوبروستون (Prepidil) داخل عنق الرحم عندما يكون العنق طويلاً ومغلقاً دون وجود تمزق بالأغشية.
- يعطى مهلبياً عندما يكون العنق قابلاً للتحريض (قصيراً وأمامياً) وقد يستخدم حتى مع تمزق الأغشية.
- تشمل المخاطر فرط التنبيه وشذوذات سرعة قلب الجنين.
- لا بد من إجراء الـ NST الارتكاسي قبل الإعطاء.
- قد تستخدم قنطرة فولبي من أجل التوسيع الميكانيكي للعنق.

التحريض الطبي:

- إعطاء الأوكسي توسين ٢ ميلي وحدة/الدقيقة وريدياً وتزاد بمقدار ١-٢ ملي وحدة/الدقيقة كل ٢٠-٣٠ دقيقة للوصول إلى حد أعظمي ٣٦-٤٨ ميلي وحدة/الدقيقة.
- الاختلاطات الممكنة:

- فرط التنبيه/التقلص التكرزي (قد يؤدي إلى ضائقة جنينية أو تمزق الرحم).
- تعب عضلة الرحم، الرحم الوانية Atony (قد يؤدي لحدوث النزف بعد الولادة [نزف العطالة]).
- التأثير المشابه للفازوبريسين مما يؤدي إلى عدم الإدرار.
- البروستاغلاندين F_2 ألفا (PGF-2 ∞) يستخدم في حالة موت الجنين داخل الرحم.

التحريض الجراحي:

- التمزيق الاصطناعي للأغشية (بضع السلي Amniotomy)، قد يتم تجربة هذا الأمر كوسيلة أولية.

تسريع (حث) المخاض AUGMENTATION OF LABOUR:

- يستخدم تسريع المخاض للحث على حدوث تقلصات كافية عندما تكون التقلصات العفوية غير كافية مع عدم حدوث توسع العنق أو نزول الجنين.
- الأوكسي توسين ٢ ميلي وحدة/دقيقة وريدياً، وتزداد بمقدار ١-٢ ميلي وحدة/الدقيقة كل ٢٠-٣٠ دقيقة للوصول إلى حد أعظمي هو ٣٦-٤٨ ميلي وحدة/الدقيقة.
- نصف عمر الأوكسي توسين هو حوالي الدقيقتين (وبالتالي لا بد من وجود تنقيط مستمر لأن تأثيراته تختفي بسرعة).

التطور الشاذ للمخاض:

ABNORMAL PROGRESS OF LABOUR:

- الفشل في حدوث الأنماط المتوقعة من نزول مجيء الجنين وتوسع عنق الرحم في الوقت المناسب (انظر الشكل ٦).
- قد يحدث في كل مراحل المخاض.
- تقليدياً يوجد ثلاثة أسباب للمخاض الشاذ هي:
 - القوة Power: تقلصات رحمية ضعيفة أو غير كافية أو غير متناسقة.
 - الممر Passenger: الجنين ضخم الحجم جداً أو المجيء غير الطبيعي.
 - الممر Passage: عدم التناسب الرأسي الحوضي (CPD)، صغر حجم الحوض أو شذوذ الشكل أو القوام أو مقاومة النسيج الرخو الأموي نسبياً للجنين.
- يحتاج التشخيص الأولي للـ CPD إلى تقدم المخاض إلى الطور الفعال ووجود تقلصات رحمية كافية.

A = عديدة الولادات.

B = الحمل الأول.

C = توقف الطور الفعال.

D = تطاول الطور الفعال.

E = تطاول الطور الكامن.

الشكل (٦) السير الطبيعي والشاذ للمرحلة الأولى من المخاض (منحنى فريدمان).

تطاول الطور الكامن (المنحنى E) :

- هو امتداد الطور الكامن على مدى ٢٠ ساعة أو أكثر عند الخروس أو ١٤ ساعة أو أكثر عند عديدة الولادات، وخلال هذه الفترة لا يتقدم هذا الطور إلى الطور الفعال.
- لا تكون المريضة غالباً بشكل فعلي في المخاض (تجنب إجراء بثق الأغشية خوفاً من المخاض الكاذب وزيادة خطورة الخمج داخل الرحم).
- يكون التسكين الباكر والشديد موجوداً عند ٣٠-٤٠% من هؤلاء المريضات.
- يجب البحث جيداً عن عوامل عدم التناسب الرأسي الحوضي.
- المعالجة: تسريع المخاض إذا كان تشخيص المخاض مؤكداً وما عدا ذلك يلجأ إلى الراحة و/أو التسكين.

تطاول الطور الفعال (المنحنى D) :

- التوسع: عندما تكون سرعة توسع عنق الرحم أقل من ١.٢ سم/الساعة عند الخروس أو أقل من ١.٥ سم/الساعة عند عديدة الحمل.
- النزول Descent: هو سرعة النزول التي تقل عن ١ سم/الساعة عند الخروس أو التي تقل عن ٢ سم/الساعة عند عديدة الحمل.
- يكون عدم التناسب الرأسي الحوضي موجوداً عند حوالي ثلث الحالات ولهذا غالباً ما يتطور توقف الاتساع الثانوي.
- في ثلثي الحالات يحدث التطور بشكل ثابت خلال المخاض مع حدوث الولادة المهبلية في النهاية.
- المعالجة: تسريع المخاض بواسطة الأوكسي توسين إذا كانت التقلصات الرحمية غير كافية و/أو بثق الأغشية.

توقف الطور الفعال (المنحنى C) :

- الاتساع: لا يحدث تطور الاتساع لمدة ساعتين أو أكثر عند مريضة دخلت إلى الطور الفعال.
- يحدث التوقف عادة عندما يكون اتساع العنق ٥-٨ سم.
- النزول: عدم حدوث تقدم في تدخل المجيء لمدة تتجاوز الساعة خلال الطور الثاني من المخاض.
- يجب البحث عن العوامل المسببة لعدم التناسب الرأسي الحوضي (حوالي ٥٠% يحتاج إلى قيصرية).
- عدم التناسب الحوضي الرأسي: إذا وجدت تقلصات رحمية كافية مفاضة بواسطة قثطرة الضغط داخل الرحم (IUPC) وعدم حدوث النزول/ التوسع لمدة تتجاوز الساعتين.
- إذا تم نفي وجود عدم التناسب الحوضي الرأسي فيمكن تجربة إعطاء الأوكسي توسين الوريدي وبثق الأغشية.

عسر ولادة الكتف SHOULDER DYSTOCIA:

التعريف، نسبة الحدوث، الاختلالات:

- انحشار الكتف الأمامي للجنين عند ارتفاع العانة بعد أن تكون قد تمت ولادة الرأس (حالة إسعافية مهددة

للحياة).

- تحدث عندما يكون عرض الكتفين أكبر من القطر بين الجداريين.
- نسبة الحدوث ١٥-٠.٤% من الولادات.
- يجب مراقبة علامة السلحفاة Turtle sign (تقدم الرأس أثناء التقلصة لكنه يعود إلى وضعه السابق في نهاية التقلصة).
- انضغاط الصدر بالمهبل أو انضغاط الحبل السري بالحوض قد يؤدي إلى نقص الأكسجة.
- خطر أذية الضفيرة العضدية (شلل إرب).
- كسور الجنين (الترقوة، العضد، الشوك الرقبي).
- أذية العجان عند الأم، قد تؤدي إلى النزف بعد الولادة.

الحالات المراقبة:

- الأموية:
 - السمنة عند الأم.
 - الداء السكري.
 - تعدد الولادات.
- الجنينية:
 - الحمل المديد.
 - ضخامة الجسم.
- المخاض:
 - تطاول المرحلة الأولى والثانية من المخاض.
 - طور متباطئ مديد (٨-١٠ سم).
 - استخدام الأدوات لتوليد المبيئات العالية.

التدبير:

- الهدف: زحل الكتف الأمامي من خلف ارتفاع العانة.
- الجر اللطيف الأولي مع كبس الأم.
- التسكين الكافي.
- تطبيق ضغط فوق العانة (لفك انحشار الكتف) مع الجر للأسفل.
- طلب المساعدة.
- وضع الساقين بوضعية فرط عطف على بطن الأم (مناورة ماك روبرت Mc Robert maneuver).
- تخليص (إزالة انحشار) الكتف الأمامي.
- تحرير الكتف الخلفية (توليد الذراع الخلفي مع الكتف الخلفي).
- مناورة وود Wood (إدخال اليد خلف القذال داخل المهبل ودفع الكتف الأمامي للأمام إلى الوضع المعترض

- أو دفع الكتف الخلفي لتدور ١٨٠ درجة لإنقاص القطر بين الأخرمين).
- خزع الفرج على الخط المتوسط.
- كسر الترقوة المتعمد (الحل الأخيرة).
- مناورة زافانيلي (Zavanelli maneuver) تتضمن عطف رأس الجنين ووضع الجنين ضمن جوف الرحم وإجراء القيصرية الإسعافية، ذكر نجاح هذه المناورة في دراسات صغيرة).

المجيء المقعدي BREECH PRESENTATION:

التعريف:

- تكون إيتا الجنين هما الجزء المجيئي.

نسبة الحدوث:

- يحدث في ٣-٤% من الحمول بنمام الحمل (النسبة ٢٥% قبل الأسبوع ٢٨).

التصنيف: (انظر الشكل ٧).

- التام: عطف عند الوركين والركبتين.
- الناقص Frank: عطف عند الوركين وبسط عند الركبتين.
- وهو أشيع نمط من المجيء المقعدي.
- كما يعتبر الشكل الوحيد من المجيء المقعدي الذي يمكن توليده مهلبياً.
- القدي Footling: قد يكون مفرداً أو مضاعفاً مع بسط عند الورك (الوركين) والركبة (الركبتين) وبذلك تكون القدم هي الجزء المجيئي.

الأسباب:

- الأسباب الوالدية:
 - الحوض (الصغير).
 - الرحم (شدوذات الشكل، الأورام داخل الرحم، الأورام الليفية، الأورام خارج الرحم التي تسبب ضغطاً على الرحم).
 - تعدد الولادات جداً.
- الأسباب الوالدية الجنينية:
 - المشيمة (الارتكاز المعيب).
 - السائل الأمنيوسي (شح/استسقاء).
- الأسباب الجنينية:
 - الخداج.
 - الحمول المتعددة.

التشوهات الخلقية (توجد عند ٦% من المبيئات المقعدية وهذه النسبة أعلى بـ ٢-٣ مرات من النسبة في المبيئات القمية).

التشخيص:

□ مناورات ليوبولد Leopold وفائق الصوت.

التدبير:

□ التحويل المقعدي الخارجي:

المعايير: أكثر من ٣٧ أسبوعاً، حمل وحيد، الجزء المبيئي غير متدخل الـ NST ارتكاسي.

الشكل (٧) أنماط المبيء المقعدي.

مضادات الاستطباب: نزف سابق في الثلث الأخير، قيصرية كلاسيكية سابقة، استئصال ورم عضلي سابق، شح السائل الأمنيوسي، انبثاق الأغشية الباكر، ارتكاز المشيمة المعيب، نتائج شاذة على فائق الصوت، الاشتباه بفشل النمو داخل الرحم.

المخاطر: الانفكاك الباكر للمشيمة، انضغاط الحبل السري.

الطريقة: إيقاف المخاض Tocolysis ثم تغيير وضعية الجنين عبر البطن وتوجيه من فائق الصوت.

إذا كانت المريضة سلبية الـ Rh فيعطى الـ Rhogam قبل الإجراء.

□ العوامل الإنذارية الجيدة (من أجل التحويل الناجح):

تعدد الولادات.

حجم السائل الكافي.

الجنين الصغير.

الطبيب المولد الماهر.

□ معايير الولادة المهبلية:

- المجيء المقعدي الناقص Frank، سن الحمل أكثر من ٣٦ أسبوعاً.
- وزن الولادة المقدر ٢٢٠٠ – ٣٨٠٠ غ اعتماداً على التقييم السريري وتقييم فائق الصوت.
- رأس الجنين منعطف.
- استمرار مراقبة الجنين.
- حوض الأم ذو حجم كاف (سريرياً أو بشكل مؤكد بسبب ولادة سابقة).
- لا توجد استنابات أخرى للعملية القيصرية.
- طبيب التوليد الخبير.
- ما عدا ذلك تجرى العملية القيصرية لكل المجينات (عدا المجيء الوجهي الأمامي الذقني).

الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية:

VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN (VBAC):

- يوصى بها بعد القيصرية السفلية السابقة (الشق المعترض السفلي).
- تختلف معدلات النجاح حسب استنابات العملية القيصرية السابقة (بصورة عامة ٦٠-٨٠%).
- خطر تمزق الرحم (أقل من ١% في حالة الشق المعترض السفلي).

مضادات الاستنباب:

- (أي الحاجة لتكرار القيصرية بعد بداية المخاض).
- العملية القيصرية السابقة ذات الشق الكلاسيكي أو الشق بشكل T المقلوبة أو الشق غير المعروف أو القطع المعترض الكامل للرحم (خطر التمزق ٦%).
- قصة سابقة لبضع الرحم Hysterotomy أو تمزق الرحم.
- الحمل المتعدد.
- وزن الجنين المقدر أكثر من ٤٠٠٠ غ.
- المجيء غير الرأسي أو ارتكاز المشيمة المعيب.
- عدم كفاية المعدات أو الطاقم في حالة الحاجة للقيصرية الإسعافية.

تمزق الرحم UTERINE RUPTURE:

- يترافق مع ندبة رحمية سابقة (في ٤٠% من الحالات)، وفرط التنبيه بالأوكسي توسين وتعدد الولادات جداً والتداخل السابق داخل الرحم.
- يحدث عادة أثناء المخاض الباكر لكن قد يحدث قبل ذلك في حال وجود الشق الكلاسيكي.

الاختلاطات:

- وفيات الأمهات ١-١٠%.
- النزف الوالدي والصدمة.
- الـ DIC.
- صمة السائل الأمنيوسي.
- استئصال الرحم.
- الضائقة الجنينية ← ٥٠% وفيات.

التدبير:

- الولادة مباشرة من أجل إنقاذ الجنين.
- العمل على استقرار حالة الأم (قد تحتاج لاستئصال الرحم).

صمة السائل الأمنيوسي AMNIOTIC FLUID EMBOLUS:

التعريف:

- وجود حطام السائل الأمنيوسي داخل دوران الأم.
- اختلاط نادر يحدث أثناء الولادة أو بعد الولادة مباشرة.
- نسبة الوفيات ٨٠%.

التظاهرات:

- بداية مفاجئة للضائقة التنفسية مع الوهط القلبي الوعائي والاعتلال التخثري.

عوامل الخطورة:

- انفكاك المشيمة الباكر.
- المخاض السريع.
- تعدد الولادات.
- تمزق الرحم.

المعالجة:

- الوسائل الداعمة، إصلاح الاعتلال التخثري.

استطابات الولادة المهبلية الفعالة:**INDICATIONS FOR OPERATIVE VAGINAL DELIVERY:**

- تكون الولادة المهبلية الفعالة Operative باستخدام ملقط الجنين أو المحجم.
- الاستطابات الجنينية:
- حالة الجنين غير مطمئنة.
- تطاول الطور الثاني من المخاض حيث قد يكون ذلك بسبب التقلصات الضعيفة أو فشل رأس الجنين بالدوران.
- الاستطابات الوالدية:
- الحاجة لتجنب جهد الكبس الإرادي (المرض القلبي/الدماغي الوعائي).
- الإعياء، عدم التعاون والتسكين الشديد الذي قد يعيق أو يضعف الدفع الفعال.

ملقط الجنين FORCEPS:**الملقط المنخفض Low:**

- الرأس مرئي بين الشفرين في الفترة بين التقلصات.
- غالباً ما يدعى ملقط المخرج Outlet.
- الدرز السهمي منطبق على أو قريب من القطر الأمامي الخلفي.
- لا يمكن أن يتجاوز الدوران ٤٥ درجة.

الملقط المتوسط Mid:

- يكون الجزء المجهني من الجنين تحت الشوكين الإسكيين لكنه ليس مرئياً بعد عند المدخل.
- لا يتجاوز الرأس + ٢ تحت الشوكين.

أنماط الملاقط:

- ملقط سيمبسون من أجل المجينات القذالية الأمامية OA.
- ملقط التدوير (جيلاند Kjelland) عندما يجب تدوير الرأس إلى OA.
- ملقط بايبر Piper من أجل المجيء المقعدي.

الشروط المطلقة لتطبيق الملقط.

- المجينات المقعدية أو الوجهية أو القمية.
- العنق بتمام الاتساع.
- المثانة فارغة (خطر تمزق المثانة إذا كانت ممتلئة).

- التسكين الكافي.
- الأغشية متمزقة.
- وضعية الجنين ودرجة تدخله معروفتان.
- الجزء المبيئي من الجنين تحت الشوكين الإسكيين.
- وجود طبيب توليد خبير.
- الحوض ذو حجم وشكل كافيين.
- التقلصات الرحمية موجودة.
- وجود التجهيزات اللازمة لإجراء العملية القيصرية الإسعافية عند الضرورة.

استخدام المحجم VACUUM EXTRACTION:

- المحجم Vacuum هو أداة تستخدم لسحب الجنين وهي بديل عن الولادة بالملقط ويساعد حركات الكبس عند الأم.
- نفس الاستطبابات التي يستخدم فيها ملقط الجنين.

□ الفوائد:

- أسهل تطبيقاً من الملقط.
- أقل شدة على رأس الجنين ويحتاج إلى تخدير أقل.
- أذيات والدية وجينية أقل.
- سوف يفشل تطبيقه إذا وجد عدم تناسب حوضي رأسي غير مميز دون أن يؤثر ذلك سلباً على الجنين أو الأم على العكس مما يحدث عند تطبيق الملقط في هذه الحالة.

□ المساوئ:

- مناسب فقط للمجينات الرأسية.
- لا بد من وجود دفع (كبس) من قبل الأم.
- مضاد استطباب في الولادة قبل الأوان (الخداج).

التمتكات LACERATIONS:

□ الدرجة الأولى:

تشمل الجلد ومخاطية المهبل لكن لا تشمل اللفافة المستبطنة والعضلات.

□ الدرجة الثانية:

تشمل اللفافة والعضلات في منطقة العجان لكن لا تشمل المصرة.

□ الدرجة الثالثة:

تشمل مصرة الشرج لكنها لا تمتد عبرها.

□ الدرجة الرابعة:

الامتداد عبر المصرة الشرجية إلى لمعة المستقيم.

بضع الفرج (الخزعة) EPISIOTOMY:

التعريف:

- هو إجراء شق في الجسم العجاني وقت الولادة.
- يكون هذا الشق على الخط المتوسط (أفضل شفاء، زيادة خطر التمزق العميق) أو على الخط المتوسط الجانبي (خطر التمزق الشديد أقل والشفاء أقل والألم أكثر).

الاستطبايات:

- منع التمزق (بضع الفرج أسهل إصلاحاً).
- للتخلص من الانسداد في العجان غير المرن.
- استخدام الأدوات في الولادة.
- مازال الجدل قائماً حول ضرورة إجراء الخزعة أو ترك العجان ليتمزق عند الضرورة.

العملية القيصرية CESAREAN DELIVERY:

الاستطبايات:

- الوالدية:
- الانسداد، الهربس الفعال على الفرج، سرطان عنق الرحم الغازي، الجراحة الرحمية السابقة.
- الوالدية – الجنينية:
- ارتكاز المشيمة المعيب، انفكاك المشيمة الباكر، عدم تقدم المخاض.

الجنينية:

الضائقة الجنينية، المجيء المعيب، انسداد الحبل السري، تشوهات خلقية معينة.

المخاطر:

- التخدير.
- النزف.
- الخمج (خمج السبيل البولي، خمج الجرح، التهاب بطانة الرحم).
- زيادة وقت الشفاء/الإقامة في المشفى.

التخدير في طب التوليد OBSTETRICAL ANESTHESIA

سبل الألم أثناء المخاض:

PIAN PATHWAYS DURING LABOUR:

□ المرحلة الأولى الباكرة: ينقل الألم عبر الألياف الواردة الحشوية التي تدخل إلى الحبل الشوكي عند المستوى $T_{10}-L_1$.

اتساع العنق.

تمدد القطعة السفلية من الرحم.

تقلص الرحم.

□ المرحلة الأولى المتأخرة والمرحلة الثانية: ينقل الألم عبر الألياف الواردة الحشوية والجسدية (العصب الاستحيائي) وتدخل الحبل الشوكي عند المستوى S_1-S_5 .

تقلص الرحم.

تمدد وتمطط البنيات الحوضية (الصفاق الحوضي، اللفافة، الأربطة، العضلات).
الضغط على الأعصاب القطنية.

□ الطور الثالث من المخاض يكون جيد التحمل عادة مع ولادة المشيمة عفويًا.

قد يكون التسكين ضروريًا من أجل استخلاص المشيمة يدويًا.

التسكين ANALGESIA:

الوقاية النفسية والتسكين الجسدي:

□ الولادة الطبيعية (مثل صفوف لاماز قبل الولادة) حيث تستخدم الأم طرق استرخاء لتنبية الطرق المثبطة النازلة.

□ حمامات الدوامة، تنبيه العصب عبر الجلد والوخز بالإبر كل ذلك يشبط نبضات مستقبلات الأذية وينقص توتر العضلة المحدث للألم.

□ فعال خاصة في المراحل الباكرة من المخاض.

التسكين الوريدي:

□ الميبيريدين Meperidine (الديميرول Demerol).

أفضل ما يستخدم في المراحل الباكرة من المخاض، أقل فعالية حالما يتوطد المخاض جيدًا.

تتم تصفيته بسرعة من قبل الجنين إذا استخدم وريديًا (فترة أطول إذا استخدم عضليًا).

يصل مستواه الأعظمي عند الجنين بعد ٢-٤ ساعات من حقنه عضليًا عند الأم.

يمكن أن يثبط التنفس عند الوليد (المعالجة بالنالوكسون).
التأثيرات الجانبية هي هبوط الضغط الانتصابي والغثيان والإقياء.

التسكين الاستنشاقى:

□ أكسيد الأزوت Nitrous oxide:

أكسيد الأزوت ٥٠% مع الأوكسجين.
يعطى ذاتياً أثناء التقلصات.
لا يؤدي إلى إطالة فترة المخاض أو التداخل مع تقلصات الرحم. لكن إعطائه لمدة تتجاوز ٢٠ دقيقة قد يؤدي إلى تثبيط الوليد.
يؤدي إلى تسكين جزئي للألم أثناء المخاض وكذلك عند الولادة.

التخدير ANESTHESIA:

التخدير العجاني الموضعي:

- الحصار الموضعي.
- الليدوكائين من أجل بضع الفرج.
- حصار العصب الاستحيائي.

التخدير الناحي:

□ فوق الجافية:

أكثر طريقة مستخدمة من أجل المخاض والولادة.
لا يؤدي إلى إطالة المرحلة الأولى لكن قد ينقص جهود الدفع عند الأم.
يستخدم عادة البوبيفاكائين 0.25% (Marcaine) Bupivacaine من أجل المخاض (فترة عمل أطول مقارنة مع الليدوكائين مع حصار حركي أقل).
يستخدم الليدوكائين ٢% (Xylocaine) عادة في الولادات المهبلية والعمليات القيصرية بجرعات مختلفة.
تدخل قنطرة قياس ١٩ في المسافة فوق الجافية القطنية.
تعطى الأم قبل ذلك ٥٠٠-١٠٠٠ مل من السوائل الوريدية لمنع هبوط ضغط الدم المترافق مع التخدير فوق الجافية (من النادر حدوث تثبيط الجنين إذا تم تجنب حدوث هبوط ضغط الدم عند الأم).
تعطى في البداية جرعة تجريبية للتأكد من الحصار الشوكي يلي ذلك جرعة أخرى لنفي الحقن الوريدي وإذا لم يحدث أي طنين، أو دوخة فيمكن إعطاء باقي الجرعة.

الاختلاطات: التخدير الشوكي التام غير المقصود مع الوهط القلبي الوعائي والتوقف التنفسي، الحقن الوريدي الذي يؤدي للاختلاجات والتثبيط بعد الاختلاج ومن الممكن توقف القلب.

□ التخدير فوق الجافية مع السماح بالحركة Walking epidural:

الهدف هو التسكين الفعال دون إحداث حصار حركي.

يعطى البوبيفاكائين ٠.١٢٥% إضافة لجرعة منخفضة من الفينتانيل Fentanyl.

□ الحصار الشوكي:

من أجل العملية القيصرية لابد من تخدير T₄-T₈.

حقن المخدر الموضعي في المسافة تحت العنكبوتية.

بداية سريعة.

تعرض الجنين لجرعة قليلة بسبب صغر الجرعة المطلوبة.

ليس مناسباً للمخاض بسبب الحصار الحركي الشديد.

لابد من الانتباه لهبوط ضغط الدم الشديد وإعطاء الأم قبل الحصار الشوكي ١٠٠٠ مل من السوائل الوريدية.

□ التخدير العام:

□ لا يستخدم للولادات المهبلية.

□ بدء التخدير المتتابع السريع لمنع الاستنشاق.

□ يجب إعطاء الأم الأوكسجين ١٠٠% قبل التخدير لأنها عرضة لنقص الأكسجة خلال التنبيب بسبب نقص الـ FRC وزيادة استهلاك الأوكسجين.

تعريف DEFINITION:

- هي فترة من التكيف بعد الحمل يتم فيها معاكسة التغيرات التشريحية والفيزيولوجية التي حدثت أثناء الحمل.
- فترة النفاس المباشرة: هي فترة الـ ٢٤ ساعة الأولى بعد الولادة.
- فترة النفاس الباكرة: الأسبوع الأول بعد الولادة.
- تدوم فترة النفاس بشكل تقليدي ٦ أسابيع.

الفحص بعد الولادة POST-DELIVERY EXAMINATION:

□ يجب الانتباه إلى B8:

الزرقة Blue (بعد الولادة).

التنفس Breathing (الصمة الرئوية، الخثار الوريدي العميق).

الثدي Breast.

البطن Belly.

الأمعاء Bowels.

المثانة Bladder.

النزف Bleeding.

الوليد Baby.

الثدي BREAST:

- هناك حدثان يحرضان إفراز الحليب:
- الهبوط المفاجئ في الهرمونات المشيمية (خاصة الأستروجين).
- المص الذي ينبه تحرر البرولاكتين والأوكسي توسين.
- يفرز اللبأ لمدة يومين تقريباً (يحوي البروتين والدم والمعادن و IgA و IgG).
- ويحل الحليب مكانه بعد ٣-٦ أيام (يحوي البروتين واللاكتوز والماء والدم).
- يجب تشجيع الإرضاع الوالدي.

الرحم UTERUS:

- ينقص وزن الرحم بسرعة بسبب عمليات التقويض.
- يفقد عنق الرحم مرونته ويستعيد صلابته.
- البدء بتنقيط الأوكسي توسين أو إعطاء الأوكسي توسين ١٠ وحدات عضلياً بعد المرحلة الثالثة من المخاض (أي بعد ولادة المشيمة والبعض يعطي الأوكسي توسين العضلي بعد ولادة الرأس).
- بصورة عامة يجب أن يتراجع الرحم حوالي ١ سم (عرض إصبع واحدة) تحت السرة في كل يوم خلال الـ ٤-٥ أيام الأولى.
- يتباطأ التراجع بعد ذلك ويصل الرحم إلى حالته قبل الحمل خلال ٤-٦ أسابيع بعد الولادة.

الهلاية (السائل النفاسي) LOCHIA :

- هي المفرزات المهبلية الطبيعية بعد الولادة.
- تراقب هذه المفرزات بحثاً عن علامات الخمج أو النزف.
- تنقص هذه الهلاية بشكل طبيعي ويتغير لونها من الأحمر (الهلاية الحمراء، بسبب وجود الكريات الحمراء) إلى الأصفر (الهلاية المصلية) إلى الأبيض (الهلاية البيضاء، الثر الأبيض) خلال ٣-٦ أسابيع.
- إن الهلاية كريهة الرائحة تقترح وجود التهاب بطانة الرحم.

الاختلاطات النفاسية PUERPERAL COMPLICATIONS

المشيمة المحتبسة RETAINED PLACENTA:

- هي عدم ولادة المشيمة بعد ٣٠ دقيقة.
- عوامل الخطورة: ارتكاز المشيمة المعيب، العملية القيصرية السابقة، التجريف بعد الحمل، إزالة المشيمة يدوياً سابقاً، خمج الرحم.
- تنفصل المشيمة لكن لا تخرج أو الانزراع (التعشيش) المشيمي غير الطبيعي.
- المشيمة الملتصقة Accreta: تكون المشيمة ملتصقة بالعضلة الرحمية.
- المشيمة المنغرس (المندخل) Increta: غزو الزغابات الكوربونية للطبقة العضلية الرحمية.
- المشيمة عميقة الانغراس (المخترق) Percreta: تخترق الزغابات الكوربونية سماكة العضلة الرحمية كاملة وقد تتجاوزها لتغزو بعض الأعضاء المجاورة كالمثانة.
- زيادة خطر الخمج أو النزف.
- التدبير:

- خط وريدي، الزمرة الدموية والتقصي.
- إجراء مناورة برانت Brant (الجر الثابت للحبل السري بيد واحدة مع تطبيق ضغط فوق العانة لإبقاء الرحم في مكانه).
- الأوكسي توسين ١٠ وحدة في ٢٠ مل نورمال سالين وتحقن ضمن الوريد السري.
- تخليص المشيمة اليدوي إذا فشلت المناورات السابقة.
- التوسيع والتجريف عند الضرورة.

انقلاب الرحم UTERINE INVERSION:

- انسداد الرحم عبر عنق الرحم ومروره من خلال مدخل المهبل.
- غالباً ما يكون سبب ذلك علاجي المنشأ (الجر الشديد للحبل السري).
- أشيع حدوثاً عند عديدة الولادات جداً (رخاوة الأربطة الرحمية).
- التدبير الإسعافي ضروري (قد يحتاج للتخدير العام في حالة الفشل).
- إعادة الرحم لمكانه دون نزع المشيمة.
- إزالة المشيمة يدوياً مع السحب ببطء.
- تسريب الأوكسي توسين وريدياً.
- إعادة استقصاء الرحم.

الحمى بعد الولادة POSTPARTUM PYREXIA:

تعريف:

□ هي أي ارتفاع في درجة الحرارة فوق ٣٨ درجة مئوية في أي يومين من الأيام العشرة الأولى من الولادة عدا اليوم الأول.

الأسباب:

□ الريح Wind:

انخفاض القصبات (خاصة بعد التخدير العام).
ذات الرئة.

□ البول Water (خمج السبيل البولي).

□ الجرح Wound (إيجابيات وسلبات الغرام، اللاهوائيات، الهوائيات).

مكان شق العملية القيصرية.

مكان وضع الفرج.

المعالجة التجريبية: الكليندامايسين + الجنتاميسين.

الوقاية من التهاب بطانة الرحم بعد العملية القيصرية.

البدء بالمضادات الحيوية مباشرة بعد لقط الحبل السري وتعطى ١-٣ جرعات فقط.

السيفازولين أكثر شيوعاً.

□ المشي Walking:

التهاب الوريد الخثري الحوضي (التشخيص بنفي باقي الأسباب).

التهاب الوريد الخثري العميق.

□ الثدي:

قد يؤدي احتقان الثدي إلى ارتفاع خفيف فيزيولوجي في درجة الحرارة خلال اليوم الأول.

التهاب الثدي (العنقوديات المذهبة هي أشيع الجراثيم).

□ التهاب بطانة الرحم:

إجراء زروعات الدم والزروعات التناسلية.

النزف بعد الولادة (PPH) POSTPARTUM HEMORRHAGE:

التعريف:

□ هو ضياع أكثر من ٥٠٠ مل من الدم بعد الولادة (تفقد معظم النساء على الأرجح أكثر من ٥٠٠ مل، وغالباً ما يكون ذلك غير مقدر بشكل جيد).

الأسباب (4Ts):

□ المقوية Tone: ونى الرحم (عطالة الرحم) Uterine atony (أشيع سبب لل PPH).

يحدث خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى.

المخاض (معرض، مديد).

الرحم (الخمج، التمدد الزائد).

المشيمة (الانفكاك الباكر، الارتكاز المعيب).

العوامل الوالدية (تعدد الولادات جداً).

التخدير بالهالوثان.

□ **النسيج: Tissue** (المشيمة المحتبسة) انظر سابقاً.

□ **الرض Trauma:** التهتكات (المهبل، عنق الرحم، الرحم)، بضع الفرج (الخرع)، الورم الدموي، تمزق

الرحم، انقلاب الرحم (انظر سابقاً).

□ **الثرومبين Thrombin:** الاعتلال التخثري.

معظم الحالات معروفة قبل الولادة (نقص الصفائح يزيد الخطر).

تشمل الأسباب الناعور، DIC، استخدام الأسبرين، نقص الصفائح المناعي ITP، TTP، داء فون

ويلبيراند (وهو الأشيع).

المحافظة على الثرومبين أعلى من ١٠٠٠ ملغ/مل، وتعداد الصفائح أعلى من ٥٠ ألف.

التدبير:

□ تحديد السبب، استدعاء المساعدة.

□ **التدبير الداعم:**

ABCs، السوائل، +/- نقل الدم، ± نقل باقي منتجات الدم.

□ **الفحص:**

إعادة فحص المريضة، التأكد من الولادة الكاملة للمشيمة، فحص الرحم بحثاً عن وني الرحم Atony

وإفراغ المثانة.

فحص عنق الرحم والمهبل بحثاً عن التهتكات.

رفع الرحم والتمسيد عبر بطن المريضة.

□ **الاستقصاءات:**

إجراء فائق الصوت الحوضي إذا كان مستطباً من أجل البحث عن السبب.

□ **التدبير الطبي:**

الأوكسي توسين (٥ وحدات دفشاً وريدياً ثم ٤٠ وحدة/ل من النورمال سالين تنقيطاً).

الميثيل إرغونافين ماليات (إرغوتامين، ٠.٢ ملغ فموياً أو ٠.٢٥ ملغ عضلياً) (يعطى للمريضات ذوات

الضغط الطبيعي فقط، ولا بد من استقصاء الرحم قبل إعطاء الإرغوتامين).

البروستاغلاندينات (PGF-2 ∞ داخل الرحم أو عضلياً).

الهيمابات Hemabate (البروستاغلاندين ٠.٢٥-١ ملغ داخل العضلة الرحمية كل ١٥ دقيقة).

دك الرحم (3-4 Uterine packing من لفافات Rolle كيرليكس Kerlex تربط معاً وتغمس في البيتادين Betadine وتزال خلال ١٢-٢٤ ساعة، أمر مثار خلاف).

□ التدبير الجراحي:

ابحث عن تهتكات الطريق التناسلي السفلي وقم بخياطتها.
إجراء التوسيع والتجريف (احذر من الكشط الشديد الذي قد يسبب متلازمة أشرمان).
ربط الشريان الرحمي أو الشريان المبيضي أو الشريان الشرسوفي.
الإصمام الشرياني.

استئصال الرحم (الخيار الأخير).

□ الاختلاطات: متلازمة شيهان (تنخر النخامية).

تبدلات المزاج بعد الولادة :

POSTPARTUM MOOD ALTERATIONS:

□ الكآبة بعد الولادة:

شائع جداً، تصاب ٨٥% من الأمهات الجديديات.
البداية بعد ٣-١٠ أيام من الولادة.
يعتبر امتداداً للتبدلات الهرمونية الطبيعية وتكيفاً مع الطفل الجديد.
محدد لذاته، لا يستمر أكثر من أسبوعين.

□ الاكتئاب بعد الولادة:

أعراض وعلامات الاكتئاب الكبير التي تحدث عند المرأة خلال ٦ شهور من الولادة.
نسبة الحدوث ١٠-٢٠%.
يشتبه به إذا استمرت الكآبة Blue أكثر من أسبوعين أو إذا كانت الأعراض في الأسبوعين الأوليين شديدة (مثلاً عدم الاهتمام أبداً بالطفل، أو التفكير بالانتحار أو بالقتل).
يعالج بمضادات الاكتئاب التي تكون ضرورية غالباً.
يتداخل مع الرابطة والعلاقة بين الأم والرضيع ولذلك قد يكون له تأثيرات طويلة الأمد.

□ الذهان Psychosis بعد الولادة:

نادر (٠.٢%).
يتظاهر على شكل نوبة ذهانية حادة أو قد يحدث في سياق الاكتئاب.

الأدوية التي تعتبر مضاد استطباب أثناء الحمل

DRUGS CONTRAINDICATED IN PREGNANCY

- معظم الأدوية تمر عبر المشيمة بدرجة معينة.
- يجب استخدام الأدوية بحذر أثناء الحمل والاقتصار على الدواء الضروري فقط.

المضادات الحيوية ANTIBIOTICS:

- أكثر المضادات الحيوية سلامة هي الأمبيسلين والسيفالوسبورينات.
- الإريثروميسين:

يسبب أذية كبدية عند الأم (التشمع الكبدي الحاد).
يستخدم فقط في حال وجود مضاد استطباب لاستخدام البنسلين.

□ التتراسيكلينات:

تلون أسنان الأطفال.

□ أدوية السلفا:

مضادة للفولات لذلك تسبب نظرياً مخاطر في الثلث الأول من الحمل.
خطر اليرقان النووي في الثلث الثالث.

□ الميترونيدازول:

مضاد استقلابي لهذا السبب يعتبر خطيراً نظرياً في الثلث الأول.

□ الكلورامفينكول:

متلازمة الرضيع الرمادي (وهط دوراني جنيني ناجم عن تراكم الدواء حيث لا يستطيع الجنين استقلاب الدواء).

الأدوية الأخرى OTHER DRUGS:

□ الكحول:

زيادة نسبة حدوث الإجهاض والإملاص والتشوهات الخلقية ومتلازمة الجنين الكحولي (تأخر النمو، إصابة الجهاز العصبي المركزي وتشوهات جبهة).

□ التدخين:

نقص وزن الولادة، ارتكاز المشيمة المعيب/الانفكالك الباكر، زيادة الإجهاضات العفوية، المخاض الباكر، الإملاص.

□ مضادات التخثر:

يمر الوارفارين عبر المشيمة أما الهيبارين فلا يمر.

متلازمة الوارفارين عند الجنين: نقص تنسج الأنف، ترقط المشاش، الضمور البصري، التخلف العقلي، النزف داخل القحف.

كذلك الإجهاضات العفوية، الإملاص، الخداج، فشل النمو داخل الرحم.

□ مثبطات الـ ACE.

□ مضادات الاختلاج:

تشوهات وجهية، فشل النمو داخل الرحم، التخلف العقلي الخفيف، عيوب الأنبوب العصبي، التشوهات الخلقية.

□ الليثيوم:

تشوه إيشتاين في القلب، الدراق، نقص صوديوم الدم.

□ الكوكائين:

صغر الرأس، تأخر النمو، الخداج، التخلف العقلي.

□ الداى إيتيل ستلبيسترو (DES)، والمركبات الأندروجينية أو الأستروجينية الأخرى.

الغداد (الداء الغدي) المهبل، الكارسينوما الغدية، تشوه الرحم عند البنات اللواتي تعرضن للـ DES في الرحم.

□ الريتينويدات (مثل الـ Accutane).

التمنيعات IMMUNIZATIONS:

□ يعتمد إعطاء التمنيعات على موازنة خطر الخمج مع خطر الاختلاطات الناجمة عن التمنيع.

□ التمنيعات الآمنة:

ذوفان الكزاز، الحمى التيفية (جراثيم مقتولة)، الدفتيريا، الإنفلونزا، التهاب الكبد B.

□ تجنب اللقاحات الحية ← خطر الخمج الجنيني وجمخ المشيمة (الشلل والنكاف).

□ مضادات الاستطباب:

(لقاح الحصبة الألمانية) – راجع الاختلاطات قبل الولادة.

الإرضاع الوالدي والأدوية BREASTFEEDING AND DRUGS:

□ الأدوية الآمنة:

البنسيلينات والأمينو غليكوزيدات والسيفالوسبورينات.

يعتقد حالياً أن استخدم مانعات الحمل الفموية (جرعة منخفضة) آمن.

□ تجنب استخدام الأدوية التالية:

الكلورامفينكول (تشبيط نقي العظم).

الميترونيدازول (تأثير مشوه في الزجاج).

السلفوناميدات (الانحلال الدموي في حالة عوز G6PD).

النيتروفورانتونين (الانحلال الدموي في حالة عوز G6PD).

التتراسيكلين (تلوين الأسنان والعظام).

الليثيوم.

أدوية الأورام ومثبطات المناعة.

الأدوية نفسية التأثير (نسيباً).

..... انتهى