100
حالة

في أمراض التوليد والنسائية

إعداد وترجمة:

أطباء دفعة كلية الطب البشري لعام ٢٠٢٤ م.

فهرس المحتويات:

- طب أمراض النساء العام . . . . . .
- أمراض النساء الإسعافية . . . . . .
- الحمل الباكر . . . . . .
- طب التوليد العام . . . . . .
- الرعاية بعد الولادة ومشاكل التوليد الإسعافية . . . . . .
- تنظيم الأسرة والصحة الجنسية . . . . . .

علم أمراض النساء العام

الحالة ١ : النزف بين فترات الحيض

القصة

حضرت امرأة تبلغ من العمر48 عاماً بقصة نزيف بين فترات الحيض منذ 2 شهر. من الممكن أن تظهر فترات النزيف في أي وقت من الدورة. عادة ما يكون الدم أحمراً طازجاً وأكثر سيولة من دورة الطمث الطبيعية. من الممكن أن يستمر لمدة 6-1 أيام. لا يوجد لديها ألم مرتبط بالنزف. كما أنها لا تعاني من هبات ساخنة أو تعرق ليلي. كانت نشطة جنسياً ولم تلاحظ جفاف بالمهبل.

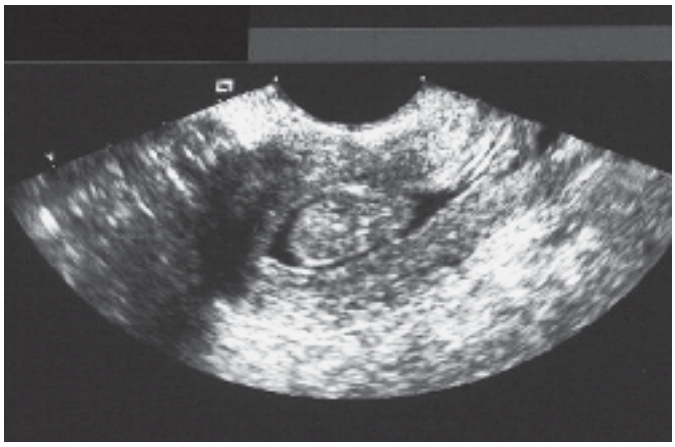
لديها ثلاثة أطفال وقد استخدمت حبوب البروجسترون فقط لمنع الحمل منذ ٥ سنوات.
فحص آخر لطاخة لها كان منذ 2 عام وكل اللطاخات كانت طبيعية. لا تتناول أية أدوية وليس لديها قصة طبية أخرى ذات صلة.

الفحص

لا يوجد شيء ملحوظ في البطن. يظهر فحص المنظار مظهر ضامر قليلاً للمهبل وعنق الرحم ولكن لا توجد آفات عنق رحم واضحة ولا حتى نزف حالي.
تبين عند الفحص اليدوي أن الرحم غير مؤلم وحجمه طبيعي، محوري ومتحرك.

الاستقصاءات

		Normal range
Hemoglobin	١٢,٧ g/dL	١١,٧–15.7g/dL
White cell counts	٤,٥ × 10^9/L	٣,٥–١١ × 10^9/L
Platelets	٤٠١ × 10^9/L	١٥٠–٤٤٠ × 10^9/L



يبدي فحص المهبل بالموجات فوق الصوتية. الشكل ١,١.

الأسئلة

- ما هو التشخيص والتشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك إجراء استقصاءات إضافية والتدبير لهذه المرأة؟

الإجابة 1

تم التشخيص بأنه بوليب بطانة الرحم، كما أظهرت صورة التصويرالصوتي المائي (الشكل١,١). يمكن أن يظهر عند النساء في أي عمر على الرغم من كونه أكثر شيوعاً عند النساء الأكبر سناً ويمكن أن يكون بلا أعراض أو يسبب نزيفاً غير منتظم أوسيلاناً للمفرزات. المسببات المرضية غير مؤكدة والغالبية العظمى حميدة. في هذه الحالة المحددة تم استبعاد جميع التشاخيص التفريقية بشكل فعلي عن طريق القصة والفحص.

! التشخيص التفريقي للنزيف بين فترات الحيض

- خباثة عنق الرحم
- شتر عنق الرحم
- بوليبات باطن عنق الرحم
- التهاب المهبل الضموري
- الحمل
- النزيف غير المنتظم المرتبط بحبوب منع الحمل

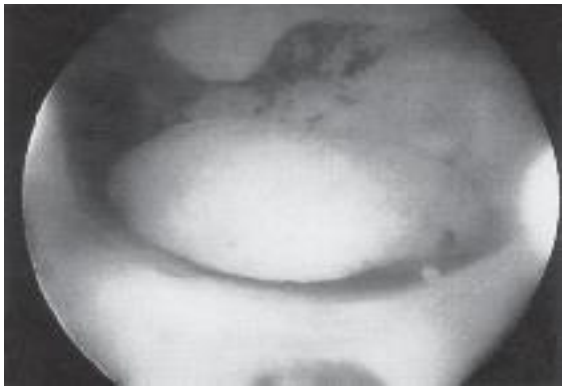
التدبير

يجب فحص أي امرأة إذا حدث لديها نزيف بين فترات الدورة الشهرية. في النساء فوق سن ٤٠ عاماً، يجب أن يستبعد التشريح المرضي الخطير، بصورة خاصة سرطان بطانة الرحم؛ يحتاج البوليب للإزالة لسببين:

١ للقضاء على سبب النزف

٢ للحصول على تقرير نسيجي للتأكد من عدم وجود خباثة

التدبير يتضمن العيادات الخارجية أو تنظير الرحم لحالة اليوم، واستئصال البوليب تحت الرؤية المباشرة باستخدام حلقة الإنفاذ الحراري أو تقنية الاستئصال الأخرى (الشكل١,٢). هذا يسمح بتأكيد استئصال البوليب بشكل كامل كما يسمح أيضاً بالفحص الكامل لبقية التجويف للاستقصاء عن أي آفات أخرى أومناطق مشبوهة. في بعض الأماكن، حيث لا تتوفر وسائل تنظير الرحم، يمكن إجراء التوسيع والتجريف من خلال التمزيق الأعمى للبوليب بواسطة ملقط البوليب. كان هذا الإجراء المعياري في الماضي ولكنه ليس المعيار الذهبي الآن للأسباب المشروحة.



الشكل ١.2 مظهر تنظير الرحم لبوليب بطانة الرحم قبل الاستئصال. شاهد اللوحة رقم١ ملونة.

I

النقاط المفتاحية

- يجب فحص أي امرأة فوق سن 40 عاماً إذا حدث عندها نزف بين فترات الحيض، لاستبعاد التشريح المرضي الخطير، بصورة خاصة كارسينوما بطانة الرحم.
- التنظير والتوسيع والتجريف نادراً ما يوصى باستعمالها للنساء تحت سن 40عاماً.

الحالة 2: العقم

القصة

قدمت امرأة تبلغ ٣١ عاماً كانت تحاول الإنجاب منذ 3 سنوات تقريباً بدون نجاح. آخر دورة بدأت منذ 7 أشهر وكانت تمر بدورات متقطعة منذ حوالي 5 سنوات. تنزف لمدة ٢_٧ أيام وتحدث الدورة بفاصل زمني ٢_٩ أشهر. لم يكن لديها عسرة طمث ولكن أحياناً يكون النزف غزيراً.

لقد حملت لمرة واحدة قبل سن ١٩ عاماً وقد تم إنهاء الحمل.
كما خضعت لتنظير البطن منذ عدة سنوات بسبب الألم الحوضي، والذي أظهر حوضاً طبيعياً.

مسحات عنق الرحم دائماً تكون طبيعية ولا يوجد قصة عدوى منقولة جنسياً.

قد تم تشخيصها بمتلازمة الأمعاء الهيوجة عندما كانت بعمر ٢٥ عاماً، بعد استقصاء شامل لأمراض الأمعاء الأخرى. تستخدم حالياً الميتوكلوبراميد لزيادة حركية الأمعاء، ومضادات التشنج.

شريكها يتمتع باللياقة والصحة الجيدة، ولديه طفلان من علاقة سابقة. لا يشرب أي من الكحول أو التدخين.

الاستقصاءات		
		Normal
Follicle-stimulating hormone	٣,١ IU/L	Day 2–5 ١١–١ IU/L
Luteinizing hormone	٢,٩ IU/L	Day 2–5 ١٤,٥–٠,٥ IU/L
Day 21 progesterone	12 nmol/L	
Prolactin	1274 mu/L	٩٠–520 mu/L
Testosterone	١,٤ nmol/L	٣,١–٠,٨ nmol/L
Thyroid-stimulating hormone	٤,١ mu/L	٠,٥–7 mu/L
Free thyroxine	17 pmol/L	١١–23 pmol/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص وما أسبابه؟
- كيف يمكنك إجراء استقصاءات إضافية والتدبير لهذين الزوجين؟

الإجابة ٢

العقم ثانوي لانقطاع الإباضة كما هو مبين من خلال بروجسترون اليوم ٢١ (<٣٠ نانو مول/ل تشير إلى حدوث الإباضة). التستوستيرون وموجهة الأقناد التناسلية الطبيعيان وارتفاع البرولاكتين يشير لحالة مماثلة من عدم الإباضة هي فرط برولاكتين الدم. يمكن أن يكون فرط برولاكتين الدم فيزيولوجياً في الرضاعة، الحمل والشدة. الأسباب الأكثر شيوعاً لفرط برولاكتين الدم المرضي هي الأورام وفرط الإفراز مجهول السبب، لكن من الممكن أيضاً أن يحدث بسبب الأدوية، قصور الدرق، إفراز البرولاكتين الهاجر أو القصور الكلوي المزمن. في هذه الحالة الميتوكلوبراميد هو السبب، لأنه مضاد دوباميني (يعمل الدوبامين عادة عن طريق الوطاء مسبباً تثبيط إفراز الدوبامين، وإذا انقطع هذا، يتم إفراز البرولاكتين بشكل مفرط). ثر الحليب ليس عرضاً شائعاً لفرط برولاكتين الدم، تحدث في أقل من نصف النساء المصابات.

الأدوية المرتبطة بفرط برولاكتين الدم (بسبب التأثيرات المضادة للبرولاكتين)

- ميتوكلوبراميد
- الفينوثيازينات (مثل كلوربرومازين، بروكلوربيرازين، ثيوريدازين)
- ريزيربين
- ميثيل دوبا
- أومبيرازول، رانتيدين، بندروفلوزيد (ارتباط نادر)

يجب أن يتم إيقاف الميتوكلوبراميد وتراجع السيدة بعد ٤_٦ أسابيع للتأكد من عودة الدورة الشهرية وإعادة مستوى البرولاكتين للطبيعي. إذا لم يحدث هذا، يتم إجراء مزيد من الاستقصاءات المطلوبة لاستثناء الأسباب الأخرى للبرولاكتينيميا مثل ورم غدي نخامي صغيراً أو كبيراً. سيكون من المناسب إعادة مستوى بروجسترون اليوم ٢١ لتأكيد الدورات الإباضية. يجب فحص مناعة السيدة ضد الحصبة الألمانية ويجب نصحها بأن تأخذ الفوليك أسيد حتى ١٢ أسبوع قبل التخطيط للحمل.

إذا فشلت المرأة في الحمل فيجب التخطيط لإجراء فحص كامل للخصوبة من خلال تحليل السائل المنوي واختبار نفوذية المبيض.

النقاط المفتاحية

- ينبغي الحصول على القصة الدوائية كاملة لدى المرأة المصابة بانقطاع الطمث أو العقم.
- يظهر ثر الحليب فى أقل من نصف النساء المصابات بفرط برولاكتين الدم.
- مستوى هرمون البروجسترون في اليوم ٢١ فوق ٣٠ نانومول/ل يشير إلى وجود الإباضة.

الحالة ٣: انقطاع الطمث

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٢ عاماً تشكو من انقطاع الدورة الشهرية منذ ٣ أشهر. حيث كانت ٤ اختبارات حمل منزلية جميعها سلبية. بدأت دورتها الشهرية بعمر ١٥ سنة وحتى سن ٣٠ عاماً كانت دورتها طبيعية مدتها ٢٧ يوماً. لديها ابنة وحيدة ولادتها طبيعية منذ عامين، متبوعة بفترة رضاعة لمدة ٦ أشهر. بعد ذلك عادت الدورة الشهرية مجدداً بشكل طبيعي لعدة أشهر ثم توقفت الدورة فجأة.

كانت تستخدم حبوب منع الحمل الحاوية على هرمون البروجسترون فقط أثناء الرضاعة الطبيعية وتوقفت عن تناولها منذ ٦ أشهر رغبة منها في طفل أخر. شكت من أعراض الجفاف أثناء الجماع ونوبات من التعرق الليلي بالإضافة إلى نوبات من الحرارة الشديدة في أي وقت من اليوم. لا يوجد لديها أمراض نسائية ذات صلة. التاريخ الطبي الوحيد الملاحظ أنها كانت تعاني من قصور الغدة الدرقية منذ ١٠ سنوات وتعالج بالتيروكسين ١٠٠ ميكروغرام يومياً. لاتتناول أي من الكحول، التدخين أو أدوية للمتعة.

الفحص

موجودات الفحص غير ملحوظة.

الاستقصاءات

		Normal range
Haemoglobin	١٢,٢ g/dL	١٥,٧–١١,٧ g/dL
White cell counts	٥,١ L/$١٠^{٩}$ ×	١١–٣,٥ L/$١٠^{٩}$ ×
Platelets	٢٠٣ L/$١٠^{٩}$ ×	٤٤٠–١٥٠ $١٠^{٩}$×
TSH	٣,٦ mu/L	٧–٠,٥ mu/L
Free thyroxine	28 pmol/L	٢٣–١١ pmol/L
FSH	45 IU/L	Day 2–5 ١–١ IU/L
Luteinizing hormone	30 IU/L	Day 2–5 ١٤,٥–٠,٥ IU/L
Prolactin	401 mu/L	٩٠– 520 mu/L
Oestradiol	87 pmol/L	Day 2–5 ٧٠– 510 pmol/L
Testosterone	٢,٣nmol/L	٣,١–٠,٨ nmol/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ينبغي إجراؤها؟
- ما هي النقاط الهامة في تدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٣

تعاني هذه المرأة من أعراض انقطاع الطمث بالإضافة إلى أعراض نقص هرمون الإستروجين وأعراض محركة وعائية وجفاف المهبل. تم التشخيص على أنه انقطاع طمث مبكر، وهو ما يؤكده المستويات العالية جداً من موجهات الأقناد. تحدث المستويات العالية لأن المبيض يقاوم تأثيرات موجهات القند، كما أن التلقيم الراجع السلبي على الوطاء والغدة النخامية يسبب زيادة في الإفراز محاولاً تنشيط المبيض. متلازمة شيهان (نخر الغدة النخامية بعد نزيف ما بعد الولادة) يمكن أن تسبب أيضاً انقطاع الطمث ولكن يمكن أن تثبط الرضاعة الطبيعية وكل فترات الحيض منذ الولادة.
يحدث انقطاع الطمث الباكر (قبل سن ٤٠ عام) في ١ بالمائة من النساء وله عواقب جسدية ونفسية كبيرة. قد يكون مجهول السبب ولكن هناك ميل عائلي يعتبر شائعاً. في بعض الحالات يمكن أن يكون من أمراض المناعة الذاتية (مرتبط بقصور الغدة الدرقية في هذه الحالة). يمكن أن يرتبط باضطرابات الصبغي x.

! تأثيرات انقطاع الطمث الباكر

- تأثيرات نقص هرمون الإستروجين:
  - جفاف المهبل
  - أعراض محركة وعائية (هبات ساخنة، تعرق ليلي)
  - هشاشة العظام
  - زيادة الخطر القلبي الوعائي
- آثار نفسية واجتماعية:
  - العقم
  - الشعور بعدم الكفاءة كامرأة
  - الشعور بالشيخوخة المبكرة والحاجة إلى تناول العلاج الهرموني المعيض
  - التأثير على العلاقات

استقصاءات إضافية

إعادة مستوى موجهات الأفناد لتأكيد النتيجة واستبعاد زيادتها في منتصف الدورة الشهرية أو تبدلها. يعد المسح الضوئي للعظام ضرورياً لكثافة العظام الأساسية وللمساعدة في مراقبة تأثيرات تعويض الهرمونات. يحدد تحليل الصبغيات الحالات النادرة لانقطاع الطمث المبكر بسبب متلازمة x الهشة أو فسيفساء متلازمة تيرنر.

التدبير

يمكن الوقاية من هشاشة العظام عن طريق تعويض هرمون الإستروجين، مع حماية الرحم من هرمون البروجسترون. تعد مستحضرات العلاج التعويضي بالهرمونات التقليدية أو حبوب منع الحمل المركبة فعالة، حيث تجعل هذه الأخيرة المرأة تشعر بأنها "طبيعية" أكثر، مع نزيف سحب شهري ومعالجة "لفئة الشابات".

خياراتها التبني، قبول عدم الإنجاب، والتخصيب المساعد خارج الرحم بالبويضات المتبرع بها. في بعض الأحيان يكون انقطاع الطمث الباكر حالة متقلبة (متلازمة المبيض المقاوم) حيث قد تعمل المبايض بشكل متقطع. ولذلك ينبغي استخدام وسائل منع الحمل في حال عدم الرغبة في الحمل.

تعتبر المنظمات الداعمة للمرضى مصدراً جيداً للنساء اللاتي يعانين من مثل هذه الحالة غير المتوقعة والموصمة.

النقاط المفتاحية

- يحدث انقطاع الطمث الباكر (<٤٠ سنة) في١ بالمائة من النساء.
- يعد تعويض الإستروجين ضرورياً لحماية العظام والجملة القلبية الوعائية.
- من الممكن الحمل بواسطة التخصيب المساعد خارج الرحم باستخدام البويضات المتبرع بها.

الحالة ٤: العقم

القصة

قدمت امرأة تبلغ من العمر ٢٩ عامًا وشريكها إلى العيادة الخارجية لأمراض النساء بشكاية عقم أولي. لقد توقفوا عن استخدام الواقي الذكري منذ عامين ومارسوا الجماع بانتظام منذ ذلك الحين.
ليس لدى الشريك تاريخ طبي سابق جدير بالملاحظة. يشرب ما يقارب ٨ وحدات من الكحول في الأسبوع وغير مدخن.
يعمل مديراً في أحد الفنادق.

أيضاً ليس لديها تاريخ طبي نوعي سابق باستثناء استئصال الزائدة الدودية بعمر ١٢ عامًا. تحدث دورتها الشهرية كل ٣١-٤٦ يومًا ويمكن أن تكون غزيرة في بعض الأحيان ولكنها ليست مؤلمة. لا يوجد نزيف بين الدورات الشهرية أو بعد الجماع. لقد كانت مسحاتها طبيعية دائمًا ولم تصب أبدًا بأي عدوى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. لا تتناول أي أدوية، وتشرب ما يقارب ٦ وحدات من الكحول أسبوعيًا ولا تدخن.

الفحص

عند الفحص مؤشر كتلة الجسم ٢٩ كغ/م^2. لديها حب شباب خفيف على وجهها وصدرها.

لا توجد ندوب في البطن والبطن غير مؤلم ولا توجد كتل واضحة.
الفحص اليدوي والمنظار كانا طبيعيين.

الاستقصاءات

		Normal
Day 3 luteinizing hormone (LH)	٦,٢ IU/L	Day 2–5 ٠,٥–١٤,٥ IU/L
Day 3 follicle-stimulating hormone	٣,١ IU/L	Day 2–5 ١–١١ IU/L
Testosterone	٤,١ nmol/L	٠,٨–٣,١ nmol/L
Day 21 progesterone	15 nmol/L	

يعرض المسح بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ١,٤.

الشكل ١,٤ المسح بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك طلب استقصاءات إضافية وتدبير هذه المريضة؟

الإجابة ٤

تم التشخيص بأنه عقم لا إباضي بسبب متلازمة المبيض المتعدد الكيسات. يظهر غياب الإباضة عندما يكون البروجسترون أقل من ٣٠ نانومول/ل، حيث تم اقتراح متلازمة المبيض متعدد الكيسات من خلال العديد من الميزات بما في ذلك زيادة مؤشر كتلة الجسم، حب الشباب، قلة الطمث، مبايض عديدة الكيسات عند الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل، زيادة مستويات الأندروجين وزيادة الهرمون اللوتيني.

"المبيض متعدد الكيسات" (وصف شكلي للمبايض المتضخمة مع زيادة عدد الجريبات واللحمة الكثيفة) موجود فيما يصل إلى ٢٥ بالمائة من النساء الطبيعيات. يتم تشخيص متلازمة المبيض عديد الكيسات عند أي تشارك بين السمات السريرية والكيميائية الحيوية والموجات فوق الصوتية المميزة.

متلازمة المبيض متعدد الكيسات هي واحدة من الأسباب الأكثر شيوعا للعقم. ومع ذلك، فإن ما يصل إلى ٣٠٪ من الأزواج الذين يعانون من ضعف الخصوبة لديهم سبب متعدد العوامل لمشكلتهم. لذلك فإن الاستقصاء الكامل لكلا الشريكين أمر ضروري قبل علاج متلازمة المبيض متعدد الكيسات. يتضمن ذلك:

- تحليل السائل المنوي
- اختبار نفوذية البوق (تصوير الرحم والبوق عادة ما يكون كافياً)
- تنظير البطن واختبار الصبغة إذا كان التاريخ المرضي يشير إلى الداء الحوضي الالتهابي أو الالتصاقات أو الانتباذ البطاني الرحمي.

من الضروري أيضًا إجراء اختبار للحصبة الألمانية، وكذلك التوصية بتناول حمض الفوليك إذا لم يتم تناوله مسبقاً. وتشمل النصائح العامة الأخرى التقليل من تناول الكحول، وتجنب التدخين، وضمان الجماع المنتظم (يفضل ٢-٣ مرات في الأسبوع). يجب على المرأة أن تهدف إلى تقليل الوزن لأن هذا عادة ما يحفز الإباضة لدى النساء ذوات مؤشر كتلة الجسم المرتفع المصابات بمتلازمة المبيض متعدد الكيسات.

علاج غياب الإباضة

سترات كلوميفين هو العلاج الرئيسي لتحريض الإباضة. ينبغي إعطاء المرأة ٥٠ ملغ تتناولها في اليوم ٢-٦ من الدورة الشهرية، مع فحص هرمون البروجسترون في اليوم ٢١ للتأكد من الإباضة. في حال حدوث الإباضة، يستمر تناول دواء كلوميفين لمدة تصل إلى ست دورات ما لم يحدث الحمل. إذا لم يتم التأكد من حدوث الإباضة يتم زيادة الجرعة إلى ١٠٠ ملغ. لا ينصح بتناول دواء كلوميفين لمدة تزيد عن ٦ أشهر، وذلك بسبب زيادة خطر الإصابة بسرطان المبيض نظرياً. إذا فشل دواء كلوميفين، فيجب أخذ عوامل تحريض الإباضة إضافية والإخصاب المساعد خارج الرحم بعين الاعتبار.

النقاط المفتاحية

- الدورات الشهرية غير المنتظمة عادة ما تكون بسبب متلازمة المبيض متعدد الكيسات.
- يتم تشخيص المتلازمة بناء على مجموعة من المظاهر السريرية والكيميائية الحيوية والموجات فوق الصوتية.
- العديد من حالات ضعف الخصوبة تكون متعددة العوامل أو تشمل كلا الشريكين، لذا من المهم الفحص الكامل لكليهما قبل العلاج.

الحالة ٥: العقم

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٧ عامًا تمت مشاهدتها في العيادة بسبب العقم. كان لديها ٣ حمول ولادة حية ١ رزقت بواسطتها على ابنة قبل ١٣ عامًا وأجهضت بعد عامين لاحقين. انفصلت عن زوجها السابق وتزوجت مجدداً مرة أخرى وتحرص على الحمل، خاصة أن شريكها الجديد ليس لديه أطفال.

بدأت دورتها الشهرية الأخيرة منذ ٤٥ يوماً. تقول إن دورتها الشهرية تكون منتظمة في بعض الأحيان، ولكن في أحيان أخرى تغيب عنها لمدة تصل إلى ٣ أشهر. يكون النزيف معتدلاً ويستمر لمدة تصل إلى ٤ أيام . ليس هناك تاريخ ألم حوضي أو عسر الجماع، ولا يوجد نزيف أو إفرازات غير منتظمة. تتناول الكحول بالحد الأدنى ولا تدخن أو تتعاطى أدوية أخرى . لا يوجد تاريخ طبي ملحوظ ولا تتناول أية أدوية بانتظام.
يبلغ شريكها من العمر ٣٤ عاماً كما أنه رشيق ويتمتع بصحة جيدة دون تاريخ مرضي نوعي لاعتلال الصحة أو تناول الأدوية.

الفحص

لا توجد أي مظاهر غير طبيعية عند فحص كلا الشريكين.

الاستقصاءات (أثناء الدورة الشهرية التالية)

		Normal
Day 3 follicle-stimulating hormone (FSH)	١١,١ IU/L	Day 2–5 ١–١١ IU/L
Day 3 luteinizing hormone	٦,٨ IU/L	Day 2–5 ٠,٥–١٤,٥ IU/L
Prolactin	305 mu/L	٩٠–520 mu/L
Testosterone	١,٣ nmol/L	٠,٨–٣,١ nmol/L
Day 21 progesterone	23 nmol/L	

تقرير السائل المنوي: طبيعي الحجم، العدد، طبيعي الشكل والحركة.

تقرير تصوير الرحم والبوق: تجويف الرحم ذو شكل طبيعي ومحاطة بعضلات ملساء منتظمة. كما تم رؤية مادة التباين تملأ كلا قناتي الرحم بشكل متناظر وتم تأكيد التدفق الحر للصبغة بشكل ثنائي الجانب.

تقرير التصوير بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل: تبين وجود رحم منقلب للأمام بدون تشوهات خلقية، الياف رحمية، أو بوليبات مرئية. يتمتع كلا المبيضين ببنية، حجم وحركة طبيعية. عدم ملاحظة جريبات.

الأسئلة

- ما هو سبب العقم؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية وخيارات المعالجة؟

الإجابة ٥

في غالب الأحيان تغيب الإباضة عند النساء اللاتي يعانين من عدم انتظام الدورة الشهرية. تم تأكيد غياب الإباضة في هذه الحالة من خلال انخفاض مستوى هرمون البروجسترون في اليوم ٢١. السبب الأكثر شيوعاً لغياب الإباضة متلازمة المبيض عديد الكيسات، ولكن في هذه الحالة يظهر المبيضان شكلاً طبيعياً ومستويات اندروجين طبيعية.

الشذوذ الملحوظ هو ارتفاع مستوى هرمون FSH وحقيقة عدم ظهور جريبات في الفحص بالموجات فوق الصوتية. يشير هذا إلى أن سبب غياب الإباضة الفشل الباكر لوظيفة المبيض. المرأة ليست في سن الضهي لأن الدورة الشهرية لا تزال لديها بالرغم من عدم انتظامها، كما أن هرمون FSH مرتفع بشكل طفيف فقط. ومع ذلك، فمن المعلوم أن مستويات هرمون FSH التي تزيد عن ١٠ وحدة دولية/لتر ترتبط بتوقع ضعيف للحمل باستخدام بويضات المرأة نفسها.

استقصاءات إضافية.

يجب إعادة تحليلFSH ، لأنه من الممكن أن تكون هذه نتيجة فردية أوعينة في توقيت سيئ، وبالتالي هناك حاجة إلى التأكد قبل الاستمرار في العلاج.

التدبير

نظرًا لوجود مثل هذا التوقع الضعيف للحمل سواء بشكل طبيعي أو من خلال التخصيب في المختبر باستخدام بويضات المرأة نفسها، فيجب تقديم المشورة لها بشأن الحمل المساعد باستخدام بويضات متبرع بها. يتم تخصيب البويضات المتبرع بها بالحيوانات المنوية للشريك

ومن ثم زرعها في الرحم. تحتاج المرأة إلى دعم مناسب في الطور اللوتيني، والأكثر شيوعاً تحاميل البروجسترون.

مواضيع استشارية للزوجين

- نفسية:
  - قد تشعر المرأة أن مبايضها "هرمت" قبل الأوان وقد يكون لذلك تأثير على تقديرها لذاتها وحياتها الجنسية.
  - إن الضغط المرتبط بالحمل المساعد لا يستهان به ويجد العديد من الأزواج أنه بحد ذاته يثقل علاقتهم بشكل كبير.
- التمويل: قد لا يتوفر التمويل العام لأن المرأة لديها مسبقاً طفلاً واحداً.
- اعتبارات الخيارات البديلة: التبني، تأجير الأرحام، وقبول عدم الإنجاب ينبغي أن يتم التحري عنها من قبل الزوجين.

النقاط المفتاحية

- يرتبط مستوى FSH الذي يزيد عن ١٠ وحدة دولية/ل باحتمال ضعيف للخصوبة.
- يجب تشجيع الأزواج الذين يعانون من العقم على استكشاف كافة الخيارات، بما في ذلك قبول عدم الإنجاب والتبني بالإضافة إلى تقنيات الإخصاب المساعدة.

الحالة ٦: ضيق التنفس وألم بطني

القصة

قدمت امرأة تبلغ من العمر ٧٢ عامًا تعاني من ضيق في التنفس. بعد المزيد من الأسئلة، قالت إنها لم تكن على ما يرام منذ ٨ أسابيع تقريبًا. لقد كانت تنخفض شهيتها وتشعر بالغثيان عندما تأكل. كما أنها فقدت وزنها ولكن تشعر أن بطنها متورم. تعاني من آلام شديدة في البطن وإمساك، وهو أمر غير معتاد بالنسبة لها. لا توجد عندها أعراض بولية.

لقد كانت دائمًا بصحة جيدة ولم تدخل المشفى سابقًا. هي أرملة وليس لديها أطفال. توقفت دورتها الشهرية عند سن ٥٢ ولم يحصل عندها نزيف بعد انقطاع الطمث. ولم تتناول أبداً علاج هرموني معيض.

الفحص

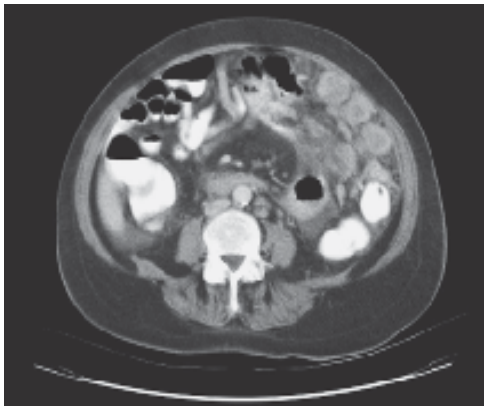
تبدو شاحبة ولاهثة عند التحدث. تمدد الصدر بالجانب الأيمن متناقصاً، مع أصمية بالقرع وانخفاض دخول الهواء في القاعدة اليمنى. البطن متمدد بشكل معمم مع أصمية متنقلة. هناك كتلة ناشئة من الحوض. يبدو الفحص بالمنظار طبيعياً، لكن عند الجس باليدين توجد كتلة ثابتة بالحفرة الحرقفية اليسرى يبلغ قطرها حوالي ١٠ سم.

الاستقصاءات

		الطبيعي
Haemoglobin	٩,٢ g/dL	١١,٧–١٥,٧ g/dL
Mean cell volume	82 fL	٨٠–99 fL
White cell count	٤,١ $L/10^9$ ×	٣,٥–١١ $L/10^9$ ×
Platelets	١٩٧ $L/10^9$ ×	١٥٠–٤٤٠ $L/10^9$ ×
Sodium	135 mmol/L	١٣٥–145 mmol/L
Potassium	٤,٠ mmol/L	٣,٥–5 mmol/L
Urea	٥,١ mmol/L	٢,٥–٦,٧ mmol/L
Creatinine	٨٩ µmol/L	٧٠–١٢٠ µmol/L
Alanine transaminase	18 IU/L	٥–35 IU/L
Aspartate transaminase	17 IU/L	٥–35 IU/L
Alkaline phosphatase	78 IU/L	٣٠–300 IU/L
Bilirubin	١٢ µmol/L	٣–١٧ µmol/L
Albumin	30 g/L	٣٥–50 g/L
CA-125	118 ku/L	<30 ku/L

عرضت صورة الصدر الشعاعية البسيطة والطبقي المحوري للبطن في الشكل ١,٦ والشكل ٢,٦ على التوالي.

الشكل ٦,١ صورة الصدر الشعاعية البسيطة.



الشكل ٦,٢ الطبقي المحوري الماسح للبطن.

الأسئلة:

- ما هو التشخيص الأرجح؟
- كيف يمكن طلب استقصاءات إضافية لهذه المرأة؟
- كيف يمكن تدبير المريضة إذا تم تأكيد التشخيص؟

الإجابة ٦

القصة والفحص يشيران إلى وجود حبن وانصباب جنبي أيمن. يقترح وجود كتلة في الحوض أن هذا بسبب مشكلة في الأمعاء أو المبيض. تؤكد صورة الصدر الشعاعية البسيطة الانصباب، وتعرض صورة الطبقي المحوري ورم في الجانب الأيسر من الحوض وحبن. هناك أيضاً مناطق صلبة في جدار البطن الأمامي تمثل ارتشاح ثربي بواسطة الورم.

CA-125 علامة غير نوعية لسرطان المبيض. اذلك من المرجح أن يكون التشخيص الأمثل سرطان المبيض الذي يتظاهر في معظم الأحوال بأعراض جهازية عندما يكون المرض النقائلي قد تجلى بالفعل.

تأكيد التشخيص والتدبير

المثل الجراحي "لا تشخيص بدون تشخيص جراحي" تعني أن النسيج يحتاج الوصول إليه ليتأكد التشخيص. عملية فتح البطن يجب أن تحقق ثلاثة امور:

١ الحصول على النسيج للتشخيص
٢ تحديد مرحلة المرض وفقاً لامتداد تورط النسيج
٣ الإزالة الأولية لإجراء استئصال الرحم البطني كاملاً واستئصال المبيض والبوق ثنائي الجانب ولتقليل كل ترسبات الأورام البطنية بحجم أقل من ٢ سم. هذا يسمح بتأثير أفضل للعلاج الكيميائي بعد الجراحة عادة ما يكون تجريف العقد اللمفية واستئصال الثرب جزءاً من الإجراء.

تحتاج هذه المرأة أيضاً قبل أي علاج إلى تصريف انصبابها الجنبي لتخفيف الأعراض وتحسين التخدير.

يعتبر إنذار سرطان المبيض سيئاً، حيث يظهر عند معظم النساء في المرحلة ٣ أو ٤.

النقاط المفتاحية

- CA-125 علامة غير نوعية لسرطان المبيض.
- يظهر سرطان المبيض في معظم الأحيان متأخراً(المرحلة٣/٤) وإنذاره سيئاً
- يتم تحديد المرحلة والعلاج الأولي بواسطة فتح البطن، استئصال الرحم الكلي عبر البطن، استئصال المبيض والبوق ثنائي الجانب والتفريغ.
- العلاج الكيميائي غالباً ما يكون علاجاً مساعداً فعالاً.

الحالة ٧: تورم البطن

القصة

لاحظت امرأة إفريقية كاريبية تبلغ من العمر ٣٦ عاماً تورماً في البطن منذ ١٠ أشهر. توجب عليها أن ترتدي ملابساً بقياس أكبر وقد سألها الناس عما إذا كانت حاملاً، وهو ما أحزنها لأنها كانت تحاول أن تحمل. لا تعاني من ألم بطني وعادات التغوط لديها طبيعية. تشعر بالغثيان عندما تأكل كميات كبيرة. لديها تكرار تبول ولكن بدون عسرة تبول أو بيلة دموية.

دورتها منتظمة كل ٢٧ يوم ودائماً ما تكون غزيرة، مع خثرات وإغراق باليوم الثاني والثالث. لم تتلق أي علاج لغزارة دورتها الشهرية.

لقد كانت مع شريكها منذ ٧ سنوات وعلى الرغم من عدم استخدام موانع الحمل إلا أنها لم تحمل أبداً.

الفحص

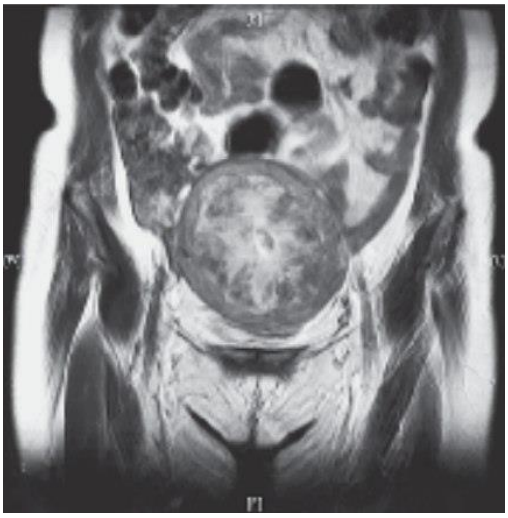
المرأة لديها بطن متضخمة جداً. كتلة صلبة ملساء مجسوسة ممتدة من الارتفاق العاني حتى منتصف المسافة بين السرة والناتئ الرهابي للقص (مكافئ لحجم الحمل الذي يبلغ ٣٢ أسبوعاً) ليست طرية ومتحركة. إنها غير متموجة ومن غير الممكن أن تجس أسفل الكتلة. لم نتمكن من رؤية عنق الرحم بالفحص بالمنظار. أظهر الفحص باليدين كتلة صلبة غير طرية تشغل الحوض.

الاستقصاءات

		الطبيعي
Haemoglobin	٦,٣ g/dL	١١,٧–١٥,٧ g/dL
Mean cell volume	68 fL	٨٠–99 fL
White cell count	٤,٩ × 10^9 L	٣,٥–١١ × 10^9 L
Platelets	٢٦٧ × 10^9 L	١٥٠–٤٤٠ × 10^9 L

تظهر صور الرنين المغناطيسي للبطن والحوض في الشكلين ١,٧ و ٢,٧.

الشكل ١,٧ الرنين المغناطيسي للبطن والحوض.



الشكل ٢,٧ الرنين المغناطيسي للبطن والحوض

الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكن طلب استقصاءات إضافية وتدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٧

تعاني المرأة من ورم ليفي رحمي كبير (ورم عضلي أملس). وهذا يسبب غزارة الطمث وبالتالي فقر الدم صغير الكريات بعوز الحديد. ومن المحتمل أيضاً أن يكون الورم الليفي هو السبب وراء تاريخ العقم لديها، على الرغم من أنه يتطلب استقصاء كمشكلة مستقلة.

الأورام الليفية هي أورام حميدة في العضلة الرحمية التي قد تكون خارجية (تحت مصلية) كما في هذه الحالة. وغير ذلك قد تكون داخل الجدار أو تحت المخاطية (تبرز في التجويف البطاني الرحمي).

المظاهر النموذجية للأورام الليفية

- غزارة الطمث
- كتلة بطنية
- تأثير الضغط الناتج عن الضغط على المثانة، أو المعدة، أو الأمعاء.
- العقم

الأورام الليفية غير مؤلمة بالحالة النموذجية إلا إذا تعرضت للانحلال، عادة في الحمل.

تميل النساء الإفريقيات الكاريبيات إلى الإصابة بالأورام الليفية بشكل أكثر شيوعاً من المجموعات العرقية الأخرى.

استقصاءات إضافية

يجب فحص مستويات الفيريتين والفولات للتأكد من حالة نقص الحديد. ومن المستحسن أيضاً إجراء اختبارات وظائف الكلى والموجات فوق الصوتية للجهاز البولي، حيث أنه من الممكن ان تسبب الأورام الليفية الكبيرة جداً انسداد حالبي واستسقاء كلوي، الأمر الذي قد يحتاج لعلاج اضطراري.

التدبير

يجب أن تعالج المرأة فقر الدم لديها بكبريتات الحديدوز. كما يمكن تقليل غزارة الطمث باستخدام حمض الترانيكساميك أثناء الحيض. تعمل مضاهئات الهرمونات المحررة لموجهات القند على انكماش الأورام الليفية بشكل مؤقت وتسبب انقطاعاً بالطمث مما يسمح بتعويض عوز الحديد. يتم العلاج النهائي للأورام الليفية بالطريقة التقليدية عن طريق استئصال الرحم أو استئصال الورم العضلي. إن استئصال الورم العضلي هو المفضل لهذه المرأة التي تحرص على تكوين أسرة، لذا فالحفاظ على الرحم أمر ضروري. يسبب انصمام الشريان الرحمي أيضاً اضمحلال الورم الليفي لأنه يقطع التروية الدموية. ومع ذلك، فإن الأبحاث المتعلقة السلامة على المدى الطويل والتأثيرات المحتملة على وظيفة المبيض خلال الحمل ليست واضحة. وينصح حالياً بهذا الخيار في سياق البحث فقط.

النقاط المفتاحية

- الأورام الليفية قد تكون صغيرة وعرضية أو تشغل معظم البطن.
- يجب الاشتباه بفقر الدم لدى أي امرأة تعاني من غزارة طمث.
- يعتمد علاج الأورام الليفية على وجود الأعراض وضرورة الحفاظ على الخصوبة.
- يعتمد النهج الجراحي الأمثل على حجم الأورام وموقعها.

الحالة ٨: لطاخة عنق رحم غير طبيعية

القصة

قدمت امرأة تبلغ من العمر ٢٨ عاماً إلى عيادة التنظير المهبلي بعد إجراء اختبار لطاخة غير طبيعي. عبرت عن قلقها الشديد لأنها تعتقد أنها قد تكون مصابة بسرطان عنق الرحم. تم التقرير بان اللطاخة "خلل التنسج الشديد". حصلت على نتيجة طبيعية سابقة بسن ٢٥ عاماً. لم يكن لديها أي نزيف بين فترات الحيض أو بعد الجماع.

بدأت علاقتها الجنسية الأولى في سن ١٤ عاماً، وكان لديها عدة شركاء منذ ذلك الحين. تعيش مع شريكها الحالي الذي كانت معه منذ ٣ سنوات. قد تم تشخيصا بالهربس التناسلي منذ عدة سنوات ولكنها لم تتعرض لأي هجمات منذ ٣ سنوات على الأقل. تدخن ١٥_٢٠ سيجارة في اليوم وتشرب فقط في عطلة نهاية الأسبوع.

لديها جهاز منع حمل داخل الرحم في مكانه.

الفحص

يبدو عنق الرحم بالعين المجردة طبيعياً. في التنظير المهبلي، تم تطبيق حمض الأسيتيك وظهرت منطقة بيضاء غير منتظمة على يسار فوهة الرحم. كما تم تطبيق يود لوغول فأصبحت ذات المنطقة شاحبة بينما تحول لون بقية عنق الرحم إلى اللون البني الداكن. كما تم أخذ خزعة.

الاستقصاءات
تقرير خزعة عنق الرحم: قياس العينة المستلمة ٤ مم × ٢ مم وتحتوي على خلايا متضخمة ذات نوى غير منتظمة تتوافق مع CIN3.

الأسئلة

- كيف ينبغي التعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة ٨

تظهر نتائج التنظير المهبلي وجود منطقة غير طبيعية على يسار عنق الرحم. تتلون الأنسجة غير الطبيعية باللون الأبيض بحمض الأسيتيك لأن الخلايا الشاذة تحوي على نوى عالية الكثافة والتي تمتص حمض الأسيتيك أكثر من الخلايا الطبيعية. على النقيض من ذلك، تحوي الخلايا الشاذة على محتوى غليكوجيني أقل من الخلايا الطبيعة وتصطبغ بشكل أقل جودة، وتبقى شاحبة عند تطبيق اليود.

تم التشخيص على أنه CIN3 (تنشؤات داخل ظهارة عنق الرحم). هذا التشخيص النسيجي معاكس لخلل التقرن الذي تمت ملاحظته عبر خلايا اللطاخة. غالباً ما تتداخل درجة خلل التقرن وCIN، لكن تقرير خلل التقرن لا يعتبر تشخيصاً.

التدبير

CINتحتاج إلى معالجة لمنع التقدم على مدى عدة سنوات إلى سرطان عنق الرحم. العلاج الأكثر شيوعاً هو استئصال الحلقة الكبيرة لمنطقة الاستحالة (LLETZ) _ إزالة نسيج عنق الرحم الشاذ بواسطة عروة الإنفاذ الحراري. تحتمل معظم النساء ذلك تحت التخدير الموضعي. تحتاج عينة LLETZللفحص النسيجي للتأكد من إزالة جميع الأنسجة الشاذة، وللتأكد من عدم وجود بؤرة سرطانية في العينة.

يجب إجراء مسحة للمتابعة خلال ٦ أشهر، ثم بعد ذلك مسحات سنوية لمدة ١٠ سنوات.

نصائح بعد إجراء (LLETZ)

- قد تعاني المريضة من نزف خفيف لعدة أيام.
- يجب أن ترجع في حال حدوث نزيف حاد لأنه من الممكن أن يحدث إنتان ثانوي وتحتاج للمعالجة.
- يتوجب عليها تجنب الجماع الجنسي واستخدام السدادات القطنية لمدة ٤ أسابيع، للسماح بشفاء عنق الرحم.
- لا تتأثر الخصوبة بشكل عام بهذا الإجراء، على الرغم من الإخبار عن حالات تضيق عنق الرحم أدت للعقم، نادراً ما يحدث إسقاط في الأشهر الثلاثة الوسطى من الحمل بسبب ضعف عنق الرحم.

النقاط المفتاحية

- يدل خلل التقرن على شذوذ في اللطاخة.
- خلل التنسج أو تنشؤات داخل ظهارة عنق الرحم هي تدرجات نسيجية من عينة الخزعة.
- يجب معالجة CIN لمنع تطور سرطان عنق الرحم على المدى الطويل.
- LLETZ هو العلاج المعتاد لـ CIN، مع متابعة سنوية لمدة ١٠ سنوات.

الحالة ٩: فقر الدم

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٩ عامًا، تم تحويلها من طبيب أمراض الدم، تعاني من فقر الدم. بدأت الشكاية منذ ثلاثة أشهر بتعب متزايد مع ضيق نفس وصداع متواتر. تأتي دورتها الشهرية كل ٢٤ يوم يكون اليوم الأول متوسط الغزارة بشكل عام أما من اليوم الثاني للرابع فتكون غزيرة جدا وهي تستخدم الفوط الصحية والسدادات القطنية معا، ليس لديها ألم، أخر اختبار مسحة لها منذ عامين كان طبيعيا ولم يكن لديها أمراض نسائية سابقة ولا تأخذ أي دواء.

الفحص

المرأة نحيفة والملتحمة شاحبة، فحص البطن باليدين والمنظار طبيعي

تحليل الدم:

خلايا حمراء صغيرة ناقصة الصباغ

تقرير الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل (اليوم الرابع): حجم الرحم طبيعي ومقلوب إلى الوراء.

بطانة الرحم طرية ورقيقة بقياس ٣,١ ملم. كلا المبيضين طبيعيان.

INVESTIGATIONS

		Normal
Haemoglobin	6.3 g/dL	11.7–15.7 g/dL
Mean cell volume	66 fL	80–99 fL
White cell count	9.1 × 10^9/L	3.5–11 × 10^9/L
Platelets	300 × 10^9/L	150–440 × 10^9/L
Ferritin	9 µg/L	6–81 µg/L
Iron	7 µmol/L	10–28 µmol/L
Total iron-binding capacity (TIBC)	80 µmol/L	45–72 µmol/L

Blood film: hypochromic microcytic red cells

Transvaginal ultrasound scan report (day 4): the uterus is normal size and retroverted. The endometrium is smooth and thin measuring 3.1 mm. Both ovaries are normal.

الأسئلة

- كيف تفسر هذه النتائج؟
- ما هو التشخيص الأساسي المحتمل؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٩

تظهر عدد خلايا الدم انخفاض الهيموغلوبين مع انخفاض متوسط حجم الكريات الدموية وانخفاض متوسط الهيموغلوبين الدموي مما يشير إلى وجود فقر دم صغير الخلايا. نقص الحديد هو السبب الأكثر شيوعًا لهذه الصورة ويؤكد ذلك انخفاض الفيريتين والحديد، مع ارتفاع السعة الرابطة للحديد. فقر الدم يفسر الضيق في التنفس والتعب والصداع.

تعد غزارة الطمث السبب الأكثر شيوعا لفقر الدم عند النساء، وفي هذه الحالة يتم تأكيده بتاريخ النزيف الغزير. قد لا تدرك المرأة نفسها أن طمثها غزير خاصة إذا كانت تعاني دائمًا من دورات غزيرة أو إذا فكرت أنه من الطبيعي أن تصبح الدورات الشهرية أكثر شدة مع تقدمها في العمر.

نظرًا لعدم ظهور سبب آخر للنزيف الشديد من التاريخ الطبي وكانت نتائج الأمواج فوق الصوتية طبيعية، فإن التشخيص الأساسي هو أحد التشاخيص الناتجة عن استبعاد الأسباب الأخرى ويشار إليها باسم نزيف الرحم غير الوظيفي (DUB).

نزيف الرحم غير الوظيفي
•هو نزيف زائد غزير، مستمر أو متكرر لا يرجع إلى الحمل أو أي مرض معروف في الحوض أو الأمراض الجهازية.

التدبير

فقر الدم يجب أن يعالج باستخدام كبريتات الحديد بجرعة ٢٠٠ ملغ مرتين يوميًا حتى تصبح نسبة الهيموغلوبين والفيريتين طبيعية. قد يستغرق إعادة تعبئة مخازن الحديد الكاملة ما بين ٣ إلى ٦ أشهر.
يجب إعطاء حمض ترانيكساميك (مضاد للفيبرين) أثناء الدورة الشهرية لتقليل كمية النزيف. وهو مُمنوع في حال وجود تاريخ مرضي بالانصمام الخثاري.
يتم استخدام الجهاز داخل الرحم الذي يطلق الليفونورجيستريل لعمله على بطانة الرحم للحد من غزارة الطمث، والذي غالبًا ما يسبب انقطاع الطمث على الرغم من ارتباطه بشكل شائع مع نزيف غير منتظم خلال الأشهر الثلاثة الأولى.
حبوب منع الحمل فعالة لعلاج الدورة الشهرية الغزيرة لدى النساء الشابات (تحت ٣٥ عامًا).
إذا كانت هذه الخيارات وهي الخطوط الأولى غير فعّالة، فيجب أن نفكر في إزالة بطانة الرَحم مِنْ خلال عملية استئصال بطانة الرحم، وهي ناجحة في ٨٠-٨٥ % من النساء، ويجب عليهن أن يكونن قد أكملن عائلاتهن واستخدمن وسائل منع الحمل الفعّالة.
يعتبر استئصال الرحم الحل الأخير لنزف الرحم غير الوظيفي، بسبب المراضة المرتبطة به.

النقاط المفتاحية
• تصور المرأة للنزيف ليس دائما متناسبًا مع حجم الدم الفعلي المفقود، لذلك يجب فحص مستوى الهيموجلوبين في أي امرأة يشتبه بإصابتها بالنزيف الشهري الزائد. • النزيف الرحمي غير الوظيفي (DUB) هو تشخيص يعتمد على استبعاد الأسباب الأخرى المحتملة للنزيف الرحمي غير الطبيعي قبل تشخيصه. • ينبغي أن يتضمن علاج النزيف الشهري تسلسلًا هرميًا من العلاجات من الدرجة الأولى والثانية والثالثة لتوفير منهجي للرعاية.

الحالة ١٠: عدم انتظام الدورة الشهرية

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٤ عامًا تعاني من غياب الدورة الشهرية لمدة ٩ أشهر. بدأت دورتها الشهرية في سن ١٣ عامًا وكان لديها دورة منتظمة تستمر ٢٨ يومًا حتى قبل ١٨ شهرًا. بعد ذلك أصبحت الدورات غير منتظمة، وتحدث مرة كل شهرين إلى ثلاثة أشهر حتى توقفت تمامًا. كما أن لديها صداعًا منذ عدة أشهر وليست متأكدة ما إذا كان ذلك متعلقا بالمشكلة، لديها شريك جنسي منتظم وتستخدم الواقيات كوسيلة لمنع الحمل. لم تحمل أبدًا. ليس لديها تاريخ طبي سابق يذكر.
تعمل كمعلمة في المدرسة الابتدائية، وتشرب حوالي ٤ وحدات من الكحول في الأسبوع. لا تدخن ولا تستخدم المخدرات الترفيهية. تمارس الجري والسباحة في وقت فراغها.

الفحص

المرآة لديها بنية جسدية متوسطة. ضغط الدم والملاحظات العامة طبيعية. البطن لينة وغير مؤلمة والفحص باليدين والمنظار لا يوجد اي ملحوظات.

INVESTIGATIONS

		Normal
Follicle-stimulating hormone	7 IU/L	Day 2–5 1–11 IU/L
Luteinizing hormone	4 IU/L	Day 2–5 0.5–14.5 IU/L
Prolactin	1800 mu/L	90–520 mu/L
Testosterone	1.8 nmol/L	0.8–3.1 nmol/L

Magnetic resonance imaging (MRI) scan of the head is shown in Fig. 10.1.

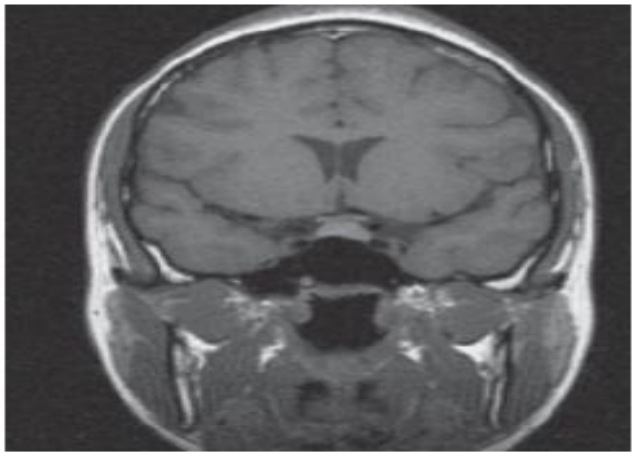


Figure 10.1 MRI scan of the head.

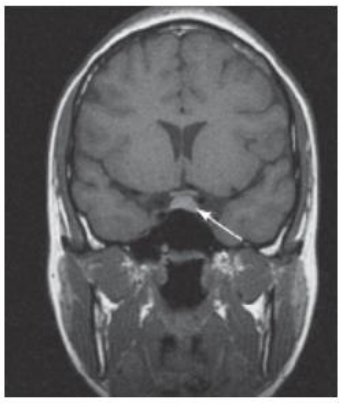
الشكل ١٠,١: فحص التصوير بالرنين المغناطيسي للرأس

الأسئلة:

- ما هو التشخيص؟
- هل هناك حاجة لإجراء استقصاءات إضافية؟
- كيف ستدبر هذه المريضة؟

الإجابة ١٠

ظهرت الفحوص ارتفاع مستوى هرمون البرولاكتين ووجود تضخم في منطقة الغدة النخامية الأمامية كما هو موضح في الشكل ١٠,٢. يتفق هذا مع وجود ورم نخامي (برولاكتينوما) في الغدة النخامية الأمامية. يشير السهم في الشكل ١٠,٢ إلى تضخم غدة نخامية غير متناظر صغير، مشيرا لوجود غدة نخامية صغيرة (البرولاكتونيميا).



البرولاكتين يجب أن يُقاس دائما في حالة عدم حدوث الطمث لدى المرأة. يجب أخذ الحذر في تفسير النتائج، حيث يمكن العثور على مستويات تصل إلى ١٠٠٠ ميكرو وحدة/لتر نتيجة للإجهاد (حتى نتيجة لسحب الدم)، الفحص السريري للثدي أو بالارتباط مع متلازمة المبيض المتعدد الكيسات فوق ١٠٠٠ ميكرو وحدة/لتر، السبب الشائع هو ورم في الغدة النخامية (صغير أو كبير).

التشخيص التفريقي لانقطاع الطمث الثانوي

- تحت المهاد:
- مرض مزمن
- فقدان الشهية
- الإفراط في ممارسة الرياضة
- ضغط
- الغدة النخامية:
- فرط برولاكتين الدم (مثل الأدوية والورم)
- قصور الغدة الدرقية
- الرضاعة الطبيعية
- المبيض:
- متلازمة المبيض المتعدد الكيسات
- فشل المبيض المبكر
- علاجي المنشأ (العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي، استئصال المبيض)
- هرمون البروجسترون طويل المفعول لمنع الحمل
- الرحم:
- الحمل
- متلازمة أشرمان
- تضيق عنق الرحم

الاستقصاءات الإضافية

الفحص العيني ضروري، حيث يمكن أن تترافق اضطرابات مجال الرؤية مع وجود ورم كبير. يعتبر اختبار الحمل أمراً هاماً لأي امرأة تعاني من عدم انتظام الدورة الشهرية، على الرغم من أنه غير مرجح (يمكن أيضا أن يرتفع هرمون البرولاكتين بالحمل).

التدبير

يستجيب معظم ورم البرولاكتين للعلاج الطبي باستخدام بروموكريبتين أو كابرجولين. الحفاظ على مستويات البرولاكتين دون ١٠٠٠ مللي وحدة دولية / ليتر يؤدي إلى عودة الحيض (والإباضة) لدى معظم النساء. يمكن أن يستمر هذا إلى أجل غير مسمى أو حتى يتم تحقيق الحمل إذا كانت الشكوى الحالية العقم."

النقاط المفتاحية

- فرط برولاكتين الدم هو سبب شائع لانقطاع الطمث الثانوي.
- قد تصل مستويات البرولاكتين إلى ١٠٠٠ وحدة / لتر لأسباب غير مرضية مثل الإجهاد.
- يمكن عادةً علاج الأورام البرولاكتينة عن طريق القمع الطبي، ونادراً ما يشار إلى الجراحة.

الحالة ١١: نزيف ما بعد انقطاع الطمث

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٥٩ عامًا استيقظت وكان هناك دم على قميص النوم، كان الدم ذا لون أحمر فاتح ولكنه لم يكن غزيراً. لم تكن هناك تخثرات دم ولم يكن هناك ألم مرافق. حدث النزيف مرتين منذ ذلك الحين بكميات مماثلة.
كانت آخر فترة شهرية لها في سن ٤٩ عامًا ولم تحدث أي حالات نزيف أخرى في الفترة الماضية. عانت من الهبات الساخنة والتعرق الليلي في وقت انقطاع الطمث، والتي توقفت الآن. هي نشيطة جنسيًا ولكن لاحظت جفاف المهبل عند الجماع مؤخراً.
كانت لديها دائمًا مسحات عنق الرحم طبيعية، كان الفحص الأخير قبل ٧ أشهر. أنجبت طفلين عن طريق الولادة المهبلية الطبيعية وأجرت عملية تعقيم بالمنظار عند سن ٣٤ عامًا. لم تستخدم أبدًا علاج الهرمونات البديلة (HRT). تتناول الأتينولول لارتفاع ضغط الدم والأوميبرازول لآلام الشرسوف.

الفحص

تعاني من زيادة في الوزن قليلاً. الفحص البطني طبيعي. يبدو الفرج والمهبل رقيقة وضامرة والرحم صغير ومقوس إلى الأمام ولا توجد كتل واضحة بالمبيضين.
تم أخذ خزعة من بطانة الرحم في العيادة في وقت الفحص وأرسلت للفحص النسيجي.

الاستقصاءات
يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ١١,١. تقرير خزعة بطانة الرحم: تظهر العينة ضمور بطانة الرحم دون وجود دليل على التهاب أو تضخم أو ورم خبيث.

الشكل ١١,١ الموجات فوق الصوتية عبر المهبل

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة ١١

يُعتبر نزيف ما بعد انقطاع الطمث ناجمًا عن سرطان بطانة الرحم حتى يثبت العكس.. ومع ذلك، فإن ١٠٪ فقط من النساء اللاتي يعانين من نزيف ما بعد انقطاع الطمث يتم تشخيص إصابتهن بسرطان بطانة الرحم.

أسباب نزيف ما بعد انقطاع الطمث

- سرطان بطانة الرحم
- بطانة الرحم / ورم باطن عنق الرحم
- فرط تنسج بطانة الرحم
- التهاب المهبل الضموري
- علاجي المنشأ (مضادات التخثر، اللولب الرحمي، العلاج بالهرمونات البديلة)
- معدية (داء المبيضات المهبلي)

في هذه الحالة، يبلغ حجم بطانة الرحم ٥ مم على الموجات فوق الصوتية، مما يستبعد بشكل فعال وجود ورم خبيث أو كتلة في بطانة الرحم. تقرير خزعة بطانة الرحم الطبيعية تؤكد عدم وجود أمراض بطانة الرحم. تاريخ المسحة طبيعي، وعنق الرحم يبدو طبيعياً، مما يستبعد سرطان عنق الرحم. إنها لا تتناول أي دواء قد يؤدي إلى حدوث نزيف غير طبيعي.

لذلك يمكن تشخيص التهاب المهبل الضموري باستبعاد الأسباب الخطيرة، ويؤيده تاريخ الجفاف المهبلي أثناء العلاقة الحميمة والجفاف المهبلي الملاحظ أثناء الفحص.

التدبير

يعتمد تدبير الحالة وعلاجها على العلاج الهرموني، عادة ما يتم استخدام العلاج الهرموني الموضعي مع الاستروجين الذي يُعطى يوميًا لمدة ٣ أسابيع، تليها جرعة مرتين في الأسبوع للصيانة لفترة أولية تستمر من ٢ إلى ٣ أشهر. خيار آخر هو استخدام العلاج الهرموني التعويضي (HRT) لحماية بطانة الرحم.

من المهم أن نلاحظ أن بعض النساء قد يترددن في استخدام العلاج الهرموني بسبب المخاطر المرتبطة به. في مثل هذه الحالات، من المهم تقديم الإرشاد بشأن استخدام المواد المرطبة المهبلية، التي يمكن أن تقلل من الانزعاج ولكنها لا تحتوي على قيمة علاجية. إذا عاد النزيف بعد العلاج أو إذا كان هناك شك في التشخيص، قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من الفحوصات بالمنظار وتوسيع الرحم والتجريف

النقاط المفتاحية

- يجب أن تُعتبر النساء اللواتي يعانين من نزيف ما بعد انقطاع الطمث أن لديهن سرطان بطانة الرحم حتى يُثبت العكس.
- يتم استخدام سماكة بطانة الرحم، وخزعة بطانة الرحم، والمنظار الرحمي للتحقق من النزيف ما بعد انقطاع الطمث.
- يمكن علاج التهاب المهبل الضموري بدورات من الإستروجين الموضعي.

الحالة ١٢: آلام الدورة الشهرية

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٤٣ عاماً تم إحالتها من طبيبها العام بسبب آلام شديدة أثناء الدورة الشهرية. تقول إن دورتها الشهرية كانت دائمًا غزيرة ومؤلمة إلى حد ما، ولكن في السنوات الأخيرة أصبحت شبه لا تُحتمل. تنزف كل ٢٤ يومًا وتستمر الدورة لمدة ٧-٩ أيام مع تدفق شديد جدًا من اليوم الثاني إلى اليوم السادس. يبدأ الألم تقريبًا قبل حوالي ٣٦ ساعة من بدء النزيف ويستمر حتى اليوم الخامس تقريبًا. الألم ثابت وشديد بحيث لا تستطيع القيام بأي أعمال منزلية أو نشاطات اجتماعية خلال هذا الوقت. وقد وصف طبيبها العام الباراسيتامول وحمض الميفيناميك معًا، التي تقول إنها "تخفف الألم قليلاً" ولكنها لا تخفف تمامًا الأعراض.

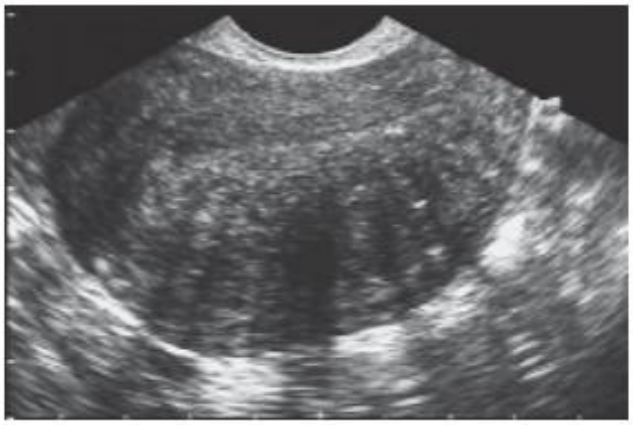
لديها أربع ولادات طبيعية وقام زوجها بعملية تعقيم منذ عدة سنوات.
لا يوجد تاريخ للإفرازات بين الدورات الشهرية أو بعد العلاقة الجنسية ولا تعاني من أي إفرازات غير طبيعية. تاريخ مسحتها طبيعي، وكان آخر فحص منذ ١٨ شهرًا. إنها تأخذ سيتالوبرام للوسواس ولكنها تقول حالياً أن مزاجها جيد. لا تشرب الكحول ولا تدخن.

الفحص

البطن لين وهناك إيلام مجهول في منطقة العانة العلوية. عنق الرحم يبدو طبيعياً. عند الجس باليد الرحم بحجم ١٠ أسابيع تقريبًا، لين ومتضخم، هي متألمة عند الضغط، ولكن لا توجد إثارة عنق الرحم، أو ألم أو كتل في الملحقات.

الاستقصاءات

يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ١٢,١
تقرير الموجات فوق الصوتية عبر المهبل: هناك تضخم غير متناظر في الرحم، مع وجود سماكة في جدار الرحم الخلفي. توجد مساحات كيسية غير محددة في جدار الرحم الخلفي، وهناك حدود غير واضحة بين عضلات الرحم وبطانة الرحم. كلا المبيضين تبدو طبيعية في الحجم والشكل.



الشكل ١٢,١ الموجات فوق الصوتية عبر المهبل مسح الرحم.

الأسئلة

- ما هو التشخيص الاكثر احتمالا؟
- كيف يمكنك مواصلة الاستقصاءات مع هذه المرأة وتدبيرها؟

الإجابة ١٢

تشير أعراض عسر الطمث ونزيف الطمث وتقرير الموجات فوق الصوتية إلى تشخيص العضال الغدي. هذه حالة حميدة حيث يتم العثور على غدد بطانة الرحم الوظيفية والأنسجة الداعمة داخل عضلات الرحم. مع كل دورة شهرية يحدث نزيف من أنسجة بطانة الرحم في العضلات الملساء، مع الألم المصاحب. يميل حدوثها عند النساء فوق ٣٥ عامًا وعوامل الخطر تشمل زيادة النسل وإنهاء الحمل والعمليات القيصرية السابقة. يمكن العثور على هذه الحالة عادة بالارتباط مع الانتباذ البطاني الرحمي. لا يمكن إجراء التشخيص تشريحيًا إلا بعد استئصال الرحم بسبب عسر الطمث. ولكن في الآونة الأخيرة، يمكن الاشتباه في التشخيص عن طريق التصوير بالموجات فوق الصوتية أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI).

أسباب عسر الطمث:

- مجهول السبب
- متلازمة ما قبل الحيض
- الداء الحوضي الالتهابي
- ورم بطانة الرحم
- العضال الغدي /الورم الليفي الرحمي
- الأورام الليفية المعنقة تحت المخاطية
- علاجي المنشأ (مثل جهاز منع الحمل داخل الرحم (IUCD) أو تضيق عنق الرحم بعد استئصال الحلقة الكبيرة لمنطقة التحويل (LLETZ))

استقصاءات إضافية

إذا كان التشخيص غير واضح، قد يُطلب إجراء فحص بالرنين المغناطيسي (MRI). لا يمكن اللجوء إلى استئصال الرحم (هستركتومي) للحصول على التشخيص النسيجي.

التدبير

عندما يتعلق الأمر بالتدبير، يتضمن التدبير الأولي استخدام المسكنات مثل حمض الميفيناميك وكوديدرامول. حمض الترانيكساميك يقلل من كمية النزيف، وقد يقلل هذا الأمر ثانويًا من كمية الألم. تثبيط الدورة الشهرية باستخدام مشتقات هرمون إفراز الغدد التناسلية هو إجراء مؤقت. جهاز الرحم الداخلي الذي يفرز ليفونورجستريل (IUD) هو خيار آخر لتثبيط الأنسجة الرحمية مؤقتا، وقد يحل المشكلة الألمية. في حالة عدم الاستجابة، ينبغي أخيرًا اللجوء إلى استئصال الرحم.

النقاط المفتاحية

- مدى انتشار العضال الغدي غير معروف، حيث يتم تأكيد التشخيص فقط عن طريق استئصال الرحم.
- وهو سبب لغزارة الطمث وعسر الطمث لدى النساء الكبيرات بالسن.
- يمكن تجنب استئصال الرحم عن طريق استخدام المسكنات أو تثبيط الهرمونات.

الحالة ١٣: نزيف ما بعد الجماع

القصة

امرأة تبلغ من العمر ١٨ عامًا تم إحالتها بسبب نزيف ما بعد الجماع. حدث ذلك في حوالي سبع مناسبات خلال الـ ٦ أسابيع السابقة. عموماً، كانت كمية صغيرة من الدم الأحمر الفاتح بعد بضع ساعات من الجماع ويستمر حتى يومين. لا يوجد ألم مرافق.

بدأت فترة الحيض الأخيرة لها قبل ٣ أسابيع وتنزف لمدة ٤ أيام كل ٢٨ يومًا. كانت دورتها سابقًا شديدة نسبيًا ولكنها الآن أخف منذ بدء تناول حبوب منع الحمل الفموية (COCP) قبل ٦ أشهر. لا توجد تاريخ لإفرازات غير طبيعية أو رائحة كريهة وليس لديها ألم أثناء الجماع.

كان لديها ثلاثة شركاء جنسيين وكانت مع شريكها الحالي منذ ١٠ أشهر. لم يتم تشخيصها سابقًا بأي عدوى تنتقل عن طريق الجنس ولم تجري اختبارًا للمسحة أبدًا. خضعت لعملية استئصال الزائدة الدودية في سن السابعة وتم تشخيصها بالصرع في الطفولة ولكنها لم تتناول أي دواء منذ ٨ سنوات.

الفحص

البطن لينة وغير مؤلمة. يكشف فحص المنظار عن منطقة حمراء زاهية محيطة بشكل مشابه بفتحة عنق الرحم الخارجية مع نزيف عند الاحتكاك. الرحم ذو حجم طبيعي، مستقيم إلى الأمام، وغير مؤلم. لا يوجد إثارة عنق الرحم والملحقات لا تغير ملحوظ.

الأسئلة

- ما هي التشخيصات التفريقية؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ستقوم بها لهذه المرأة؟
- إذا كانت الاستقصاءات سلبية، ما هو التشخيص المحتمل وكيف ستدبر المرأة؟

الإجابة ١٣

النزيف بعد الجماع لدى امرأة شابة أمر شائع وعادةً ما يكون غير خطير. في هذه الحالة الخاصة، تشير نتائج الفحص إلى وجود شتر عنق الرحم أو أورام خبيثة أو عدوى.

التشخيص التفريقي لنزيف ما بعد الجماع لدى امرأة شابة:

- شتر عنق الرحم
- الكلاميديا أو غيرها من الأمراض المنقولة جنسيًا (STI)
- ورم خبيث في عنق الرحم
- مضاعفات ناتجة عن استخدام اقراص منع الحمل المركبة COCP
- ورم باطن عنق الرحم

الاستقصاءات

يجب إجراء فحص STI:

- مسحة من باطن عنق الرحم للكلاميديا
- مسحة من باطن عنق الرحم لمرض السيلان
- ارتفاع المسحة المهبلية لداء المشعرات (والمبيضات)، وهو ليس من الأمراض المنقولة جنسياً، ولكن من المحتمل أن يكون سبباً نزيف غير منتظم من التهاب المهبل).

ينبغي أيضًا أخذ مسحة عنق الرحم لاستبعاد ورم عنق الرحم داخل الظهارة أو الورم الخبيث قبل العلاج.

التدبير

بافتراض أن المسحات سلبية، فإن التشخيص هو شتر عنق الرحم.
وهذا أمر شائع بشكل خاص في فترة البلوغ، عند النساء اللاتي يستخدمن حبوب منع الحمل المركبة (COCP)، وخلال الحمل. إنها ليست ذات أهمية سريرية وعادة ما يتم اكتشافها عرضيا ولكن يستدعي العلاج إذا كان يسبب نزيفًا محرجًا ومزعجًا (أو إفرازات في بعض الحالات)

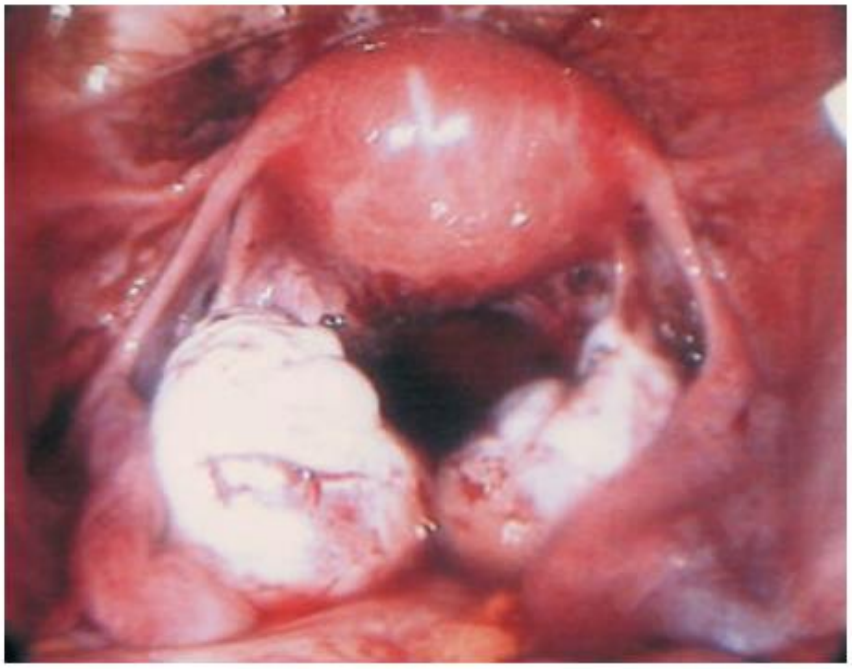
هناك ثلاث خيارات للعلاج:

١ التوقف عن استخدام COCP واستخدمي وسائل منع الحمل البديلة
٢ تخثر عنق الرحم البارد
٣ استئصال عنق الرحم بالإنفاذ الحراري.

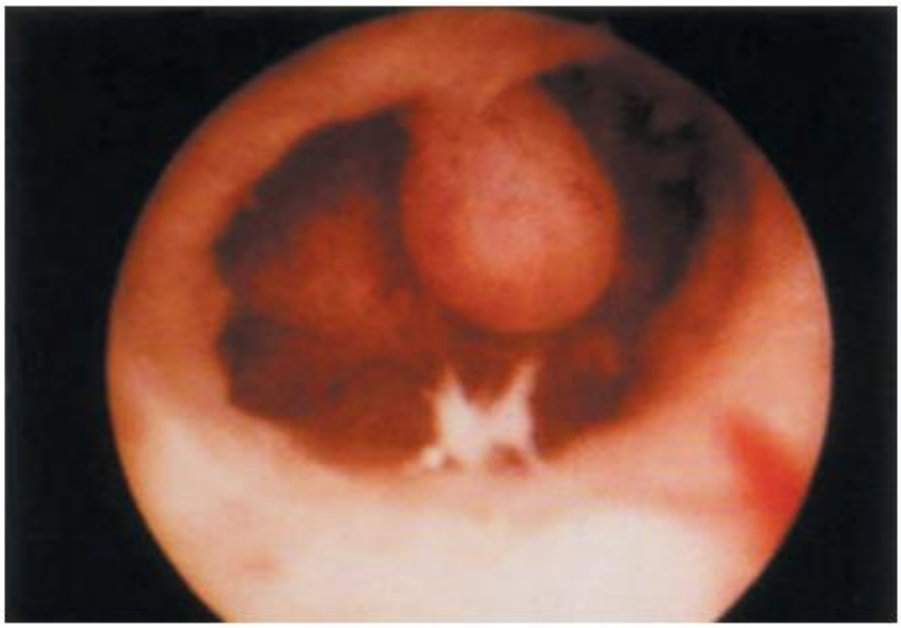
النقاط المفتاحية

- شتر عنق الرحم شائع جدًا وعادةً ما يكون عرضيًا ولا يسبب أي أعراض.
- يحدث بشكل خاص أثناء الحمل ومع استخدام COCP.
- ينبغي دائماً فحص نزيف ما بعد الجماع لاستبعاد الأمراض الهامة

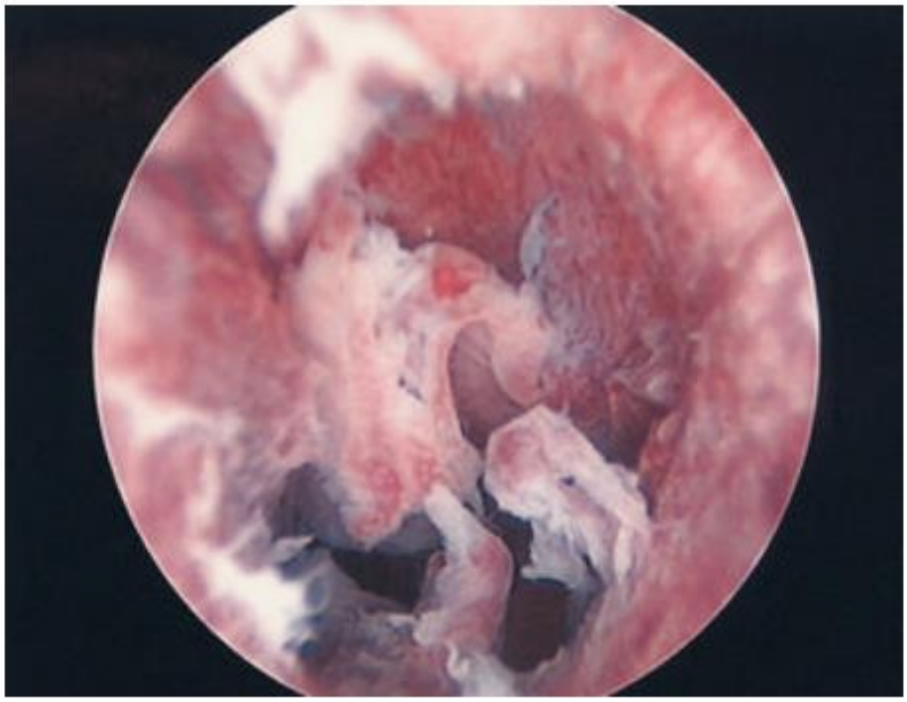
الصورة١ الشكل ١,٢ ظهور بوليب بطانة الرحم بالتنظير الرحمي قبل الاستئصال. حالة ١ نزيف ما بين الدورة الشهرية، ص٢.



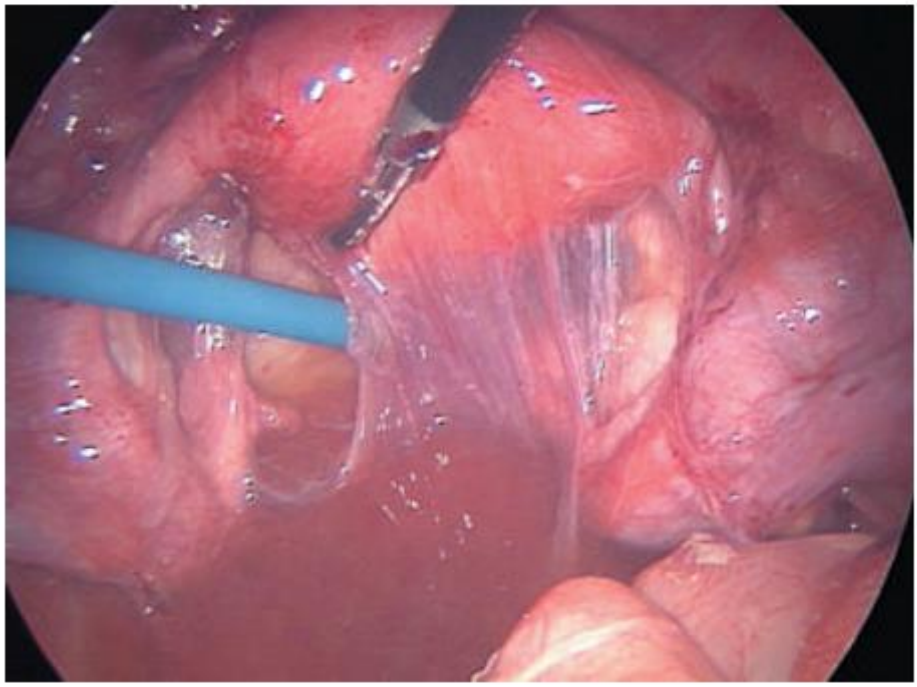
الصورة ٢ الشكل ١٥,٢ نتائج تنظير البطن. الحالة ١٥ آلام الحوض، ص ٣٧.



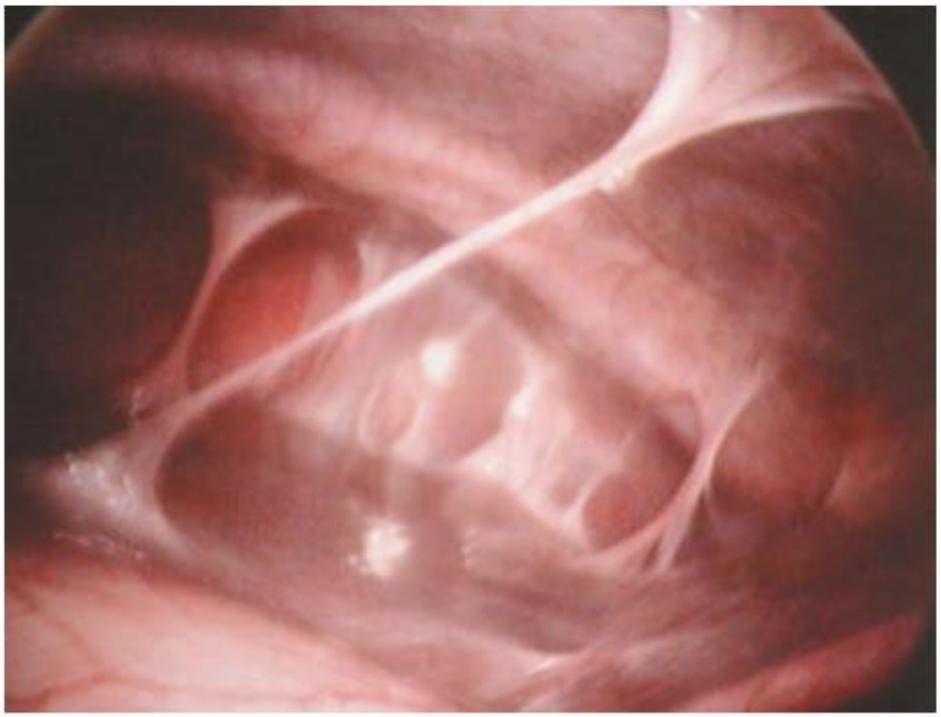
الصورة ٣ الشكل ١٧,١ تنظير الرحم. الحالة ١٧ الفترات الغزيرة، ص ٤٣.



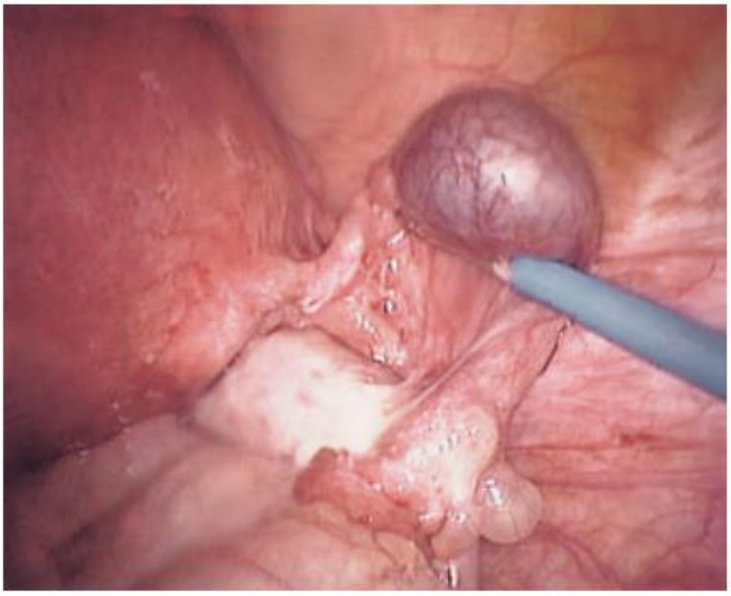
الصورة ٤ الشكل ٢٢,١ نتائج تنظير الرحم. الحالة ٢٢ نزيف ما بعد انقطاع الطمث، ص ٥٥.



الصورة ٥ الشكل ٢٣,١ نتائج تنظير البطن. الحالة ٢٣ آلام الحوض، ص ٥٨.



الصورة ٦ الشكل ٢٣,٢ نتائج تنظير البطن. الحالة ٢٣، آلام الحوض، ص ٥٩.



الصورة ٧ الشكل ٤١,٢ نتائج تنظير البطن. الحالة ٤١ النزيف والألم في بداية الحمل، ص٩٩.

الحالة ١٤: الإجهاض المتكرر

القصة

تم إحالة امرأة تبلغ من العمر ٣٤ عامًا من غرفة الطوارئ بسبب نزيف في المهبل في الأسبوع السادس وخمسة أيام من الحمل. بدأ النزيف قبل يومين وكان في البداية بصورة تدفق ضئيل ولكنه زاد الآن لدرجة أنها تحتاج إلى تغيير فوطة صحية بانتظام. هناك ألم أسفل البطن بشكل خفيف ومزعج.

لديها عادة دورة شهرية منتظمة كل ٢٨ يومًا. في الماضي، استخدمت حبوب منع الحمل المشتركة عن طريق الفم ولكنها توقفت عن ذلك قبل ٣ سنوات عندما قررت هي وشريكها تأسيس عائلة.

كانت قد حملت ٣ مرات وولدت ٠ مرة. انتهى حملها الأول بإجهاض كامل قبل ٢ سنة. قبل خمسة أشهر، كان لديها إجهاض غير مكتشف في الأسبوع التاسع واحتاجت إلى عملية إجهاض (ERPC - إجراء تنظيف لبقايا الحمل).

لم يكن لديها تاريخ طبي مهم في الأمراض النسائية. من الناحية الطبية، جسدياً بصحة جيدة، باستثناء الربو الخفيف الذي تتناول بخاخات له.

توفيت والدتها بسبب صمة رئوية بعد ولادة طفلها الأخير. أخوها كان لديه خثار الوريد العميق في سن ٢٩ عامًا. أختها لديها طفلان، ولد كل منهما قبل الموعد المحدد بسبب ارتفاع ضغط الدم خلال الحمل بشكل خطير.

الفحص

البطن غير متطبلة ولكنها مؤلمة فوق العانة. المهبل مفتوح وقد تم إزالة بقايا الحمل من المهبل وأُرسلت للفحص النسيجي.

بعد ذلك، توقف النزيف.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	11.1 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	3.9×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	201×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L

Anticardiolipin antibody: positive

Lupus anticoagulant: positive

Histology report: chorionic villi are seen, confirming products of conception.

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا لحالات الإجهاض المتكررة؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ينبغي إجراؤها؟
- كيف ينبغي التعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة ١٤

تشير الأجسام المضادة للكارديوليبين المرتفعة ومضادات التخثر الذئبية إلى متلازمة أضاد الفوسفوليبيد.

تشخيص متلازمة أضداد الفوسفوليبيد

- وجود إحدى المظاهر السريرية:
- ثلاث حالات إجهاض متتالية أو أكثر
- فقدان الجنين في منتصف الحمل
- بداية شديدة لتسمم الحمل، أو تقييد النمو داخل الرحم أو انفصاله
- تجلط الدم الشرياني أو الوريدي
- ومميزات الدم:
- وجود أجسام مضادة للكارديوليبين أو مثبّطات الذئبة المكتشفة في فحوصات متتالية متباعدة بفترة لا تقل عن ٦ أسابيع، يجب أيضًا أن يتم اختبارها بحثًا عن مضادات النواة ومضادات التشابك المزدوج

غالبًا ما تكون الأجسام المضادة للحمض النووي مثل متلازمة أضاد الفوسفوليبيد ثانوية لمرض الذئبة الحمامية الجهازية (SLE)

وبالتالي في هذه الحالة يجب تأكيد التشخيص عن طريق اختبار إيجابي ثان لأضداد الكارديوليبين بعد ٦ أسابيع على الأقل. يجب أيضاً أن يتم اختبارها بحثاً عن الأجسام المضادة للحمض النووي المضاد للنواة والمضادة للحمض النووي المزدوج حيث أن متلازمة أضداد الفوسفوليبيد غالباً ما تكون ثانوية للذئبة الحمامية الجهازية.

التدبير

جرعة منخفضة من الأسبرين عن طريق الفم والهيبارين منخفض الوزن الجزيئي تحت الجلد من وقت الإصابة
يجب إجراء اختبار حمل إيجابي في حالات الحمل اللاحقة لتحسين احتمالية ولادة حية ناجحة.
يجب تقديم الدعم النفسي من خلال فحص الموجات فوق الصوتية المنتظمة للطمأنة في الأشهر الثلاثة الأولى.
هناك أدلة تشير إلى إجراء فحوصات بالموجات فوق الصوتية المتكررة للطمأنة وحدها تحسين النتيجة بعد الإجهاض المتكرر.

أسباب الإجهاض المتكرر

- شذوذ الكروموسومات الأبوية (٣-٥ %، على سبيل المثال تشوه الكروموسومات المتوازنة.)
- متلازمة أضداد الفوسفوليبيد
- أهبة التخثر الأخرى (مثل مقاومة البروتين C المتفاعل)
- تشوهات الرحم (الأورام الليفية داخل الرحم، الحاجز الرحمي)
- مرض السكري غير المضبوط أو قصور الغدة الدرقية
- التهاب المهبل الجرثومي (يرتبط عادةً بخسارة الثلث الثاني من الحمل)
- ضعف عنق الرحم ("عدم الكفاءة"، فقدان الثلث الثاني فقط)

النقاط المفتاحية

- فقط القليل من النساء اللاتي يعانين من الإجهاض المتكرر سيتم تحديد سببه.
- يعتبر الأسبرين والهيبارين منخفض الوزن الجزيئي فعالين عند النساء المصابات بمتلازمة مضادات الفوسفوليبيد.
- الفحص بالموجات فوق الصوتية والدعم تحسن نتائج النساء اللواتي يعانين من الإجهاض المتكرر.

الحالة ١٥: الألم الحوضي

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٩ عامًا تعاني من آلام في أسفل البطن منذ ٤ سنوات تحدث مع حدوث الدورة الشهرية. تتناول الباراسيتامول والإيبوبروفين وتذهب إلى الفراش مع زجاجة ماء ساخنة لمدة تصل إلى يومين كل شهر. خلال الـ ١٨ شهراً الأخيرة، زادت شدة الألم وحدوثه أيضًا بين فترات الدورة الشهرية.

الألم خفيف ومستمر في أسفل البطن. دورتها الشهرية منتظمة ولا يوجد غزارة طمث أو نزف ما بين فترات الحيض أو بعد الجماع، لا يوجد لديها تاريخ طبي مهم.

تزوجت منذ عامين وتعاني من صعوبة في الجماع العميق مما يجعلها تنقطع عن الجماع. لا تستخدم أي وسيلة لمنع الحمل، حيث أنهم يرغبون في البدء بتأسيس عائلة. لم تحمل أبداً في السابق.

الفحص

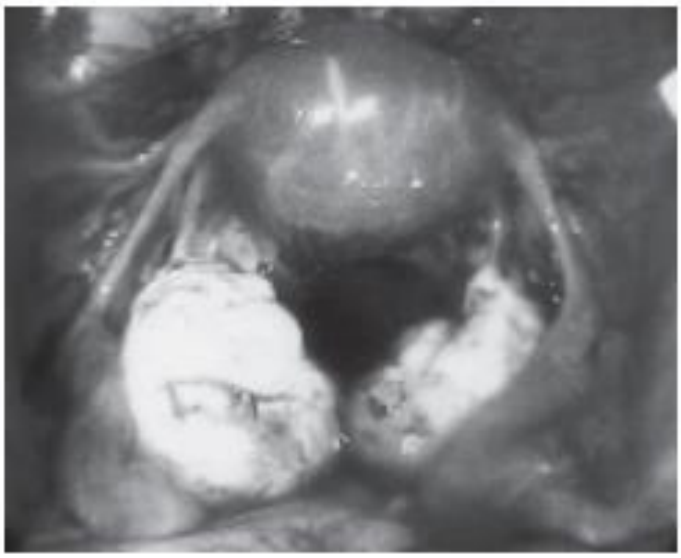
هناك ألم عام في أسفل البطن، بشكل خاص في منطقة العانة ولكن لا توجد كتل مجسوسة. فحص المهبل لا يلاحظ تغيرات عن طريق المس المهبلي والجس، الرحم في وضع محوري وثابت مع احتقان عنق الرحم، جيب دوغلاس مؤلم للغاية ويحتوي على كتلة، وكانت الملحقات مؤلمة ولكن لا توجد كتل واضحة.

الاستقصاءات

يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ١٥,١.

يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ١٥,٢.

الشكل ١,١٥ مسح بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل.



تظهر نتائج تنظير البطن في الشكل ٢,١٥

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المرأة بشكل أكبر؟

الإجابة ١٥

يعد تاريخ عسر الطمث وعسر الجماع كلاسيكياً للانتباذ البطاني الرحمي، ويظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية والمنظار التشخيصي وجود تكيُّسات انتباذ بطاني رحمي ثنائية (تسمى أيضاً "تكيسات الشوكولاتة")، وهي مضاعفات لهذا المرض.

الانتباذ البطاني الرحمي هو حالة شائعة حيث تكون غدد بطانة الرحم والسدى نشطة وتقع خارج تجويف بطانة الرحم. تتطور التكيُّسات نتيجةً لوجود الأنسجة الهاجرة في موقع خاطئ في المبيض، حيث تنتج الدماء التي تتراكم في كيس مغلق مع كل دورة شهرية متتالية.

الانتباذ البطاني الرحمي هو حالة حميدة ولكنها تسبب معاناة جسدية ونفسية عالية نظراً للمظاهر السريرية، منها:

- ألم حوضي
- عسر طمث
- عسر جماع
- العقم.

تشمل نتائج الفحص وجود ألما أو كتلة حوضية، وقد تشمل كتل مجسوسة في الحاجز الشرجي المهبلي ورحماً منقلباً ثابتاً ثانوياً للالتصاقات (الحوض المتجمد).

يتم تشخيص الحالة عن طريق المنظار البطني، على الرغم من أن الصفات التي تظهر في الفحص بالموجات فوق الصوتية، مثل هذه التكيسات المبيضية التي تحتوي على صدى "زجاجي" قد تكون موجهة للتشخيص.

التدبير

القاعدة في العلاج للانتباذ البطاني الرحمي هي العلاج الجراحي، مع الاستئصال أو الاستئصال لتراكمات بطانة الرحم عن طريق تنظير البطن. في هذه الحالة، هناك تكيسات الانتباذ الرحمي الثنائية تحتاج إلى إزالة عن طريق المنظار التشخيصي عن طريق الشق والتصريف مع الاستئصال لغشاء الكيسة. يجب أن يخفف العلاج الجراحي من الألم أثناء ممارسة الجنس وعسر الطمث وقد يحسن من الخصوبة في حالة الإصابة الشديدة.
من الممكن علاج بطانة الرحم دوائيا باستخدام حبوب منع الحمل أو نظائرها من الهرمونات المطلقة للغدد التناسلية، والتي تثبط الإباضة وبالتالي تحفز تراكمات بطانة الرحم بواسطة الأستروجين. ومع ذلك، هذه الإجراءات غير فعالة لعلاج تكيُّسات الانتباذ الرحمي. وقد تم استخدام جهاز داخل الرحم الرحمي الذي يطلق الليفونورجيستريل المصدر للتأثير الهرموني للمساعدة في قمع بطانة الرحم وتقليل الأعراض.

النقاط المفتاحية
• يظهر الانتباذ البطاني الرحمي بشكل كلاسيكي مع عسر الطمث وعسر الجماع والعقم. • غالباً ما يتم تشخيصه بعد سنوات من بدء الأعراض. • الاستئصال الجراحي هو القاعدة في العلاج.

الحالة ١٦: العقم

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣١ عامًا وشريكها البالغ من العمر ٣٤ عامًا تم إحالتهما من قبل الطبيب العام بسبب العقم الأولي. لقد حاولوا الحمل لأكثر من عامين. المرأة لديها دورة شهرية منتظمة وتنزف لمدة ٤ أيام كل ٢٨-٣٠ يومًا. دورتها ليست شديدة ولم تكن مؤلمة أبدًا. لا يوجد نزيف بين فترات الحيض أو إفرازات، ولا يوجد نزيف ما بعد الجماع. لم يتم تشخيصها بأي عدوى جنسية سابقًا.

فحص اللطاخة الأخير كان طبيعيًا قبل عام واحد. هي غير مدخنة وتشرب الكحول بشكل نادر جدًا.

التاريخ الطبي السابق للشريك يشمل عملية استئصال الزائدة الدودية ومضادات حيوية لعلاج الجرثومة المعدية بعد تطور آلام الشرسوف وتشخيص العدوى. كان يدخن ٢٠ سيجارة يوميًا وكان يشرب حتى ٢٨ وحدة من الكحول أسبوعيًا ولكنه الآن قد توقف عن التدخين وخفض كمية الكحول بشكل كبير. يعمل كمشتري في شركة بيع بالتجزئة.

الزوجان يمارسان الجماع ١-٤ مرات في الأسبوع ولم يبلغ عن وجود اضطراب جنسي أو ألم أثناء الجماع. كلاهما ينفي استخدام المخدرات الترفيهية.

الفحص

أثناء الفحص، يبلغ مؤشر كتلة الجسم للمرأة ٢٣ كجم/م^{2}. لا توجد شعرانية أو حب الشباب. لا توجد علامات على مرض الغدة الدرقية. البطن لينة وغير مؤلمة.
الفحص بالمنظار والجس بكلتا اليدين طبيعي، الفحص التناسلي للشريك أيضًا طبيعي.

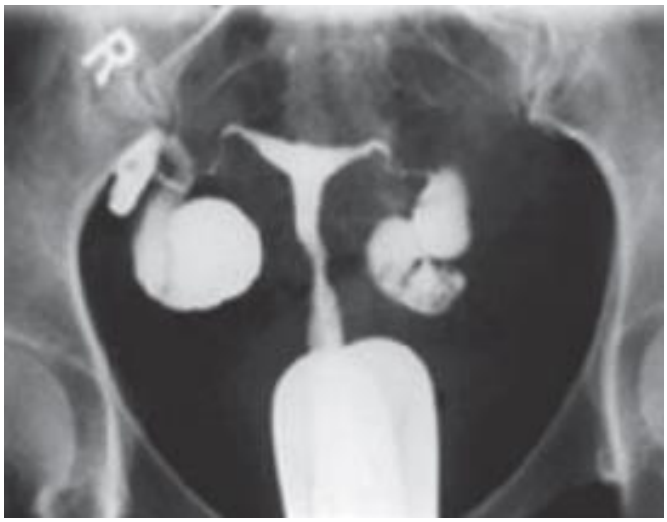
INVESTIGATIONS

		Normal
Follicle-stimulating hormone (day 3)	4.2 IU/L	Day 2–5 1–11 IU/L
Luteinizing hormone (day 3)	2.7 IU/L	Day 2–5 0.5–14.5 IU/L
Day 21 progesterone	45 nmol/L	
Prolactin	374 mu/L	90–520 mu/L
Testosterone	2.0 nmol/L	0.8–3.1 nmol/L
Semen analysis:		
Volume	4 mL	2–5 mL
Count	63 million/mL	>20 million/mL
Normal forms	22 per cent	>15 per cent normal shape
Motility	53 per cent progressively mobile	>50 per cent progressively mobile

Rubella antibody: immune

Chlamydia: negative

A hysterosalpingogram is shown in Fig. 16.1.



الشكل ١,١٦ تصوير البوقين والرحم والمبيضين.

الأسئلة:

- كيف تفسر نتائج الاستقصاءات؟
- هل من الضروري إجراء أي استقصاءات إضافية؟
- كيف يمكنك تدبير هذين الزوجين؟

الإجابة ١٦

في اليوم ٢١ من الدورة الشهرية، تؤكد نسبة البروجستيرون فوق ٣٠ نانومول/لتر وجود الإباضة، ويُدعم ذلك من خلال نواتج طبيعية للهرمون المنبه الجريبي (FSH)، والهرمون الملوتن (LH)، والبرولاكتين. نسبة التستوستيرون الطبيعية تشير إلى أن تكيس المبايض غير محتمل، تحليل السائل المنوي طبيعي، وبالتالي فإن أي عامل ذكوري محتمل غير وارد. يجب دائمًا التأكد من مناعة الحصبة الألمانية. يظهر تصوير الرحم والبوقين امتلاء وسط التباين في كلا قناتي الرحم غير أنه لا يوجد تسرب مما يشير إلى أنّ انسداد قناة فالوب هو السبب في مشكلة الخصوبة.

استقصاءات إضافية

يمكن أن يرجع انسداد قناة فالوب في تصوير الرحم بسبب تشنج قناة فالوب وبالتالي يلزم إجراء تنظير البطن والصبغة لتأكيد المرض وكذلك لتحديد السبب مثل الالتصاقات الناتجة عن العدوى السابقة أو ربما انتباذ بطانة الرحم (رغم أن التاريخ لا يدعم هذا التشخيص).

التدبير

إذا تبين أن الأنابيب سليمة في اختبار الصبغة، فإن ذلك يشير إلى إمكانية محاولة الحمل بواسطة تلقيح داخل الرحم. ومع ذلك، إذا تأكد انسداد الأنابيب، فإن التلقيح في المختبر (IVF) موصى به. يتم إزالة الأنابيب الغير طبيعية عادة قبل التلقيح في المختبر، حيث تكون نسب النجاح في الحمل أفضل وتقل نسبة الحمل خارج الرحم بعد عملية استئصال البوق الثنائي.

يجب إعطاء نصيحة عامة بتناول حمض الفوليك ٤٠٠ ميكروغرام يوميًا لتقليل خطر تشوهات الأنبوب العصبي، وعلى الشريك تقليل كمية الكحول المتناولة.

في هذه الحالة، أظهر تنظير البطن التصاقات بالإضافة إلى الالتصاقات المحيطة بالكبد. تتفق هذه النتائج مع العدوى السابقة بالكلاميديا (أو بشكل نادر السيلان). من غير المألوف العثور على الالتصاقات الحوضية الشديدة حتى عندما لا يكون هناك تاريخ سريري واضح للعدوى الحوضية أو العدوى المنقولة بالجنس. على الرغم من أن العدوى قد تكون قديمة، فمن المعقول علاج كل من المرأة وشريكها بجرعة من المضادات الحيوية للداء الحوضي الالتهابي.

النقاط المفتاحية
• قد يكون سبب العقم اللاإباضة، أو أمراض بقناتي فالوب، الرحم والعضلة الرحمية بالإضافة إلى عوامل الذكورة. • تصل نسبة ٣٠٪ من الأزواج العقيمين لأن يكون لديهم أكثر من عامل مسبب للعقم. • لا يتم دائماً تأكيد انسداد قناة فالوب في تصوير الرحم الظليل من خلال تنظير البطن دائماً.

الحالة ١٧: الدورات الطمثية الغزيرة

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٩ عامًا تشكو من طموث طويلة وغزيرة بشكل متزايد خلال السنوات الخمس الماضية. في السابق كانت تنزف لمدة ٤ أيام ولكن النزيف الآن يستمر لمدة تصل إلى ١٠ أيام. ولا تزال الدورة الشهرية تحدث كل ٢٨ يومًا. تعاني من نزيف ما بين فترات الحيض بين معظم الفترات ولكن لا يوجد نزيف بعد الجماع.

لم تكن الدورة الشهرية مؤلمة على الإطلاق في السابق، لكنها أصبحت في الأشهر الأخيرة مؤلمة للغاية مع تشنجات متقطعة. لقد أنجبت أربع ولادات طبيعية وخضعت لعملية تعقيم بالمنظار بعد طفلها الأخير. لقد كانت اختبارات مسحة عنق الرحم طبيعية دائمًا، وكان آخرها قبل ٤ أشهر. لم يسبق لها أن تعرضت لأي نزيف غير منتظم أو أي مشاكل نسائية أخرى.

الفحص

البطن لينة وغير مؤلمة مع عدم وجود كتل واضحة. يظهر فحص المنظار أن عنق الرحم طبيعي. عند الجس باليدين، يكون الرحم ضخمًا (حوالي ٨ أسابيع)، ومتحركًا وغير مقلوباً. لا توجد كتل ملحقة.

INVESTIGATIONS

		Normal range
Haemoglobin	9.2 g/dL	11.7–15.7 g/dL
Mean cell volume	75 fL	80–99 fL
White cell count	4.5×10^9/L	$3.5–11 \times 10^9$/L
Platelets	198×10^9/L	$150–440 \times 10^9$/L

Findings at hysteroscopy are shown in Fig. 17.1.

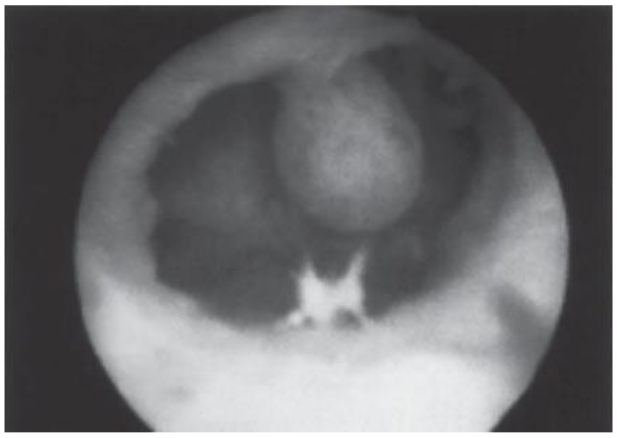


Figure 17.1 Hysteroscopy. See Plate 3 for colour image.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذه المريضة وتقديم المشورة لها بشأن التدبير والمخاطر المحتملة؟

الإجابة ١٧

يُظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية وجود ورم ليفي تحت المخاطية ويتم تأكيد ذلك من خلال صورة تنظير الرحم. في تنظير الرحم، يكون الورم الليفي عبارة عن بنية صلبة وناعمة وغير متحركة، في حين أن البوليب يظهر باللون الوردي ولحمي ومتحرك. الأورام الليفية تحت المخاطية هي سبب شائع لنزيف الطمث وكما في هذه الحالة، يمكن أن تسبب نزيفًا بين فترات الحيض. يحدث الألم الشبيه بالتشنج عندما يحاول الرحم طرد الورم الليفي. في بعض الحالات يتم طرده في النهاية حيث يصبح الورم الليفي معنقًا ويمتد إلى المهبل بواسطة العنق.

التدبير

يتم التدبير عن طريق استئصال الورم الليفي بالمنظار (عبر عنق الرحم) يمكن إجراء ذلك تحت التخدير العام (أو حتى التخدير الموضعي إذا كان الورم الليفي صغيراً). النقاط الهامة في تقديم المشورة للمريض هي كما يلي

وصف الإجراء: يتضمن الإجراء تمديد (توسيع) عنق الرحم وإدخال منظار داخل الرحم (تنظير الرحم) لرؤية الورم الليفي. يتم "نزع" الورم الليفي باستخدام حلقة سلكية ساخنة (الإنفاذ الحراري). يتم ضخ السائل عبر تجويف الرحم لتحسين الرؤية وللسماح بالتبريد.

ما هي المخاطر؟

النزيف: من النادر حدوث نزيف حاد ولكن في حالات النزف الشديد قد يتطلب الأمر نقل الدم، أو حتى استئصال الرحم للسيطرة على النزف.

الإنتان.

فرط حمل: أثناء الإجراء، يتم امتصاص السائل من جوف الرحم للدورة الدموية. يمكن أن يسبب الامتصاص المفرط صعوبات في التنفس (وذمة رئوية) والحاجة إلى دخول المستشفى

ثقب الرحم: نادرًا ما يثقب منظار الرحم جدار الرحم وفي حالة حدوث ذلك أو الاشتباه به، يجب إجراء تنظير البطن على الفور للتأكد من ذلك وإيقاف أي نزيف والتحقق من عدم وجود أذية في الأمعاء أو المثانة

ما يمكن توقعه بعد ذلك

تعاني معظم النساء من النزيف والإفرازات وخروج "الحطام" لمدة تصل إلى أسبوعين بعد الإجراء.

النقاط مفتاحية

- الموجات فوق الصوتية أمر بالغ الأهمية في تشخيص غزارة الطمث. من المرجح أن تسبب الأورام الليفية تحت المخاطية غزارة الطمث أكثر من تلك التي تكون داخل العضلة الرحمية أو تحت المصلية.
- يعد استئصال الأورام الليفية عبر عنق الرحم إجراءً بسيطًا نسبيًا ولكنه مرتبط بمخاطر مهمة.

الحالة ١٨: سلس البول

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٦١ عامًا تشتكي من التبول بشكل لا إرادي. لقد لاحظت ذلك تدريجياً على مدى السنوات العشر الماضية، وقررت أخيراً مراجعة طبيبها العام بشأن هذا الأمر بعد سماع برنامج في الراديو حول علاج سلس البول. عادة ما يكون التسرب بكميات صغيرة، وهي ترتدي الفوطة الصحية طوال الوقت. ويميل إلى الحدوث عندما لا تتمكن من الوصول إلى المرحاض في الوقت المناسب. لا تتسرب أبدًا عند السعال أو العطس. إنها تعاني من الإلحاح، خاصة عندما تعود إلى المنزل بعد الخروج وتكون على وشك الدخول إلى المنزل. كما أنها تعاني من كثرة التبول كل ساعة خلال النهار وتستيقظ مرتين أو ثلاث مرات كل ليلة.

بسبب سلس البول، تحاول عدم شرب الكثير وعادة ما تتناول كوبين من الشاي أول شيء في الصباح، والقهوة في منتصف الصباح وفنجان آخر من الشاي في منتصف الظهيرة. بخلاف ذلك فهي تشرب كوبًا واحدًا من القرع يوميًا وتشرب كوبًا واحدًا من النبيذ ليلاً.

وهي غير مدخنة. لقد أجرت ولادتين مهبليتين دون اختلاطات. توقفت دورتها الشهرية عند عمر ٥٤ عاما. لا يوجد تاريخ طبي أو نسائي آخر ملحوظ.

الفحص

فحص البطن طبيعي. في الفحص المهبلي كان هناك حد أدنى من هبوط الرحم ولا يوجد هبوط في جدار المهبل الأمامي أو الخلفي.

الاستقصاءات

تحليل البول في منتصف مجرى البول: سلبي للبروتين، سلبي للدم، سلبي للكريات البيض، سلبي للنيتريت
ديناميكا البول: تم الإبلاغ عن الرغبة الأولى في الإفراغ عند ١٥٠مل في المثانة. لوحظت تقلصات لا إرادية في المعصرة أثناء محاولة المريضة منع التبول.
لم يكن هناك تسرب للبول مع السعال

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكن نصح وتدبير هذه المريضة؟

الإجابة ١٨

يتم التشخيص بمتلازمة فرط نشاط المثانة. (وكان يشار إلى هذا سابقًا باسم عدم استقرار المعصرة. في هذه الحالة، تنقبض المثانة بشكل لا إرادي دون وجود المحفز الطبيعي للإفراغ الناجم عن امتلاء المثانة. يؤدي هذا إلى تسريب البول بشكل لا إرادي وهو أمر محرج وغالبًا ما يؤثر بشكل كبير على حياة المرأة، حيث إنها تدرك دائمًا الحاجة إلى إفراغ البول والتواجد في مكان أقرب ما يكون للمرحاض.

إن فحص ديناميكيات البول مع ملء وإفراغ المثانة مفيد (كما في هذه الحالة) في تأكيد التشخيص من خلال إظهار تقلصات العضلة المثانية التلقائية أثناء ملء المثانة.

من المهم استبعاد الأسباب الأخرى لهذه الأعراض (مثل التهاب المسالك البولية أو ورم المثانة) من خلال الفحص المجهري للبول

التدبير

العلاج المحافظ:
يجب إخبار المرأة بأن كلاً من الكافيين والكحول منشطات للمثانة ومن المحتمل أن تؤدي إلى تفاقم الأعراض لذا يجب التقليل منها.
يجب أن تتناول كمية طبيعية من السوائل يوميًا ولكن تجنب المشروبات بعد حوالي الساعة ٧ مساءً للحد من التبول ليلاً
إعادة تدريب المثانة أثناء الليل لمدة ٦ أسابيع، بما في ذلك "تدريب" حبس البول بكمية أكبر.
ينبغي إجراء علاج سلوكي لتحديد فترات التبول.

العلاج الدوائي: إذا فشلت نصائح تغيير نمط الحياة وإعادة تدريب المثانة، فيجب البدء بتناول الأدوية المضادة للكولين مثل أوكسي بوتينين أو تولتيرودين. وتشمل الآثار الجانبية المرتبطة جفاف الفم وجفاف العين والإمساك.

النقاط المفتاحية

- ترتبط متلازمة فرط نشاط المثانة بالإلحاح والتكرار والرغبة بالتبول.
- التدابير المحافظة هي إعادة تدريب المثانة وتجنب الكافئين.
- يكون العلاج الدوائي بمضادات الكولين.

الحالة ١٩: غياب طمث

القصة

امرأة تبلغ من العمر ١٨ عامًا تعاني من انقطاع الدورة الشهرية لمدة ٦ أشهر. لقد حدث هذا مرتين من قبل في الماضي ولكن في كلتا المرتين عادت الدورة الشهرية، لذلك لم تكن قلقة للغاية.
بدأت دورتها الشهرية في عمر ١٢ عامًا وكانت منتظمة في البداية. ليس لديها تاريخ طبي ملحوظ ونفت استخدام أي دواء. وهي حاليا في عامها الأول في الجامعة.
إنها تجري معظم الأيام وتطبق نظامًا غذائيًا "صحيًا" يتجنب الأطعمة التي تحتوي على الكربوهيدرات واللحوم.
هي الأكبر بين ثلاثة أشقاء وانفصل والداها عندما كان عمرها ١٢ عامًا. لديها اتصال ضئيل مع والدها وتعيش بشكل أساسي مع والدتها التي تقول إنها تتعايش معها بشكل جيد.
كان لديها صديق في الماضي لكنها ابتعدت عن أي علاقات جنسية.

الفحص

المرأة طويلة ونحيفة ويبلغ مؤشر كتلة الجسم ١٥,٥كغ/م^{٢}
هناك دليل على نمو شعر ناعم على ذراعيها. معدل ضربات القلب ٨٦/دقيقة وضغط الدم ١٠٠/٦٥ ملم زئبقي. لا يكشف فحص البطن عن أي ندبات أو كتل، ولم يتم إجراء فحص الأعضاء التناسلية

INVESTIGATIONS

		Normal
Follicle-stimulating hormone	1.0 IU/L	Day 2–5 1–11 IU/L
Luteinizing hormone	0.8 IU/L	Day 2–5 0.5–14.5 IU/L
Oestradiol	52 pmol/L	70–600 pmol/L
Prolactin	630 mu/L	90–520 mu/L
Testosterone	1.6 nmol/L	0.8–3.1 nmol/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ماذا يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات وتدبير هذه المريضة؟

الإجابة ١٩

لدى المرأة دليل على قصور الغدد التناسلية الناتج عن قصور حث الغدد التناسلية، ولديها مستويات منخفضة من هرمون الإستراديول المرتبط بانخفاض تحفيز الغدد التناسلية من الغدة النخامية الأمامية. قد يكون هذا بسبب اضطرابات مختلفة في الغدة النخامية أو تحت المهاد، ولكن في هذه الحالة يرتبط بوضوح بفقدان الشهية العصبي وربما الإفراط في ممارسة الرياضة.

يتوافق ارتفاع البرولاكتين مع الإجهاد ولا يحتاج إلى مزيد من الاستقصاء.
عندما يكون مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٨ كجم/م٢، يميل الحيض إلى التوقف، ويعود بمجرد ارتفاع مؤشر كتلة الجسم مرة أخرى.

ربما حدثت نوبات انقطاع الطمث السابقة عندما كان تناولها الغذائي منخفضًا للغاية، وربما يكون بدء الدراسة في الجامعة قد أدى إلى زيادة مستويات التوتر لديها نتيجة لتفاقم فقدان الشهية لديها.

استقصاءات إضافية
يجب مراقبة تعداد الدم الكامل ووظائف الكبد والكلى لأنها تتأثر في حالة المرض الشديد.

يجب إجراء فحص للعظام للتحقق من نقص هرمون الاستروجين في كثافة العظام لأن فقدان الشهية من المحتمل أن يؤدي إلى ظهور هشاشة العظام والكسور في وقت مبكر.
التقييم النفسي مهم أيضًا لتوجيه العلاج المناسب.

التدبير
إن تشجيع المرأة على اتباع نظام غذائي أكثر طبيعية وتجنب ممارسة الرياضة هو العلاج المثالي، ولكن فقدان الشهية هو مرض مزمن وغالبا ما يكون مقاوماً للعلاج.
إن التوضيح بأن الدورة الشهرية ستعود إذا زاد مؤشر كتلة الجسم قد يشجعها على زيادة الوزن .

وينبغي وصف حبوب منع الحمل المركبة في هذه الأثناء، والتي من شأنها أن تمنع هشاشة العظام وتؤدي إلى حدوث الدورة الشهرية، وإن كان ذلك عن طريق الأدوية.

تعد الإحالة إلى وحدة متخصصة في اضطرابات الأكل أمرًا حيويًا في معالجة المشكلة طويلة المدى لهذه المرأة. عادة، تنشأ اضطرابات الأكل نتيجة لصعوبات الطفولة وينبغي النظر في العلاج العائلي أو الجماعي. إذا أشارت الفحوصات إلى قصور كلوي أو كبدي، فمن المحتمل أن يكون تدبير المرض ضرورياً.

النقاط المفتاحية
- يتوقف الحيض عادة عندما يكون مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٨ كغ/م٢
- تحتاج النساء اللاتي يعانين من فقدان الشهية لانقطاع الطمث إلى تعويض هرمون الإستروجين لحمايتهن من هشاشة العظام.
- غالباً ما يكون فقدان الشهية مقاوماً للعلاج.

الحالة ٢٠: ألم البطن والظهر

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٨٣ عامًا تشتكي من إحساس بالثقل في أسفل البطن وألم في أسفل الظهر عند الوقوف أو المشي.
لقد كانت الشكاية موجودة منذ عدة سنوات، لكنها الآن ازدادت سوءاً فهي لا تستطيع الوقوف إلا لفترة قصيرة بعدها تشعر بعدم الارتياح. لا يلاحظ وجود الألم في الليل.
لقد أنجبت أربع ولادات مهبلية. كانت تعاني من انقطاع الطمث عند عمر ٥٢ عامًا، وتناولت العلاج بالهرمونات المعيضة لعدة سنوات بسبب الأعراض الحركية الوعائية. لم يكن لديها أي نزيف بعد انقطاع الطمث ولم يتم إجراء مسحة لعدة سنوات.

وهي تعاني من الإمساك بشكل عام، وفي بعض الأحيان تجد أنها لا تستطيع التبرز إلا بوضع أصابعها داخل المهبل وتضغط على "الانتفاخ" الذي يمكن أن تشعر به.
لديها تعدد بيلات معتدل وتستيقظ مرتين معظم الليالي للتبول. لا يوجد عسرة تبول أو بيلة دموية. أحياناً لا تصل إلى المرحاض في الوقت المناسب وتتسرب منها كمية قليلة من البول، لكن هذا لا يحدث لها وتقلق دون مبرر.

من الناحية الطبية، حالتها جيدة جدًا ولا تتناول أي أدوية بانتظام. تعيش بمفردها وتقوم بالتسوق والأعمال المنزلية الخاصة بها.

الفحص

عند الفحص تبدو بصحة جيدة. ضغط الدم ومعدل ضربات القلب طبيعيان. وهي ذات بنية جسدية متوسطة. البطن لينة وغير مؤلمة. هناك فقدان لتشريح الفرج يتوافق مع التغيرات الضامرة. عند الفحص في وضعية الاستلقاء يكون هناك هبوط خفيف. عند الوقوف، يتم الشعور بعنق الرحم على مستوى المدخل. هناك تدلي كبير في الجدار الخلفي وتدلي بسيط في الجدار الأمامي.

الأسئلة

- ما هو تشخيص انزعاجها وألمها؟
- كيف ستتعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة ٢٠

يتم التشخيص على أنه هبوط رحمي مهبلي من الدرجة الثانية مع قيلة مستقيمية. يتم تصنيف الهبوط تقليديًا وفقًا لمستوى نزول عنق الرحم بالنسبة إلى مدخل الرحم:

- الدرجة الأولى: النزول داخل المهبل
- الدرجة الثانية: النزول إلى مدخل المهبل
- الدرجة الثالثة: نزول عنق الرحم خارج المهبل
- الانسدال: انقلاب كامل للمهبل خارج فتحة المدخل.

ويستخدم بعض المتخصصين أنظمة تصنيف أكثر تعقيدًا تتضمن قياسات محددة باستخدام غشاء البكارة كنقطة مرجعية.

تتمثل الأعراض الشائعة في وجود "شيء ينزل" أو "كتلة" أو إحساس بالسحب. تكون الأعراض دائمًا أسوأ عند الوقوف أو المشي بسبب تأثير الجاذبية. يكون الهبوط أكثر شيوعًا عند النساء اللاتي ولدن، أو لديهن ولادات طويلة أو مؤلمة، أو لديهن سعال مزمن أو إمساك. ومع ذلك، يمكن أن يحدث ذلك لدى أي امرأة، حتى لو كانت بلا ولادة، وذلك بسبب ارتباطها بقوة الكولاجين.

التدبير

تتضمن التدابير الأولية علاج الإمساك بتعديل النمط الغذائي واستخدام المسهلات. قد يؤدي ذلك إلى تخفيف بعض الأعراض وهو مهم أيضًا لمنع تكرار المرض في حالة إجراء عملية جراحية.

تساعد تمارين قاع الحوض في حالات الهبوط الخفيف وتحافظ على سلامة الإصلاح بعد العملية الجراحية، على الرغم من أنها في هذه الحالة من غير المرجح أن تُحدث أي فرق كبير في الأعراض الحالية. إذا لم تكن الجراحة مطلوبة، فيمكنها تجربة الفرزجة الحلقية لإيقاف الهبوط، والتي يمكن أن تعمل بشكل جيد للغاية وتحتاج إلى الاستبدال كل ٦ أشهر.

على الرغم من أنها تبلغ من العمر ٨٣ عامًا، إلا أن هذه المرأة لا تعاني من أي مشاكل طبية ويجب أن تخضع لعملية جراحية نهائية للهبوط والتي تتضمن بالنسبة لها استئصال الرحم عن طريق المهبل وإصلاح جدار المهبل الخلفي (رأب المهبل). وبما أنه لا يوجد شق في البطن، فإن الشفاء يكون سريعًا ومن المتوقع أن تبقى في المستشفى لمدة ٣ أيام تقريبًا.

النقاط المفتاحية

- تزداد نسبة حدوث الهبوط مع التقدم في السن، والولادة، والإمساك، والسعال المزمن.
- قد يكون العلاج المحافظ باستخدام الفرزجة الحلقية (الكعكة المهبلية) أو إصلاح الهبوط الجراحي مناسباً.
- يعد تخفيف العوامل المسببة للتفاقم أمراً مهماً لمنع تفاقم الأعراض أو للحفاظ على سلامة الإصلاح.

الحالة ٢١: التخليط الذهني ما بعد العمل الجراحي

القصة

كنت مناوباً وطُلب منك رؤية امرأة في وحدة جراحة اليوم المريضة تعاني من التخليط الذهني بعد العملية الجراحية.
تبلغ من العمر ٤٢ عامًا وقد خضعت لاستئصال الأورام الليفية المتعددة تحت المخاطية عبر عنق الرحم في وقت مبكر من بعد الظهر بعد إصابتها بغزارة الطمث.
تم استئصال أربعة أورام ليفية وقدر فقدان الدم بـ ١٥٠ مل.

الفحص

المرأة تعرف اسمها ولكنها مشوشة، وسجلت ١٠/٥ فقط في فحص الحالة العقلية المصغر. تبدو مائلة للنوم قليلاً.
معدل ضربات القلب ١٠٠/دقيقة وضغط الدم ٧٠/١٠٥ ملم زئبقي. تصل نسبة تشبع الأكسجين في الهواء إلى ٩٤٪. لا يوجد حمى.
يكشف فحص الصدر عن أصمية في كلا القاعدتين مع خراخر ناعمة. البطن غير منتفخة ولكن هناك ألم عام في أسفل البطن. لا توجد كتل واضحة ولا توجد علامات تخريش بريتوان. يمكن أن ترى هناك كمية صغيرة من الدم من المهبل، ولكن الفقد ليس كبيراً. قيل لك أنها تبولت منذ ساعة دون صعوبة.

تمت مراجعة تقرير العملية ووجدت أن الإجراء لم يكن معقدًا في الأساس ولكن تم إيقافه قبل أن يتم استئصال جميع الأورام الليفية بالكامل بسبب اضطراب توازن السوائل. يتم تسجيل نقص في السوائل على أنه ١٠١٠ مل. ومع ذلك، يمكنك مراجعة مخطط السوائل الفعلي وهو كما يلي:

إدخال السوائل (الغليسين، عبر قناة إدخال منظار الرحم):

١٠٠٠ مل

١٠٠٠ مل

١٠٠٠ مل

٩٥٠ مل

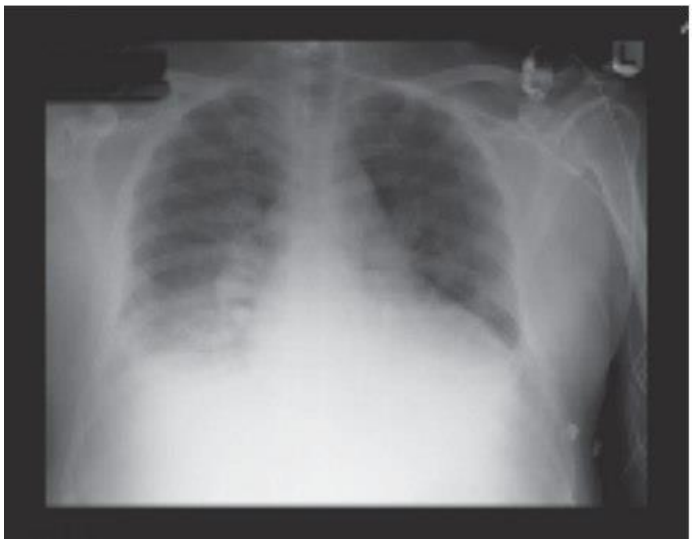
إخراج السوائل (عبر قناة إخراج منظار الرحم):
١٩٤٠ مل.

INVESTIGATIONS

		Normal
Haemoglobin	10.4 g/dL	11.7–15.7 g/dL
White cell count	7.1 × 10^9/L	3.5–11 × 10^9/L
Platelets	302 × 10^9/L	150–440 × 10^9/L
Sodium	129 mmol/L	135–145 mmol/L
Potassium	3.1 mmol/L	3.5–5 mmol/L
Urea	1.6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L
Creatinine	56 µmol/L	70–120 µmol/L

The chest X-ray is shown in Fig. 21.1.

الشكل ١,٢١ صورة أشعة بسيطة للصدر.



الأسئلة

- ما هو التشخيص ولماذا حدث؟
- كيف ستتعامل مع هذا المريضة؟

الإجابة ٢١

يشير فحص الصدر والأشعة السينية إلى وجود وذمة رئوية. تظهر الفحوصات نقص صوديوم الدم وهذا سبب معروف لحالة التخليط الذهني. هناك أيضًا نقص بوتاسيوم الدم مما يعرضها لخطر عدم انتظام ضربات القلب أو السكتة القلبية.

لقد حدث خطأ في حساب نقص السوائل بحيث يكون النقص في الحقيقة ٢٠١٠ مل بدلاً من ١٠١٠ مل. ولذلك فإن نقص صوديوم الدم يحدث بسبب الحمل الزائد للسوائل، وهو أحد المضاعفات المعروفة لإجراءات الاستئصال عبر عنق الرحم. الحد الأعلى الطبيعي لهذا الإجراء هو ١٠٠٠ مل وفي هذه الحالة تم امتصاص ضعف هذا الحجم.

التدبير

الدعامة الأساسية للتدبير هي دعم مراقبة الشوارد وتحديد السوائل. يجب إعطاء مكملات البوتاسيوم ومراقبة مخطط كهربية القلب حتى يصبح البوتاسيوم طبيعياً.

يجب نقل المرأة إلى سرير عالي الاعتمادية (وضعية نصف جلوس) وإعطائها الأكسجين. يجب مراقبة غازات الدم الشرياني، وإذا تفاقمت الوذمة الرئوية فستكون هناك حاجة إلى مدرات البول.

عادة ما يصحح نقص صوديوم الدم نفسه مع مرور الوقت وتحديد السوائل، ومن المتوقع أن تختفي حالة التخليط الذهني الحادة عندما تعود الشوارد إلى طبيعتها.

لم يتم استئصال الأورام الليفية بالكامل ويمكن إعادة النظر في إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية أو تنظير الرحم في العيادات الخارجية بعد بضعة أسابيع للتحقق مما إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الجراحة - في بعض الأحيان قد يحدث حؤول نتيجة للضرر الحراري أو الالتهاب من الإجراء الأولي. وبدلاً من ذلك، يمكن طرد أي بقايا من الورم الليفي تلقائياً عبر عنق الرحم والمهبل.

النقاط المفتاحية

- يعد الحمل الزائد للسوائل وما يترتب على ذلك من نقص صوديوم الدم من المضاعفات المعروفة لإجراءات الاستئصال عبر عنق الرحم.
- يعد المراقبة للمدخلات والمخرجات أمراً حيوياً أثناء الإجراء.
- العلاج داعم حتى تعود الشوارد إلى وضعها الطبيعي.

الحالة ٢٢: النزف بعد الضهي

القصة

أبلغت امرأة تبلغ من العمر ٥٨ عامًا عن نزيف بعد انقطاع الطمث لمدة ٦ أشهر. في البداية لم تعيرها الكثير من الاهتمام ولكنها تعرضت للنزيف لعدة مرات وهي تنزف الآن في معظم الأيام. إنه خفيف بشكل عام ولكن مؤخراً لبضعة أيام كان يشبه الدورة الشهرية تقريبًا. دون ألم. لم تتزوج المرأة قط أو لم تكن نشطة جنسيا. ليس لديها تاريخ سابق في أمراض النساء ولم تخضع مطلقًا لاختبار اللطاخة. لقد تم تشخيص إصابتها بمرض السكري من النوع الثاني منذ ٤ سنوات، حيث كانت تتناول أدوية خفض سكر الدم عن طريق الفم. ومع ذلك، فهي غير متوافقة تمامًا مع تعديل النظام الغذائي، ولا يتم ضبط مستوى السكر في الدم بشكل جيد ولذلك يتم التفكير في البدء بالأنسولين.

الفحص

تعاني المرأة من السمنة المفرطة، حيث يبلغ مؤشر كتلة الجسم ٣٢ كجم/م^{٢}. ضغط دمها ٨٠/١٥٠ ملم زئبقي. البطن غير مؤلمة، ولكن بسبب سمنتها لا يمكن أن تشعر بوجود كتل في البطن.

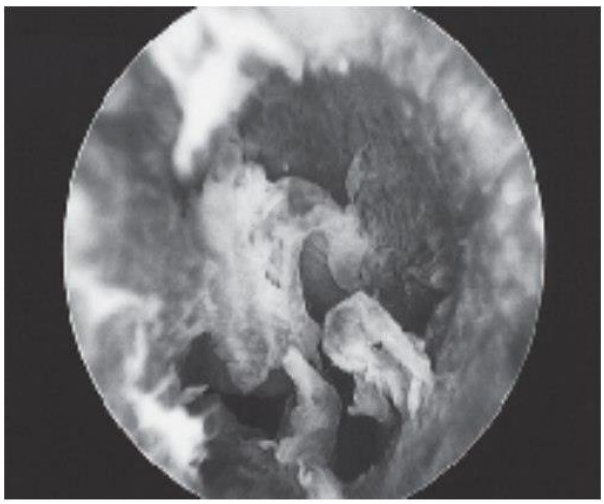
الفحص التناسلي الخارجي غير ملحوظ. لا يتم إجراء المنظار والفحص المهبلي لأنها لم تكن نشطة جنسيًا على الإطلاق (عذراء).

لم يكن من الممكن إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل ولذلك تم إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية عبر البطن بمثانة ممتلئة.

الاستقصاءات

تقرير الموجات فوق الصوتية عبر البطن: حجم الرحم طبيعي وغير منقلب. لا يمكن تصوير بطانة الرحم بوضوح. يبدو كلا المبيضين طبيعيين. عرض الموجات فوق الصوتية لم يكن واضحاً جداً بسبب سمنة المريض.

الفحص تحت التخدير وتنظير الرحم: يبدو المهبل وعنق الرحم طبيعيين. أظهر تنظير الرحم كتلة وعائية غير منتظمة تنشأ من جدار الرحم مع نزيف تماس. تم إجراء الكشط وإرسال المنتجات للفحص النسيجي.
تظهر نتائج تنظير الرحم في الشكل٢٢,١



الشكل ٢٢,١
نتائج تنظير الرحم. انظر اللوحة ٤ للحصول على صورة ملونة.

الأسئلة

- ما هو التشخيص الاكثر احتمالا؟
- إذا تم تأكيد ذلك كيف ستتعامل مع هذه المريضة؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات وتقديم المشورة والتدبير لهذه الفتاة؟

الإجابة ٢٢

ينبغي اعتبار نزيف ما بعد انقطاع الطمث بسبب سرطان بطانة الرحم حتى يثبت العكس. في كثير من الحالات يكون التشخيص حميداً. ومع ذلك، في هذه الحالة، يتم إثارة الشكوك المبكرة بسبب عوامل الخطر لسرطان بطانة الرحم:

- داء السكري من النمط2
- البدانة
- عدم الإنجاب

هناك أيضًا تاريخ طويل من النزف المهم مما يشير إلى وجود أمراض أكثر أهمية. بالنسبة للنساء اللاتي يتحملن الفحص، يمكن إجراء التشخيص عن طريق أخذ عينة من بطانة الرحم في العيادات الخارجية. ولكن في هذه الحالة، فإن عدم القدرة على الفحص بشكل صحيح يعني أنه من المناسب فحص تجويف الرحم وبقية الجهاز التناسلي السفلي تحت التخدير. تم تأكيد تشخيص سرطان بطانة الرحم في تقرير الأنسجة من عينة الكشط.

التدبير

إن علاج سرطان بطانة الرحم هو استئصال الرحم الكلي البسيط في البطن واستئصال البوق ثنائي الجانب، حيث أن ٩٠ في المائة من النساء يعانين من المرض في مرحلة مبكرة منه. يمكن إجراء فحص التصوير بالرنين المغناطيسي قبل الإجراء للتحقق من احتمال وجود انتقالات للعقد اللمفاوية، وفي هذه الحالة يجب إجراء خزعة العقدة اللمفاوية في وقت الجراحة. حالات المرض في المرحلة الثانية أو أكثر أقل شيوعًا وتحتاج إلى علاج إشعاعي مساعد.

هناك حاجة إلى التشريح المرضي لتحديد مرحلة سرطان بطانة الرحم:

- المرحلة ١: يقتصر على جسم الرحم
- 1a يقتصر على بطانة الرحم.
- غزو 1b فقط للنصف الداخلي من عضلة الرحم
- غزو 1c للنصف الخارجي من عضلة الرحم
- المرحلة الثانية: تشمل الرحم وعنق الرحم فقط
- المرحلة ٣: تمتد إلى ما بعد الرحم ولكن ليس خارج الحوض الحقيقي
- المرحلة ٤: تمتد إلى ما بعد الحوض الحقيقي أو إلى المثانة أو المستقيم

يجب إعلام المرأة بأن الإنذار جيد عمومًا، حيث تبلغ نسبة البقاء على قيد الحياة أكثر من ٧٠٪ بعد ٥ سنوات في المرحلة الأولى من المرض، على الرغم من أنها لا تتجاوز ١٠٪ في المرحلة الرابعة من المرض.

النقاط المفتاحية

- يكون نزيف ما بعد انقطاع الطمث بسبب سرطان بطانة الرحم حتى يثبت العكس.
- النساء اللاتي يعانين من نزيف طويل أو حاد أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.
- يتم تصنيف سرطان بطانة الرحم تشريحياً.

الحالة ٢٣: الألم الحوضي

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٤ عامًا تعاني من آلام في الحوض وجماع مؤلم لمدة عامين. وتشعر بالقلق من احتمال إصابتها بتكيس المبايض أو أي مشكلة نسائية أخرى. يحدث الألم في أي وقت من الدورة الشهرية ولكنه يكون أسوأ أثناء نزف الدورة الشهرية. ويمكن أن يكون الأمر أسوأ أيضًا عند التبول أو التغوط. ليس هناك علاقة بالتمارين الرياضية.

لقد كانت مع شريكها الجنسي الحالي لمدة ٦ أشهر ويحدث الألم تقريبًا في كل مرة تمارس فيها الجماع ما لم يكن الإيلاج لطيفًا جدًا. ولم يتم تشخيص إصابتها بأي أمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. لقد حملت مرة واحدة في سن ١٩ عامًا ولكن انتهى الأمر بالإجهاض التلقائي الكامل.

تتغوط بانتظام وتنفي أي انتفاخ أو إمساك أو إسهال أو مخاط في البراز. لقد أصيبت بنوبة من التهاب المثانة منذ بضع سنوات والتي استجابت للمضادات الحيوية.

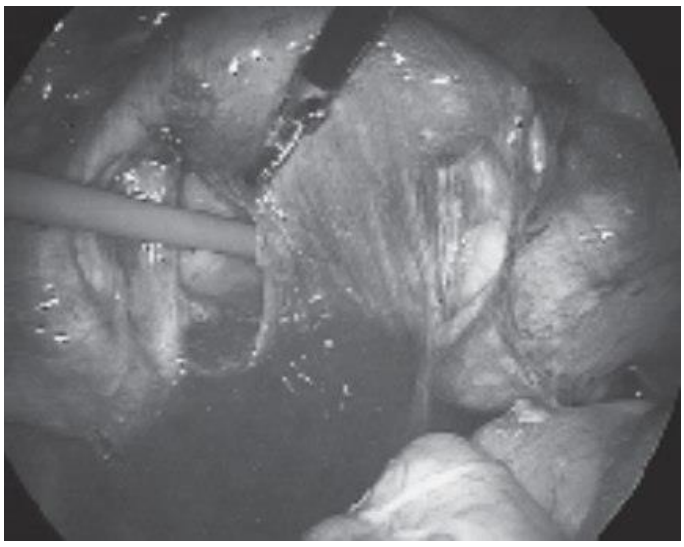
لا يوجد تاريخ طبي آخر ملحوظ ولا تتناول أدوية منتظمة.

الفحص

البطن غير منتفخ ولا يوجد ضخامات حشوية. لا توجد كتل واضحة ولكن هناك طراوة فوق العانة. يبدي فحص المنظار إفرازات طبيعية رقيقة ذات لون رمادي/أبيض وقد تم أخذ المسحات. الرحم مقلوب ولكن حركته محدودة ويكون مؤلمًا عند الحركة. لا توجد كتل ملحقة والملحقات مؤلمة عن الجس.

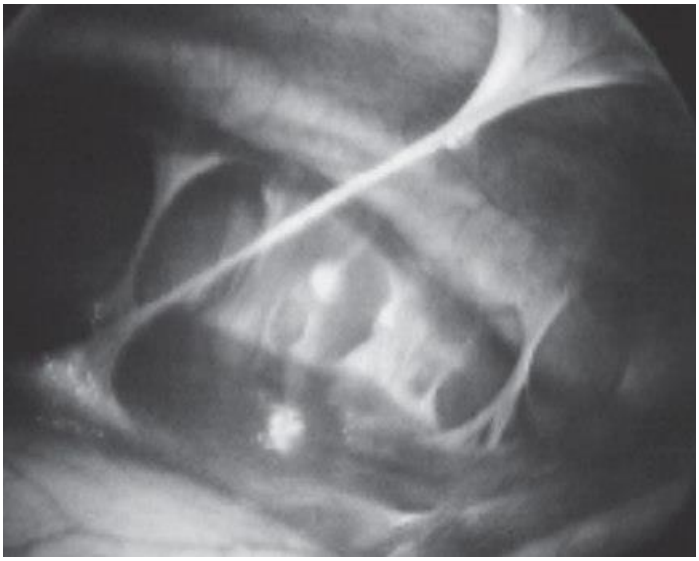
الاستقصاءات

تحليل البول: بروتين سلبي، الدم سلبي، الكريات البيض سلبية. النتريت سلبي.
مسحة باطن عنق الرحم: سلبية
مسحة الكلاميديا: سلبية
المسحة المهبلية: سلبية
تقرير الموجات فوق الصوتية عبر المهبل: الرحم ذو حجم طبيعي. يبلغ حجم بطانة الرحم ١٢ ملم. كلا المبيضين لهما شكل طبيعي ولكنهما يبدوان ملتصقين بالرحم المنقلب خلفياً، ويظهران قدرة محدودة على الحركة. لا يوجد سائل حر في رتج دوغلاس.
تظهر نتائج تنظير البطن في الشكلين ٢٣,١ و٢٣,٢



الشكل ٢٣,١ نتائج تنظير البطن. انظر اللوحة ٥ للحصول على صورة ملونة.

الشكل٢٣,٢ نتائج تنظير البطن. انظر اللوحة ٦ للحصول على صورة ملون



الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف ستتعامل مع هذا المريض؟
- ما هي الآثار طويلة المدى لهذه المريضة؟

الإجابة ٢٣

تظهر صورة تنظير البطن في الشكل ٢٣,١ التصاقات الحوض التي تشير إلى وجود عدوى سابقة. تعتبر الالتصاقات المحيطة بالكبد "أوتار الكمان" في الشكل ٢٣,٢ كلاسيكية من متلازمة فيتز-هيو-كيرتس، والتي تظهر بشكل عام مع عدوى الكلاميديا السابقة على الرغم من وصفها أيضًا بالسيلان. يمكن أن تتطور هذه النتائج في حالة عدم وجود نوبة عدوى متظاهرة سريريًا.

وبالتالي فإن المرأة تعاني من آلام مزمنة ناجمة عن الداء الحوضي الالتهابي. قد تشير المسحات السلبية إلى أنها ربما لم تعد مصابة بالكلاميديا.

التدبير

يمكن تخفيف الألم عن طريق فك الالتصاقات بالمنظار. يجب تجاهل الالتصاقات المحيطة بالكبد لأنها لا تسبب أعراضًا. بخلاف ذلك، فإن خيارات تدبير الألم هي المسكنات أو استئصال العصب الرحمي العجزي.

على الرغم من عدم وجود دليل على وجود عدوى نشطة حاليًا، إلا أن الاختبارات لها حساسية محدودة، لذا من المفيد علاج المرأة وشريكها بكورس من المضادات الحيوية لعلاج الداء الحوضي الالتهابي.

! المضاعفات طويلة المدى لمرض الداء الحوضي الالتهابي

- ألم مزمن
- العقم: من المحتمل أن تعاني هذه المرأة من العقم البوقي، وإذا فشلت في الحمل تلقائيًا، فيجب إجراء تصوير الرحم والبوق مع الإحالة للمساعدة في الحمل إذا تم تأكيد الانسداد
- الحمل خارج الرحم: تزيد حالات الحمل بالتخصيب التلقائي أو في المختبر من خطر الحمل الهاجر في الأنابيب التالفة، وينبغي نصحها بإجراء فحص مبكر عبر المهبل إذا أصبحت حاملاً

وينبغي أيضًا إعلام المرأة أنه على الرغم من احتمالية ضعف الخصوبة، إلا أن الحمل التلقائي قد يحدث، لذا يجب عليها استخدام وسائل منع الحمل الفعالة إذا كانت لا ترغب في الحمل.

النقاط المفتاحية

- متلازمة فيتز هيو كيرتس هي وجود التصاقات محيطة بالكبد مرتبطة بعدوى سابقة بالكلاميديا أو المكورات البنية.
- يعد علاج كلا الشريكين مناسباً.
- يعد الألم المزمن والحمل خارج الرحم والعقم البوقي من العواقب طويلة المدى.

الحالة ٢٤: انقطاع الطمث

القصة

فتاة تبلغ من العمر ١٤ عامًا تم فحصها من قبل طبيبها العام لأن والدتها قلقة من عدم بدء الدورة الشهرية. بدأت الدورة الشهرية لدى أختها الكبرى في عمر ١٣ عامًا، ولدى أختها الصغرى في عمر ١٢ عامًا، وهي الآن تشعر بالحرج في المدرسة حيث يناقش أصدقاؤها دائمًا دورتهم الشهرية ولم تخبرهم أنها لم تمر بها.
تشعر والدتها بالقلق أيضًا لأنه لم يتطور لديها شعر العانة والإبط أو تضخم الثدي.

وُلدت في الأسبوع ٣٨ عن طريق الولادة المهبلية التلقائية ولم تعاني أبدًا من أي مشاكل طبية خاصة. لقد وصلت إلى جميع مراحل نموها عندما كانت طفلة على الرغم من أنها لم تبدأ قفزة النمو في سن المراهقة وهي ثاني أقصر فتاة في فصلها.

تأكل بشكل طبيعي مع عائلتها وتنفي أي اضطراب في الأكل. تشارك في الرياضة المدرسية ولكنها لا تمارس الرياضة بشكل زائد.

إنها اجتماعية مع أصدقائها ولم يكن لديها صديق أبدًا.

كان أداؤها الأكاديمي في المدرسة متوسطًا تقريبًا، على الرغم من أنها لا تقدم أداءً جيداً مثل إخوتها الذين كانوا جميعاً في أعلى المستويات في سنواتهم.

الفحص

عند الفحص كان طولها ١٢٠ سم ووزنها ٥٩ كغ. ليس لديها أي ملامح وجه غير طبيعية ولكن لديها مرفق أروح ورقبة وتراء.
لا يوجد نمو واضح للثدي وتظهر الحلمات متباعدة بشكل واسع. لا يوجد نمو واضح للشعر الإبطي. بفحص البطن لا شيء ملحوظ.
الأعضاء التناسلية الخارجية طبيعية على الرغم من عدم ظهور شعر العانة. لم يتم إجراء الفحص المهبلي.

INVESTIGATIONS

		Normal
Follicle-stimulating hormone	24 IU/L	1–11 IU/L
Luteinizing hormone	20 IU/L	0.5–14.5 IU/L
Oestradiol	84 pmol/L	70–510 pmol/L
Prolactin	239 mu/L	90–520 mu/L

Karyotype: 45XO

Transabdominal ultrasound report: the uterus appears normal size and anteverted. The endometrium appears smooth and thin, measuring 2.4 mm. Both ovaries are visualized and appear to be of small volume. No follicles are seen.

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا وكيف يمكن تأكيد ذلك؟
- ما هي مبادئ التدبير لهذه الفتاة؟

الإجابة ٢٤

المظاهر السريرية نموذجية لتلك الخاصة بمتلازمة تيرنر. ترتبط هذه الحالة الوراثية بغياب كروموسوم X واحد (النمط النووي XO)، وتحدث في حوالي ١ من كل ٢٥٠٠ ولادة أنثى حية. يتم تأكيد ذلك من خلال تحليل الكروموسومات.

في حالات نادرة قد يحدث على شكل فسيفساء (XX/XO)، وفي هذه الحالة تكون المظاهر أكثر اعتدالًا وقد تبدأ المرأة بالحيض ولكن بعد ذلك تعاني من فشل المبيض المبكر وانقطاع الطمث الثانوي.

المظاهر السريرية الشائعة لمتلازمة تيرنر

- رقبة مجنحة
- صدر عريض مع حلمات متباعدة على نطاق واسع ("صندوق الدرع")
- مرفق أروح
- قصر القامة (بحد أقصى ١٥٠ سم بدون علاج)
- المشط الرابع القصير
- آذان منخفضة
- خط شعر منخفض
- الأظافر ناقصة التنسج
- ارتفاع ضغط الدم
- أمراض القلب الخلقية (مثل تضيق الشريان الأبهري)

التدبير

يجب أن تتم تدبير متلازمة تيرنر بالإحالة إلى مركز متخصص.

- نفسياً: إن الآثار المترتبة على تشخيص متلازمة تيرنر مدمرة للطفلة وعائلتها. قد يكون غياب الدورة الشهرية وصمة عار، كما أن انعدام الخصوبة على المدى الطويل هو مفهوم خطير للغاية قد يصعب على الفتاة الصغيرة فهمه.
- طبياً:
  - يجب معالجة قصر القامة لتمكين الفتاة من الوصول إلى كامل طولها. ويتم إعطاء الهرمون البشري لتحقيق ذلك.
  - إن العلاج بالإستروجين في البداية باستخدام إيثينيل استراديول يمكّن من ظهور الخصائص الجنسية الثانوية لنمو الثدي وشعر العانة والإبط. تُضاف المركبات بروجستيرونية المفعول الدورية لاحقًا لتحفيز نزيف الانسحاب (الدورة الشهرية) لأسباب اجتماعية ولحماية بطانة الرحم من التضخم أو ورم خبيث على المدى الطويل. يجب بعد ذلك الاستمرار في العلاج بالإستروجين حتى وقت انقطاع الطمث الطبيعي (من الناحية المثالية ٥٠ عامًا) لمنع ظهور هشاشة العظام في وقت مبكر لدى هذه الفتاة. الخصوبة: تتوفر خيارات الخصوبة من خلال التبرع بالبويضة والدعم الهرموني.

النقاط المفتاحية

- متلازمة تيرنر هي سبب انقطاع الطمث البدئي.
- سيتم تشخيص معظم الفتيات في مرحلة الطفولة المبكرة بسبب قصر القامة أو غيره من السمات الجسدية، ولكن لن يتم تشخيص بعضها إلا عند فشل بدء الحيض.
- يعد العلاج، الهرموني عادةً، لحماية كثافة العظام أمرًا ضروريًا.

.

الحالة ٢٥: نزيف ما بعد الجماع وبين الدورة الشهرية

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٨ عامًا تعاني من نزيف ما بين الدورات الشهرية وبعد الجماع. لقد كانت تتناول حبوب منع الحمل المركبة لمدة ٤ سنوات وكانت تعاني من طموث خفيفة منتظمة طوال تلك الفترة. لقد كانت مع نفس الشريك منذ أن كان عمرها ٢٠ عامًا ولم تعاني من أي نوبات سابقة من النزيف. يكون النزيف خفيفًا وحديثًا، ويحدث مباشرة بعد الجماع. وفي أحيان أخرى يحدث بشكل عفوي في أوقات غير متوقعة. وتختلف في شدتها ولكنها ليست غزيرة أبدًا. غير مترافقة مع ألم.

لقد خضعت لاختبار مسحة طبيعي في سن ٢٥ عامًا. لم يسبق لها أن أصيبت بأي أمراض منقولة جنسيا، ولم تكن حاملاً قط، وليس هناك تاريخ سابق لأمراض النساء.

طبيا هي بخير ولا تتناول أي دواء.

الفحص

البطن غير مؤلمة ولا توجد كتل واضحة. تبدو الأعضاء التناسلية الخارجية طبيعية. عند فحص المنظار، يبدو المهبل طبيعيًا وكذلك عنق الرحم. ومع ذلك، يبرز من خلال فتحة عنق الرحم الخارجية ورم لحمي وردي اللون يتحرك بحرية عند لمسه بقطعة قطن.

الأسئلة

- ما هي التشخيصات التفريقية المعتادة للنزيف غير المنتظم لدى النساء اللاتي يتناولن الدواء COCP اللاتي لديهن نتائج الفحص الطبيعي؟
- ما هو التشخيص المحتمل في هذه الحالة؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة بشكل أكبر؟

الإجابة ٢٥

التشخيص التفريقي للنزيف غير المنتظم باستخدام COCP إذا كان الفحص طبيعياً

- التزام ضعيف بالدواء
- المضادات الحيوية المتزامنة (تضعف امتصاص COCP)
- الإسهال أو القيء (ضعف الامتصاص)
- العدوى (الكلاميديا أو السيلان أو المبيضات)
- شتر عنق الرحم
- الأهبة للنزف
- التفاعلات الدوائية (مثل مضادات الصرع)

في هذه الحالة يظهر الفحص وجود ورم في باطن عنق الرحم. هذه بشكل عام آفة حميدة تمتد عبر قناة عنق الرحم من تجويف بطانة الرحم، على عنق طويل ورفيع. قد يكون بدون أعراض ويتم العثور عليه بالصدفة في وقت اختبار اللطاخة الروتيني. وبدلاً من ذلك قد يؤدي إلى ظهور أعراض نزيف ما بين الدورة الشهرية أو ما بعد الجماع كما هو الحال في هذه المرأة.

التدبير

يكون التدبير بسيطاً عن طريق الاستئصال في العيادة الخارجية تحت فحص المنظار. يتم الإمساك بالورم باستخدام ملقط السليل ولفه بشكل متكرر حتى ينفصل عن قاعدته. ولا يهم إذا لم ينفصل الساق بأكمله مع السليلة، حيث أن أي بقايا تنخر وتختفي بشكل عام. يجب دائمًا إرسال الورم للفحص النسيجي على الرغم من أن الأورام الخبيثة نادرة للغاية.

في النساء الأكبر سناً أو أولئك الذين يشير تاريخهم إلى أمراض أخرى محتملة، يجب تنظيم الموجات فوق الصوتية لتقييم تجويف بطانة الرحم بشكل أكثر شمولاً. وهذا ليس ضروريا في هذه الحالة.

النقاط المفتاحية

- يجب أن يكون لدى النساء اللاتي يعانين من نزيف غير منتظم في COCP تاريخًا شاملاً والفحص بالمسحات المأخوذة للتأكد من الإصابة.
- سلائل باطن عنق الرحم شائعة وحميدة بشكل عام.
- إن استئصال السلائل من باطن عنق الرحم أمر بسيط في العيادات الخارجية.

الحالة ٢٦: المزاج المتقلب وألم البطن

القصة

أم تبلغ من العمر ٣٧ عاماً تقدمت للطبيب العام بشكاية المزاج الدوري المتقلب وتقول إنها عانت دائماً مع الدورة الشهرية (متلازمة ما قبل الحيض) وأنه في العائلة كان على والدتها إجراء استئصال الرحم لنفس المشكلة. ذكرت أن دورتها كانت دائماً مؤلمة وأنها كانت دائماً سريعة الغضب في الفترة ما قبل الحيض. ولكن الآن أنها تشعر أنها ليست نفسها منذ أسبوعين على الأقل قبل الدورة الشهرية وأن الألم قد ساء. كما أنها تلاحظ الصداع، وتورماً وإيلاماً في الثدي.

عادةً ما تكون دوراتها مع نزيف منتظم لمدة تصل إلى ٦ أيام كل ٢٧-٣١ يوم. لديها كان ثلاثة أطفال عن طريق الولادة الطبيعية وأصغرهم يبلغ من العمر الآن ٥ سنوات. ليس لديها تاريخ طبي آخر.
وقد تزوجت من ١٤ سنة وتقول إنها غالباً ما تشعر بالعدوانية تجاه زوجها أو بدلاً من ذلك تشعر بالاكتئاب. قبل إنجاب الأطفال عملت في أحد البنوك وليست متأكدة مما إذا كانت ستعود لأنها تشعر أنها قد تكون غير قادرة على التأقلم.

الفحص

لم يتم العثور على أي خلل في الفحص الباطني أو العصبي.

الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك تحديد سبب الأعراض وتدبير هذه المريضة؟

الإجابة ٢٦

من الواضح أن المرأة تشعر أن هذه المشكلة في أمراض النساء وأنها مصابة بمتلازمة ما قبل الدورة الشهرية. يجب تأكيد التشخيص مع وجود دليل على ظهور الأعراض في المرحلة الأصفرية وهل في غضون يوم أو يومين من بدء الحيض. التشخيص التفريقي هو الاكتئاب الذي يمكن أن يظهر بطريقة مشابهة لمتلازمة ما قبل الدورة الشهرية.

هناك حاجة إلى مذكرة أعراض لتسجيل الأعراض لكل يوم، على مدى فترة ٣ أشهر. يجب على المرأة التعليق على مخطط مع شدة كل عرض ومتى يحدث الحيض. يجب أن تبدأ الأعراض بعد منتصف الدورة، ويجب أن تختفي الأعراض بعد فترة، ويجب أن يكون هناك عدد من الأيام الخالية من الأعراض كل شهر.

يظهر مثال على يوميات الأعراض في الشكل ٢٦,١.

Symptom diary

May																												
Symptom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Breast tenderness	xxx	xxx	xx	xx	xx	x																	x	x	x	xx	xx	xxx	xxx	xxx	xx
Low mood	xxx	xxx	x	xxx	xxx	xxx	x																		x	xx	x	x	x	xx	xxx
Feeling aggressive	xxx	xx	xx	xxx	xx																							x		x	x
Bloated	x	x	xx	xx	x	x	x															xx	xx	xx	xxx	xxx	x	x	xx	x	xx
Menstruation						x	x	x	x	x	x	x																			

June																														
Symptom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Breast tenderness	x	xx																x	x	xx	xx	xxx	x	x	xx	xxx	xxx	xxx	xxx	x
Low mood	xxx	xx	x							x	x														xx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Feeling aggressive	x																			x		x	x			x	x	xxx	xx	xx
Bloated	xx	xx	x																											
Menstruation		x	x	x	x	x	x	x																						x

July																														
Symptom	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Breast tenderness																x	xx	xx	x	xx	xx	x	xxx	x	x						
Low mood	x						x										xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx	xx	xx				
Feeling aggressive	x																			x	x	xx	x	x							
Bloated	x	x														x	xx	xx	xxx	xxx	x	x	xx	xxx	xxx	xx	xx	x			
Menstruation	x	x	x	xx																							x	x	x	x	x

Figure 26.1 Premenstrual syndrome symptom diary.

التدبير

إذا تم تأكيد ذلك، فيجب مناقشة التشخيص مع المرأة، وتقديم ما هو مناسب والتفهم والدعم ولكن شرح أن التدبير متغير النجاح لكل امرأة وهذا حجم واحد لا يناسب الجميع. الفيتامينات وزيت زهرة الربيع المسائية هي لم تثبت في التجارب ولكن قد يكون لها تأثير وهمي.

انقطاع الإباضة مع حبوب منع الحمل عن طريق الفم غالباً ما يكون ناجحاً في النساء تحت سن ٣٥ سنة.

تتمتع مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية بمعدل نجاح جيد في التجارب العشوائية، وينبغي نصح المرأة أن يكون لها تأثير محدد مع الدورة الشهرية بدلاً من مجرد تأثير مضاد للاكتئاب العام.

لن يكون استئصال الرحم مفيداً مالم تتم إزالة المبيضين أيضاً، وهذا ينطوي على خطر الإصابة بأمراض كبيرة مع الحاجة إلى العلاج بالهرمونات البديلة بعد ذلك والتي قد يكون لها آثار جانبية أو مضاعفات خاصة بها.

النقاط المفتاحية

يتم تشخيص متلازمة ما قبل الطمث من خلال أعراض يومية.

لا يوجد علاج واحد فعال لجميع النساء.

مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية فعالة في العديد من النساء مع متلازمة ما قبل الطمث.

الحالة٢٧ : ورم حوضي

القصة

أحيلت امرأة تبلغ من العمر ٢٨ عام إلى عيادة التنظير المهبلي بسبب النزيف الدموي بين الحيض وبعد الجماع. عند الفحص، كانت هناك آفة مرئية بالعين المجردة، وشوهدت ملامح خبيثة عند التنظير. وأظهرت الخزعة اللاحقة سرطان الخلايا الحرشفية الغازية في عنق الرحم.

تم إبلاغ المرأة بالتشخيص ونتيجة لذلك خضعت للفحص تحت التخدير وتنظير المثانة والمستقيم للتقييم. تم العثور على الكتلة ليكون حجمها ٣ سم ولم يكن هناك امتداد واضح ملموس أو مجسوس في الرحم أو المهبل أو الملحقات. كان كل من تنظير المثانة وتنظير المستقيم طبيعيين.

كان لديها طفل واحد لكنها كانت تأمل في إنجاب طفل آخر على الأقل وهي محطمة بسبب التشخيص.

INVESTIGATIONS

		Normal
Haemoglobin	12 g/dL	11.7–15.7 g/dL
White cell count	8×10^9/L	$3.5–11 \times 10^9$/L
Platelets	344×10^9/L	$150–440 \times 10^9$/L
Sodium	138 mmol/L	135–145 mmol/L
Potassium	3.5 mmol/L	3.5–5 mmol/L
Urea	3.6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L
Creatinine	76 μmol/L	70–120 μmol/L

Chest X-ray report: normal heart and lung fields. No abnormalities detected.

Renal tract ultrasound report: normal sized kidneys. Both ureters are of normal calibre with no evidence of obstruction.

الأسئلة

ما هي خيارات العلاج الممكنة ومضاعفاتها المحتملة؟

الإجابة ٢٧

يمكن علاج سرطان عنق الرحم جراحياً أو شعاعياً. يتم إجراء التقييم سريرياً في الفحص تحت التخدير كما هو موضح.

! تصنيف سرطان عنق الرحم

المرحلة ١: سرطان يقتصر على عنق الرحم
١أ: سرطان مجهري
_ ١أ١: غزو أنسجة أقل من عمق ٣ مم وعرض أقل من ٧ مم.
_ ١أ٢: غزو أنسجة يصل قطره إلى ٥ مم وعرض أقل من ٧ مم.
١ب: سرطان عياني
_ ١ب١: آفة تصل إلى ٤ سم.
_ ١ب٢: آفة أكبر من ٤ سم.
المرحلة ٢: سرطان يمتد خارج عنق الرحم إلى الثلثين العلويين من المهبل أو الملحقات.
المرحلة ٣: سرطان يمتد إلى الثلث السفلي من المهبل أو الجدار الجانبي للحوض.
المرحلة ٤: سرطان يشمل المثانة والمستقيم أو خارج الحوض.

الاستئصال الجذري للرحم

هو إجراء جراحي يستخدم لعلاج سرطان عنق الرحم في المرحلة ١ب وما قبلها المعروف أيضاً باسم استئصال الرحم فيرتهايم. (وهذا ينطوي على إزالة الرحم وعنق الرحم والعقد اللمفية الحوضية والملحقات وكذلك الثلث العلوي من المهبل). تتضمن المضاعفات النزيف والإنتان. قد يحدث تلف في الحالب وأذية الأوعية الدموية ممكنة. تشمل مضاعفات ما بعد الجراحة الالتهابات الصدرية، الجروح أو المسالك البولية وكذلك الجلطات الدموية الوريدية والوذمة اللمفية اللاحقة من انقطاع التصريف اللمفاوي من الأطراف السفلية. ميزة هذا العلاج هو أنه يحافظ على وظيفة المبيض وهو من أهم فوائد استئصال الرحم الجذري حيث يساعد على الحفاظ على صحة المرأة العامة ويمنع هشاشة العظام بسبب العلاج الشعاعي.

استئصال عنق الرحم

وهذا ينطوي على إزالة عنق الرحم والعقد اللمفية والأنسجة المحيطة بالرحم مع الحفاظ على المبيض وجسم الرحم مع إدخال خياطة (تطويق) في قاعدة الرحم. يتم استخدامه بشكل انتقائي للنساء المصابات في المرحلة المبكرة اللواتي يرغبن في الحفاظ على الخصوبة.

العلاج الإشعاعي

يجب علاج النساء بعد المرحلة ١ب والنساء بعد سن اليأس بالعلاج الشعاعي وهو فعال ولكنه مرتبط بالتأثيرات طويلة الأمد لتضيق الأمعاء والتهاب المثانة وتضيق المهبل. كما أنه يحول لنساء عموماً إلى حالة انقطاع الطمث بسبب الإشعاع على المبيضين.

النقاط المفتاحية

ينبغي أخذ سرطان عنق الرحم في عين الاعتبار لدى أي امرأة تعاني من نزيف ما بين الحيض أو نزيف ما بعد الجماع.
تحدد مرحلة المرض سريرياً تحت التخدير.
يمكن علاج سرطان عنق الرحم جراحياً أو عن طريق العلاج الإشعاعي اعتماداً على مرحلة المرض.

الحالة ٢٨: سلس البول

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٤٩ عام تعاني من تسرب البول. بدأ هذا بعد ولادتها الطفل الثالث قبل ١٠ سنوات وتفاقم تدريجياً. لم تشعر بالراحة في الحديث مع
طبيبها العام حول هذا الموضوع حتى الآن. يحدث التسرب عند السعال والضحك ومع ذلك فقد بدأت مؤخراً في لعب كرة الريشة لفقدان الوزن.
والأعراض أسوأ بكثير لكنها اكتشفت على الرغم من أن الأعراض تتحسن كثيراً إذا ارتدت سدادة قطنية أثناء اللعب. لا يوجد عسر تبول أو تبول ليلي أو
تكرار أو إلحاح. تعاني من إمساك خفيف.

ولدت جميع أطفالها عن طريق تحريض المخاض بعد تمام الحمل. وزنهم ٣,٦ كغ و٣,٨ كغ و ٤,١ كغ على التوالي وإنها احتاجت إلى ولادة بالملقط للطفل الثالث بعد فشل التقدم في المرحلة الثالثة. لديها دورة شهرية منتظمة وأجرت التعقيم بالمنظار.
لا يوجد تاريخ طبي آخر ولا تأخذ أي دواء. تدخن ١٥ سيجارة في اليوم ولا تشرب الكحول.

الفحص

مؤشر كتلة الجسم هو ٢٩كغ/م^{٢}. لا توجد نتائج مهمة سريرياً في فحص البطن أو المهبل.

الاستقصاءات
تحليل البول: البروتين سلبي، الدم سلبي، الكريات البيض سلبية، النتريت سلبية. تقرير ديناميكا البول: شعرت الحاجة الأولى في الإفراغ عند ٣٠٠ مل. أقصى سعة للمثانة ٤٥٠ مل. لوحظ فقدان البول اللاإرادي مع السعال أثناء ملء المثانة مع غياب نشاط عضلة المثانة الباسطة.

الأسئلة

ما هو التشخيص؟
كيف تنصح وتدبر هذه الحالة؟

الإجابة ٢٨

هذه المرأة تعاني من سلس البول. يمكن تشخيص سلس الإجهاد من التاريخ المرضي. فقدان السيطرة على البول بشكل لاإرادي عندما يزداد الضغط داخل البطن مثل ممارسة الرياضة أو السعال. يعد سلس البول الإجهادي الديناميكي المشار إليه سابقاً بسلس الإجهاد الحقيقي (هو فقدان السيطرة على البول بشكل لاإرادي عندما يتجاوز الضغط داخل المثانة الحد الأقصى لضغط مجرى البول في حال غياب انقباض العضلة الباسطة للمثانة ولا يمكن تشخيصه إلا بعد اختبار ديناميكا البول.

التوصيات

التوصيات المحافظة

- نمط الحياة
- يجب نصح المرأة بالتحكم في العوامل التي تؤدي إلى تفاقم الأعراض:
- تقليل الوزن.
- التوقف عن التدخين لتخفيف أعراض السعال المزمن.
- تغيير النظام الغذائي والنظر في المسهلات لتجنب الإمساك.
- تمارين قاع الحوض: تدريب عضلات قاع الحوض بشكل صحيح علاج فعال للغاية ويمكن أن يسبب تحسناً في الأعراض أو الشفاء فيما يصل إلى ٨٥ في المئة من النساء.

التوصيات الجراحية

التقنيات الجراحية الرئيسة المستخدمة حالياً هي:

- شريط مهبلي عبر المهبل أو عبر السدادية.
- تعليق القولون.

كلاهما فعال ولكن التقنية السابقة قليلة الغزو وتقدُم التعافي أكثر سرعة. يمكن أن تكون التقنيات البديلة مثل الحقن حول الإحليل تستخدم في الحالات المقاومة للحرارة أو عندما تكون المرأة غير مناسبة للجراحة.

النقاط المفتاحية

تشخيص سلس البول الجهدي سريرياً.
الخط الأول للعلاج هو تجنب العوامل المفاقمة وتمارين عضلات الحوض.
يجب تأكيد سلس البول الديناميكي قبل الجراحة.

الحالة ٢٩: آلام الحوض

القصة

طالبة تبلغ من العمر ٢١ عام تعاني من ألم في الحفرة الحرقفية اليسرى وأسفل البطن. الألم موجود بشكل متقطع ولا يوجد أي نمط له باستثناء أنه يكون عموماً أسوأ أثناء التمرين، لذلك توقفت عن الجري للحفاظ على لياقتها البدنية. بدأ الألم منذ ٦ أشهر، وأصبح تدريجياً أكثر شيوعاً وشدة. لا يزداد الألم سوءاً مع الدورة الشهرية، وهي غير نشيطة جنسياً حالياً، لذا لا يمكنها الإبلاغ عن أي ألم أثناء الجماع. دورتها الشهرية منتظمة وغير غزيرة أو مؤلمة بشكل خاص. لم تعاني من أي مشاكل أمراض النساء السابقة. كان لديها شريك جنسي واحد قضت معه ٤ سنوات. تنفي وجود أي عدوى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.
من الناحية الطبية، فهي سليمة وجيدة، وقد تم قبولها في المستشفى فقط لإزالة ضرس العقل واستئصال اللوزتين كطفلة، لا تتناول أي أدوية.

الفحص

المرأة نحيفة والبطن لينة مع كتلة مجسوسة في الحفرة الحرقفية اليسرى. هذه الكتلة صلبة ويمكن تحريكها. إنها مؤلمة بشكل معتدل.
فحص المنظار طبيعي. يؤكد الفحص الثنائي اليدوي وجود كتلة بحجم ٨ سم في المبيض الأيسر. يمكن جس الرحم بشكل منفصل وهو متحرك ومائل نحو الأمام. المبيض الأيمن طبيعي.

	الاستقصاءات
	تظهر صورة الأشعة السينية للبطن في الشكل. ٢٩,١. تظهر نتائج الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل. ٢٩,٢.

Figure 29.1 Abdominal X-ray.

Figure 29.2 Transvaginal ultrasound findings.

الأسئلة

ما هو التشخيص؟

كيف يمكنك تدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٢٩

المرأة لديها كيسة مبيضية يسرى. يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية وجود كيسة مبيضية. هذه الكيسة تتميز بنوع مزدوج من الصدى مع "ظل صوتي" وهذا الشكل نموذجي لخراج المبيض (المعروف أيضاً باسم الورم العجائبي الحميد). تظهر الأشعة السينية وجود أسنان في الحفرة الحرقفية اليسرى.
هذه الكيسات شائعة. عادةً ما يكون هناك سائل دهني موجود، غالباً بالاقتران مع خيوط من الشعر أو أحياناً الأسنان. إذا تطورت أنسجة الغدة الدرقية النشطة، فقد تعاني المرأة من أعراض فرط نشاط الغدة الدرقية ويشار إلى الكيسة باسم الدراق المبيضي.
العلاج جراحي باستئصال كيسات المبيض، بسبب حجم الكيسة والأعراض. يفضل إجراء ذلك بالجراحة التنظيرية. في حالة الكيسات اللاعرضية، هناك إمكانية للعلاج المرتقب ("المراقبة والانتظار") ومع ذلك، فإن مخاطر ترك الكيسة هي:
حدوث الخباثة في حوالي ٢٪ من خراجات المبيض.
يعتقد أن انفتال المبيض شائع نسبياً لدى النساء المصابات بخراجات المبيض، وإذا حدث ذلك، فهو حالة طبية طارئة قد تتطلب استئصال المبيض.

ينبغي إبلاغ المرأة بأن هذه الكيسات شائعة جداً، وأن هناك احتمال ضئيل جداً أن تكون خبيثة أو إن إزالتها ستؤثر على الخصوبة لديها. ومع ذلك، قد يحدث نكس في أي من المبيضين، ويجب عليها أن تسعى لاستشارة أخرى إذا ظهرت عليها آلام متكررة.

النقاط المفتاحية

- خراجات المبيض (الكيسات العجائبية الناضجة) هي سبب شائع لتكيس المبيض لدى النساء الشابات.
- عادةً ما تظهر خراجات المبيض بمظهر كلاسيكي بالأشعة السينية أو الإيكو.
- يوصى عادةً بالجراحة بسبب احتمال خطورة ضئيل لحدوث انفتال أو تحول لخباثة.

الحالة ٣٠: الحيض الباكر

القصة
تم تحويل فتاة تبلغ من العمر ٨ سنوات إلى طبيب أمراض النساء من قبل طبيبها العام لأن الدورة الطمثية لديها قد بدأت. وُلدت ولادة مهبلية عفوية بعد حمل طبيعي. أصابتها الأمراض الشائعة في مرحلة الطفولة، لكن لا يوجد تاريخ طبي جدي يُذكر.
لا تتناول أي أدوية. كان تطورها الجسدي عادي حتى قبل عام تقريباً عندما أصبحت ثاني أطول فتاة في صفها بعد أن كانت بطول متوسط.
في المجال التعليمي، تحقق الفتاة مستوى مماثل لأقرانها.
لديها العديد من الأصدقاء ولا تعاني من أي مشاكل سلوكية. هي أكبر ثلاثة أطفال، وتذكر والدتها أن دورتها الطمثية بدأت بعمر ١١ سنة.

الفحص
الفحص العام طبيعي. لدى الفتاة نمو واضح لبرعم الثدي وبعض الشعر الرقيق في العانة. لم يتم إجراء فحص إضافي للأعضاء التناسلية.

الأسئلة
- ما هو التشخيص وما هي المشاكل المرتبطة به؟
- كيف ستقوم بفحص وتدبير هذه الفتاة؟

الإجابة ٣٠

يبلغ متوسط سن بدء الطمث للفتيات ١٣ عام، وبدء الدورة الطمثية قبل سن ٩ سنوات كما هو الحال في هذه الحالة يُصنف على أنه البلوغ المبكر.
في البلوغ الطبيعي، تبدأ الفتيات عادةً بنمو برعم الثديين من ٩-١٣ سنة ونمو شعر العانة من ١٠-١٤ سنة وبدء الطمث بعمر من ١١-١٥ سنة وزيادة معدل النمو يبدأ بعمر ١١-١٢ سنة ويكتمل النمو تقريباً بعمر ١٥ سنة. عندما تحدث هذه التغيرات قبل الوقت المعتاد ولكن بنفس التسلسل الطبيعي، يُسمى ذلك البلوغ المبكر الحميد أو البلوغ المبكر البنيوي. هذا النوع من البلوغ يكون غالباً وراثياً ولا يسبب أي مشاكل صحية كبيرة. أما إذا حدثت هذه التغيرات مبكراً جداً أو خارج التسلسل الطبيعي، فمن المحتمل أن يكون هناك سبب مرضي وراء ذلك، يُسمى البلوغ المبكر غير الحميد.

أسباب البلوغ المبكر

- البلوغ المبكر الحميد (٩٠ في المئة).
- قصور الغدة الدرقية.
- آفات الجهاز العصبي المركزي (السكتة الدماغية، التصلب العصبي الورمي).
- ورم مبيضي.
- ورم كظري.
- الأستروجين الخارجي.

مشاكل البلوغ المبكر

- النمو: على الرغم من بدء فترة النمو السريع مبكراً في البلوغ المبكر، إلا أن النمو يتوقف أيضاً قبل الأوان (إغلاق المشاش المبكر). لذلك، فإن الفتيات المصابات بالبلوغ المبكر معرضات لخطر قصر القامة إذا لم يتم علاجهن.
- الإحراج: قد يكون من الصعب جداً على الفتاة التعامل مع الخصائص الجنسية الثانوية المبكرة وبداية الدورة الطمثية في سن مبكرة.
- التفاعل الاجتماعي: قد تنشأ صعوبات عندما يقوم الأشخاص الذين لا يعرفون العمر الزمني للطفل بافتراض مستوى من النضج الفكري والعاطفي يتوافق مع النضج البدني للطفل (العمر الظاهري).

الاستقصاءات

للتأكيد على توافق مستويات الهرمونات مع مراحل البلوغ الطبيعية ينبغي التحقق من الهرمونات التناسلية والبرولاكتين وهرمونات الغدة الدرقية. قد يكون التصوير المقطعي المحوسب (CT) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) ضرورياً لرؤية وتقييم سويقة الغدة النخامية. الموجات فوق الصوتية البطنية والحوضية ستستبعد وجود ورم في المبيض أو الغدة الكظرية. مسح العظام سيحدد العمر العظمي البيولوجي لتحديد ما إذا كان العلاج بكبت الغدة النخامية ضرورياً.

التدبير

بناءً على السير الطبيعي للتغيرات لدى هذه الفتاة والتي تقع ضمن نطاق السنتين المعتادتين لبدء الحيض، يمكن متابعتها ومراقبتها. أما لو كانت التغيرات قد بدأت في سن أصغر، فيجب حينها البدء بعلاج مثبط للغدة النخامية باستخدام نظائر هرمون GnRH لتأخير فترة النمو النهائي المفاجئ والحفاظ على طولها الطبيعي.

النقاط المفتاحية

- أكثر من ٩٠٪ من الفتيات المصابات بالبلوغ المبكر يعانين من "البلوغ المبكر البنيوي (مجهول السبب)"، والذي لا يوجد له سبب مرضي واضح. ولكنه قد يتضمن تسلسل غير طبيعي لتغيرات البلوغ أو بداية مبكرة جداً. وفي هذه الحالات، يلزم إجراء المزيد من الفحوصات.
- المشكلتان الرئيسيتان للبلوغ المبكر هما قصر القامة عند اكتمال النمو والإحراج الاجتماعي.

الحالة ٣١: نمو الشعر الزائد

القصة

امرأة تبلغ من العمر ١٩ عام تم إحالتها من قبل طبيبها العام بسبب زيادة نمو الشعر.
لاحظت المريضة وجود مشكلة زيادة الشعر أولاً عندما كانت في سن ١٦ تقريباً، وقد تفاقمت الحالة تدريجياً لدرجة أنها تشعر الآن بالحرج الشديد ولن ترتدي البكيني أو تذهب للسباحة أبداً. كما تؤثر الحالة على قدرتها على تكوين العلاقات. ينمو الشعر الزائد بشكل رئيسي على ذراعيها وفخذيها وبطنها. وقد لاحظت مؤخراً ظهور شعر أعلى الشفة العليا. جربت حلاقة الشعر لكنها شعرت أن ذلك يزيد المشكلة سوءاً، كما تعتقد أن كريمات إزالة الشعر غير فعالة. تعتبر عملية الشمع مفيدة لكنها مكلفة للغاية وقد قامت بتبييض شعر أعلى الشفة العليا. لم يقم طبيبها العام بوصف أي علاج في الماضي.
لا يوجد تاريخ طبي سابق مهم. بدأت الدورة الطمثية لديها في سن ١٣ عام وتأتي كل ٣٠-٣٥ يوم. الدورة غير مؤلمة أو غزيرة ولا يوجد نزيف أو إفرازات بين الدورات. لم تكن نشطة جنسياً أبداً.

الفحص

بالفحص يلاحظ أن مؤشر كتلة الجسم مرتفع لدى المريضة حيث يبلغ ٢٩ كغ/م^{٢}. كما يبلغ ضغط الدم ١١٨/٧٠ ملم زئبقي. هناك نمو شعر زائد على الساعدين والساقين والفخذين وفي منتصف البطن أسفل السرة. يوجد أيضاً كمية ضئيلة من الشعر أعلى الشفة العليا. البطن لينة ولاتوجد كتل مجسوسة. لاداعي للفحص الحوضي لأنها عذراء.

INVESTIGATIONS

		Normal
Follicle-stimulating hormone (FSH)	7 IU/L	Day 2–5 1–11 IU/L
Luteinizing hormone (LH)	12 IU/L	Day 2–5 0.5–14.5 IU/L
Prolactin	780 mu/L	90–520 mu/L
Testosterone	3.2 nmol/L	0.8–3.1 nmol/L
Thyroid-stimulating hormone	4.9 mu/L	0.5–5.7 mu/L
Free thyroxine	14.7 pmol/L	10–40 pmol/L

الأسئلة

- ماهو التشخيص التفريقي الأكثر احتمالاً؟
- كيف ستجري المزيد من الاستقصاءات وتعالج هذه المرأة؟

الإجابة ٣١

إن التشخيص الأكثر ترجيحاً هو متلازمة تكيس المبايض. يدعم هذا التشخيص السمات السريرية كالشعرانية، حب الشباب، زيادة مؤشر كتلة الجسم واضطراب طفيف بانتظام الدورة الطمثية. تُظهر نتائج التحاليل الحيوية النموذجية ارتفاع معتدل في الأندروجين وزيادة نسبة الهرمون الملوتن إلى الهرمون المنبه للجريب.

إذا كان مستوى التستوستيرون أعلى، فيجب مراعاة الأورام المفرزة للأندروجين (أورام المبيض المفرزة للأندروجين، أو أورام الغدة النخامية، أو أورام الغدة الكظرية).

تشمل الأسباب الأخرى لفرط الأندروجين دوائي المنشأ (كورتيكوستيرويدات، دانازول، تستوستيرون)، مجهول السبب أو عائلي.

استقصاءات إضافية

يجب إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية عبر البطن لتأكيد ميزات الايكو للمبايض متعددة الكيسات، على الرغم من أن هذا في الواقع ليس سمة أساسية لتشخيص المتلازمة.

التدبير

يتم استخدام العديد من العلاجات للشعرانية بمجرد استبعاد الأسباب الخطيرة لفرط الأندروجين. واحدة من الأكثر شيوعاً هو البدء بمانعات الحمل الفموية المركبة التي تحتوي على أسيتات سيبروتيرون (كو-سيبريندول). أسيتات سيبروتيرون هو مضاد أندروجين ذو نشاط بروجستيروني. يستغرق الأمر عدة أشهر حتى يتم ملاحظة تحسن في نمو الشعر وستبقى في هذه الأثناء بحاجة لاستخدام العلاجات التجميلية.

إذا لم يكن هذا فعال، فيمكن استخدام أسيتات سيبروتيرون بجرعة أعلى إما بمفرده، أو بالإضافة إلى كو-سيبريندول.

يجب أن تشمل النصائح العامة فقدان الوزن، إذ يبطل الخلل الأيضي المرتبط بمتلازمة تكيس المبايض، وهو مفيد على المدى الطويل فيما يتعلق بالمخاطر القلبية الوعائية المعروفة المرتبطة بفرط الأندروجين.

النقاط المفتاحية

- معظم النساء المصابات بالشعرانية لديهن متلازمة تكيس المبايض أو ميل عائلي.
- يجب استبعاد الأورام المفرزة للأندروجين لدى النساء بمستويات هرمون التستوستيرون فوق ٥ نانومول/لتر.
- للشعرانية عواقب نفسية اجتماعية كبيرة.

الأمراض النسائية الإسعافية

الحالة ٣٢: الألم واللولب داخل الرحم

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٠ عام قام طبيبها العام بتركيب لولب رحمي لها يطلق الليفونورغيستيريل IUS قبل ٣ أسابيع. حضرت قسم الطوارئ منذ ١٠ ايام بشكاية آلام حادة في البطن، وعند الفحص لم تكن خيوط اللولب مرئية وأشار لفحص بالموجات فوق الصوتية أن مكان اللولب غير صحيح في القرن الأيمن للرحم. تم تحديد موعد لاستئصال اللولب بالمنظار الرحمي لكنها جاءت مرة أخرى في هذه الأثناء تعاني من آلام إضافية.

الفحص

البطن متنفسة ولينة ويوجد ارتداد أسفل البطن. لا يمكن رؤية الخيط عند فحص المهبل.

الاستقصاءات
تقرير الموجات فوق الصوتية عبر المهبل: الرحم مائل للأمام وحجمه طبيعي. بطانة الرحم منتظمة وسماكتها ١١ ملم. اللولب غير مرئي. كلا المبيضين يبدوان طبيعيين في الحجم والشكل. صورة الأشعة السينية للبطن في الشكل. ٣٢,١.

Figure 32.1 Abdominal X-ray.

الأسئلة

- كيف تفسر الأعراض والنتائج؟
- كيف يمكنك إجراء استقصاءات إضافية وتدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٣٢

تظهر الأشعة السينية العادية اللولب في الحوض ولكنها مستلقي بزاوية عرضية في الحوض الأيمن. من الواضح أنه ليس داخل الرحم. تؤكد نتيجة الموجات فوق الصوتية الحالية أن الرحم فارغ. ومع ذلك، أشار التقرير السابق إلى أن الجهاز كان عند عنق الرحم. لذلك يمكن الاستنتاج أنه تم إدخال اللولب في الرحم ولكنه هاجر في وقت لاحق من خلال عضلة الرحم إلى التجويف البريتواني. ليس لدينا دليل لتحديد ما إذا كان قد تم وضعه في الأصل في الموضع الصحيح في قاع الرحم أم لا.

! مضاعفات جهاز منع الحمل داخل الرحم IUS إدخال اللولب داخل الرحم

- انثقاب الرحم.
- هجرة الجهاز من خلال التجويف البريتواني.
- الداء الحوضي الالتهابي.
- طرد الجهاز (عادة مع الفترة التالية).

الاستقصاء

الاستقصاء الوحيد المهم هو اختبار الحمل حيث من المحتمل أن تكون المرأة حامل. اللولب قد لا يكون فعال إذا لم يكن في الموقع الصحيح.

التدبير

حدث اختفاء للولب داخل الرحم لدى المريضة، وكان من الممكن إزالته بشكل أسهل عن طريق تنظير الرحم أثناء وجوده داخل الرحم، لكن نظراً لتغير وضعه أصبح إجراء منظار البطن ضرورياً.

خلال تنظير البطن تمت ملاحظة سائل حر ملطخ بالدم في جيب دوغلاس. لاحظ الطبيب وجود ندبة على الجانب الأيمن العلوي للرحم. تم العثور على اللولب مغطى بالثرب في الجزء السفلي الأيمن من البطن. تمت إزالته بسهولة باستخدام منظار البطن.

نظراً لرغبة المريضة باستخدام اللولب للوقاية من الحمل وعلاج غزارة الطمث، بالإضافة إلى التئام بطانة الرحم، تم إدخال لولب جديد عبر توجيه منظار البطن في نفس الوقت. كما تم إعطاءها المضادات الحيوية للوقاية من الالتهاب.

نصيحة للنساء بعد تركيب اللولب، ينصح النساء بعد تركيب اللولب بمراجعة الطبيب العام للتأكد من وجود الخيط بعد الدورة الشهرية الأولى. بعد ذلك، تستطيع معظم النساء فحص الخيوط بأنفسهن.

النقاط المفتاحية

- التشخيص التفريقي لخيوط اللولب المفقودة، ثقب الرحم أو هجرة اللولب إلى غير موضعه. طرد اللولب أو وضعه الخاطئ داخل تجويف الرحم.
- الموقع المناسب في قاع الرحم ضروري لفعالية منع الحمل الكاملة.
- يجب على النساء اللواتي يعانين من فقد خيوط اللولب استخدام وسائل منع الحمل البديلة.

الحالة ٣٣: النزيف أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ١٩ عاماً حامل في الأسبوع ١٣ من الحمل تعاني من نزيف مهبلي ذو رائحة كريهة ومفرزات مائية. تشعر بتوعك بشكل عام وارتفاع حرارة منذ آخر ٤٨ ساعة. اعتقدت أنها مصابة بالتهاب المعدة والأمعاء بسبب قلة الشهية، آلام البطن، الإقياء والإسهال.

كانت جميع تحاليلها الدموية طبيعية وكان الفحص "القفوي" لمدة ١١ أسبوع مطمئناً. كان لديها ولادة طبيعية سابقة في الأسبوع ٣٨ من الحمل. ليس لديها أمراض نسائية أو تاريخ مرضي سابق مهم.

الفحص

عند الفحص درجة الحرارة ٣٨,١ درجة مئوية، النبض ٩٦/دقيقة وضغط الدم ٦٨/١١٠ ملم زئبق.

إنها تبدو متوردة وأطرافها دافئة. فحص الصدر والقلب طبيعي.

لديها مضض عند الرحم، الذي يبدو بحجم ١٤ أسبوع تقريباً. لا يوجد دفاع عضلي أو ألم ارتدادي. الفحص بالمنظار كانت فوهة عنق الرحم مغلقة ولكن تم رؤية مفرزات ممزوجة بالدم كريهة الرائحة. يكشف الفحص الثنائي اليدوي عن رحم مؤلمة وساخنة للغاية يشعر أيضاً 'مستنقعي'. لا توجد كتل ملحقات مجسوسة ولكن الملحقات الثنائية مؤلمة بشكل واضح.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.4 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	24.1 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Neutrophils	18 × 10^9/L	2.5–7 × 10^9/L
Platelets	556 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
Sodium	135 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	3.4 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	6 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	80 µmol/L	34–82 µmol/L
C-reactive protein	127 mg/L	<5 mg/L

The transvaginal ultrasound is shown in Fig. 33.1.

Transvaginal ultrasound report: single intrauterine gestational sac, fetus present with crown–rump length 42.7 mm, fetal heart beat absent.

Figure 33.1 Transvaginal ultrasound scan.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- لماذا هذا العرض غير شائع بشكل كبير في الممارسة السريرية؟
- كيف يمكنك إضافة تحقيق وتدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٣٣

المرأة حامل بجنين ميت وعلامات تعفن الدم. يشار إلى هذا باسم miscarriage septic الإجهاض الإنتاني. كان هذا تشخيصاً شائعاً بسبب ارتفاع معدل الإجهاضات غير القانونية التي يقوم بها أشخاص غير مؤهلين بدون تقنية معقمة مناسبة، الأدوات أو التخدير. منذ عام ١٩٦٧ قانون الإجهاض، قلل المراضة والوفيات من الإجهاض الإنتاني بشكل كبير لكنه لا يزال سبباً لوفيات الأمهات في كثير من الأحيان لأنه لم يتم التعرف عليه في وقت مبكر بما فيه الكفاية. لذلك ينبغي الاعتراف بالمشكلة على الفور والتعامل معها بشكل هجومي.

مزيد من الاستقصاءات اللازمة هي: زرع الدم، اختبارات وظائف الكبد، التخثر، مسحات مهبلية عالية وباطن عنق الرحم.

! مضاعفات الإجهاض الإنتاني

- نزيف هائل.
- استئصال الرحم.
- تجلط الدم المنتشر داخل الأوعية الدموية.
- فشل متعدد الأنظمة (ثانوي للنزيف أو الإنتان).
- الموت.

التدبير

- يجب قبول المرأة والبدء في المضادات الحيوية واسعة الطيف في الوريد ريثما تجهز نتائج الزرع والحساسية.
- يجب إعطاء السوائل الوريدية بشكل قوي لأنها تعاني من نضوب داخل الأوعية بسبب تعفن الدم (توسع الأوعية) والإقياء.
- يجب ترتيب إفراغ الرحم من الحمل ومنتجاته على وجه السرعة، بمجرد تم إعطاء الجرعة الأولى من المضادات الحيوية.
- ينبغي أن تشارك طبيب أمراض نسائية قدير لوجود مخاطر كثقب الرحم أو النزيف الهائل مهم عند وجود تعفن الدم.
- يجب إدخال قسطرة بولية لمراقبة وظائف الكلى.
- قد تحتاج المرأة إلى نقلها إلى وحدة العناية المركزة اعتماداً على الحالة القلبية- والجهاز التنفسي والحالة الدموية.

النقاط المفتاحية

- الإجهاض الإنتاني نادر منذ تقنية إنهاء الحمل.
- يجب التعرف عليه ومعالجته بقوة بسبب خطر التدهور السريع والوفيات.
- إفراغ الرحم من الحمل ومنتجاته أمر ضروري للقضاء على مصدر الإنتان.

الحالة ٣٤: الألم الحوضي

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٧ عاماً تشكو من ألم في الحفرة الحرقفية اليسرى. بدأ الألم بينما كانت نائمة في الليلة السابقة الأخيرة وتقول إنه أيقظها فجأة. في البداية كان الألم مستمر وشديد وكانت غير قادرة على الخروج من السرير لبضع ساعات. شعرت بالغثيان ولم تأكل أي شيء طوال يوم أمس. لم يكن هناك نزيف أو إفرازات مترافقة ولا توجد أعراض في الأمعاء أو المسالك البولية. اليوم الألم لا يزال موجوداً ولكن ليس بالكثير لقد تحسنت وكانت قادرة على تناول وجبة الإفطار.

لقد تعرضت لنوبات مماثلة مرتين في الماضي لكنها لم تكن شديدة أو طويلة الأمد. لم تكن حاملاً واستخدمت حبوب منع الحمل البروجسترون فقط (POP) لمنع الحمل. كانت مع شريكها منذ ٣ سنوات ولم تنتقل العدوى عن طريق الاتصال الجنسي. لا يوجد تاريخ طبي سابق.

الفحص

درجة الحرارة ٣٧,١ درجة مئوية، معدل ضربات القلب ٧٦ ضربة/دقيقة وضغط الدم ٧٠/١٢٢ ملم زئبق. البطن منتفخة قليلا وممضة في منطقة الحفرة الحرقفية اليسرى وفوق العانة مع بعض الألم المرتد ولكن دون دفاع عضلي. لا كتل واضحة. الفحص بالمنظار طبيعي ولديها مضض في الملحقات اليسرى في الفحص الثنائي اليدوي، لكن لا يوجد استثارة عنق الرحم أو كتل واضحة.

INVESTIGATIONS

		Normal
Haemoglobin	12.3 g/dL	11.7–15.7 g/dL
White cell count	7.1×10^9/L	$3.5–11 \times 10^9$/L
Platelets	402×10^9/L	$150–440 \times 10^9$/L
C-reactive protein	2.5 mg/L	<5 mg/L

Urinary pregnancy test: negative

Urinalysis: protein trace

Blood: negative

Leucocytes: negative

Nitrites: negative

Transvaginal ultrasound report: the uterus is anteverted and normal size. The endometrium is thin and measures 3.1 mm. Both ovaries appear normal. There is a moderate amount of anechoic free fluid in the pouch of Douglas, measuring 30 × 26 × 15 mm.

الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٣٤

يشير الظهور المفاجئ للألم الحرقفي الأيسر إلى تمزق كيسة مبيض أو نزيف أو انفتال مبيض. في حالات انفتال المبيض من الممكن أن يؤدي إلى القيء والمزاج السيء، في حين أن حالة هذه المرأة قد تحسنت في الواقع.
بالإضافة إلى ذلك، كتلة الملحقات ستكون مرئية على الموجات فوق الصوتية. يمكن رؤية نزيف الكيسة على صورة الموجات فوق الصوتية عبر المهبل كتضخم المبيض صدوياً.

فمن الشائع أن يظهر المبيض طبيعي بالموجات فوق الصوتية بعد ذلك ولكن العثور على السوائل الحرة في رتج دوغلاس يوحي بالإمراضية السابقة.

وبالتالي من المرجح أن يكون التشخيص تمزق كيسة المبيض. التشخيصات البديلة قد تشمل متلازمة القولون العصبي أو ربما القولنج الكلوي، على الرغم من أن تحليل البول لا يظهر بيلة دموية.

التدبير
المريضة تتحسن بالفعل والسوائل الحرة التي تسبب تهيج البريتوان (والألم المرتد) من المتوقع أن تتحسن عفوياً. لذلك تدبيرها الفوري دواعم مع مسكنات ألم.

على المدى الطويل، ينبغي نصح المرأة أن استخدام وسائل منع الحمل المختلفة مثل حبوب البروجسترون المعروفة بأنها تزيد من حدوث كيسات المبيض ويبدو من القصة أنها المسببة لهذه المشكلة لدى المريضة.

النقاط المفتاحية

- قد يكون الدليل الوحيد بالموجات فوق الصوتية على تمزق كيسة المبيض هو وجود السائل البريتواني.
- يجب تدبير تمزق كيسة المبيض بالمراقبة.
- تم العثور على زيادة حدوث كيسات المبيض في النساء اللواتي يستخدمن هرمون البروجسترون فقط في حبوب منع الحمل، في حين أن حبوب منع الحمل المركبة تقلل من حدوث الكيسات عن طريق تثبيط الإباضة.

ر

الحالة 35: تورم الفرج

القصة

فتاة تبلغ من العمر ١٧ عامًا تعاني من تورم في الفرج. لقد لاحظت وجود كتلة قبل بضعة أسابيع وفي اليومين الأخيرين تضخمت وأصبحت مؤلمة. إنها لا تستطيع المشي بشكل طبيعي ولم تتمكن من ارتداء الجينز العادي بسبب الانزعاج. ومع ذلك، فهي تشعر بالارتياح في نفسها.

لقد كانت نشطة جنسيًا منذ سن ١٤ عامًا وتستخدم حقنة البروجسترون لمنع الحمل، وبالتالي لا تأتيها الدورة الشهرية. لقد كانت مع صديقها لمدة ٨ أشهر، ووفقًا لتقارير الاستجواب المباشر، قامت بممارسة الجماع غير المحمي مع صبيين آخرين في ذلك الوقت. لقد أجرت فحصًا للصحة الجنسية في عيادة الجهاز البولي التناسلي منذ عام تقريبًا وكانت النتيجة طبيعية. لا يوجد تاريخ طبي آخر ملحوظ وهي لا تأخذ أي دواء.

الفحص

درجة الحرارة ٣٧,٧ درجة مئوية ومعدل ضربات القلب ٦٨/دقيقة وضغط الدم طبيعي. فحص البطن كان طبيعياً. هناك انتفاخ شفري خلفي في الجانب الأيسر يمتد من الأمام إلى مستوى مدخل المهبل، قياسه ٦ × ٤ × ٤ سم. يبدو أحمر اللون، متموجاً، متوتراً وممضاً بشكل حاد عند اللمس. كما تم ملاحظة عقد لمفاوية إربية ممضة ثنائية الجانب.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة 35

يتم التشخيص بوجود خراج بارثولين. تقع غدد بارثولين في الفرج الخلفي وتفتح القنوات الغدية في المهبل السفلي للحفاظ على سطح مهبلي رطب، وهو أمر مهم أثناء الجماع. يؤدي انسداد القناة بسبب الالتهاب (بسبب الاحتكاك أثناء الجماع) أو العدوى إلى ظهور كيس، والذي يصاب عادةً بالإنتان. عادةً ما يتم العثور على فلورا مختلطة ولكن في ٢٠ بالمائة من الحالات يتم عزل البنيات.
يكون التشخيص سريريًا ومن المهم التمييز بين كيسة بارثولين والتشخيص التفريقي للكيس الدهني أو كيس جدار المهبل أو الخراج حول الشرج.

التدبير

يجب تصريف الخراج، تقليديًا عن طريق الشق التقليدي والتصريف، مع خياطة حواف محفظة الكيسة على الجلد لمنع إعادة إغلاق القناة (التوخيف).
وبدلاً من ذلك، يمكن إدخال قسطرة Word لمدة ٤ أسابيع، والتي تعمل على السماح باستمرار تصريف الخراج وتشجيع تشكل الظهارة في الجهاز لتوفير طريق تصريف طويل الأمد للغدة. في معظم الحالات لا تكون هناك حاجة للمضادات الحيوية بعد التصريف، إلا في حالة وجود حمامى محيطة أو وجود علامات جهازية للإنتان.
في هذه الحالة، كانت الفتاة قد أقامت عدة شركاء جدد ويجب إجراء فحص عام للعدوى المنقولة جنسيًا بعد تصريف السائل من الكيسة، مع نصائح حول الصحة الجنسية العامة. وينبغي أيضًا إعلامها بأن خراجات بارثولين قد تتكرر، حتى بعد ذلك.

النقاط المفتاحية

- خراجات بارثولين شائعة نسبيًا وتسبب تورمًا حادًا ومؤلمًا في الفرج من جانب واحد. يجب قياس كمية البروتين في البول من خلال عيار بول على مدار 24 ساعة.
- يعد تصريف الخراج وتوخيف حواف الجلد الدعامة الأساسية للعلاج ولكن تكرارها لا يزال شائعًا.
- يجب إرسال القيح دائمًا للزرع حيث يتم عزل البنيات لما يصل إلى ٢٠٪ من خراجات بارتولين.

الحالة 36: ألم في البطن

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٦ عامًا تعاني من آلام في البطن. لقد بدأ فجأة منذ ساعتين وكان في البداية في أسفل البطن ولكنه الآن معمم. تشعر بالغثيان والدوار، خاصة عند الجلوس. كما أنها تشعر كما لو أنها أصيبت بكدمات في كتفها.
لم تلاحظ أي نزيف أو إفرازات مهبلية، ولا توجد أعراض في الأمعاء أو الجهاز البولي. إنها لا تحتفظ بسجل لمواعيد دورتها الشهرية ولكنها تعتقد أن آخر دورة كانت منذ شهر تقريبًا. لديها شريك منتظم وتقول إنهم غالبًا ما ينسون استخدام الواقي الذكري.
لقد أنهت زواجها منذ ٣ سنوات. تم تشخيص إصابتها بالكلاميديا عندما دخلت المستشفى في سن ١٩ عامًا بسبب عدوى في الحوض. لا يوجد تاريخ طبي آخر ملحوظ.

الفحص

عند الفحص كانت شاحبة وتبدو مريضة. إنها تشعر بالنعاس بشكل متقطع. إنها مستلقية ومسطحة ولا تزال على السرير.
درجة الحرارة ٣٥,٩ درجة مئوية، النبض ١٢٠/دقيقة وضغط الدم ٥٠/٩٥ ملم زئبق. محيطيًا هي باردة ويداها رطبتان.

إنها نحيفة بشكل عام ولكن بطنها منتفخ بشكل متناظر. هناك مضض معمم عند الجس الخفيف، مع ألم ارتداري ودفاع عضلي.
لا توجد كتل واضحة ولم يتم إجراء فحص مهبلي.
اختبار الحمل البولي: إيجابي

الاستقصاءات

		Normal
Haemoglobin	9.6 g/dL	11.7–15.7 g/dL
Mean cell volume	87 fL	80–99 fL
White cell count	7.1×10⁹/L	3.5–11×10⁹/L
Platelets	204 × 109/L	150–440 × 109/L
Sodium	132 mmol/L	135–145 mmol/L
Potassium	6.0 mmol/L	3.5–5 mmol/L
Urea	6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L
Creatinine	70 µmol/L	70–120 µmol/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة 36

ينبغي افتراض أن أي امرأة تعاني من آلام في البطن تعاني من تمزق حمل خارج الرحم. في هذه الحالة، هناك عوامل خطورة وأعراض الدوخة والغثيان وآلام شديدة في البطن وألم في الكتف هي أعراض كلاسيكية لنزف البريتوان. إن نتائج الفحص للأطراف الباردة والرطبة، البطن منتفخة، عدم انتظام دقات القلب، وانخفاض ضغط الدم تشير أيضًا إلى التشخيص السريري واختبار الحمل الإيجابي يؤكد ذلك.
تميل الشابات إلى تعويض نقص حجم الدم، وحقيقة أن المرأة تعاني الآن من جسم بارد ورطب مع انخفاض ضغط الدم يشير ذلك إلى أنها مريضة بشكل خطير ويجب تحويلها للعلاج النهائي دون تأخير. على الرغم من أن الهيموجلوبين لا يبدو منخفضًا بشكل كبير، فمن المحتمل أنه عند تكرار الاختبار قد يكون الآن منخفضًا للغاية.

التدبير

يجب تنبيه طبيب التخدير وطاقم غرفة العمليات وطبيب أمراض النساء على الفور ونقل المرأة إلى غرفة العمليات لإجراء الجراحة. الموجات فوق الصوتية ليست ضرورية وسوف تزيد من التهديد الذي تتعرض له المرأة عن طريق زيادة التأخير في الوصول الى غرفة العمليات.

الادارة الأولية الرئيسية للحمل خارج الرحم المشتبه في تمزقه

- أكسجين الوجه
- الاستلقاء مع توجيه الرأس للأسفل
- يتم إعطاء قنيتان كبيرتان مع ٢ لتر من السوائل الوريدية المعطاة فورياً.
- 4 وحدات دم (وتنبيه أخصائي أمراض الدم إلى النزيف)
- الموافقة على إجراء عملية فتح البطن واستئصال البوق
- النقل الى غرفة العمليات لإجراء عملية استئصال البوق

لا يزال تمزق الحمل خارج الرحم هو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في مرحلة الحمل المبكر، ويجب على الأطباء أن يكونوا متيقظين للعرض الطارئ المصاحب للنزيف الذي يهدد الحياة، كما في هذه الحالة.

النقاط المفتاحية

- لا يزال الحمل خارج الرحم سببًا مهمًا للوفاة المبكرة. -وفاة الأمهات أثناء الحمل.
- أي امرأة في سن الإنجاب تعاني من آلام في البطن وكان اختبار الحمل إيجابيًا، يجب افتراض أنها تعاني من تمزق الحمل خارج الرحم.
- لا يتم اقتراح الموجات فوق الصوتية قبل الجراحة في حالة الاشتباه بتمزق الحمل خارج الرحم.

الحالة 37: احتباس البول

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٩ عامًا تقدمت إلى قسم الطوارئ بعد أن لم تتمكن من التبول لمدة ٨ ساعات. خلال الأيام الثلاثة الماضية، كانت تشعر بالإعياء بسبب الحمى والرعشة وانخفاض الشهية. إنها تعاني من ألم في فخذيها على وجه التحديد لكنها تقول إن جسدها كله يؤلمها. بالأمس بدأت تشعر بألم عند التبول، واليوم أصبح الألم شديدًا جدًا لدرجة أنها الآن لا تستطيع التبول على الإطلاق. لم تشهد أي أعراض مثل هذه من قبل. ليس لديها تاريخ طبي أو أمراض نسائية سابقة ولديها دورات شهرية منتظمة. لقد أنهت مؤخرًا علاقة طويلة الأمد وكانت مع شريك جديد لبضعة أشهر، وتستخدم معه الواقي الذكري.

الفحص

من الواضح أن المرأة تعاني من انزعاج كبير. درجة حرارتها ٣٧,٤ درجة مئوية، معدل ضربات القلب ١٠٢ / دقيقة وضغط الدم ٨٠/١١٨ ملم زئبق. ويلاحظ تضخم العقد الليمفاوية الإربية الثنائية، كما يمكن جس العقد الليمفاوية الإبطية. تكون المثانة واضحة في منتصف الطريق إلى السرة. يكون الفرج محمرًا بشكل عام ويوجد مجموعة من الآفات المتقرحة يبلغ حجمها حوالي ٢-٥ ملم على الجانب الأيسر من الشفرين الصغيرين. يُظهر فحص المنظار أن عنق الرحم ملتهب بإفرازات غزيرة.

الاستقصاءات

		Normal
Haemoglobin	12,7 g/dL	11.7–15.7 g/dL
White cell count	12×10^9/L	$3.5–11\times10^9$/L
Neutrophils	3.2×10^9/L	$2–7.5\times10^9$/L
Lymphocytes	9×10^9/L	$1.3–3.5\times10^9$/L
Platelets	204 × 109/L	$150–440\times10^9$/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات وتدبير هذه المريضة؟

الحالة ٣٨: الألم البطني

تُعرض المرأة عرضًا كلاسيكيًا لعدوى فيروس الهربس البسيط الأولي. عادة ما تحدث أعراض الأنفلونزا البادرية وتضخم العقد اللمفاوية المعمم بشكل ملحوظ مع العدوى الأولية، ومن المرجح أن تؤدي أي هجمات لاحقة إلى حدوث عدوى أولية يتميز بألم الفرج باعتباره السمة الوحيدة الملحوظة.

ميزات الهربس البسيط

- العدوى الأولية:
  - الشعور بالضيق العام
  - الحمى
  - فقدان الشهية
  - اعتلال العقد اللمفية
  - بثور الأعضاء التناسلية
  - احتباس البول
- العدوى المتكررة (الثانوية):
  - ظهور بثور على الأعضاء التناسلية
  - يحدث غالبا في أوقات التوتر او التعب

من المحتمل أن تكون المرأة قد اكتسبت العدوى من شريكها الجديد، فالواقي الذكري لا يمنع انتشار العدوى بشكل فعال لأن الكائن الحي يمكن أن ينتشر من العجان. في هذه الحالة، يوجد أيضًا دليل على وجود التهاب عنق الرحم نتيجة انتشار جزيئات الفيروس إلى المهبل.

استقصاءات إضافية

يجب إرسال مسحة فيروسية من الفرج لتأكيد التشخيص. وهذا يتطلب فرك المسح بقوة على القرحة وهو أمر مؤلم للغاية، ولكن بما أن التشخيص له آثار اجتماعية عميقة، فإن تأكيد التشخيص أمر حتمي.

التدبير

- التدبير الفوري:
- يجب أن يكون لدى المرأة قسطرة بولية (يفضل أن تكون فوق العانة) يتم إدخالها على الفور ويتم إعطاؤها مسكنًا وباراسيتامول
- غالبًا ما يخفف المخدر الموضعي الألم ويمكن استخدامه حتى تؤكد الأعراض.
- يبدأ تناول الأسيكلوفير عن طريق الفم خلال ٢٤ ساعة من النوبة، مما يقلل من شدة النوبة ومدتها.
- التدبير الإضافي
- يجب إجراء الإحالة إلى مستشار صحي لمناقشة التشخيص والتداعيات والاعراض
- تعاني بعض النساء من نوبات متكررة عديدة في حين أن أخريات لا يعانين من النوبات المتكررة على الإطلاق. بالنسبة للنوبات المتكررة يمكن إعطاء الاسيكلوفير مرة اخرى إذا بدأت خلال ٢٤ ساعة من الشعور بالإعياء.

النقاط المفتاحية

- إن عدوى الهربس البسيط التناسلي لها تأثير نفسي واجتماعي كبير على المصابين.
- قد يحدث انتقال المرض قبل ظهور البثور.
- الواقي الذكري لا يمنع انتشار المرض ولذلك يصعب الحد منه.
- الأسيكلوفير لا يعالج المرض ولكنه فعال في تقليل مدته وحدته من الجانب الاخر.

القصة

فتاة تبلغ من العمر ١٤ عامًا تعاني من آلام أسفل البطن والتي تطورت فجأة منذ يوم واحد. يكون الألم في أسفل البطن بالكامل ولكنه أسوأ في الجانب الأيمن. لقد كان متقطعًا في البداية ولكنه الآن ثابت وشديد جدًا. إنها تشعر بتوعك في نفسها مع فقدان الشهية والقيء. وهي الآن تشعر بالتعرق أيضًا.

تقول إن التغوط عندها كان بشكل طبيعي في اليوم السابق ومنتظم بشكل طبيعي.

لم تعاني من أي نوبة سابقة من الألم مثل هذا. بدأت آخر دورة شهرية لها منذ أسبوعين تقريبًا وكانت دورتها غير منتظمة قليلاً. لم تكن تعاني من أي مشاكل نسائية أو مشاكل طبية أخرى في الماضي.

الفحص

عند الفحص تبدو وكأنها تشعر بالألم ويبدو أنها تجد صعوبة في الشعور بالراحة. تبلغ درجة الحرارة ٣٧,٩ درجة مئوية، والنبض ١١٢/دقيقة، وضغط الدم ٧٤/١١٦ ملم زئبقي. إنها تشعر بالدفء والتروية بشكل جيد. البطن متمدد بشكل متناظر مع إيلام عام، والحد الأقصى في منطقة الحفرة الحرقفية اليمنى. هناك ارتداد ودفاع في الحفرة الحرقفية اليمنى.

الاستقصاءات

		Normal
Haemoglobin	13.8 g/dL	11.7–15.7 g/dL
White cell count	14.2×10^9/L	$3.5–11\times10^9$/L
Platelets	390 × 109/L	150–440 × 10^9/L
C-reactive protein	55 mg/L	<5 mg/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك استقصاء الفتاة وتدبيرها؟

الإجابة ٣٨

التشخيص التفريقي لألم الحفرة الحرقفية اليمنى في هذه الحالة هو:

- أمراض النساء:
  - انفتال كيسة المبيض/الملحقات
  - تمزق كيسة المبيض
  - نزيف كيسة المبيض
  - الحمل خارج الرحم
- جراحي:
  - التهاب الزائدة الدودية
- البولية:
  - إنتان المسالك البولية
  - القولنج الكلوي

تعاني الفتاة من مرض جهازي حاد مع بطن حاد مما قد يؤدي إلى تشخيص انفتال أو ربما تمزق الزائدة الدودية. لا يرتبط تمزق الكيسة والنزيف عادة بمثل هذا الاضطراب الجهازي، على الرغم من أن هذا تشخيص تفريقي مهم. قد يتضمن المزيد من
الاستقصاء اختبار الحمل لاستبعاد الحمل، وتحليل البول لاستبعاد عدوى المسالك البولية أو القولنج الكلوي.
إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية (عبر البطن) لتقييم وجود كيس في المبيض أو الزائدة الدودية الملتهبة. إذا تم التأكد
من وجود كتلة ملحقات، فيجب إجراء تنظير البطن أو فتح البطن في أقرب وقت ممكن، لأن انفتال الملحقات يرتبط بفقدان وظيفة المبيض إذا استمر نقص التروية لفترة طويلة وحدث النخر. غالبًا ما يمكن علاج انفتال المبيض عن طريق
رد الانفتال، على الرغم من أن استئصال المبيض قد يكون ضروريًا في بعض الأحيان.
إذا لم يكن التشخيص واضحًا بين التهاب الزائدة الدودية وانفتال المبيض، فإن فتح البطن المفصلي أو تنظير البطن مع الفريق الجراحي هو النهج المناسب.

النقاط المفتاحية

- يعد انفتال المبيض المشتبه به حالة طارئة في أمراض النساء.
- يعد الانفتال شائعًا نسبيًا عند الفتيات الصغيرات والمراهقات.
- الموجات فوق الصوتية مفيدة في الكشف عن كتلة الملحقات ولكن الانفتال مشتبه به سريريًا
- التشخيص يستلزم تنظير البطن العاجل او فتح البطن

الحالة 39: الألم البطني

القصة

تتم إحالة طالبة تبلغ من العمر ٢٤ عامًا إلى طبيب أمراض النساء عند الطلب من قسم الطوارئ بسبب ظهور مفاجئ لألم الحفرة الحرقفية اليسرى مما أيقظها في الساعة الثانية صباحًا. لقد نامت مرة أخرى ولكن منذ الساعة ٨ صباحًا كان الألم مستمرًا ولم يخفف من تناول الإيبوبروفين أو الكودي دراماول.

بدأت دورتها الشهرية الأخيرة منذ أسبوعين ولم تبلغ عن أي نزيف أو إفرازات غير منتظمة. ليس لديها تاريخ أمراض نسائية مهم باستثناء إنهاء الحمل بعمر ١٧ عامًا. لقد كانت مع صديقها الحالي لمدة عامين واستخدمت حبوب منع الحمل المركبة (COCP) طوال تلك الفترة. تقول إنها لم تمارس الجماع خلال الأشهر الأربعة الماضية لأن صديقها كان مسافرًا، لكنها تقول إن الجماع لم يكن مؤلمًا أبدًا.

عند الاستجواب المباشر، شعرت بالغثيان لكنها لم تتقيأ. لم تكن تعاني من أي أعراض بولية ولكنها فتحت أمعائها عدة مرات كل يوم خلال الأيام الثلاثة الماضية، وهو ما يعد غير عادي بالنسبة لها.

الفحص

عند الفحص كانت غير عادية، وملاحظاتها طبيعية وبطنها لينة مع إيلام مبهم في الحفرة الحرقفية اليسرى ولكن لا توجد علامات التهاب بريتوانية. يكشف الفحص الثنائي باليدين عن وجود رحم ذو حجم طبيعي بدون إيلام في الملحقات أو إثارة في عنق الرحم ولا يوجد كتل ملحقات واضحة.

الاستقصاءات

		Normal
Haemoglobin	12.8 g/dL	11.7–15.7 g/dL
Mean cell volume	85 fL	80–99 fL
White cell count	6.4×10⁹/L	3.5–11×10⁹/L
Platelets	178 × 109/L	150–440 × 109/L
Sodium	142 mmol/L	135–145 mmol/L
Potassium	3.8 mmol/L	3.5–5 mmol/L
Urea	5.0 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L
Creatinine	72 µmol/L	70–120 µmol/L
C-reactive protein	55 mg/L	<5 mg/L

الأسئلة

- ما هو الاختبار الأول الذي ترغب في القيام به؟
- ما هو التشخيص التفريقي الخاص بك إذا كان هذا الاختبار سلبياً، وكيف يمكنك استبعاد بعض هذه التشاخيص؟

الإجابة ٣٩

يجب على أي امرأة في سن الإنجاب تعاني من آلام في البطن أن تخضع دائمًا لاختبار الحمل البولي، بغض النظر عن تاريخ آخر دورة شهرية لها. في هذه الحالة يكون الاختبار سلبيًا.

التشخيص التفريقي المتبقي يشمل.

- كيسة المبيض
- الداء الحوضي الالتهابي
- عدوى المسالك البولية أو الحصاة
- سبب متعلق بالأمعاء

لا توجد أعراض نسائية محددة أو ألم في الملحقات، مما يعني أن الألم ليس من أمراض النساء في الأصل. ومع ذلك، أثناء الفحص بالمنظار، من الحكمة إرسال مسحات لعدوى الكلاميديا والسيلان بشكل انتهازي، نظرًا لارتفاع معدل انتشار العدوى المنقولة جنسيًا، خاصة في الفئة العمرية ١٨_ ٢٥ سنة.

من غير المحتمل جدًا أن يكون ألم الإباضة أو كيس الجسم الأصفر لأن *COCP* يثبط الدورة الإباضية ومع ذلك، فإن الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل سوف يستبعد وجود كيسة مبيض على وجه اليقين.

يجب غمس البول في الدم لاستبعاد حصوات الكلى، ولفحص الكريات البيض والنتريت لاستبعاد العدوى.

تغير عادات التغوط وارتفاع مستوى *C* - البروتين التفاعلي يشير إلى وجود حالة التهابية. وبما أن البداية حادة وليست شديدة، فمن المرجح أن يكون التشخيص هو التهاب المعدة والأمعاء. يجب أن تتم إدارة هذا الأمر بترقب، من خلال تناول السوائل والراحة والتسكين البسيط يجب إرسال زرع البراز إذا فشلت الأعراض في التحسن. تعتبر حالات التهاب الأمعاء الأخرى مثل مرض كرون والتهاب القولون التقرحي من الأسباب النادرة التي يجب أخذها في الاعتبار إذا كانت الأعراض مستمرة أو متكررة.

لا ترتبط متلازمة القولون العصبي بارتفاع علامات الالتهاب ولا يعد تشخيص تفريقي في هذه الحالة.

النقاط المفتاحية

- يمكن أن تترافق أمراض النساء والبول والأمعاء مع آلام أسفل البطن.
- إن التاريخ الشامل والمركّز مهم دائمًا في إجراء التشخيص الصحيح.

الحالة 40: ألم في البطن وافرازات مهبلية

القصة

امرأة هندية تبلغ من العمر ٤٦ عامًا تعاني من تاريخ طويل من آلام البطن المتزايدة وإفرازات مهبلية خضراء/صفراء. في الأيام القليلة الماضية كانت تشعر بالحمى والإعياء. يكون الألم في أسفل البطن ولكنه أسوأ في الجانب الأيسر. ليس لديها أي أعراض بولية وتتغوط بشكل طبيعي. تعاني من انخفاض الشهية وغثيان خفيف ولكنها لم تتقيأ.

لقد أجرت ولادتين مهبليتين في الماضي ولم يحدث أي حمل آخر. لقد خضعت لعملية فتح البطن منذ حوالي ٤ سنوات لتصريف خراج في الحوض. لقد كانت مؤخرًا تحت رعاية طبيب أمراض النساء بسبب طموث طويلة وغزيرة، حيث كانت تتناول أدوية دورية نوريثيستيرون. لا يوجد تاريخ طبي أو جراحي آخر جدير بالملاحظة.

الفحص

درجة الحرارة ٣٧,٨ درجة مئوية، والنبض ٩٥/دقيقة، وضغط الدم ٧٦/١٣٦ ملم زئبق. يبدو البطن منتفخاً قليلاً ويتم ملامسة كتلة من جهة الحوض على اليسار. يوجد ألم بؤري في الحفرة الحرقفية اليسرى دون ألم ارتدادي أو دفاع عضلي. يكشف فحص المنظار عدم وجود إفرازات أو دم، ويبدو عنق الرحم طبيعيًا.
يلاحظ إثارة عنق الرحم وألم في الملحقات الثنائية، وأكثر وضوحًا على اليسار.

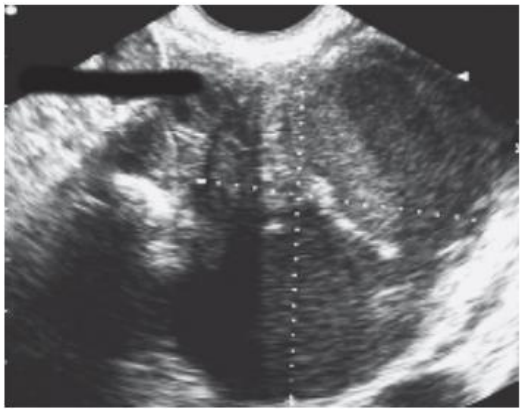
الاستقصاءات

		Normal
Haemoglobin	10.3 g/dL	11.7–15.7 g/dL
Mean cell volume	91 fL	80–99 fL
White cell count	13.8×10^9/L	$3.5–11\times10^9$/L
Neutrophils	8.9×10^9/L	$2–7.5\times10^9$/L
Platelets	521 × 109/L	150–440 × 109/L
C-reactive protein	157 mg/L	<5 mg/L

تقرير الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل: يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية (الشكل 40.1) الرحم مه الاورام الليفية المتعددة. المبيض الأيمن يبدو طبيعياً. لا يمكن تحديد المبيض الايسر بشكل منفصل عن الكتلة المعقدة الملحقة اليمنى، قياس 7×6×4 cm

الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- لماذا هي مصابة بفقر الدم؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاء وتدبير هذه المريضة؟



الشكل 40.1 الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل

الإجابة ٤٠

تعاني المرأة من مرض حاد بسبب الحمى، وعدم انتظام دقات القلب، وارتفاع علامات الالتهاب، وقلة العدلات، وكثرة الصفيحات التفاعلية. يشير هذا إلى وجود عملية معدية ويبدو أن كتلة الحفرة الحرقفية اليسرى التي تم اكتشافها بالموجات فوق الصوتية هي السبب. التشخيص المحتمل هو وجود كتلة في قناة المبيض، وربما خراج. وبدلًا من ذلك، يمكن أن يكون خراجًا رتجيًا، أو خراج الزائدة الدودية إذا كان على اليمين. من غير المحتمل ظهور ورم خبيث في المبيض أو أي سبب آخر لكتلة ملحقة معقدة مع هذه النوبة الالتهابية الحادة. يمكن أن يكون فقر الدم لدى هذه المرأة بسبب غزارة الطمث المزمنة أو فقر الدم الناجم عن مرض مزمن. يشير متوسط حجم الخلية المتزايد إلى الخيار الأخير، لكن مستويات الفيرتين والفولات قد تكون مفيدة لمعرفة ما إذا كان هناك بالفعل درجة من نقص الحديد أيضًا.

استقصاءات إضافية

يجب أخذ مزارع الدم ومسحات من المهبل وباطن عنق الرحم. الفريتين والفولات يجب ان تُعاير.

التدبير

يجب قبول المرأة لتناول المضادات الحيوية عن طريق الوريد. وينبغي توفير تغطية واسعة النطاق يشمل عوامل ضد اللاهوائيات والكلاميديا. في حالات الداء الحوضي الالتهابي يكون هناك عادةً نمو مختلط للبكتيريا اللاهوائية بالإضافة إلى عدوى المتدثرة السابقة. إذا لم يحدث تحسن خلال ٢٤-٤٨ ساعة، أو كان التشخيص غير واضح، فيجب إجراء تنظير البطن أو فتح البطن لتأكيد التشخيص وتصريف الخراج جراحياً.

نصيحة للمرضى الذين يعانون من الداء الحوضي الالتهابي

- يشير تشخيص الداء الحوضي الالتهابي (PID) إلى احتمالية الإصابة بعدوى منقولة جنسيًا إما بشكل حاد أو في السابق.
- يحتاج الشريك إلى الفحص والعلاج.
- يجب على الزوجين تجنب الجماع (أو استخدام الواقي الذكري) حتى يكمل كلاهما العلاج.

النقاط المفتاحية

- من الشائع عدم الحصول على أي عضيات عند الزرع لدى النساء المصابات بداء الحوض الالتهابي.
- يمكن إعطاء المرأة المصابة بخراج الحوض بسبب الداء الحوضي الالتهابي تجربة العلاج المحافظ قبل التصريف الجراحي.
- يعد تجنب الملامسة جزءًا مهمًا من تدبير الداء الحوضي الالتهابي لمنع الإصابة مرة أخرى ومنع المزيد من انتشار العدوى.

الحالة ٤١ : النزف والالم في الحمل المبكر

القصة

سيدة تبلغ من العمر ٢٧ عامًا تحضر إلى قسم الطوارئ تعاني من نزيف مهبلي غير منتظم وألم في البطن.
لاحظت النزيف قبل يومين وهو أحمر غامق، يكفيها ارتداء منشفة صحية، ولكنها ليست غزيرة. يكون الانزعاج البطني فوق العانة ومتشنجًا، وأكثر قليلاً على الجانب الأيمن. وهي في صحة جيدة من الناحية الجهازية ولا تعاني من أي حمى أو تغير في الشهية أو غثيان أو قيء. وتقول إن عادات التغوط والتبول طبيعية. بدأت دورتها الشهرية الأخيرة قبل ٤٥ يومًا وعادةً ما تكون دورتها غير منتظمة قليلاً، وتنزف لمدة ٣-٥ أيام كل ٢٨-٣٥ يومًا. لم تكن حاملاً قط. لقد كانت مع شريكها الجنسي المعتاد لمدة عامين وهم يستخدمون الواقي الذكري بشكل عام ولكن هناك بعض المناسبات التي لا يستخدمون فيها الواقي الذكري. لقد خضعت لفحص الصحة الجنسية منذ ٦ أشهر في العيادة البولية التناسلية حيث قيل لها أن جميع مسحاتها كانت سلبية. ليس لديها تاريخ نسائي سابق ولا يوجد أي فحص طبي سابق مهم.

الفحص

ضغط الدم ٧٢/١٢٨ ملم زئبقي ومعدل ضربات القلب ٨٢/دقيقة. البطن لينة وغير منتفخة. هناك إيلام عند الجس العميق في الحفرتين الحرقفيتين اليمنى وفوق العانة، لكن لا يوجد إيلام مرتد أو دفاع عضلي. لم يتم إجراء فحص نسائي يدوي.

الاستقصاءات

اختبار الحمل البولي: إيجابي
يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل 41.1
يتم أخذ المرأة لإجراء تنظير البطن بعد الفحص بالموجات فوق الصوتية ويظهر الشكل 41.2

الشكل *41.1* الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل

الشكل *41.2* نتائج تنظير البطن

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- خيارات الإدارة في هذه الحالة؟
- كيف تنصح المرأة بعد العملية الجراحية؟

الإجابة ٤١

التشخيص هو الحمل خارج الرحم. يمكن ملاحظة ذلك من خلال اختبار الحمل الإيجابي، والموجات فوق الصوتية التي تؤكد وجود الحمل في الملحقات (مع وجود نبض قلب الجنين في هذه الحالة)، والتأكيد بالمنظار على أنبوب الرحم الأيمن المنتفخ، مما يظهر التورم النموذجي المزرق. لا يوجد أي دليل على وجود دم في كيس دوغلاس (الصفاق الدموي) يشير إلى تمزق الحمل خارج الرحم. الأعراض الكلاسيكية للحمل خارج الرحم هي انقطاع الطمث، وألم الحفرة الحرقفية، والنزيف المهبلي الداكن. ومع ذلك، يتم تشخيص حالات الحمل خارج الرحم في كثير من الأحيان لدى النساء المصابات بأي مجموعة من الأعراض بدءًا من النزيف المهبلي الشديد مع الجلطات وحتى آلام الدورة الشهرية، إلى عدم وجود أعراض على الإطلاق. تحدث حالات الحمل خارج الرحم في ١-٢ في المائة من حالات الحمل ويتم تشخيص معظمها قبل التمزق ولكن في بعض الأحيان لا تزال النساء يعانين من الوهط الدوراني وهذه حالة طبية طارئة - امرأة تعاني من الوهط واختبار حمل إيجابي يجب أن يُفترض في البداية أن يكون هناك حمل خارج الرحم ممزق.

خيارات التدبير

الخيارات العامة لتدبير الحمل خارج الرحم هي:

- الجراحية (استئصال البوق او بضع البوق)
- الطبية (حقن الميثوتريكسات)
- الترقب (انتظر وراقب)

في هذه الحالة، يكون الخيار الوحيد جراحيًا نظرًا لحقيقة وجود نبض قلب الجنين، مما يجعل الخيارات المحافظة خطيرة (بسبب خطر التمزق) ومن غير المرجح أن تكون ناجحة. يجب إزالة الحمل خارج الرحم بالمنظار إذا كان ذلك ممكنًا لتقليل الإقامة في المستشفى والألم بعد العملية الجراحية وتقليل مضاعفات ما بعد الجراحة بما في ذلك الالتصاقات. إذا كان الأنبوب المقابل سليمًا، فيمكن إزالة الأنبوب (استئصال البوق). إذا كان الآخر تالفًا، فيجب محاولة بضع البوق (شق الأنبوب لإزالة الحمل).

نقاط الاستشارة بعد العملية الجراحية للحمل خارج الرحم

- شرح التشخيص والعملية
- الاستشارة المناسبة التي قد تحزن عليها المرأة (هنا هو فقدان الحمل) مع نصيحة حول المزيد من الدعم
- تجنب حبوب منع الحمل التي تحتوي على هرمون البروجسترون فقط (POP) وجهاز منع الحمل داخل الرحم (IUCD) (كلاهما ترتبط بارتفاع طفيف في خطر الإصابة بالحمل خارج الرحم)
- ما يقرب من ٦٥ إلى ٧٠ في المائة من النساء اللاتي تعرضن لحمل خارج الرحم يلدن حيًا بعد ذلك، ولكن هناك فرصة بنسبة ١٠ إلى ١٥ في المائة من حدوث الحمل خارج الرحم
- تتم الإشارة إلى الفحص المبكر عبر المهبل عند حوالي ٥ أسابيع من الحمل للتأكد من موقع أي حمل في المستقبل
- يجب استخدام وسائل منع الحمل الفعالة إذا كانت لا ترغب في الحمل.

النقاط المفتاحية

- تتنوع أعراض الحمل خارج الرحم بشكل كبير، من عدم وجود أعراض إلى الألم والنزيف، إلى الانهيار المفاجئ الذي يهدد الحياة.
- لا يمكن استبعاد الحمل خارج الرحم إلا بعد التصور الإيجابي لكيس الحمل داخل الرحم.
- يجب دائماً أن تعالج حالات الحمل خارج الرحم القابلة للحياة (حيث يمكن رؤية نبضات قلب الجنين) جراحياً.

الحالة 42: الألم في بداية الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٢ عامًا تحضر إلى قسم الطوارئ وتشكو من آلام في البطن. إنها حامل في الأسبوع السابع وأربعة أيام في تواريخ معينة للدورة الشهرية. كانت ولادتها مهبلية طبيعية قبل ١٨ شهرًا. عادة ما تكون دورتها الشهرية منتظمة كل ٢٧ يومًا، مع نزول الدم لمدة ٣-٥ أيام. ليس لديها تاريخ نسائي سابق. تاريخها الطبي يتضمن ربوًا خفيفًا ونوبتين من التهاب المثانة.

بدأ الألم فجأة منذ ليلتين وهو موضعي في الحفرة الحرقفية اليمنى مع بعض الانتشار لأسفل الفخذ الأيمن. إنها ثابتة على الرغم من أنها أسوأ في الحركة، لذلك تميل إلى الاستلقاء ساكنة. لم تتناول أي مسكنات لأنها غير متأكدة مما إذا كان هذا آمنًا للطفل. تعاني دائمًا من الإمساك، ويزداد الأمر سوءًا منذ أن أصبحت حاملاً. لديها تكرار في التبول ولكن لا يوجد عسرة تبول أو بيلة دموية. لديها شهية منخفضة قليلاً لكنها لا تشعر بالحمى أو التعرق.

الفحص

تبلغ درجة حرارتها ٣٦,٤ درجة مئوية، ومعدل ضربات القلب ٩٠/دقيقة، وضغط الدم ٥٨/٩٦ ملم زئبقي. لا توجد أي علامات لفقر الدم وتشعر بالدفء والترطيب الجيد. إنها نحيفة وبطنها غير منتفخة. هناك ألم بؤري عند ملامسة الحفرة الحرقفية اليمنى، مع ألم ارتدادي طفيف ولكن بدون دفاع عضلي.
علامة روفزينغ غير موجودة. فحص المنظار غير ملحوظ. الرحم كبير الحجم ومنقلب إلى الوراء دون أي إثارة في عنق الرحم. الملحقات اليمنى مؤلمة مع إشارة الامتلاء.

الاستقصاءات

		Normal
Haemoglobin	12.1 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	89 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	5.1×10^9/L	$6–16\times10^9$/L
Platelets	323 × 109/L	150–400 × 109/L
C-reactive protein	<5 mg/L	<5 mg/L

اختبار الحمل البولي: إيجابي
تحليل البول: إثر البروتين، الدم سلبي، النتريت سلبي، الكريات البيض سلبية
تظهر نتائج الموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكلين (42.1) و (42.2)

الشكل *42.1* فحص الرحم بالموجات فوق الصوتية عن طريق المهبل.

الشكل42.2 الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل الملحقات الصحيحة.

الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل وما هي التشاخيص التفريقية للألم؟
- كيف يمكنك مواصلة التحقيق مع هذه المرأة وتدبيرها؟

الإجابة ٤٢

تُظهر الموجات فوق الصوتية وجود حمل داخل الرحم ونزيف في كيس الجسم الأصفر.

التشخيص التفريقي للألم في بداية الحمل

- الجسم الأصفر
- الحمل خارج الرحم
- الإجهاض
- كيس المبيض
- عدوى المسالك البولية
- حساب التفاضل والتكامل الكلوي
- الإمساك
- التهاب الزائدة الدودية
- الألم غير المفسر

يتم استبعاد التهابات المسالك البولية أو الحصوات من نتيجة تحليل البول. من المرجح أن يسبب الإمساك ألمًا في الجانب الأيسر، وقد يكون ظهور الألم المفاجئ أمرًا غير معتاد. يجب أن يؤخذ التهاب الزائدة الدودية في الاعتبار، ولكن الافتقار إلى السمات الجهازية، ودرجة الحرارة الطبيعية، وعدد البيض والبروتين التفاعلي C تشير إلى أنه ليس تشخيصًا.
الجسم الأصفر هو المنطقة الكيسية التي تتطور على المبيض في موقع الإباضة. وقد تكون صلبة أو كيسية أو نزفية وقد تختلف في الحجم. في الموجات فوق الصوتية دوبلر الملونة، يكون لها مظهر حلقة النار النموذجية، مما يميزها عن الأنواع الأخرى من كيسات المبيض. في هذه الحالة تشير شبكة العنكبوت أو النمط الشبكي للأصداء داخل الكيس إلى أنه نزفي.

التدبير

التدبير داعم بالتسكين (الباراسيتامول في المقام الأول متبوعًا بمشتقات الكودئين إذا لزم الأمر) والطمأنينة. لا يوجد أي دليل على أن النزيف داخل الجسم الأصفر يؤثر سلباً على نتيجة الحمل. نظرًا لأن الكيس كبير جدًا، فقد يكون من المعقول تكرار الفحص بالموجات فوق الصوتية خلال ٢-٤ أسابيع لتأكيد الحل.

النقاط المفتاحية

- يعد الجسم الأصفر الكبير أو النزفي سببًا شائعًا لألم الحمل المبكر.
- لم يتم اكتشاف سبب لألم الحمل المبكر لدى معظم النساء.
- يجب استبعاد الحمل خارج الرحم والنظر في المسببات المرضية غير المتعلقة بأمراض النساء (الإمساك أو عدوى المسالك البولية) عند النساء المصابات بالألم في بداية الحمل.

الحالة 43: الموجات فوق الصوتية في بداية الحمل

القصة

تم إحالة امرأة تبلغ من العمر ٢٥ عامًا من قبل الطبيب العام لإجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لتاريخ بداية الحمل. إنها حملت ٤ ولدت ٢. وكان أول اختبار حمل إيجابي لها منذ ٤ أيام وذهبت إلى طبيبها العام لترتيب إنهاء الحمل لأنها تشعر أنها لا تستطيع التعامل مع طفل آخر. لقد كانت تتناول حبوب منع الحمل المركبة (COCP)، لذا لا يمكن تأريخ الحمل سريريًا. ليس لديها تاريخ أمراض نسائية ملحوظ باستثناء نوبة من الكلاميديا عمرها ١٨ عامًا، والتي عولجت منها هي وشريكها بشكل كامل. عندما كانت طفلة، أصيبت بتمزق في الزائدة الدودية وكانت بحاجة إلى إجراء عملية فتح البطن. ليس لديها أي تاريخ طبي سابق ذي صلة.

لم تشعر بأي ألم على الرغم من أنها لاحظت بعض النزيف المهبلي المعتدل قبل أسبوعين.

الفحص

تبدو في صحة جيدة مع معدل ضربات قلب طبيعي وضغط دم طبيعي وبطن لينة غير مؤلمة. يظهر فحص المنظار عنق الرحم مغلقًا مع إفرازات طبيعية ولا يوجد دم. يبدو الرحم بحجمه الطبيعي وغير مقلوباً ومتحركاً. لا يوجد أي إثارة في عنق الرحم. هناك ألم طفيف في الملحق الأيسر ولكن لا توجد كتل واضحة.

الاستقصاءات
تظهر نتائج الموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل 43.1

الشكل 43.1 المسح بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل.

الأسئلة

- كيف تفسر نتيجة الفحص بالموجات فوق الصوتية؟

يتم طلب هرمون الغدد التناسلية المشيمية البشرية (HCG) والبروجستيرون في المصل، وتكون النتائج كما يلي:

اليوم الأول: مصل HCG 703 وحدة دولية / لتر، البروجسترون ٣٠ نانومول / لتر

اليوم الثالث: مصل HCG 905 وحدة دولية / لتر، والبروجستيرون ٢٤ نانومول / لتر

- ما هو التشخيص المحتمل والتشخيص التفريقي، كيف يمكنك مواصلة التحقيق مع هذه المرأة وتدبيرها؟

الإجابة ٤٣

يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل رحمًا فارغًا ولا توجد كتل ملحقة. ولذلك يُطلق عليه اسم الحمل غير معروف الموقع (*PUL*).

تعريف الحمل غير معروف الموقع

- لا توجد علامات الحمل داخل الرحم أو خارج الرحم أو بقايا الحمل لدى امرأة مع اختبار حمل إيجابي

يحدث *PUL* فيما يصل إلى ٢٠ في المائة من النساء في وحدات الحمل المبكرة والتشخيصات المحتملة هي:

- بداية الحمل داخل الرحم: مبكر جدًا بحيث لا يمكن رؤيته على الموجات فوق الصوتية
- الحمل الفاشل: إجهاض كامل حيث تم الحمل تمامًا وتم طردها ولكن دون توفر فحص سابق للتأكد من وجود حمل داخل الرحم
- الحمل خارج الرحم: يقع الحمل خارج تجويف الرحم ولكن لم يتم رؤيته في الفحص الأولي بالموجات فوق الصوتية.

١٠ في المائة فقط من *PULs* يتم تشخيصه لاحقًا على أنه حمل خارج الرحم، ولكن يجب فحص كل شيء باستخدام *HCG* في المصل التسلسلي لتحديد أي من التشخيصات الثلاثة المذكورة أعلاه هو الأفضل.

نتائج HCG في الدم وتدبيرها:

إن *HCG* الذي يُتصور فيه الحمل داخل الرحم عادة هو ١٠٠٠-١٥٠٠ وحدة دولية / لتر (في معظم الحالات وليس كلها). عادةً ما تُظهر بداية الحمل الطبيعية زيادة في هرمون *HCG* بنسبة تزيد عن ٦٦ بالمائة في كل ٤٨ ساعة. يكون مستوى البروجسترون مرتفعًا عادةً (٦٠ نانومول / لتر) في الحمل المستمر ومنخفضًا (٢٥ نانومول / لتر) في حالة الفشل.
في هذه الحالة، يعتبر ارتفاع *HCG* دون المستوى الأمثل والبروجستيرون المتوسط المدى نموذجيًا (لكن ليس تشخيصيًا) للحمل خارج الرحم، ويجب أن تخضع المرأة لفحص بالموجات فوق الصوتية مرة أخرى خلال بضعة أيام. إذا تم تصور الحمل خارج الرحم، فيجب أن يعتمد التدبير الطبي أو الجراحي على العلامات والأعراض. إذا لم يتم رؤية الحمل بعد ظهور الأعراض، فيتم اللجوء إلى تنظير البطن لتحديد التشخيص. إذا استمر *HCG* في الارتفاع مع عدم وجود حمل واضح، فيمكن أخذ الميثوتريكسات لاستمرار *PUL*. عند أخذه بعين الاعتبار.

النقاط المفتاحية

- قد يمثل الحمل في مكان غير معروف حملًا مبكرًا داخل الرحم، أو إجهاضًا كاملًا أو حملًا خارج الرحم.
- يجب ترتيب متابعة HCG والموجات فوق الصوتية لهؤلاء النساء.
- إذا تطور الألم قبل تأكيد التشخيص، فيجب إجراء تنظير البطن لاستبعاد الحمل خارج الرحم.

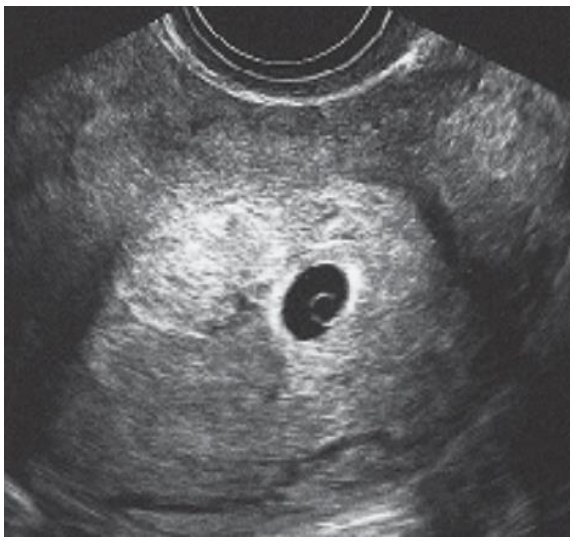
الحالة 44: تحديد تاريخ الحمل

القصة

تم تحويل امرأة من الطبيب العام لتحديد تاريخ الحمل حيث أجرت المريضة اختبار حمل منذ ٣ أيام وكان إيجابياً بعد أن أدركت أن دورتها الشهرية قد فات موعدها في الماضي كانت دورتها منتظمة تنزف لمدة ٥ أيام كل ٢٨ يوم ومع ذلك، فقد كانت تتناول حبوب منع الحمل المركبة (COCP) طوال السنوات الست الماضية وتوقفت عن تناولها منذ ١٠ أسابيع فقط. كان لديها نزف سحب بعد آخر مرة من استعمالها لحبوب منع الحمل، ثم حدث لديها دورة طمثية طبيعية بعد ٥ أسابيع. لم يكن لديها أي نزيف غير منتظم آخر أو أي ألم في البطن. لقد مارست الجماع بانتظام طوال الوقت منذ أن أوقفتCOCP الخاص بها وهي سعيدة الآن لأنها حامل.

الاستقصاءات

تظهر نتائج الموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ٤٤,١



الشكل ٤٤,١ صورة الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل.

الأسئلة:

- كيف يمكن تحديد أعمار الحمول وما هو العمر التقريبي المتوقع لهذا الحمل؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ستجريها ها لتأكيد لحمل؟
- لماذا يعتبر تحديد عمر الحمل الحقيقي باكراً هاماً؟

الإجابة ٤٤

طرق تحديد عمر الحمل:

- التحديد عن طريق قياس الطول المقعدي التاجي CRL: من عمر ٦ أسابيع ويومين يمكن تقدير العمر الحملي عن طريق قياس الطول المقعدي التاجي للجنين بحسب القيم المرجعية المعتمدة.
- التحديد بحسب آخر دورة طمثية:

في النساء ذوات التواريخ المؤكدة لآخر دورة طمثية (LMP) ولديهم دورة طمثية منتظمة يمكن تطبيق قاعدة نايجل حيث يتم حساب وقت الولادة المتوقع حسب القاعدة التالية: (LMP تاريخ آخر دورة طمثية _ ٣ أشهر) +٧أيام + سنة

لا يمكن تطبيق قاعدة نايجل عندما تكون الدورة الطمثية غير منتظمة أو كان هناك إسقاط أو وسائل منع حمل هرمونية خلال الأشهر الثلاثة الماضية

- التحديد عن طريق الفحص المهبلي المشترك بالجس اليدوي: تحديد عمر الحمل عن طريق هذا الفحص هو إجراء نادر الاستطباب لأنه إجراء غازي بلا ضرورة وغير دقيق.

العلامات المهبلية الباكرة للحمل:

- ٤_٥ أسابيع: ظهور كيس الحمل (منطقة عديمة الصدى تقع بشكل غير متجانس داخل بطانة الرحم باتجاه قاع الرحم)
- ٥ أسابيع: ظهور الكيس المحي (بنية صغيرة مدورة داخل كيس الحمل يدعم الجنين ريثما تتطور المشيمة ثم يتلاشى في الأسبوع ١١)
- ٦ أسابيع: ظهور قطب جنيني مع نبض قلب جنيني داخل كيس الحمل منفصلا عن الكيس المحي
- ٧-٨ أسابيع: ظهور الكيس السلوى، والذي يندمج فيما بعد مع الغشاء المشيمي ليصبح غير مرئي على الأشعة في الأسبوع ١٢
- ٨ أسابيع: ظهور براعم أطراف الجنين وحركات الجنين

يُظهر التصوير بالموجات فوق الصوتية كيس حمل وكيس محي داخل الرحم وبالتالي يكون الحمل في هذه الحالة غالباً بعمر ٥ أسابيع هذا ويجب تأكيد ذلك بإعادة التقييم الشعاعي (بعد أسبوعين على الأقل) عندما يكون البرعم الجنيني مرئياً والطول التاجي المقعدي يمكن أن يُقاس.

أهمية تحديد عمر الحمل بدقة:

- تحديد وقت الفحص المسحي لمتلازمة داون
- تحديد العمر الحملي المتوقع بشكل دقيق لحالات الولادة الحدية (على سبيل المثال: خديج وُلد في الأسبوع ٢٢ إلى ٢٤ الحملي)
- تحديد وقت تحريض المخاض في الحمل المديد.

النقاط المفتاحية

- يجب أن يتم إجراء فحص الموجات فوق الصوتية المبكر للنساء ذوات التواريخ غير المؤكدة للدورة الطمثية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل لتقدير عمر الحمل.
- توجد مخططات تأريخ موحدة تتضمن قياس الطول التاجي المقعدي حتى ١٤ أسبوعًا وقياسات الرأس وعظم الفخذ والبطن بعد ذلك.
- إذا كان كيس الحمل صغيراً والجنين غير مرئي يجب إعادة المسح الشعاعي للتأكد من قابلية الحمل للحياة وقياس الطول التاجي المقعدي.

الحالة ٤٥: الألم والنزف في بداية الحمل

القصة

تم تحويل امرأة تبلغ من العمر ٣٠ عاماً من قبل طبيبها العام. المريضة حامل وعمر الحمل هو ١١ أسبوع ويومان وقد لاحظت المريضة في الأيام الأربعة السابقة بقع داكنة وعانت من آلام خفيفة تشبه آلام الدورة الشهرية. آخر دورة شهرية لها كانت منذ ٤ أشهر لكن التاريخ المرضي للمريضة يظهر معاناتها من متلازمة المبيض متعدد الكيسات وتكرر غير منتظم للنزف لمدة ٤ _ ٧ أيام كل ٥ _ ٦ أسابيع. عانت المريضة من ألم في الثدي، وأجرت اختباراً للحمل ظهر إيجابياً وأتت لإجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية قبل ٤ أسابيع والذي أكد وجود حمل مفرد قابل للحياة داخل الرحم. ومنذ ذلك الحين وهي تقوم بزيارات روتينية للقابلة وجميع اختبارات الدم الروتينية لديها طبيعية. يتضمن التاريخ النسائي للمريضة عدد الحمول (٢) _ عدد الولادات السابقة (٠). آخر حمل للمريضة كان منذ ٩ أشهر وانتهى بإجهاض كامل في الأسبوع السابع. لا يوجد تاريخ طبي أو نسائي آخر ذو أهمية.

الفحص

الحرارة طبيعية معدل ضربات القلب وضغط دم طبيعيان. البطن لينة وغير ممضة ويظهر الفحص بالمنظار شتر خارجي صغير في عنق الرحم ولكنه ليس نازفاً. عنق الرحم مغلق ولا يُرى أي نزيف أو إفرازات غير طبيعية. يظهر الفحص الحوضي رحم متحرك مقلوب (مائل للخلف) بحجم ٨ إلى ١٠ أسابيع بدون أي كتل ملحقة أو مضض.

الاستقصاءات

تقرير الفحص المهبلي بالأمواج فوق الصوتية (الصورة ٤٥,١): يحوي الرحم على كيس حمل يقيس ٤٩×٤٨×٣٦ مم. يمكن رؤية جنين مفرد بدون نبض حيث يبلغ الطول التاجي المقعدي له ٤٧ مم. الرحم مائل للخلف وكلا المبيضين طبيعيان بدون أي كتل ملحقة مرئية.

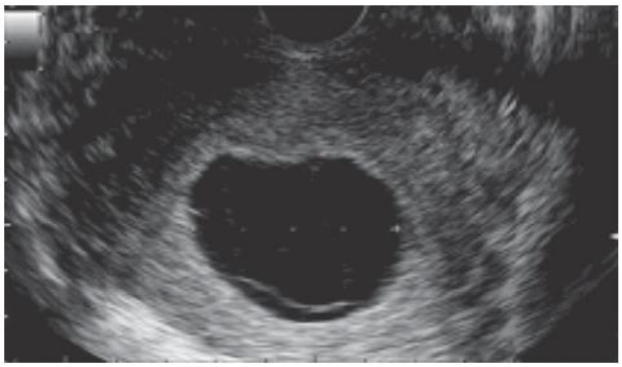
الشكل ٤٥,١ صورة الأمواج فوق الصوتية عبر المهبل.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هو الاستقصاء والتدبير لهذه المريضة؟

الإجابة ٤٥

التشخيص هو الإجهاض المفقود. المصطلحات المرادفة لهذه الحالة هي الإجهاض الصامت أو الإجهاض المتأخر أو موت الجنين الباكر.
يمكن وضع التشخيص لسببين:
الأول: تمت رؤية نبضات قلب الجنين سابقاً ثم لم تعد مرئية.
الثاني: عندما يتجاوز طول التاجي المقعدي ٦ مم، يجب أن تكون نبضات قلب الجنين مرئية على الموجات فوق الصوتية عبر المهبل في جميع حالات الحمل القابلة للحياة. وبالتالي كان من الممكن وضع التشخيص حتى لو لم تكن نتيجة الفحص السابقة معروفة.
يستخدم مصطلح "الكيس الفارغ" (البويضة التالفة أو الحمل غير الجنيني) عندما يتم خسارة الحمل في مرحلة مبكرة جداً، بحيث لا يصبح الجنين كبيراً بما يكفي لرؤيته عيانياً ولكن لا يزال الكيس مرئياً. يمكن تشخيص كيس الحمل الفارغ عندما يتجاوز متوسط قطر الكيس ٢٠ ملم مع عدم وجود قطب جنيني مرئي (الجنين). وهذا موضح في الشكل ٤٥,٢. يتم علاج الإجهاض التلقائي والكيس الفارغ بنفس الطريقة.



الشكل ٤٥,٢ صورة الموجات فوق الصوتية عبر المهبل
توضح كيس حمل فارغاً بمتوسط قطر للكيس أكبر من ٢٠ مم، مما يؤكد تشخيص الإجهاض.

التدبير:
تحتاج المريضة إلى مناقشة كيف تتصرف الآن وأيضاً مناقشة ما حدث وما يمكن أن يحدث في حالات الحمل المستقبلية. معالجة الإجهاض إما بالمراقبة أو دوائياً أو جراحياً. يجب اختيار العلاج المناسب مع الأخذ بعين الاعتبار المزايا والعيوب المحتملة لكل منها:

- المراقبة (طريقة انظر وانتظر):
  - تجنب التداخل الطبي ويمكن تدبير الحالة بالكامل في المنزل
  - قد يتضمن ألم ونزيف معتبر
  - الإطار الزمني لا يمكن التنبؤ به حيث قد يستغرق الإجهاض عدة أسابيع
  - أكثر نجاحاً في حالة الإجهاض غير الكامل مقارنة بالإجهاض التلقائي
- دوائياً (الميفيبريستون عن طريق الفم يتبعه بعد ٤٨ ساعة أقراص الميزوبروستول داخل المهبلية):
  - نتجنب بهذه الطريقة التداخل الجراحي والتخدير العام
  - قد تحتفظ المرأة ببعض الشعور بأنها المتحكمة
  - معدل النزف والعدوى مساوي لمعدل النزف والعدوى في الإجراء الجراحي (٢_٣٪)
  - يمكن تحويل المريضة للتداخل الجراحي في حال فشل المعالجة الدوائية
- جراحياً (إفراغ محتويات الحمل المتبقية):
  - يمكن إجراؤه خلال أيام قليلة وتجنب المتابعة طويلة المدة
  - معدل الفشل منخفض جداً (منتجات الحمل المحتجزة)
  - خطر ضئيل لحدوث انثقاب في الرحم أو مضاعفات التخدير.

إن معدل نجاح العلاج الدوائي والعلاج الجراحي هو أفضل في الإجهاض المفقود أما العلاج بالمراقبة فهو ناجح جداً في الإجهاض

غير الكامل.

نصائح هامة بعد الإجهاض

•التعبير عن التعاطف حيث أن الإجهاض هو حدث مهم جداً بالنسبة للزوجين ويعتبر الإجهاض لديهم هو كحادثة وفاة لطفل كامل الحمل والنمو.
• تقديم المزيد من الاستشارة إذا لزم الأمر وتقديم نصائح/ ملاحظات مكتوبة.
• طمأنة المريضة أن الإجهاض لم يكن نتيجة لأي شيء فعلته، مثل رفع الأشياء الثقيلة أو تناول كوب من الكحول أو ممارسة الجماع (جميع الأسباب الشائعة التي تجعل المرأة تشعر بأنها مسؤولة عن الخسارة).
• اشرح للمريضة أن أكثر من ٦٠٪ من خسائر الأجنة ترجع إلى تشوهات صبغية متفرقة مثل التثلث الصبغي.
• اشرح للمريضة أنه على الرغم من تعرضها لخسارتين متتاليتين لجنينها، لا تزال هناك فرصة كبيرة (< ٧٠ %) أن يكون حملها طبيعياً في المستقبل.

عادة ما يتم إجراء مزيد من الاستقصاءات في حالات الإجهاض المتكرر للنساء اللواتي يعانين من ثلاث خسائر متتالية أو أكثر، لأن الإجهاض شائع للغاية ومن غير المرجح أن يكون لدى الأزواج الذين يعانون من الإجهاض مرتين أي سبب أساسي للإجهاض.

النقاط المفتاحية

- معظم حالات الإجهاض تكون بسبب التشوهات الصبغية المختلفة لدى الجنين.
- يمكن معالجة الإجهاض "التلقائي" عن طريق المراقبة أو دوائياً أو جراحياً. لا تنسى أبداً أن الإجهاض قد يكون حدثاً مهماً في حياة المرأة/الزوجين، بغض النظر عما إذا كان الحمل مخططاً له أم لا.

الحالة 46: النزيف في بداية الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٦ عاماً حامل في الأسبوع الثامن و٣ أيام. هذا الحمل هو أول حمل لها. تعاني من نزيف مهبلي، بدأ بشكل "بقع" حمراء زاهية منذ ٧ أيام، اعتقدت المريضة أن هذه البقع طبيعية في بداية الحمل. ولكن منذ ذلك الحين أصبح النزف غزيراً مثل الدورة الشهرية تقريباً لا يحوي النزف على خثرات وليس لديها آلام بطنية لقد شعرت بالغثيان منذ ٣ أسابيع وتقيأت من حين لآخر. خضعت المريضة لاستئصال عروة متحولة كبيرة الحجم ومعالجة (LLETZ) بعد مسحة غير طبيعية قبل ٦ سنوات. ومنذ ذلك الحين أصبحت جميع المسحات طبيعية. لا يوجد تاريخ نسائي مهم آخر. لديها دورات شهرية منتظمة لمدة ٥ أيام كل ٢٨ يوماً ولم يسبق لها أن أصيبت بأي أمراض منقولة جنسياً. في الماضي كانت تستخدم الواقي الذكري لمنع الحمل.

الفحص

معدل النبض ٦٨ نبضة/ د، ضغط الدم ١٠٨/٧٠ ملم.زئبق. البطن لينة غير ممضة. بالفحص بمنظار الرحم عنق رحم طبيعي مغلق مع كمية قليلة من النزف الدموي الحديث القادم من قناة عنق الرحم. بالفحص بكلتا اليدين كان الرحم متضخماً ولين ويبلغ حجمه حوالي ١٠ أسابيع. لا يوجد أي تهيج في عنق الرحم أو مضض في الملحقات.

الاستقصاءات
اختبار الحمل البولي: إيجابي

الشكل ٤٦,١ تظهر الموجودات بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأرجح وما هو التشخيص التفريقي؟
- ما الذي تتوقع رؤيته عند إجراء مسح شعاعي لهذه المريضة إذا كان الحمل طبيعياً؟
- كيف ستعالج هذه المريضة؟

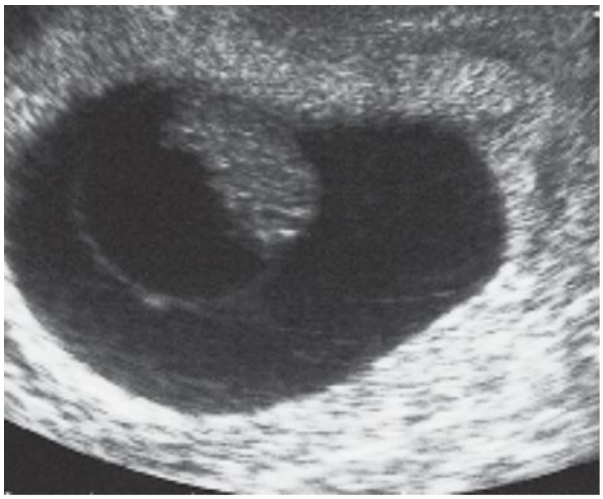
الإجابة ٤٦

يظهر المسح بالأمواج فوق الصوتية للرحم مظهر صدوي مختلط نموذجي بشكل كامل للحمل العنقودي (حمل رحوي وهو جزء من طيف داء الأرومة الغازية الحملي). لا يلاحظ أي كيس حملي أو جنين.

يظهر هذا المظهر أحيانا في بعض حالات الحمل التي يحدث فيها موت محصول الحمل باكراً مع بقاء الكيس الحملي (الإجهاض التلقائي) مما يؤدي لانحلال كيسي للمشيمة

يبلغ معدل حدوث الحمل العنقودي (والمعروف أيضا باسم داء الأرومات الغازية الحملي) تقريباً ١ من كل ٧١٤ حالة حمل. بشكل عام يحدث الحمل العنقودي مع نزيف مهبلي غير مؤلم وبالتالي قد يتم تشخيصه عند اكتشافه صدفة أثناء إجراء إيكو مهبلي لسبب آخر. نادراً ما ترى المرافقات الكلاسيكية وهي القيء المفرط والإنسمام الدرقي والإنسمام الحملي في دول العالم المتقدم حيث يتم التشخيص بشكل عام في الثلث الأول من الحمل.

الموجودات الطبيعية بعمر ٨ أسابيع:
الموجودات الطبيعية في حمل بعمر ٨ أسابيع هي جنين طوله حوالي ١٨ ملم مع نبضات قلب جنينية إيجابية ويمكن رؤية حركة الجنين. كل من الكيس المحي والكيس السلوي مرئيان و يبدأ الجنين بتطوير براعم الأطراف والذراعين.



الشكل ٤٦,٢ صورة إيكو عبر المهبل لجنين وكيس حمل طبيعي بعمر ٨ أسابيع (الكيس المحي غير مرئي هنا)

المزيد من التدبير
إن علاج أي حمل عنقودي مشتبه به هو دائماً إفراغ محتويات الرحم (ERCP) وإجراء فحص خلوي للأنسجة بشكل عاجل.

بمجرد تأكيد التشخيص بالفحص النسيجي، يجب إحالة أي امرأة لديها كيسة عنقودية جزئية أو كاملة إلى مركز متخصص في أمراض داء الأرومة الغازية الحملي (في المملكة المتحدة في شيفيلد ودندي ومستشفى تشارينغ كروس) لمتابعة هرمون الغدد التناسلية المشيمية البشرية (مستويات HCG). يتم تطبيق العلاج الكيميائي للنساء اللاتي يعانين من ارتفاع مستمر في مستويات HCG لتحطيم أنسجة الأرومة الغازية المستمرة وتقليل فرصة الإصابة بسرطان المشيمية.

ومع ذلك، لا تحتاج معظم النساء إلى علاج كيميائي لأن هرمون HCG يصبح سلبياً خلال فترة قصيرة من الزمن. وينبغي نصح هؤلاء النساء:

- عدم الحمل مرة أخرى إلا بعد مرور ٦ أشهر من وصول مستوى HCG إلى المستوى الطبيعي
- هناك احتمال ١ من ٨٤ لحدوث حمل عنقودي آخر
- يجب أن يخضعوا لمراقبة HCG بعد أي حمل لاحق (سواء ولادة حية أو فقدان الجنين أو إنهاء الحمل)
- يمكن استخدام حبوب منع الحمل المركبة بأمان بمجرد عودة HCG إلى طبيعته (كانت النصيحة السابقة هي الانتظار لمدة ٦ أشهر).

النقاط المفتاحية

- يمكن الاشتباه في الحمل العنقودي من خلال الفحص بالموجات فوق الصوتية ولكن يجب تأكيد التشخيص من خلال إجراء فحص نسيجي لمنتجات الحمل بعد إجراء إفراغ محتويات الحمل.
- يجب متابعة حالات الحمل العنقودي لدى طبيب متخصص في أمراض ورم الأرومة الغازية الحملي
- نادراً ما يحدث سرطان المشيمة بعد الحمل العنقودي، ولكن داء الأرومة الغازية المستمر الذي يتطلب علاجاً كيميائياً هو الأكثر شيوعاً.

الحالة ٤٧: النزف في بداية الحمل

القصة

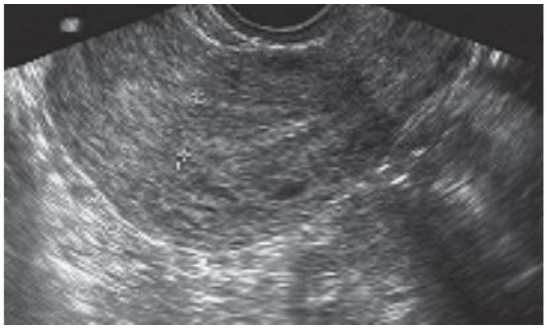
امرأة تبلغ من العمر ٣١ عاماً حامل في الأسبوع الخامس و٦ أيام. تعاني من نزيف مهبلي لديها سوابق لحمل هاجر في قناة فالوب اليسرى تم علاجه عن طريق استئصال البوق بالمنظار. لديها دورة شهرية منتظمة وهي متأكدة من موعد آخر دورة لها. كان اختبار اللطاخة الأخير لها طبيعياً ولم تستخدم أي وسيلة منع حمل منذ حملها الأخير قبل ٣ سنوات.
عندما كانت تبلغ من العمر ٢١ عام أصيبت بنوبة من الداء الحوضي الالتهابي وتم علاجها بالمضادات الحيوية الوريدية. نفت إصابتها بأي أمراض تنتقل عن طريق الجنس وذكرت أنها كانت مع شريكها لمدة ٧ سنوات. تدخن ١٠ سجائر يومياً ولا تشرب الكحول.
وصفت المريضة النزيف بأنه خفيف جداً وغير مؤلم. لم تشعر بالدوار ولا تعاني من ألم في طرف الكتف.

الفحص

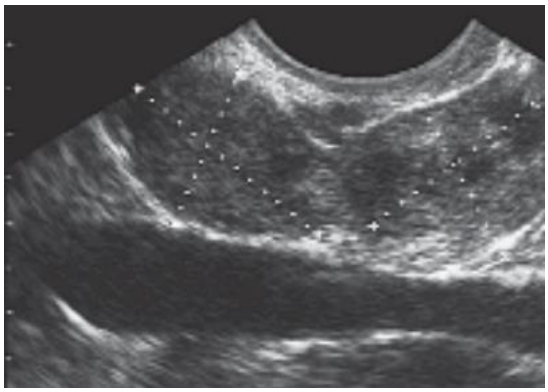
المريضة دافئة وغير شاحبة. ضغط الدم ٧٨/١٣٦ ملم.زئبق ومعدل ضربات القلب ٧٥/د. البطن غير منتفخة وغير مؤلمة بالجس. عنق الرحم مغلق وغير متهيج والرحم ضمن الحجم الطبيعي، وهو منقلب للخلف ومتحرك، لا يُظهر فحص الملحقات اللطيف ألم معتبر.

الاستقصاءات

موجهة الغدد التناسلية المشيمية البشرية: ٦٩١ وحدة دولية /لتر.
تظهر نتائج الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكلين ٤٧,١ و ٤٧,٢.



الشكل ٤٧,١ صورة الرحم بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل.



الشكل ٤٧,٢ صورة الملحقات بالأمواج فوق الصوتية عبر المهبل.

الاسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي خيارات العلاج المتاحة وأي علاج سيكون هو الأفضل في هذه الحالة بالذات؟

الإجابة ٤٧

يُظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية رحماً فارغاً وكتلة ملحقات مجاورة للمبيض الأيمن. الكتلة تمثل حمل هاجر ولا يوجد كيس حمل أو قطب جنيني مرئي، وبالتالي لا يعتبر الحمل "قابلاً للحياة". ومع ذلك، لا يزال هناك احتمال لتمزقه إذا لم يتم علاجه.

عوامل الخطر للحمل الهاجر:

- التدخين
- الداء الحوضي الالتهابي أو عدوى بالكلاميديا
- العقم
- الإخصاب المخبري (التلقيح الصناعي)
- جراحة سابقة على الأنابيب
- حمل هاجر سابق
- جهاز منع الحمل داخل الرحم (IUCD) أو حبوب منع الحمل التي تحتوي على هرمون البروجسترون فقط

التدبير

ثلاثة خيارات قد تكون مناسبة لهذه المرأة:

- جراحياً: استئصال قناة فالوب بالمنظار (استئصال البوق) أو بضع البوق لشق قناة فالوب واستئصال الحمل الهاجر
- دوائياً: الميثوتريكسات العضلي لتدمير أنسجة الأرومة الغازية سريعة الانقسام، مع متابعة منتظمة لـ HCG لتأكيد الشفاء
- المراقبة: طريقة "انتظر وانظر"، وهو مناسب إذا كان مستوى HCG خلال ٤٨ ساعة يتناقص تلقائياً وتبقى المرأة بدون أعراض.

في هذه الحالة، سبق للمرأة إزالة أحد البوقين وقد تؤدي الجراحة إلى إضعاف الأنبوب المتبقي، لذلك يفضل العلاج بالميثوتريكسيات. ومع ذلك، إذا كان الأنبوب تالفاً ولكن تم الحفاظ عليه، فقد تكون معرضة لخطر كبير لمزيد من الحمل خارج الرحم. قبل العلاج بالميثوتريكسيات. يجب إجراء تعداد الدم الكامل الطبيعي، ووظائف الكلى والكبد، والامتثال للمتابعة المكثفة، وفهم الحاجة إلى عدم الحمل مرة أخرى لمدة ٣ أشهر على الأقل بسبب التأثيرات الجانبية المشوهة للدواء المحتملة. الآثار الجانبية المحتملة هي ألم في البطن (يصعب أحيانًا تمييزه عن الألم الذي يشير إلى تمزق البوق)، والغثيان، والإسهال، ونادراً التهاب الملتحمة والتهاب الفم.

النقاط المفتاحية

- عادة ما تكون حالات الحمل الهاجر لا عرضية أو ذات أعراض غير نموذجية.
- يعتمد العلاج الجراحي أو الدوائي أو المراقبة على الأعراض والعلامات ونتيجة HCG.
- الميثوتريكسات فعال ولكن المتابعة مكثفة وتطول أحياناً.

الحالة ٤٨: النزف في بداية الحمل

القصة

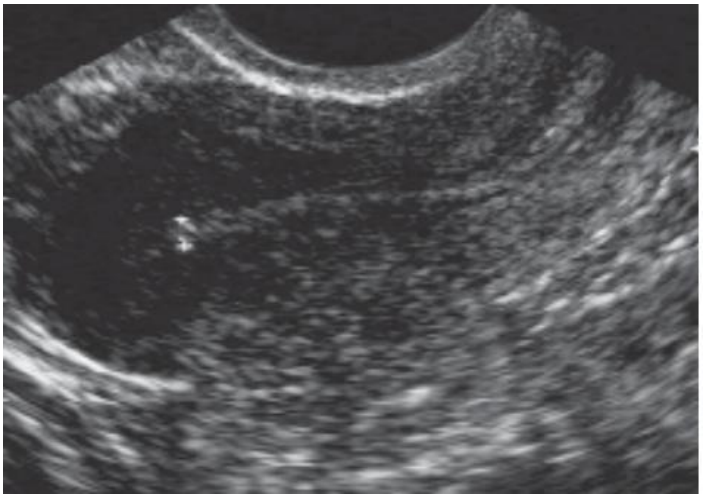
امرأة تبلغ من العمر ٤١ سنة تتم معاينتها في وحدة الحمل الباكر بسبب النزيف المهبلي. المريضة حملت ٤ وولدت ٢ ولادتين مهبليتين طبيعيتان سابقتين أعقبهما إجهاض. دورتها الشهرية منتظمة كل ٢٨ يوم، وآخر دورة لها بدأت قبل ٩ أسابيع. عانت من نزيف مهبلي خفيف منذ أسبوعين، وفي الفحص بالموجات فوق الصوتية تمت رؤية حمل باكر داخل الرحم مع كيس حمل يقيس ١٨ × ١٢ × ٢٢ ملم وكيس محي بحجم ٤ × ٥ × ٥ ملم. ولم تتم رؤية الجنين. تم تحديد موعد لها لتكرار الموجات فوق الصوتية.

قبل أربعة أيام أصبح نزيفها شديداً للغاية مع وجود خثرات كبيرة فيه وصفتها بأنها "مثل الكبد" مترافقة بألم شديد في البطن استمر لمدة ٤ ساعات تقريباً. ومنذ ذلك الحين أصبح النزيف خفيفاً جداً. حالياً المريضة غير متألمة ولا يوجد لديها أي غثيان أو إقياء أو أعراض بولية أو معوية.

الفحص

المريضة تبدو بحالة عامة جيدة بدون حمى أو علامات لفقر الدم. معدل ضربات القلب ٨٢/د وضغط الدم ١٣٢/٧٨ ملم.زئبق. البطن لينة وممضة بشكل معتدل فوق العانة. الفحص بالمنظار يظهر عنق الرحم مغلق مع كمية قليلة من الدم في المهبل. إيلام خفيف في الرحم عند الجس باليدين ويُشعر الرحم بالحجم الطبيعي وهو متحرك ومنقلب للخلف، مع عدم وجود إيلام في الملحقات أو هياج عنق الرحم.

الاستقصاءات
يظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ٤٨,١



الشكل ٤٨,١ الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هو العلاج الموصى به؟

الإجابة ٤٨

تُظهر صورة الموجات فوق الصوتية مقطعاً طولياً للرحم مع بطانة رحم متجانسة ورقيقة ولا يوجد دليل على وجود كيس حمل أو محصول حمل. وكما علمنا من التقرير السابق أنه كان هناك حمل داخل الرحم سابقاً، فيمكننا أن نستنتج هنا أن هذا إجهاض كامل. إذا لم تكن الموجات فوق الصوتية السابقة متاحة، فسنحتاج إلى التعامل مع الحالة على أنها حمل مجهول الموقع ومراقبة HCG في المصل التسلسلي.

لا حاجة لإجراءات أو علاجات أخرى لأن الإجهاض قد اكتمل ولا توجد علامات على وجود منتجات حمل متبقية، أو أي إشارة إلى الإنتان. ليست هناك حاجة لإعطاء Anti D حتى لو كانت المرأة سلبية الريزوس لأن فترة الحمل أقل من ١٢ أسبوعاً.

الاستشارة هي الجزء الأكثر أهمية في هذه الحالة، كما هو موضح في الحالة ٤٥.

لا يوجد دليل واضح على أن الفاصل الزمني الأطول بين الحملين يحسن النتيجة في حالات الحمل المستقبلية، وينبغي إعلام الزوجين أنهما قد يحاولان الحمل متى أردا ذلك. ومع ذلك، قد يكون من الأفضل الانتظار حتى ما بعد الدورة الشهرية التالية (عادةً ٤-٦ أسابيع بعد الإجهاض) من أجل تحديد موعد الحمل.

تعد الفحوصات الروتينية مفيدة في حالات الحمل المستقبلية وقد تحسن من النتائج. في ضوء الإجهاضين المتتاليتين، فإن إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية بعد ٧ أسابيع ثم على فترات حتى ١١-١٤ أسبوعاً سيكون مثالياً.

النقاط المفتاحية

- الشك السريري وحده لا يكفي لتشخيص الإجهاض. إذا كان الرحم فارغاً ولم يتم تأكيد الحمل داخل الرحم مسبقاً، فيجب التعامل مع الحالة على أنها حمل غير معروف الموقع، مع متابعة تسلسلية لـ HCG.
- تعتبر الاستشارة الاختصاصية أمراً هاماً في علاج الأزواج الذين يعانون من فقدان الحمل الباكر.

الحالة 49: الألم في بداية الحمل

القصة

امرأة حامل تبلغ من العمر ٣٩ عاماً راجعت بنوبات من ألم ماغص في الحفرة الحرقفية اليسرى عانت بسببها من صعوبة في النوم لكنها لم تتناول أي مسكنات لأنها تخشى أن يؤثر ذلك على الطفل ولا يوجد نزيف مهبلي مرافق.

لدى المرأة تاريخ طويل من العقم الثانوي حيث خضعت لولادة مهبلية عفوية قبل ٩ سنوات، وبدأت تحاول الحمل مرة أخرى بعد فترة وجيزة. تم فحصها قبل عام وتبين أنها مصابة بمتلازمة المبيض المتعدد الكيسات، ولذلك بدأت بتناول دواء كلوميفين سترات. كانت هذه دورتها الثالثة، وآخر دورة شهرية لها بدأت منذ ٤٥ يوم وأجرت اختبار حمل إيجابياً منذ ٤ أيام.

الفحص

الضغط الدموي ومعدل ضربات القلب طبيعية ولا يوجد حمى لدى المريضة ولكنها تعاني من زيادة الوزن (مؤشر كتلة الجسم ٣٢ كجم/م^{٢}) وبالتالي فإن الفحص محدود ولكن هناك بعض المضض عند الجس العميق للملحقات اليسرى. عند الفحص باليدين حجم الرحم طبيعي ومنقلب للخلف. هناك بعض المضض في الملحقات اليسرى ولكن لا توجد كتل واضحة أو مجسوسة.

الاستقصاءات

تظهر نتائج الموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ٤٩,١.

الشكل ٤٩,١ الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل.

الأسئلة

- ماذا يمكنك استنتاجه عن الحمل من خلال الموجات فوق الصوتية؟
- ما هو التشخيص التفريقي للألم؟
- ما الاستقصاءات الإضافية والعلاج المطلوب لهذه المريضة؟

الإجابة ٤٩

تظهر منطقتان واضحتان بالصدى داخل بطانة الرحم. ولكل منها حلقة من الأرومة الغازية اللامعة تؤكد أن هذه هي أكياس الحمل. لا يُظهر أي من الكيسين كيساً محياً محدداً أو قطباً جنينياً. تشير الموجودات إلى وجود حمل في توأم مع عمر حملي يتراوح بين ٤-٥ أسابيع، وهذا يتوافق مع تاريخ آخر دورة شهرية للمريضة. الكيسان بعيدان عن بعضهما وبالتالي فإن الحمل سيكون بالتأكيد ثنائي المشيمة والسلى. لا يمكن تحديد البويضة الملقحة بواسطة الموجات فوق الصوتية حيث أن الحمل ثنائي الزيجوت والجنين أحادي الزيجوت الذي انقسم قبل الزرع من شأنه أن يعطي هذا المظهر.

التشخيص التفريقي للألم لدى هذه المرأة هو:

١_الأمراض النسائية:
- كيسة الجسم الأصفر
- تكيسات المبيض العرضية الأخرى غير المرتبطة بالحمل
- فرط تحفيز المبيض (أحد المضاعفات النادرة للعلاج بالكلوميفين)

٢_ الأمراض غير النسائية:
- الإمساك
- التهاب المعدة والأمعاء
- التهاب المسالك البولية
- حصيات كلوية

يستبعد الحمل خارج الرحم لأن الموجات فوق الصوتية تؤكد وجود الحمل داخل الرحم. الداء الحوضي الالتهابي غير شائع للغاية أثناء الحمل كما هو الحال مع متلازمة الأمعاء الهيوجة الأكثر شيوعاً.

الاستقصاءات الإضافية

•يجب أن تسأل المريضة عن الإمساك أو الإسهال، وتعدد البيلات وعسرة التبول وآلام الخاصرة. يجب استقصاء وجود دم في البول (يقترح وجود حصيات) أو النترات/الكريات البيض (يقترح الإنتان) مع إرسال عينة بول مأخوذة في منتصف التبول للفحص المجهري والزرع والحساسية للأدوية إذا كان الزرع إيجابياً.

• يجب عادةً فحص الملحقات أثناء الفحص بالموجات فوق الصوتية. يعد الجسم الأصفر سبباً شائعاً جداً للألم في بداية الحمل ويظهر مظهراً نموذجياً لتدفق الدم المحيطي يشبه "حلقة النار" في فحص الدوبلر الملون. تتحلل الأجسام الصفراء تلقائياً بحلول الأسبوع ١٢ من الحمل.

•يمكن أيضًا رؤية كيسات المبيض الأخرى بسهولة على الموجات فوق الصوتية، ويمكن علاج معظمها بأمان أثناء الحمل ما لم يكن هناك شك في وجود ورم خبيث أو انفتال أو أعراض شديدة. يمكن أيضاً التعرف بسهولة على فرط تحفيز المبيض من خلال الفحص بالموجات فوق الصوتية.

• إذا كانت نتيجة تحليل البول سلبية، ولا يوجد تاريخ يوحي بوجود مشكلة في الأمعاء وتظهر الملحقات طبيعية، فيجب طمأنة المريضة وتخريجها من المشفى

النقاط المفتاحية

- المشاكل النسائية وغير النسائية من الأسباب الشائعة للألم في وقت مبكر من الحمل ويجب استقصائها بمجرد استبعاد الحمل خارج الرحم.
- السبب النسائي الأكثر شيوعاً للألم في بداية الحمل هو كيسة الجسم الأصفر ويتم علاجه بشكل محافظ بتسكين المريضة وطمأنتها.

الحالة ٥٠: الإقياء في الحمل

القصة

تمت إحالة امرأة آسيوية حامل تبلغ من العمر ٢٨ عاماً من قبل طبيبها العام بشكاية تقيؤ مستمر خلال الأسبوع السابع من الحمل. حيث تتقيأ ما يصل إلى ١٠ مرات خلال ٢٤ ساعة، ولم تتمكن من تحمل أي طعام لمدة ٣ أيام. يمكنها شرب كميات قليلة فقط من الماء. هذا الحمل الثاني لها بعد أن ولدت طبيعياً منذ ٣ سنوات.

لقد راجعت طبيبها العام قبل أسبوع حيث وصف لها تحاميل البروكلوربيرازين والتي ساعدتها لبضعة أيام فقط. المريضة تشكو من الشعور بالإرهاق الشديد وأصبحت غير قادرة على رعاية ابنها الآن. عند الاستجواب المباشر، كانت تشعر بألم ثابت حارق مستمر في الجزء العلوي من البطن، لم تتغوط المريضة منذ ٥ أيام وتتبول كميات صغيرة من البول الداكن بشكل غير متكرر بدون عسرة تبول أو بيلة دموية. لم يكن هناك نزيف مهبلي.

لا يوجد تاريخ طبي أو نسائي آخر ملحوظ باستثناء أنها عانت من القيء المستمر في حملها الأول مما تطلب قبولها ليلتين في المشفى.

الفحص

ضغط الدم في وضعية الاستلقاء ١١٥/٦٨ ملم.زئبق وفي وضعية الوقوف ٩٨/٥٥ ملم.زئبق، معدل ضربات القلب ٩٨ /د. لا يوجد حمى لدى المريضة وتبدو الأغشية المخاطية جافة. يكشف فحص البطن عن وجود ألم في المنطقة الشرسوفية ولكن لا يوجد أي مضض في الجزء السفلي من البطن. الرحم غير مجسوس في البطن.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	11.1 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	90 fL	74.4–95 fL
White cell count	8.9 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Platelets	298 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
Sodium	131 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	3.0 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	8.2 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	65 µmol/L	34–82 µmol/L
Alanine transaminase	30 IU/L	6–32 IU/L
Alkaline phosphatase	276 IU/L	30–300 IU/L
Gamma glutamyl transaminase	17 IU/L	5–43 IU/L
Bilirubin	12 µ/L	3–14 µmol/L
Albumin	34 g/L	28–37 g/L

Pregnancy test: positive

Urinalysis: protein negative; blood negative; nitrites negative; leucocytes negative; +++ ketones; glucose negative

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي المضاعفات المحتملة لهذا الاضطراب؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي ستطلبها وكيف ستعالج هذه المريضة؟

الإجابة ٥٠

تعاني المرأة من القيء الحملي المفرط والذي يحدث في أقل من ٢٪ فقط من حالات الحمل، على الرغم من أن أكثر من ٥٠٪ من النساء يعانين من بعض الغثيان أو القيء أثناء الحمل.

تعريف القيء الحملي المفرط

القيء الشديد أو المطول الذي يظهر لأول مرة قبل الأسبوع العشرين من الحمل ولا يرتبط بحالات عرضية أخرى ويكون من الشدة بحيث يتطلب دخول المريض إلى المشفى.

التشخيص التفريقي للقيء في بداية الحمل:

- التهاب المسالك البولية
- التهاب المعدة والأمعاء
- الانسمام الدرقي
- التهاب الكبد

يمكن وضع التشخيص في هذه الحالة لأن نتيجة تحليل البول سلبية باستثناء الأجسام الكيتونية، لذا فإن التهاب المسالك البولية مستبعد جداً. لم تتغوط ولكن هذا أقرب لأن يكون أمراً ثانوياً بسبب سوء التغذية والجفاف. وظائف الكبد طبيعية، لذلك نستبعد أن يكون سبب القيء هو المرض الكبدي (على الرغم من أن وظائف الكبد غير الطبيعية قد تحدث نتيجة للقيء المفرط نفسه). وظيفة الغدة الدرقية طبيعية، لذا نستبعد أن يكون فرط نشاط الغدة الدرقية هو الذي يسبب القيء.

اختلاطات القيء الحملي المفرط

اعتلال الدماغ الفيرينكي (بسبب نقص فيتامين ب)
متلازمة كورساكوف (بسبب نقص فيتامين ب)
قيء دموي (من تمزق مالوري وايس)
الاستياء النفسي من الحمل والتعبير عن الرغبة بإنهاء الحمل

الجنين ليس معرضاً للخطر بسبب القيء المفرط ولا يبدو أن نقص التغذية لدى الأم يؤثر على نموه ويكون خطر الإجهاض أقل عند النساء المصابات بفرط التقيؤ. يُعتقد قديماً أن خطر الحمل بالتوائم والحمل العنقودي يكون أكبر لدى النساء المصابات بفرط التقيؤ، ولكن تم دحض هذا في الأبحاث الحديثة.

الاستقصاءات الإضافية والعلاج:

القيء المفرط هو مرض محدد لذاته وعلاجه داعم فقط، حيث يتم إخراج المريضة بمجرد أن تتحمل الطعام والشراب وسلبية الأجسام الكيتونية عند تحليل البول.

- السوائل: يجب تسريب ٣-٤ لتر من المحلول الملحي النظامي يومياً للمريضة ويمنع استعمال محاليل الدكستروز لأنها قد تسبب اعتلال دماغي فرينكي وأيضاً لأن المريضة تعاني من نقص صوديوم الدم وبالتالي تحتاج إلى محلول ملحي نظامي.

- البوتاسيوم: يؤدي القيء المفرط بشكل عام إلى نقص بوتاسيوم الدم، ويجب إعطاء كلوريد البوتاسيوم مع المحلول الملحي النظامي وفقاً لنتائج شوارد المصل.

- مضادات القيء: تشمل مضادات القيء من الخط الأول سيكليزين (مضاد للهستامين)، ميتوكلوبراميد (مضاد الدوبامين) أو بروكلوربيرازين (فينوثيازين). وفي الحالات الشديدة، قد يكون الأوندانسيترون أو الدومبيريدون فعالين. لا يوجد أي دليل على أن هذه الأدوية مسببة للتشوهات لدى البشر.

- الثيامين وحمض الفوليك: فيتامين ب (الثيامين) يمكن أن يمنع اعتلال الدماغ الفيرينكي أو متلازمة كورساكوف غير العكوسة (عدم القدرة على تذكر الأحداث الأخيرة، وفجوات الذاكرة طويلة المدى. ضعف القدرة على التعلم).

- مضادات الحموضة: لعلاج الألم الشرسوفي.

- التغذية الوريدية الكاملة: نادراً ما يتم استخدامها ولكنها قد تكون منقذة للحياة في حال فشل جميع طرق العلاج الأخرى.

- الجوارب الضاغطة لمنع الانصمام الخثاري والهيبارين: النساء المصابات بفرط التقيؤ معرضات لخطر الإصابة بتخثر الدم بسبب الحمل وعدم القدرة على الحركة والجفاف، ويجب أخذهن في الاعتبار عند اتباع نظام الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي بالإضافة إلى TEDS.

المراقبة

يجب إجراء مراقبة يومية، مع قياس الوزن وإجراء تحليل البول للكيتونات ووظائف الكلى والكبد.

النقاط المفتاحية

- التقيؤ الحملي المفرط يشخص بنفي الأسباب الأخرى.
- ليس له أي تأثير سلبى على الجنين
- العلاج داعم.
- بديل الثيامين يمنع الإصابة باعتلال دماغ فيرينكي ومتلازمة كورساكوف

الحالة 51: النزف في بداية الحمل

القصة

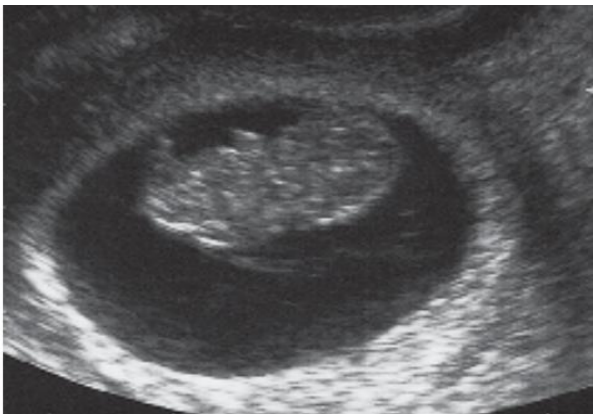
سيدة تبلغ من العمر ٢٣ عاماً تم تحويلها من قبل الطبيب العام بشكاية نزيف مهبلي حيث لاحظت وجود دم على ورق الحمام منذ يومين، وبعد ذلك بدأت برؤية بقع حمراء زاهية بشكل متقطع، المريضة لا تعاني من أي ألم ولا توجد أي أعراض بولية أو معوية.

بدأت آخر دورة شهرية لها منذ ٩ أسابيع و٦ أيام، ذكرت المريضة أن دورتها منتظمة مدتها ٣١ يوم. لقد أجرت اختبار حمل بول منزلي إيجابي منذ ٣ أسابيع بعد أن أدركت أن دورتها الشهرية قد فات موعدها بالإضافة إلى شعورها بالتعب الشديد. كانت تستخدم الواقي الذكري ولكن مع التزام ضعيف، لذلك لم يكن الحمل مخططاً له ولكنها الآن سعيدة بذلك.

وهي في حالة جيدة بشكل عام، ولم تدخل المستشفى إلا مرة واحدة في الماضي لإجراء عملية استئصال الزائدة الدودية عندما كان عمرها ١٧ عاماً. لا تتناول أي دواء وغير مدخنة تشرب كميات قليلة من الكحول وتنفي أي استخدام للمخدرات الترفيهية.

الفحص

ضغط الدم ٦٥/١٢٠ ملم.زئبق، ومعدل ضربات القلب ٧٨/دقيقة. درجة الحرارة طبيعية والبطن لينة غير مؤلمة لم يتم جس الرحم أو أي كتل أخرى.



الشكل ٥١,١ الفحص بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل.

الاستقصاءات

تظهر الموجات فوق الصوتية عبر المهبل في الشكل ٥١,١. يبلغ الطول التاجي المقعدي ٢٥ ملم (أي ما يعادل حوالي ٩ أسابيع من الحمل) ويمكن رؤية نبض قلب الجنين.

الاسئلة

- كيف تفسر نتيجة الموجات فوق الصوتية؟
- ما هي الفحوصات أو الاستقصاءات الإضافية التي ترغب في إجرائها أو طلبها؟

الإجابة ٥١

يُظهر الفحص بالموجات فوق الصوتية وجود حمل مفرد قابل للحياة موجود داخل الرحم. يتوافق الطول التاجي المقعدي مع عمر الحمل حسب مواعيد الدورة الشهرية، خاصة وأن المرأة تبلغ عن دورة شهرية طويلة (٣ أيام أطول من المعتاد، وبالتالي فإن عمر الحمل سيكون أقل من "الطبيعي" بمقدار ٣ أيام). عندما يكون هناك تناقض كبير بين تقدير عمر الحمل عن طريق موعد الدورة الشهرية والموجات فوق الصوتية (على سبيل المثال أكثر من ٧ أيام)، ينبغي للمرء أن يأخذ في الاعتبار إمكانية الإبلاغ غير الدقيق عن تاريخ آخر دورة شهرية، أو دورات غير منتظمة تؤدي إلى تاريخ إباضة مقدر غير دقيق، أو نمو محتمل لجنين متخلف عقلياً قد يكون مصيره الإجهاض.

في هذه الحالة، نظراً لأن الموجات فوق الصوتية مطمئنة، فإن التشخيص سيكون "تهديدًا بالإجهاض".

يوضح الشكل ٥١,٢ صورة ثلاثية الأبعاد للجنين، توضح تطور الأطراف وفتق المعي المتوسط الفسيولوجي الذي يحدث في هذه المرحلة من التطور الجنيني.

الشكل ٥١,٢ تصوير ثلاثي الأبعاد بالموجات فوق الصوتية عبر المهبل

المزيد من التدبير

يجب إجراء فحص بالمنظار المهبلي حيث النتائج المحتملة قد تكون:

- المظهر الطبيعي
- شتر عنق الرحم (غالباً ما يرتبط بنزيف ما بعد الجماع)
- التهاب عنق الرحم (شائع بالكلاميديا)
- بوليب عنق الرحم
- ورم خبيث في عنق الرحم (نادر ولكن لا ينبغي تفويته)
- عنق الرحم مفتوح مع عدم وجود منتجات أو خثرات في فوهة عنق الرحم.

ليست هناك حاجة لإجراء مزيد من الاستقصاءات في هذه المرحلة – فمن غير المرجح أن تكون كمية النزيف قد تسببت في فقر الدم. حالة عامل الريزوس لا علاقة له بالغلوبولين المناعي المضاد ل "د" مستحسن فقط بالنزيف الذي يحصل بعد ١٢ أسبوع من الحمل، عندما يتم التداخل على الرحم أو عند العلاج الجراحي للحمل الهاجر.

العلاج في هذه الحالة هي طمأنة المريضة. حيث تشير الموجودات الحالية إلى أن خطر الإجهاض أقل من ٥٪ إذا كانت نبضات قلب الجنين طبيعية وتوقف النزيف. لا يوجد أي دليل على أن البروجسترون أو الراحة في الفراش أو تجنب الجماع يقلل خطر الإجهاض. ينبغي إجراء المزيد من التقييم إذا أصبح النزيف أثقل أو تكرر. من ناحية أخرى من المرجح أن تكون المواعيد التالية للمرأة هي زيارة القابلة لتحديد موعد الولادة والفحص بالموجات فوق الصوتية ١١ إلى ١٤ أسبوعًا.

النقاط المفتاحية

- يرتبط النزيف المهبلي أثناء الحمل بالإجهاض فيما يصل إلى ٥٠٪ من الحالات، لكن الخطر يكون أقل إذا كان النزيف خفيفاً.
- بعد رؤية نبضات قلب الجنين، تبلغ فرصة الإجهاض اللاحق في الأشهر الثلاثة الأولى حوالي ٥ بالمائة.
- يتم علاج الإجهاض المهدد عن طريق الطمأنينة البسيطة – لا يوجد دليل يدعم استخدام دعم البروجسترون أو الراحة في الفراش أو تجنب الجماع.

علم التوليد العام

الحالة ٥٢: الألم أثناء الحمل

القصة

امرأة آسيوية تبلغ من العمر ٣٣ عامًا تشكو من تفاقم آلام البطن منذ ٤ أيام. هي حامل في الأسبوع ١٦ من حملها الثالث. لديها ابن عمره ١٠ سنوات، ولادة طبيعية، وأجهضت منذ ٨ سنوات. لقد كان حملها هادئًا حتى الآن مع فحص طبيعي في الثلث الأول من الحمل.

كان الألم في الجزء السفلي الأيسر من البطن مستمراً وحاداً. لقد تناولت الباراسيتامول مع تأثير ضئيل وهي غير قادرة على النوم بسبب الألم.

لم يكن لديها أي نزيف مهبلي وبلغت عن تكرار التبول منذ بداية الحمل. تعاني من إمساك خفيف ولا تعاني من الغثيان أو من الإقياء. لا يوجد قصة رض، ولم تشعر بحركة الطفل بعد.

الفحص

المرأة غير مصابة بالحمى ومعدل النبض ١٢٥/دقيقة، وضغط الدم ٦٨/١١٠ ملم زئبقي. الرحم واضح فوق السرة مباشرة. يوجد الكثير من المضض في منطقة قاع الرحم اليسرى، وحيث تشعر أيضًا بالقساوة. بخلاف ذلك تكون البطن لينةوغير مؤلمة. يوجد دفاع عضلي ولكن لا يوجد مضض مرتد. أصوات الأمعاء طبيعية. يظهر فحص المنظار أن عنق الرحم طبيعي ومغلق ولا يوجد دم. يتم سماع نبضات قلب الجنين باستخدام دوبلر الجنين المحمول باليد.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.6 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	79 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	7.2 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Platelets	378 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
C-reactive protein	<5 mg/L	<5 mg/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل وكيف يجب تأكيده؟
- كيف تدبر هذه المرأة؟
- ما هو تأثير هذه الحالة على الحمل؟

الاجابة ٥٢

التشخيص هو تنكس الورم الليفي. يعد حجم الرحم الأكبر من التاريخ الحملي ومضض الرحم الموضعي من السمات المهمة في وضع هذا التشخيص. الأورام الليفية تصيب ٢٠-٣٠٪ من الإناث، وتتطور عادةً بين ٣٠ و٥٠ عامًا. وهي شائعة بشكل خاص في النساء الأفريقيات - الكاريبيات.

الأورام الليفية حساسة للأستروجين وبالتالي تنمو أثناء الحمل استجابة لحالة فرط هرمون الإستروجين. عندما تتجاوز التغذية الدموية، فإنها تتعرض «للتنكس الأحمر» مع نخر داخل الورم الليفي مسببة الألم الموضعي الشديد. يتم تأكيد تشخيص الأورام الليفية عن طريق التصوير بالموجات فوق الصوتية لكتلة مغلفة في الرحم. يتم تأكيد التنكس عن طريق إظهار الموجات فوق الصوتية للأحياز الكيسية داخل كتلة الورم الليفي.

عادة ما يبدأ ألم التنكس تدريجيًا، وتتدبره بعض النساء في المنزل باستخدام باراسيتامول بسيط والراحة حتى يهدأ الألم. ومع ذلك، من الشائع أن يكون الألم شديدًا بما يكفي لدخول المستشفى لتسكين بالمواد الأفيونية. تعتبر المواد الأفيونية آمنة أثناء الحمل بشرط ألا يطول استخدامها. قد تكون السوائل الوريدية مطلوبة إذا كانت المرأة لا تشرب، أو تتقيأ بسبب الألم.

تظل معظم النساء بصحة جيدة جهازيًا، على الرغم من أنه يجب أخذ تعداد الدم الكامل والبروتين التفاعلي C لفحص الهيموغلوبين وتقييم تعدد الكريات البيض والعلامات الالتهابية. في هذه الحالة تعاني المرأة من فقر دم صغير الكريات أثناء الحمل ويجب إعطاؤها سلفات الحديدي.

عادة لا يتعرض الحمل نفسه للخطر في تنكس الأورام الليفية إلا في الحالات النادرة التي يتطور فيها الإنتان، وفي هذه الحالة قد يحدث الإجهاض.

يتم تدبير الأورام الليفية بالمراقبة أثناء الحمل ولكنها قد تسبب سوء ولادة، أو عسر الولادة إذا كان هناك ورم ليفي في الحوض. وفي أي من هذه الظروف، يجب إجراء عملية قيصرية. تتقلص معظم الأورام الليفية أثناء فترة النفاس، لذلك يجب تأجيل التفكير في الجراحة لمدة ٣ أشهر على الأقل بعد الولادة.

النقاط المفتاحية

- الأورام الليفية شائعة وقد تسبب الألم لأنها تتجاوز التغذية الدموية الخاصة بها وتتعرض لـ "التنكس الأحمر"
- الألم يحد من تلقاء نفسه والعلاج هو تدبير الألم.

الحالة ٥٣: استخدام المخدرات غير القانونية أثناء الحمل

القصة

تمت إحالة امرأة تبلغ من العمر ١٩ عامًا إلى عيادة الحوامل من قبل طبيبها العام. وهي حاليًا في الأسبوع ٢٢ من حملها وهي في حملها الثاني. أنجبت ابنًا عن طريق الولادة المهبلية الطبيعية منذ ١٨ شهرًا، والذي أخذ إلى رعاية الخدمات الاجتماعية في البداية ويعيش الآن مع أجداده (والدي الأب). منذ ذلك الحين، كانت الدورة الشهرية للمرأة قليلة جدًا ولم تكتشف أنها حامل إلا عندما ذهبت إلى قسم الطوارئ بسبب إصابتها بعدوى في المسالك البولية قبل أسبوعين. في تلك المرحلة، كشف جس البطن عن وجود كتلة، وأكد الفحص بالموجات فوق الصوتية الحمل الفردي.

من خلال أخذ القصة من الطبيب العام أخبر أن المرأة كانت تستخدم الكوكايين والهيروين في الماضي لكنها كانت في برنامج استبدال الميثادون خلال الأسابيع ٨ الماضية. الجرعة المستخدمة الحالية هي ٦٠ مل من الميثادون، والتي تأخذها يوميًا من الصيدلي.

أفادت المرأة أنها لا تزال تحقن الهيروين في الشوارع عدة مرات في الأسبوع ولكنها لم تستخدم الكوكايين لعدة أشهر. تقول إنها تشرب الحد الأدنى من الكحول لكنها تدخن ٢٠-٢٥ سيجارة يوميًا.

لا يوجد تاريخ طبي آخر للملاحظة.

تعيش في مجمع شقق مع شريكها الذي يتناول أيضًا الميثادون الموصوف له. وتنفي أي عنف منزلي في العلاقة

الفحص

تبدو المرأة نحيفة وقلقة. ضغط الدم ١٠٧/٦٥ ملم زئبقي والنبض ٩٠/دقيقة. البطن منتفخة مع قاع مجسوسة في السرة. يتم سماع نبضات قلب الجنين بجهاز الدوبلر المحمول.

الاستقصاءات

Rubella: immune Syphilis: negative

Hepatitis B surface antigen: positive HIV 1/2:

negative

Haemoglobin: 11.4 g/dL Blood group: A

positive

الأسئلة

- ماهي الاستقصاءات الأخرى التي يجب الترتيب لها؟
- ما هي المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات أثناء الحمل؟
- كيف تدبر هذه المرأة أثناء الحمل؟

الإجابة ٥٣

وقد وجد أن المستضد السطحي لالتهاب الكبد B إيجابي لدى المرأة. وهذا يحتاج إلى مزيد من الاستقصاء مع المستضدات E لتحديد خطر انتقال العدوى، واختبارات وظائف الكبد. بافتراض أن التهاب الكبد B مرتبط بمشاركة الإبر، فهي أيضًا معرضة بشكل كبير لخطر الإصابة بالتهاب الكبد C ويجب أيضًا اختبار ذلك في هذه المرحلة.

يجب إجراء فحص سموم البول بموافقة المرأة للتأكد من التاريخ الدوائي الذي قدمته وما هي المخاطر التي يتعرض لها الجنين.

! مخاطر استخدام الأدوية غير القانونية

- الكوكائين يرتبط تعاطي الكوكايين بانفصال المشيمة وبالتالي زيادة خطر الوفاة في فترة ما حول الولادة أو الخداجة، من المعروف أيضًا أنه يسبب فشل نمو داخل الرحم عن طريق تضيق الأوعية الشريانية
- الهيروين المواد الأفيونية ليست مشوهة ولكنها مرتبطة بفشل النمو داخل الرحم والولادة المبكرة
- القنب من غير المعروف أن للقنب مخاطر محددة أثناء الحمل، ولكن تعاطي التبغ المرتبط به وإمكانية تعاطي المخدرات الأخرى المرتبطة به يجعله عامل خطر مهم
- التبغ يرتبط استخدام التبغ بتقييد نمو الجنين وانخفاض وزن الولادة. هناك أيضًا خطر الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي عند الرضيع بسبب التدخين السلبي.

تدبير الحمل

فريق متعدد التخصصات

لدى معظم الوحدات فريق متخصص لتدبير النساء اللاتي يتعاطين المخدرات أثناء الحمل. وينبغي أن يشمل ذلك متخصصين في تعاطي المخدرات، وأخصائيًا اجتماعيًا، وقابلة متخصصة وطبيب توليد مختص.

استبدال المواد الأفيونية

تحتاج المرأة إلى التشجيع على المشاركة بشكل كامل في برنامج استبدال الميثادون. قد يعني هذا زيادة نظام الميثادون للسماح لها بإيقاف هيروين الشوارع. وبمجرد تحقيق ذلك، يمكنها تقليل الجرعة المطلوبة تدريجيًا، مع الدعم المناسب. من الأفضل الاستمرار في تناول جرعة صيانة من الميثادون خلال فترة الحمل بدلاً من المحاولة والتوقف بسرعة كبيرة جدًا، مما يؤدي إلى تناول كميات غير قابلة للقياس من المخدرات غير المشروعة أثناء الحمل

مراقبة الجنين

يجب تقييم نمو الجنين أثناء الحمل نظرًا لزيادة خطر تقييد النمو داخل الرحم.

الولادة

ينبغي إدارة المخاض كأي امرأة لا تتعاطى المخدرات. قد يكون الاختلاف هو أن الجرعات المعتادة من المواد الأفيونية اللازمة للتسكين (فوق الجافية أو النظامية) قد تكون غير كافية وتحتاج إلى معايرتها لضمان السيطرة الكافية على الألم.
يجب تجنب أخذ عينات من دم الجنين أثناء المخاض بسبب خطر الانتقال العمودي لمستضد التهاب الكبد B.

بعد الولادة

يجب إعطاء الطفل الغلوبيولين المناعي لالتهاب الكبد B عند الولادة وإعطائه جرعات التحصين المستعجل ضد التهاب الكبدB.

قد يعاني أطفال الأمهات اللاتي يستخدمن المواد الأفيونية من ضعف جهاز تنفسي أولي نتيجة للمواد الأفيونية ولكن بعد ذلك تتطور لديهم أعراض انسحاب. ويحتاجون إلى النقل الفوري إلى وحدة حديثي الولادة لتدبير الأعراض، مع تقليل جرعات المواد الأفيونية.

يجب تحديد قضايا رعاية الطفل بين الخدمات الاجتماعية والفريق الطبي والوالدين، قبل الولادة.

النقاط المفتاحية

- النساء اللاتي يستخدمن المخدرات غير المشروعة يتعرضن لحالات حمل شديدة الخطورة
- من المرجح أن يكون النهج الجماعي الذي يشجع الثقة والمشاركة من جانب المرأة هو الأكثر فعالية
- يجب مراقبة نمو الجنين ونقله إلى وحدة حديثي الولادة عند الولادة لمعالجة الضعف التنفسي والانسحاب

الحالة ٥٤: الفحص قبل الولادة

القصة

يتم إحالة امرأة تبلغ من العمر ٢٣ عامًا من قبل الطبيب العام إلى عيادة ما قبل الولادة في الأسبوع ١٤ من حملها الأول. لقد حجزت متأخرًا بعد أن اكتشفت للتو أنها حامل. على الرغم من أن الحمل لم يكن مخططًا له، إلا أنها الآن سعيدة به. لقد انفصلت عن شريكها منذ عامين قبل بضعة أسابيع ولكنها تتلقى الدعم من قبل عائلتها وأصدقائها. ليس لديها تاريخ طبي مهم وهي واحدة من أربعة أشقاء. عند الاستجواب المباشر، يبدو أن والدتها كانت تعاني من ولادة جنين ميت تُعزى إلى شكل من أشكال التشوه الخلقي قبل ٢٨ عامًا. خلاف ذلك، يتم تقييم الحمل على أنه منخفض المخاطر.

نظرًا لأن الوقت قد فات لإجراء اختبار الشفوفية القفوي، فقد عُرض عليها فحص المصل لمتلازمة داون، والذي وافقت عليه. يتم تنفيذ ذلك في الأسبوع ١٧.

الاستقصاءات

Alpha-fetoprotein (AFP): 3.36 multiples of the median (MoM) Oestriol: 1.08 MoM

Human chorionic gonadotrophin (HCG): 0.89 MoM

الأسئلة

- كيف ينبغي تقديم المشورة لها وما هي الخيارات الإضافية المتاحة؟
- إذا لم يتأثر الحمل بتشوه الجنين، فكيف يمكن تفسير نتيجة هذا الاختبار؟

الإجابة ٥٤

يتم استخدام AFP و oestriol و β-HCG معًا في "الاختبار الثلاثي" وهو أحد اختبارات فحص المصل المتاحة للكشف عن متلازمة داون. يتم التعبير عن النتائج كمضاعف للمتوسط (MoM) وفي هذه الحالة يرتفع AFP بشكل ملحوظ

ترتبط متلازمة داون بانخفاض مستويات AFP وزيادة oestriol وزيادة β-HCG.

ترتبط زيادة الـ AFP بزيادة خطر الإصابة بتشوهات الجنين، والأكثر شيوعًا هو:

- عيوب الأنبوب العصبي
- عيوب جدار البطن الأمامي
- متلازمة باتو (التثلث الصبغي ١٣).

ويجب إعلام المرأة بأن خطر الإصابة بمتلازمة داون منخفضاً ولكن اختبار الدم يشير إلى احتمال زيادة خطر التشوهات الأخرى الموصوفة.

يجب إحالتها إلى مركز متخصص في طب الجنين لإجراء فحص مفصل بالموجات فوق الصوتية لاستبعاد أي عيوب ذات أهمية في الأنبوب العصبي أو جدار البطن. اعتمادًا على نتيجة الموجات فوق الصوتية، قد ترغب في إنهاء الحمل إذا تم اكتشاف خلل خطير، أو الاستمرار ولكن مع مدخلات مناسبة من اختصاصي الوراثة وطب الأطفال قبل الولادة للتحضير للولادة.

إحدى مشاكل فحص المصل هي أن مضاعفات الحمل الأخرى قد تؤدي إلى ارتفاع مستوى AFP. وتشمل:

- حمل متعدد
- تقييد نمو الجنين داخل الرحم
- قلة السائل السلوي.

تتأثر AFP أيضًا بالخلفية العرقية ومرض السكري لدى الأمهات وأمراض الكبد لدى الأمهات. أخيرًا، يعتمد النطاق الطبيعي على الحمل، وما لم يتم تأكيد عمر الحمل، فقد يكون AFP مرتفعًا لأن الحمل أكثر تقدمًا مما يفترض

النقاط المفتاحية

- يرتفع مستوى الـ AFP لدى الأم في وجود عيوب الأنبوب العصبي وغيرها من التشوهات الجينية والهيكلية للجنين. وفي المقابل يقل في حالات متلازمة داون.
- يجب تأكيد حمل النساء المصابات بارتفاع نسبة الـ AFP بواسطة الموجات فوق الصوتية وإحالتهن إلى تقييم متخصص بالموجات فوق الصوتية لطب الجنين بحثًا عن أي تشوهات

الحالة ٥٥: الصرع أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٤ عامًا تحضر لاستشارة ما قبل الحمل. يتم عرض خطاب الإحالة الخاص بطبيبها العام (*GP*).

عزيزي الطبيب

من فضلك هل يمكنك رؤية هذه الشابة التي ترغب في تكوين أسرة في المستقبل القريب وتقديم المشورة لها؟

تم تشخيص إصابتها بالصرع الكبير عندما كانت في الثانية عشرة من عمرها، وهي تتناول الدواء منذ ذلك الحين. كانت في البداية تحت إشراف طبيب أعصاب للأطفال ولكن على مدار السنوات الستة الماضية كانت تحت رعايتي في العيادة. يتضمن نظام علاجها الحالي فالبروات الصوديوم والفينتوئين واللاموترجين. كانت آخر مرة تعرضت فيها لنوبة منذ حوالي شهر واحد.

تزوجت مؤخرًا وتحرص على تكوين أسرة في أسرع وقت ممكن. سأكون ممتنًا إذا تمكنت من رؤيتها لمناقشة تدبير أي حمل. لم تكن حاملاً من قبل.

مع خالص التقدير

الأسئلة

- ماهي المخاطر المحددة الموجودة أثناء الحمل بالنسبة لهذه المرأة؟
- كيف يجب معالجتها؟

الإجابة ٥٥

تبلغ نسبة الإصابة بالصرع لدى النساء في سن الإنجاب حوالي ١ من ١٥٠. يمكن تقسيم مخاطر الصرع أثناء الحمل إلى مخاطر على الأم وعلى الجنين.

مخاطر على الأم

تؤدي زيادة حجم البلازما إلى انخفاض مستويات الدواء وزيادة محتملة في النوبات. تشمل الأسباب الأخرى لزيادة تكرار النوبات التعب المفرط والقيء المفرط. تقرر بعض النساء أيضًا التوقف عن تناول الأدوية بسبب المخاوف من الآثار الضارة على الطفل، على الرغم من أن هذا قد يزيد في الواقع من المخاطر على الطفل نتيجة لاحتمالية أعلى لنوبات طويلة الأمد.

مخاطر على الجنين

هناك خطر متزايد للإصابة بالتشوهات الخلقية بسبب الأدوية المضادة للصرع (خطر بنسبة ٧ % لدواء واحد، مع زيادة الخطر مع أدوية متعددة). ربما ينطبق الخطر بشكل مشابه على جميع الأدوية المضادة للصرع المستخدمة.

هناك أيضًا خطر متزايد للإصابة بالصرع لدى نسل الأم المصابة بالصرع، وخلال فترة الحمل يكون الجنين أيضًا معرضًا لخطر نقص الأكسجة الجنيني بسبب صرع الأم غير المنضبط

مبادئ الإدارة

ما قبل الحمل

- الرجوع لرأي طبيب الأعصاب والتقليل من عدد الأدوية بهدف اتباع نظام دوائي واحد.
- إذا لم تحدث أي نوبات لمدة عامين على الأقل، فكر في إيقاف جميع الأدوية
- انصح المرأة بمواصلة تناول الدواء أثناء الحمل، حيث أن زيادة عدد النوبات من المحتمل أن يزيد من خطر نقص الأكسجة لدى الجنين.
- وصف حمض الفوليك قبل الحمل (٥ ملغ يومياً بدلاً من ٤٠٠ ميكروغرام) لتقليل خطر عيوب الأنبوب العصبي ومنع نقص حمض الفوليك الذي يظهر مع الأنظمة المضادة للصرع.

ما قبل الولادة

- خطة للرعاية الطبية والتوليدية المشتركة.
- مراقبة مستويات البلازما في انظمة مضادات الاختلاج (من المرجح أن تنخفض المستويات بسبب زيادة حجم البلازما).
- انصح المرأة بالاغتسال بالدش بدلاً من حوض الاستحمام لتقليل خطر الغرق في حالة حدوث نوبة أثناء الاستحمام.
- قم بترتيب مسح شذوذ مفصل وتصوير صدى القلب للجنين في حوالي ١٨-٢٠ أسبوعًا لتشوهات القلب.
- ابدأ بتناول فيتامين K اعتبارًا من الأسبوع ٣٦ من الحمل، لتصحيح أي نقص محتمل في التخثر نتيجة تثبيط إنتاج عوامل التخثر بواسطة مضادات الاختلاج، وبالتالي تقليل فرصة نزيف الجنين (مثل النزف داخل البطينات).يجب أن يتلقى الطفل أيضًا فيتامين K عن طريق الحقن العضلي (وليس عن طريق الفم) عند الولادة.
- لا توجد فروقات محددة في إدارة المخاض عن النساء غير المصابات بالصرع.

بعد الولادة

- العلاج المضاد للاختلاج ليس مضاد استطباب للرضاعة الطبيعية.
- تقليل جرعات الدواء مع عودة فيزيولوجيا الأم إلى وضعها الطبيعي.
- يعد الدعم الاجتماعي المناسب أمراً ضرورياً ويجب وضع خطط للرعاية الآمنة للرضيع (بسبب خطر تعرض الأم لنوبات).

النقاط المفتاحية

- **يجب السيطرة على نوبات ما قبل الحمل بشكل جيد، وذلك بهدف اتباع نظام دوائي واحد**
- **ترتبط أدوية الصرع بزيادة خطر الإصابة بالتشوهات الخلقية، لكن الخطر الذي تتعرض له الأم والطفل بسبب التوقف عن تناول الدواء عادة ما يكون له الأولوية على خطر تشوه الجنين**
- **يجب التأكيد على الالتزام بالأدوية أثناء الحمل**

الحالة ٥٦: النزيف أثناء الحمل

القصة

راجعت امرأة في الأسبوع ٢٠ من الحمل وتخبر عن نزيف مهبلي. النزيف حدث منذ ساعتين وكان لونه أحمر فاتح. لم تبلغ عن أي ألم مرافق في البطن ولم تعاني من أي نوبات سابقة. لقد مارست الجماع في الليلة السابقة.

آخر مسحة لعنق الرحم كانت طبيعية منذ عامين

هذا هو حملها الأول وتاريخها التوليدي الحالي غير ملحوظ مع الفحص الطبيعي في الثلث الأول من الحمل وفحص متلازمة داون. ذكرت أنها أجرت تحاليل دم وكانت طبيعية

عند رؤيتها كانت قلقة من تعرضها للإجهاض.

الفحص

ضغط الدم ١٠٥/٦٥ ملم زئبقي والنبض ٨٦/دقيقة. ويؤكد فحص البطن أن الرحم يصل إلى ١ سم تحت السرة. الرحم لين وغير مؤلم. يتم سماع دقات قلب الجنين باستخدام الموجات فوق الصوتية دوبلر الجنيني المحمول باليد. يكشف فحص المنظار عن منطقة حمراء حول فتحة عنق الرحم الخارجية، مع مظهر التهابي وكمية صغيرة من النزيف التماسي. فوهة عنق الرحم مغلقة.

الأسئلة

- ما هو السبب الأكثر احتمالا للنزيف؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المرأة؟

الإجابة ٥٦

أحد الأسباب الأكثر شيوعًا للنزيف أثناء الحمل هو شتر عنق الرحم، وهذا ما تشير إليه نتائج الفحص في هذه الحالة. غالبًا ما يبدو الشتر الخارجي مزهرًا وملتهبًا حتى في حالة عدم وجود عدوى.

قد يحدث الشتر الخارجي في أي وقت من الحياة الإنجابية للمرأة ولكنه يميل إلى الشيوع:

- في فترة الحمل
- بعد البلوغ
- مع حبوب منع الحمل المركبة.

غالبًا ما يشير نزيف ما بعد الجماع إلى حدوث شتر خارجي أو التهاب آخر في عنق الرحم. ومع ذلك، يجب توخي الحذر لأن الشتر الخارجي شائع جدًا أثناء الحمل ويمكن أن يكون نتيجة عرضية عندما يكون هناك في الواقع مصدر للنزيف الرحمي. وبالتالي النتائج في هذه الحالة تشير بشدة بحدوث نزيف ثانوي نتيجة للشتر الخارجي ولكنها لا تستبعد تمامًا وجود مصدر رحمي لفقد الدم.

يجب أن تطمئن المرأة عمومًا بشأن السبب المحتمل للخسارة. يجب أن تعطى مضاد D إذا كان عامل الريزيوس سلبياً، حيث من المحتمل أن يحدث نزيف عند الجنين إذا كان هذا نزيفاً رحمياً.

يجب أخذ المسحات أثناء فحص المنظار لاستبعاد الكلاميديا، بالإضافة إلى الفحص المجهري، الزرع والحساسية للكائنات الحية بما في ذلك المكورات العقدية المجموعة ب والمبيضات.

إذا تجاوز عمر الحمل حيوية الجنين (٢٣-٢٤ أسبوعًا)، عادة ما يتم قبول المرأة للمراقبة لاحتمال حدوث المزيد من النزيف وخطر الولادة المبكرة. ولكن في ٢٠ أسبوعًا مع عدم وجود إمكانية لحياة الجنين، لا توجد فائدة للدخول إلى المستشفى مع نزيف خفيف.

لم يثبت أن الراحة في الفراش مفيدة في حالات النزيف المهبلي أثناء الحمل.

وينبغي تنبيهها إلى أن الشتر الخارجي ليس ضارًا بالحمل ولكنه قد يؤدي إلى المزيد من نوبات النزيف، وفي هذه الحالة يجب فحصها مرة أخرى في قسم التوليد

النقاط المفتاحية

- يجب على النساء اللاتي يعانين من نزيف أثناء الحمل إجراء فحص بالمنظار
- يجب أخذ المسحات أثناء فحص المنظار.
- بعد ٢٣ أسبوعًا، يجب إدخال المرأة إلى المستشفى إذا استمر النزيف، وذلك بسبب خطر الولادة المبكرة.

الحالة ٥٧: اختبار تحمل الغلوكوز

القصة

راجعت امرأة وحدة تقييم ما قبل يوم الولادة لمناقشة نتيجة اختبار تحمل الغلوكوز. عمرها ٤٢ سنة وهذا هو حملها السادس. لقد أجرت في السابق ثلاث عمليات قيصرية، وإجهاضًا مبكرًا وإنهاء الحمل. جميع اختبارات السجل طبيعية كما كانت فحوصات الفترة من ١١ إلى ١٤ أسبوعًا وصور الموجات فوق الصوتية شاذة.

المرأة من أصل عرقي هندي ولكنها ولدت وعاشت دائمًا في المملكة المتحدة. وهي الآن في الأسبوع ٢٦ من الحمل ورتبت قابلتها اختبار تحمل الغلوكوز بسبب وجود تاريخ عائلي لمرض السكري من النوع ٢ (والدها وعمتها)

الفحص

مؤشر كتلة الجسم (BMI) هو ٣١ كغ/م^2. ضغط الدم ٨٧/١٤٦ ملم زئبق. ارتفاع قاع الارتفاق ٢٩ سم ومعدل ضربات قلب الجنين طبيعي عند السمع.

الاستقصاءات

Urinalysis: 1+ glycosuria

Glucose tolerance test (75 g glucose drink):
pretest fasting blood glucose: 6.4 mmol/L;
2 h blood glucose following 75 g oral glucose load: 11.3 mmol/L.

الأسئلة

- ما هو التشخيص وعلى أي معايير يمكن اتخاذه؟
- ما هي مبادئ التدبير لهذه المريضة؟

الإجابة ٥٧

يتم التشخيص على أنه داء سكري حملي (GDM) وهو يستند إلى تركيز الغلوكوز لمدة ساعتين يتجاوز ١١,١ ملمول/لتر (معايير منظمة الصحة العالمية (WHO)). يمكن أيضًا وضع التشخيص إذا تجاوز مستوى غلوكوز الدم الصيامي ٧,٨ ملمول/لتر، وفي هذه الحالة لن يكون من الضروري إجراء اختبار أساسي لتحمل الغلوكوز. البيلة السكرية العابرة شائعة أثناء الحمل وقد تحدث بعد تناول مشروب غني بالغلوكوز أو وجبة خفيفة. ولذلك فإن تحليل البول وحده لا يساعد في تقييم هذه المرأة.

يحدث GDM فيما يصل إلى ٣ % من السكان الحوامل اعتماداً على التنوع العرقي للسكان المحددين. في بعض الحالات قد يكون العرض الأول لمرض السكري الغير مشخص سابقاً

! عوامل الخطر لـ GDM

الموجودة مسبقا
- البدانة
- GDMالسابقة
- التاريخ العائلي للإصابة بمرض السكري
- النساء اللواتي لديهن أطفال كبيرين الحجم أو ولدوا ميتًا
- زيادة عمر الأم

يحدث في هذا الحمل
- البيلة السكرية
- طفل كبير بالنسبة لسن الحمل
- استسقاء سلوي

وتتعلق أهمية التشخيص بالتأثير على الأم والجنين.
- *التأثيرات على الجنين:*
  - عملقة الجنين
  - استسقاء السلى
  - نقص السكر في الدم عند الأطفال حديثي الولادة
  - متلازمة الضائقة التنفسية الوليدية
  - زيادة معدل ولادة جنين ميت
- *التأثيرات على الأم:*
  - زيادة خطر الولادة المؤلمة (مثل عسر ولادة الكتف)
  - زيادة خطر الولادة القيصرية
  - زيادة خطر الإصابة بـ GDM في حالات الحمل اللاحق
  - زيادة خطر الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني بنسبة ٥٠ ٪ خلال ١٥ عاما

مبادئ العلاج
- التحكم الأمثل في نسبة الغلوكوز في الدم لدى الأم يقلل من فرص حدوث مضاعفات لدى الجنين. وهذا يحتاج إلى تداخلات متعددة التخصصات من أخصائي مرض السكري، وممرضة متخصصة في مرض السكري، وأخصائية تغذية، وقابلة متخصصة، وطبيب توليد.
- تعتبر النصائح والاستشارات الغذائية هي التدخلات الأولية (تقليل تناول الدهون والكربوهيدرات مع التحكم في الوزن).
- يجب البدء بمراقبة نسبة الغلوكوز في الدم في المنزل مع مستويات ما قبل وبعد الأكل في كل وجبة.
- يمنع استخدام أدوية خفض سكر الدم الفموية أثناء الحمل.
- إذا كانت قياسات نسبة الغلوكوز في الدم مرتفعة بشكل متكرر، فيجب البدء في أخذ الأنسولين

- يجب مراقبة الجنين من خلال إجراء فحوصات بالموجات فوق الصوتية بشكل منتظم لمعرفة نموه وحجم السائل (كثرة السائل السلوي هي علامة على بوال الجنين الثانوي لمستوى الغلوكوز المفرط).
- ينبغي التخطيط للولادة قبل ٤٠ أسبوعاً، ولكن يجب إجراء العملية القيصرية لاستطباب التوليد فقط
- ينبغي البدء بالأنسولين ذو المقياس المتدرج أثناء المخاض بالنسبة للنساء اللاتي يتناولن الأنسولين
- يمكن إيقاف الأنسولين مباشرة بعد الولادة حيث يعود توازن الغلوكوز الطبيعي بسرعة بعد الولادة.
- يجب مراقبة الجنين بعناية لملاحظة نقص السكر في الدم عند الأطفال حديثي الولادة
- يجب أن تكرر الأم اختبار تحمل السكر بعد ٦ أسابيع من الولادة لاستبعاد مرض السكري الموجود مسبقًا.

النقاط المفتاحية

- ينبغي علاج سكري الحمل في البداية من خلال النصائح الغذائية والوزن. قد تكون هناك حاجة للأنسولين إذا بقيت مستويات الغلوكوز في الدم مرتفعة
- ثلث النساء اللاتى يعانين من ضعف تحمل الجلوكوز أثناء الحمل سوف يتطور لديهن مرض السكري خلال السنوات الخمس والعشرين القادمة.

الحالة ٥٨: الفحص قبل الولادة

القصة

المرأة تبلغ من العمر ٣٤ عامًا هي في الأسبوع التاسع من الحمل في حملها الثالث. انتهى حملها الأول بعملية شفط في الثلث الأول من الحمل عندما كانت تبلغ من العمر ١٨ عامًا، وقد تعرضت للإجهاض منذ ٨ أشهر مما تطلب إزالة منتجات الحمل المتبقية (ERPC). وهي بصحة جيدة بشكل عام باستثناء إصابتها بالربو الخفيف.

ليس لديها تاريخ عائلي من التشوهات الخلقية. وهي غير مدخنة وتشرب حاليًا حوالي ٣ وحدات من الكحول أسبوعيًا. دواءها الوحيد هو حمض الفوليك ٤٠٠ ميكروغرام يوميًا.

شريكها يبلغ من العمر ٣١ عامًا وتم تبنيه. ليس لديه مشاكل طبية معروفة

تعتبر اختبارات الدم والبول الروتينية طبيعية. يختار الزوجان إجراء فحص متلازمة داون ويتم حجز موعد بالموجات فوق الصوتية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل لمدة ١٢ أسبوع.

الاستقصاءات

The first-trimester ultrasound findings are shown in Fig. 58.1.

Ultrasound report:

Single fetus. Fetal heart action normal

Crown–rump length 62.4 mm (corresponds to 12 + 3 weeks' gestation) Nuchal translucency (NT) 3.2 mm

Risk of trisomy by maternal age (34 years) 1:276 Adjusted risk of trisomy after NT 1:30

الشكل ٥٨,١ صورة الأمواج فوق الصوتية ثلاثي الأبعاد الأول.

الأسئلة

- كيف تشرحين التقرير للزوجين؟
- ماهي الخيارات المتاحة للزوجين الآن وما هي مميزاتها وعيوبها النسبية؟
- اختار الزوجان إجراء اختبار إضافي وكانت النتائج طبيعية، ما هي التشخيصات الإضافية التي ينبغي أخذها في الاعتبار؟

الإجابة ٥٨

شرح التقرير

قد يكون من الصعب تفسير فحص متلازمة داون، ويجب أن تبدأ أي مناقشة بالتحقق من فهم الزوجين ماذا تكون متلازمة داون:

- مشكلة "وراثية" كروموسوميه تحدث عادة بشكل متقطع ("بالصدفة")
- مرتبطة بتشوهات جسدية قد تكون طفيفة نسبيًا، مثل قصر القامة، أو مظهر غير طبيعي للوجه، أو كبيرة، مثل تشوه شديد في القلب
- يرتبط دائمًا بصعوبات التعلم، على الرغم من أن المدى متغير
- متوسط العمر المتوقع يصل عموما إلى ٤٠ أو ٥٠ عاما.

اختبار "الشفافية القفوية" هو اختبار مسح ولا يعطي إجابة محددة حول ما إذا كان الحمل متأثرًا أم لا. الخطر في هذه الحالة بناءً على عمر الأم وحده هو ١ في ٢٧٦، لكن قياس NT المرتفع المجتمع مع عمر الأم يشير إلى أن الخطر بالنسبة لهذا الطفل بالذات هو ١ من ٣٠. معظم النساء، حتى مع وجود نتيجة عالية الخطورة، لديهن جنين طبيعي (نتيجة إيجابية كاذبة).

الخيارات المتاحة

أي خطر أعلى من ١ في ٢٥٠ إلى ٣٠٠ يعتبر "عالٍ الخطورة" ويتم تقديم اختبارات تشخيصية لهؤلاء النساء لإعطاء تشخيص محدد. يتم الحصول على العينات عن طريق أخذ العينات الزغابية المشيمية (CVS) في الأسبوع ١١-١٤ أو عن طريق بزل السلى من الأسبوع ١٥. كلاهما يتضمن إبرة موجهة بالموجات فوق الصوتية يتم إدخالها عبر جدار البطن تحت التخدير الموضعي. ويرتبط كلاهما بحوالي ١ من كل ١٠٠ خطر للإجهاض المرتبط بالإجراء. يمكن إجراء CVS مبكرًا، مما يسمح بالإنهاء المبكر إذا تم اختيار ذلك، ولكن ينطوي على خطر عدم إعطاء نتيجة حقيقية (التزيق). يتم إجراء بزل السلى اعتبارًا من ١٥ أسبوعًا وليس هناك خطر لتزيق المشيمة.

قد يختار الزوجان بدلاً من ذلك تجنب الاختبارات الغازية وإجراء فحص شذوذ مفصل في الأسبوع ٢٠ لتقييم "العلامات الناعمة" لمتلازمة داون (مثل تشوهات الجمجمة، وتضخم البطين، وعيوب الحاجز الأذيني، ورتق الاثني عشر، والأمعاء الصدى، وموه الكلية، والأطراف القصيرة).

يقوم هذان الزوجان بإجراء بزل السلى عند الأسبوع ١٦ من الحمل والنتيجة هي:

- *تحليل الكروموسومات: النمط النووي الطبيعي ٤٦ XY.*

المزيد من الاستقصاء

الأجنة التي تعاني من NT عالي الخطورة ولكن النمط النووي طبيعي لديها احتمال متزايد للإصابة بعيوب هيكلية أخرى مثل أمراض القلب الخلقية، فتق سري، فتق الحجاب الحاجز والعيوب الهيكلية. لذلك يجب أن يخضع هذان الزوجان لفحص تفصيلي للشذوذ وتصوير صدى قلب الجنين عند حوالي ٢٠ أسبوعًا من الحمل

النقاط المفتاحية

- الشفافية القفوية (NT) هي اختبار مسح وليس اختبار تشخيصي
- قد تزيد نتيجة NT من خطر الإصابة بالمرض ولكن معظم النساء اللاتي يعانين من زيادة NT لديهن جنين طبيعي (إيجابي كاذب). ومع ذلك، فإن النساء اللاتي لديهن NT عالي الخطورة ونمط نووي طبيعي معرضات لخطر العيوب الهيكلية الأخرى، لذلك يجب إجراء فحص تفصيلي للشذوذ في حوالي ٢٠ أسبوعًا.

الحالة ٥٩: الرعاية السابقة للولادة

القصة

امرأة تحضر موعدًا روتينيًا قبل الولادة عند الأسبوع ٣١ من الحمل. عمرها ٢٦ سنة وهذا هو حملها الرابع. لديها ثلاثة أطفال، جميعهم ولادات مهبلية طبيعية عند انتهاء فترة حملها. يبلغ عمر طفلها الثالث ١٨ شهرًا وكانت الولادة معقدة بسبب نزيف ما بعد الولادة (PPH) الذي تطلب نقل ٤ وحدات دم. لم يكن هذا الحمل معقدًا حتى الآن، مع إجراء اختبارات الدم طبيعية والفحص طبيعي بالموجات فوق الصوتية ل ١١-١٤ أسبوعًا والفحص بالموجات فوق الصوتية للشذوذ كان طبيعياً.

وهي تشعر بتعب عام، وتنسب ذلك إلى رعايتها لأطفالها الثلاثة الصغار. أبلغت عن أن حركات الجنين جيدة (أكثر من ١٠ حركات في اليوم).

الفحص

ضغط الدم ٧٣/١٢٦ ملم زئبق.

الاستقصاءات (اختبارات الدم في الأسبوع ٢٨)

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	7.8 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	68 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	11.2 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Platelets	237 × 10^9/L	150–400 × 10^9/LUrinalysis:

negative

Blood group: A negative

No atypical antibodies detected.

الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل وما هي آثاره على الحمل؟
- ماهي الاستقصاءات الإضافية التي ترغب في ترتيبها؟
- كيف ستتعامل مع هذه المرأة خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل؟

الإجابة ٥٩

يكون الهيموغلوبين منخفضًا بشكل ملحوظ حتى أثناء الحمل، ويرتبط بانخفاض متوسط حجم الخلايا. وهذا عادة ما يكون بسبب فقر الدم الناجم عن عوز الحديد. يحدث فقر الدم بعوز الحديد عادة عندما تدخل المرأة في الحمل مع نضوب مخزون الحديد، على الرغم من أنها قد لا تعاني في تلك المرحلة من انخفاض الهيموغلوبين أو أي علامات أو أعراض تشير إلى فقر الدم.

! مضاعفات فقر الدم على الحمل

- الطفل (محتمل)
  - انخفاض الوزن عند الولادة
  - فقر الدم الوليدي
  - الضعف الإدراكي
- الأم
  - قبل الولادة
    - تعب
    - إغماء
    - دوخة
  - الفترة المحيطة بالولادة
    - زيادة خطر التسوية الديناميكية الدموية
    - زيادة احتمالية نقل دم

عند الولادة، فقدان الدم أمر حتمي. لدى هذه المرأة عوامل خطر إضافية تتمثل في ولادتها الرابعة ولديها تاريخ من PPH. نظرًا لأنها مصابة بالفعل بفقر الدم الشديد، فقد يتم تعويضها بسهولة إذا حدث فقدان للدم، مما يزيد من احتمال إصابتها بصدمة نقص حجم
الدم والحاجة إلى نقل الدم في حالات الطوارئ.

استقصاءات إضافية

على الرغم من أن السبب المحتمل لهذه المؤشرات هو نقص الحديد، فإن التشخيص التفريقي يشمل نقص حمض الفوليك والحديد المشترك، أو التلاسيميا، أو النزيف المزمن، أو فقر الدم الناجم عن مرض مزمن (مثل مرض الكلى). ولذلك ينبغي أخذ القصة الكامل لاستبعاد الأمراض المزمنة وإظهار أي تاريخ عائلي للتلاسيميا.
يجب إثبات نقص الحديد من خلال نتائج انخفاض متوسط هيموغلوبين الخلايا (MCH) وانخفاض فريتين المصل. تأكيد التشخيص إذا كان مستوى الفريتين أقل من ١٢ ميكروجرام/لتر. يجب أيضًا فحص حمض الفوليك في المصل والخلايا الحمراء ويجب فحص المرأة بحثًا عن اعتلال الهيموغلوبين.
إذا كان هناك شك في وجود مرض مزمن، فقد تتم الإشارة إلى مزيد من الاستقصاءات مثل اختبارات وظائف الكلى والكبد للأمراض المزمنة، أو تنظير الجهاز الهضمي لأسباب النزيف المزمن.

تدبير إضافي

تصحيح فقر الدم

- يجب أن توصف للمرأة سلفات الحديد ٢٠٠ ملغ مرتين يومياً، وتزيد إلى ثلاث مرات في حالة تحملها. إذا لم يتم تحمل أقراص الحديد، فإن البدائل تشمل تعليق الحديد أو حقن الحديد بالحقن (العضل). وهي مؤلمة ولا تزيد من نسبة الهيموغلوبين في الدم أكثر من الحد الأقصى المتوقع من الحديد عن طريق الفم (١mg/dL في الأسبوع).
- في الحالات الشديدة، حيث لا يمكن زيادة مستوى الهيموجلوبين عن طريق مكملات الحديد، ينبغي النظر في نقل الدم.
- ينبغي تشجيع اتباع نظام غذائي غني بالحديد

الولادة

• عند الولادة، ينبغي اعتبارها معرضة لخطر الإصابة بنزف ما بعد الولادة (PPH) ويجب إدخال قثطرة وريدية أثناء المخاض، مع تعداد كامل للدم ومجموعته وحفظه.
• يعتبر التدبير الفعال للمرحلة الثالثة أمرًا ضروريًا (السينتومترين، التحكم في سحب الحبل السري) والأخذ في الاعتبار حقن الأوكسيتوسين في حالة وجود نزيف مفرط أو الاشتباه في أن الرحم متوتر.
• بعد الولادة، يجب على المرأة الاستمرار في تناول مكملات الحديد حتى يتم استعادة مخزون الحديد (الفريتين)، حتى لو كان الهيموغلوبين طبيعيًا..

النقاط المفتاحية

- يجب فحص فقر الدم (غير الفيزيولوجي) أثناء الحمل.
- إذا لم يتم علاجه، فإن فقر الدم سوف يتفاقم خلال فترة الحمل، وقد يكون فقدان الدم عند الولادة كارثياً.
- يجب ن تتمتع النساء المصابات PPH السابق بتدابير فعالة للمرحلة الثالثة.

الحالة ٦٠: الجراحة القيصرية السابقة

القصة

تم إحالة امرأة إلى العيادة الطبية بواسطة القابلة المجتمعية بعد أن كشفت المواعيد الخاصة بالحمل بأنها قد أجرت ولادة قيصرية طارئة سابقة. أنت الطبيب في السنة الثانية ترى هذه المريضة، وتجمع تاريخها الصحي وتفحصه.
تبلغ من العمر ٢٥ عامًا وحامل بطفلها الثاني. وُلدت ابنتها قبل ٣ سنوات بعملية قيصرية طارئة لعدم تقدم المخاض بسبب الوضع القذالي الخلفي.
لم يكن الحمل معقداً ودخلت في المخاض الطبيعي في الأسبوع ٤٠ و٥ أيام. تعرضت لانقباضات لمدة ٢٤ ساعة، وخلال هذا الوقت تعرضت لتمزق اصطناعي للأغشية المهبلية وتم إعطاؤها سينتوسينون لمدة ٨ ساعات.

بعدها توسّع عنق الرحم إلى ٨ سم، لكنها لم تحقق تقدماً أكثر على الرغم من الانقباضات القوية المنتظمة.

بعد الولادة القيصرية الطارئة، كان الطفل بحالة جيدة، لكن المرأة تمت إعادتها إلى المستشفى بعد ٧ أيام بسبب تورم ملتهب في الجرح الناتج عن الولادة والذي استدعى الحاجة إلى العلاج بالمضادات الحيوية عبر الوريد .

المضادات الحيوية غيرت طعم حليب الثدي ولذلك اضطر الطفل إلى استخدام حليب صناعي. الآن تشعر بالقلق بأنها قد تضطر لتكرار نفس التجارب مرة أخرى وتتساءل ما إذا كان يمكنها طلب عملية قيصرية اختيارية لتجنب الحاجة إلى إجرائها.

هي لم يكن لديها حمول أخرى وتتمتع بصحة جيدة بشكل عام. حاليًا في الأسبوع السادس عشر من الحمل وقد تم إجراء فحص عنق الرحم بشكل طبيعي. نتائج الفحوصات الدموية الأساسية طبيعية.

الفحص

البطن متطبلة، متوافقة مع الحمل. يُمكن رؤية الندبة الأفقية المنخفضة وهي غير مؤلمة. يمكن الشعور بالرحم حتى منتصف الطريق بين عظام حوض العانة والسرة. يمكن سماع نبض الجنين باستخدام جهاز دوبلر محمول باليد.

الأسئلة

- كيف يجب عليك تقديم المشورة لها ومعالجتها؟

الإجابة ٦٠

النسبة الحالية للعمليات القيصرية في المملكة المتحدة يبلغ حوالي ٢٤ %. وهذا يعني أن العديد من النساء يعودوا في الحمول التالية بعد أن خضعوا لعملية ولادة قيصرية سابقة. في هذه الحالة يكون حمل المرأة منخفض الخطورة والعامل الوحيد الذي يجب مراعاته في هذه المرحلة هو الوضع المخطط للولادة .
ينبغي أن تكون لديها القدرة على اتخاذ اختيار مدروس بعد الحصول على المعلومات اللازمة بشأن الولادة المهبلية بعد عملية قيصرية مقابل القيصرية المقررة.
النقاط المهمة التي يجب أن تحصل عليها المرأة للحصول على المعلومات الكافية وللنظر فيها هي الولادة المهبلية بعد الولادة القيصرية:(VBAC)

- نجاحها في ٧٠٪ من الحالات
- معدل العمليات القيصرية الطارئة يبلغ حوالي ٣٠%
- خطر حدوث تمزق رحم (تمزق الندبة) هو ١ من كل ٢٠٠ حالة
- يحتاج إلى مراقبة وثيقة باستخدام جهاز قياس نبضات الجنين والرحم، وتأمين الوصول للوريد عبر التناول الفموي للماء، وإجراء فحص دم كامل وتحليل زمرة الدم متوفر
- من المتوقع حدوث تقدم طبيعي، وعادةً لا يُوصى بزيادة المخاض لدى النساء اللاتي لديهن ندبة رحمية
- قد يكون تحفيز العملية الولادية مناسبًا لدى بعض النساء اللاتي أجريت لهن قيصرية سابقًا

الولادة القيصرية المخطط لها:

- الولادة القيصرية مرتبطة بمخاطر أعلى من النزيف والعدوى وضرر الأحشاء وتخثر الدم
- تتأثر القدرة على الحركة والقدرة على العناية بالطفل والرضيع بشكل أكبر نتيجة للقيصرية مقارنة بالولادة المهبلية
- القيصرية المخططة تُجنب إمكانية الإجراء الطارئ
- بعد اثنين من القيصريات، ستكون القيصرية الإضافية الخيار الوحيد في أي حمل لاحق

المرأة يجب أن تُقدَم لها موعد إضافي نحو نهاية الثلث الثالث من الحمل لتأكيد قرارها بشأن طريقة الولادة وللتحقق من وجود أية مضاعفات قد تُعتبر موانعاً لولادة طبيعية مثل عرضة الجنين للخطر، حجم الجنين الكبير، حساسية الندبة أو ارتفاع ضغط الحمل.
أحد أهم النقاط في الاستشارة هو سماع ما يقوله المريض.
تأكدي أن استماعك لمخاوفها حول الولادة السابقة سيساعدها على الشعور بالثقة بأي قرار تقرر اتخاذه هذه المرة. قد تكون تجربة الولادة السابقة قاسية عليها نفسياً وجسدياً، لذا من المهم بالفعل أن تشعر بالدعم والاهتمام. استمعي بتفهم وتعاطف وكوني جاهزة لتقديم المساعدة والدعم في أي قرار قد تتخذيه.

النقاط المفتاحية
• على الرغم من انخفاض معدلات المراضة والوفيات النفاسية، إلا أنها تكون أعلى في العمليات الولادة القيصرية مقارنة بالولادة الطبيعية. • أن فرص النجاح في الولادة الطبيعية بعد الولادة القيصرية السابقة تبلغ حوالي 70%. هذه عوامل حاسمة يجب مراعاتها عند اتخاذ القرار بشأن طريقة الولادة. • تجارب المرأة في الولادات السابقة مهمة جدًا في الإرشاد لأي ولادة قادمة.

الحالة ٦١: المجموعة ب العقدية

القصة

يطلب منك رؤية امرأة في وحدة تقييم الحمل ما قبل الولادة، هي حامل للمرة الرابعة وقد ولدت مرة واحدة، وكان ولادتها عن طريق المهبل طبيعية قبل ٣ سنوات، وقد حدث إجهاض في الثلث الأول من الحمل وأجريت عمليتان لإنهاء الحمل في الثلث الأول.

حالياً هي في الأسبوع ٢٦ من الحمل. قبل أسبوع تم رؤيتها بسبب نزف في المهبل. في ذلك الوقت لوحظ وجود شتر خارجي صغير في عنق الرحم والنزيف حدث بعد الجماع، ومن المفترض أن يكون ثانوياً بالنسبة للشتر الخارجي.

ومع ذلك، وفقًا للبروتوكول، تم إرسال عينات من المهبل وعنق الرحم، وتم طلب تحليل دم كامل وفحص فصيلة الدم

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.1 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	76 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	8.0×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	183×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L

Blood group: A positive

No atypical antibodies detected

Endocervical swab: chlamydia negative, gonorrhoea negative

High vaginal swab: candida – small numbers identified

Group B streptococcus: positive culture.

الأسئلة

- كيف تفسّر هذه النتائج؟
- كيف ستعالج الحمل والولادة بناءً على هذه النتائج؟

الإجابة ٦١

النتائج الرئيسية هي
-فقر الدم الخفيف
-حامل لديها خمج بسلالة B من مجموعة البكتيريا العقدية
-المبيضّات

الفقر الدموي خفيف للحمل ونظرًا لانخفاض متوسط حجم الكريات الدموية، الذي يشير إلى نقص الحديد، يمكن علاجه بكبريتات الحديد بمعدل ٢٠٠ ملغ مرتين يوميًا، وأخذ تحليل للهيموجلوبين بعد مرور ٤ أسابيع. كما يجب أن تُنصح أيضًا باتباع نظام غذائي غني بالحديد (على سبيل المثال: اللحوم، العدس، السبانخ).

تظهر المبيضّات بشكل شائع جدًا في المهبل، وخاصةً أثناء فترة الحمل. يجب علاج ذلك (باستخدام الكلوتريمازول المهبلي) فقط إذا كانت المرأة تعاني من أعراض (حكة أو إفرازات متكتلة).

العقديات المجموعة ب

الاستعمار في GBS يحدث بنسبة ٢٥٪ عند النساء في أي وقت خلال فترة الحمل. في هذه الحالة، يمكن أن يكون العثور على GBS مرتبطًا بالأعراض المقدمة من النزيف، ولكن من المرجح أن يكون اكتشاف GBS صدفةً بالأغلب. وهذا هو النتيجة الأكثر أهمية نظرًا لخطر GBS على الطفل الرضيع، حيث يصيب واحدة من كل ٢٠٠٠ مولود بالعدوى، مصحوبة بمعدل وفيات يصل إلى ٦٪.

الأطفال المعرضون بشكل خاص لخطر الإصابة بعدوى:GBS

وجود تاريخ سابق لإصابة الطفل السابق بجرثومة.BGS
وجود جراثيم GBS في المهبل أو البول في أي مرحلة من مراحل الحمل الحالي.
الولادة المبكرة.
تمزق الأغشية لمدة طويلة.
ارتفاع درجة الحرارة أثناء الولادة.

في المملكة المتحدة، لم يثبت أن الفحص الشامل للـــ GBS فعال في الحد من وفيات حديثي الولادة.

التدبير

لا يبدو أن العلاج قبل الولادة يقلل من مخاطر حديثي الولادة (ربما بسبب إعادة الاستعمار). ومع ذلك يتم اتخاذ تدابير للحد من انتقال العدوى إلى الطفل أثناء الولادة:

- يجب دائماً إعطاء الأم البنسلين بالوريد (أو الكليندااميسين أو الإريثرومايسين في حالة الحساسية) أثناء الولادة.
- العناية بالرضيع تعتمد على الحالة السريرية ولكنها قد تشمل ما يلي:
  - مراقبة الرضيع لمدة تصل إلى ٥ أيام بعد الولادة للبحث عن علامات إنتان
  - النظر في زراعة الرضيع للبحث عن أدلة العدوى (الأذن، الأنف، الإبط)
  - العناية بالمضادات الحيوية بالوريد حتى تؤكد نتائج الزرع عدم وجود أدلة على العدوى.

النقاط المفتاحية

- يعتبر متلازمة الاصابة البكتيرية الجنينية (GBS) السبب الأكثر شيوعًا للعدوى البكتيرية الخطيرة لدى الرضع في المملكة المتحدة، مع معدل وفيات يصل إلى ١٠٪.
- العلاج قبل الولادة ليس فعّالاً، ولكن العلاج أثناء ووقت الولادة يقلل من الإصابة والوفيات الشديدة للرضع.

الحالة ٦٢: الحمل المتعدد

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٧ عاماً تحضر عيادة ما قبل الولادة في الأسبوع ١٨ من الحمل. هي في حملها الثاني ولديها ولادة طبيعية قبل ٨ سنوات. تم تحقيق الحمل الحالي من خلال التلقيح الصناعي بعد أربع محاولات تم زراعة جنينين. أكد الفحص في الثلث الأول من الحمل وجود حمل بتوأم ولاحظ وجود علامة λ بين الأكياس الحملية. والمطلوب إجراء فحص الشذوذ خلال أسبوعين. حتى الآن.

كانت المرأة تشعر بالغثيان والتعب، ولكنها تبدو بصحة جيدة.

الفحص

الضغط الشرياني ٧٨/١٢٠ ملم زئبق. المشيمة واضحة وتمتد ٢ سم فوق السرّة.
تم سماع نبض قلبي جنينين منفصلين باستخدام جهاز الدوبلر، حيث بلغ معدل ضربات القلب ١٤٣ نبضة في الدقيقة للأول و ١٣٠ نبضة في الدقيقة للثاني.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	9.8 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	71 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	5.3×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	204×10^9/L	$100–400 \times 10^9$/L

Urinalysis: negative

Haemoglobin electrophoresis: sickle trait (AS)

Blood group: A positive

Rubella antibody: immune

HIV1/2: negative

Hepatitis B: negative

Syphilis: negative

12-week transabdominal ultrasound scan report: two viable fetuses present, measuring 82 mm and 80 mm.

الأسئلة

- كيف تفسر النتائج؟
- ماذا يمكن أن يقال للوالدين عن حالة الحمل؟ كيف يمكن مراقبة هذا الحمل وعلاجه؟

الإجابة ٦٢

الأمواج فوق الصوتية تؤكد وجود حمل توأم مع علامة لامدا (انعكاس لنسيج المشيمة بين الأغشية الفاصلة). هذا يشير إلى وجود حمل ثنائي المشيمة. تعاني المرأة من فقر دم وانخفاض في الحجم المتوسط للكريات الحمراء يشير إلى فقر الدم ناتج عن نقص الحديد. التحقيق الوحيد الآخر الجدير بالملاحظة هو أن المرأة مصابة بالصفة المنجلية

الاقتران الزيجوتي

على الرغم من أن الحمل يبدو كأنه يحتوي على جنينين وكيسين(DCDA) ، إلا أن هذا لا يزودنا بمعلومات حول تكوين الأجنة. قد يكون الحمل الأحادي المنشأ DCDA إذا حدث تقسيم الجنين في مرحلة مبكرة. ثلث الحمول الأحادية المنشأ هيDCDA ، ثلثان منها هي ثنائية الكيس والمشيمة وحوالي ١٪ منها ثنائية المشيمة والسائل. يتم تأكيد تكوين الأجنة من خلال البنية النسيجية للمشيمة، أو من خلال مراقبة أن الأجنة لجنسين مختلفين.

المراقبة

يرتبط الحمل بتوأم بزيادة مخاطر إصابة الأمهات مثل التقيؤ الشديد، وفقر الدم، الولادة المبكرة، النزيف قبل الولادة، تسمم الحمل، سكري الحملي، تخثر الدم، والولادة القيصرية.
الأجنة معرضة لفشل نمو داخل الرحم، أو الخداجة، أو ولادة جنين متوفي، والتشوهات الخلقية، والولادة القيصرية.

متابعة الحمل التوأم
• فحص دم كامل بشكل مستمر • مراقبة ضغط الدم وتحليل البول بشكل مستمر • مراقبة نمو الجنين من الأسبوع 28 وما بعده • فحص السكري الحملي

التدبير

بالإضافة إلى الرعاية الروتينية أثناء فترة ما قبل الولادة، تحتاج هذه المرأة أيضًا إلى:

- المعلومات المتعلقة بالمخاطر المتزايدة على الأم والجنين في حالة الحمل التوأمي.
- إجراء تقييم منتظم في المستشفى أثناء فترة ما بعد الثلث الثاني من الحمل.
- تناول مكملات الحديد الكبريتية وحمض الفوليك.
- مناقشة طريقة الولادة وفقاً لنمو وعرض التوائم عند بلوغهما حوالي ٣٦ أسبوعًا.
- إجراء الولادة في المستشفى بحلول الأسبوع ٤٠.
- التعريف بجماعات دعم الحمل المتعدد.

المرأة مصابة بالصفة المنجلية ويجب فحص شريكها أيضاً، إذا كان يحمل الصفة المنجلية أيضاً، يجب تقديم اختبار إيجابي قبل الولادة للأطفال لتحديد ما إذا كانوا متماثلوا اللواقح وبالتالي سوف يتأثرون بمرض فقر الدم المنجلي.

النقاط المفتاحية
• يمكن تحديد المشيمة وكمية السلى بدقة عالية عن طريق الأمواج فوق الصوتية بالأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، لكن لا يمكن تأكيد التوائم ثنائية المشيمياء ثنائي السلى إلا من خلال الدراسة الجينية أو النسيجية • يشكل الحمل المتعدد خطورة كبيرة على كل من الأم والطفل، ويجب مراقبته بشكل مستمر ضرورياً للكشف المبكر عن المشاكل • يجب على المرأة المصابة بسمة الخلية المنجلية وشريكها أيضاً مصاب بسمة الخلية المنجلية أن يتم تقديم التشخيص قبل الولادة عن طريق أخذ عينات من الزغابات المشيمية، أو بزل السلى، أو بزل الحبل السري

الحالة ٦٣: الحمى عقب الولادة

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٩ عاماً تعاني من الحمى، أجريت لها عملية قيصرية منذ ٣ أسابيع كانت تتعافى بشكل جيد حتى قبل يومين مضت أصبحت باردة جداً وترتعش في الليل، هي لم تستطع أن تبقي نفسها دافئة على الرغم من وجود عدة بطانيات، كما انخفضت شهيتها، مع وجود إقياء وغثيان وخمول، إنها ترضع ولدها طبيعياً وتعاني من ألم شديد بحلمة الثدي منذ الولادة، ولكنها تشعر أن هذا أمر طبيعي وقد استخدمت مرهم البابونج لتهدئة الألم.
لاحظت خلال الـ ٢٤ ساعة الماضية أن الثدي الأيسر أصبح مؤلماً وأحمر اللون.

تعاني من آلام خفيفة أسفل البطن في مكان جرح العملية القيصرية لم تعد تعاني من نزف مهبلي، ولكن لديها إفرازات بنية معتدل ذات رائحة وتقول إنها في تحسن، عادات التغوط طبيعية وليس لديها أي أعراض بولية.

الفحص:

أثناء الفحص، كانت المرأة ترتدي قميصاً وسترة ومغطاة ببطانية، درجة حرارتها ٣٨,٦ درجة مئوية، ضغط الدم ٦٤/١٢٠ ملم زئبق ومعدل ضربات القلب ١٠٦ في الدقيقة. الصدر صافي وأصوات القلب طبيعية. الثدي الأيمن طبيعي، ولكن هناك منطقة واضحة محددة للاحمرار على الجانب العلوي من الثدي الأيسر، والتي تؤلم وساخنة عند اللمس. الرحم ثابت وغير مؤلم، ويمكن لمسه بسهولة فوق عظم الحوض، ولا يوجد تورم في الساقين

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.1 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	23.2 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Neutrophils	19 × 10^9/L	2.5–7 × 10^9/L
Platelets	457 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
C-reactive protein	203 mg/L	<5 mg/L
Sodium	137 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	3.9 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	9 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	78 µmol/L	34–82 µmol/L

Urinalysis: +++ blood; protein trace; leucocytes negative; nitrites negative.

الأسئلة

- كيف ستفسر الاستقصاءات؟
- ما هو التشخيص المحتمل والتشخيص التفريقي؟
- كيف ستقوم بتقييم وعلاج هذه المرأة؟

الإجابة ٦٣

من المحتمل أن يكون الدم والبروتين الموجود في تحليل البول بسبب التلوث المستمر بالإفرازات المهبلية (النفاس) ولكن لا دليل على وجود عدوى في المسالك البولية (لا وجود للخلايا الدم البيضاء أو النتريت)
الهيموغلوبين منخفض قليلاً، والذي قد يحدث مع الإنتان، ولكنه شائع أيضًا بعد الحمل والولادة
زيادة في عدد كريات الدم البيض وارتفاع نسبة البروتين-C التفاعلي يشيران إلى وجود عملية جرثومية بكتيرية مهمة. زيادة في اليوريا مع انخفاض في الكرياتين والبوتاسيوم طبيعي يشير إلى جفاف ثانوي للإنتان والحمى والتقيؤ.

التشخيص

التشخيص هو التهاب الثدي (عدوى موضعية داخل أنسجة الثدي). يحدث هذا عند ٥٪ من النساء المرضعات. ربما تنطوي الفيزيولوجيا المرضية على استعمار قنوات الثدي بالبكتيريا من خلال الحلمات المتشققة، مما يسبب التهابًا موضعياً وانسداداً للقناة مع احتباس الحليب. أكثر الكائنات شيوعاً هو العنقوديات المذهبة. التشخيص التفريقي هو خراج الثدي والذي سيكون ملموساً ككتلة متموجة في الثدي.

الاستقصاءات:

تتطلب تحاليل الدم كاملة ومسحة من حليب الثدي أو الحلمة ضرورياً. في حالات الشك التشخيصي، يمكن لفحص الأمواج فوق الصوتية التمييز بين التهاب الثدي والخراج.

التدبير

يجب أن يتم قبول المرأة في المشفى وإعطاؤها الصادات الحيوية والسوائل عبر الوريد، بالإضافة إلى باراسيتامول بانتظام وتسكين الألم ومضادات إقياء حسب الحاجة، إلى حين الاطلاع على تحاليل دم المريضة والمسحة يجب البدء بفلوكلوكساسيلين مع استشارة أخصائي الأحياء الدقيقة إذا لم يُلاحظ تحسن في غضون ٢٤ ساعة.

يجب تشجيعها على مواصلة الرضاعة الطبيعية. إذا كان هذا مؤلم جدًا، فيجب عليها شفط الحليب من أجل محاولة فتح القناة. إذا تم تشخيص وجود خراج، فإن السحب بالإبرة تحت تخدير موضعي بدلاً من الشق الجراحي والتصريف في معظم الحالات.

النقاط المفتاحية
• التهاب الثدي هو سبب شائع للحمى بعد الولادة • بالإضافة إلى الصادات الحيوية يشمل العلاج استمرار الرضاعة الطبيعية من كلا الثديين أو عصر الحليب لفتح القناة المسدودة

الحالة ٦٤: النزف أثناء الحمل

القصة

طُلب منك رؤية امرأة خروس تقدمت بشكوى نزيف مهبلي في الأسبوع ٣٩ و٥ أيام من الحمل. كانت ضغط الدم المسجل عند الحجز ٧٢/١٢٣ ملم زئبق. زارت القابلة آخر مرة قبل ١٠ أيام حيث كان ضغط الدم ٧٦/١٣٠ ملم زئبق.

لاحظت هذا المساء تدفقاً قليلاً من الدم ورأت بقعة حمراء زاهية في ملابسها الداخلية، إنها تنفي وجود ألم فعلي بالبطن، ولكنها تشير إلى بعض الشعور بعدم الراحة البطنية المتقطعة. الطفل كان يتحرك بشكل طبيعي خلال اليوم.

الفحص

البطن دافئة وذات تروي جيد، ضغط دمها ٨٧/١٥٨ مم زئبقي ومعدل ضربات القلب ٨٤/دقيقة. يبلغ ارتفاع قاع الارتفاق العاني ٣٦ سم، والجنين رأسي مع ٥/٣ واضح في البطن. يُشاهَد التهابٌ معتدِل في الرحم. الرحم لين، ولكن أثناء الجس يُلاحظ تضيق رحم معتدل. أما عند الفحص بالمنظار، يتم إغلاق عنق الرحم وهناك كمية معتدلة من الدم المهبلي.

INVESTIGATIONS

Urinalysis: + protein; ++ blood; leucocytes negative; nitrites negative

The cardiotocograph (CTG) is shown in Fig. 64.1.

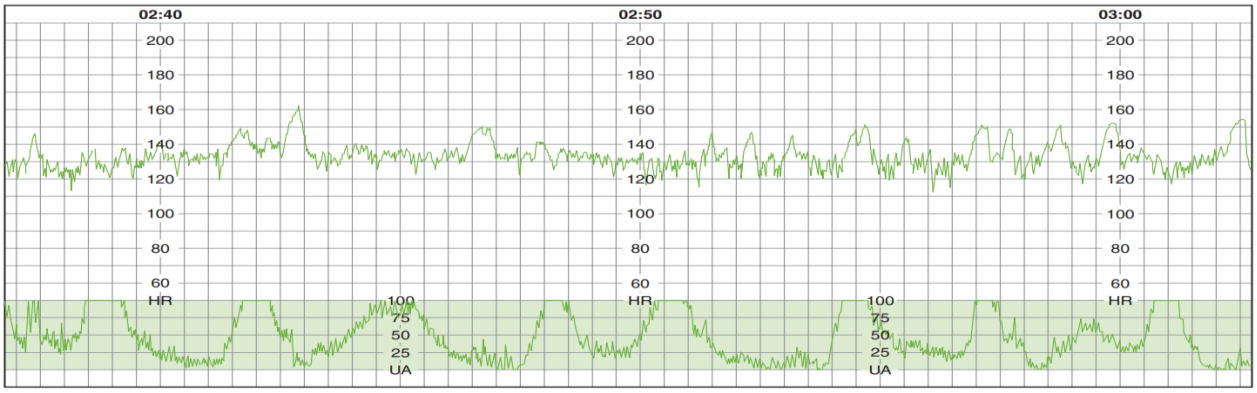


Figure 64.1 Cardiotocograph.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف ينبغي أن تعالج هذه المرأة؟

الإجابة ٦٤

يتم التشخيص على إنه انفصال المشيمة بسبب منظر النزيف، الرحم متهيج ومؤلم.

CTGمطمئن في الوقت الحالي مع وجود نبضات أساسية عند ١٣٠ نبضة في الدقيقة، والتقلب طبيعياً، عدة تسارعات وعدم وجود تباطؤات. النشاط الرحمي النظامي يُظهر على جهاز تسجيل نشاط الرحم.

الأسباب الشائعة للنزف قبل الولادة:

- دم الأم
  - ظهور بقع دموية
  - نزيف المشيمة المنزاحة
  - انفصال المشيمة
  - شتر عنق الرحم
  - العدوى (مثل العدوى المبيضات)
- دم الجنين
  - الأوعية الدموية المنزاحة

يمكن استبعاد فرضية "بقع الدم "حيث أن الدم النازل يكون طازجاً بدلاً من أن يكون مشابهاً للمخاط غامق اللون. كما أن من المفترض أن يتم الكشف عن "نزيف المشيمة المنزاحة" من خلال فحص الشذوذ، ونزيف المشيمة عادةً ما يكون غير مؤلم. ليس هناك مؤشرات على وجود عدوى، والنزيف الناتج عن الأوعية الدموية الرحمية الشريانية بشكل عام يحدث عادةً مع تمزق الأغشية. يُرجح احتمال وجود تمزق مشيمي نسبة لتاريخ النزف الطازج وتهيج الرحم وارتفاع ضغط الدم المصاحب له والبيلة البروتينية (التسمم الحملي هو سبب للانفصال المشيمي)

قد يكون انفصال المشيمة كبيراً مع نزيف كارثي، أو كما في هذه الحالة أقل دراماتيكية، ومع ذلك يجب توخي الحذر لسببين: أولاً نزيف بسيط قد ينذر لنزيف أكبر، ثانياً على الرغم من الكشف عن بعض النزيف قد يكون هناك نزيف مخفي أكثر أهمية، قد لا تظهر النساء الحوامل أي علامات تدل على صدمة نقص الحجم حتى يتم فقد كمية كبيرة من الدم.

التدبير

يجب دائماً قبول النساء المصابات بـ APH للمراقبة، يشمل الخط الأول من العلاج هو فتح خط وريد وفحص فصيلة الدم والاحتفاظ بها وتعداد دم كامل وتحاليل عوامل التخثر. يجب إرسال فحص اليوريا والكهارل واليوريا، بحثًا عن الشوارد المرتبطة بفرط ضغط الدم الحملي؛ جمع البول لمدة ٢٤ ساعة لفحص البروتين غير مشار إليه في هذه الحالة نظرًا لأن تحفيز الولادة مشار إليه بالفعل من الناحية السريرية. يجب تكرار قياس ضغط الدم بانتظام وبدء تناول خافضات الضغط إذا لزم الأمر.

يؤدي زيادة تحريض المخاض إلى زيادة فرصة التداخل الجراحي، لكن خطر الانتظار دون التداخل يكمن في إنه قد يحدث نزيف مفاجئ وكارثي نظراً لأن المرأة تجاوزت الأسبوع ٣٧، فهناك خطر ضئيل جداً على الجنين من الخداج من التحريض.

النقاط المفتاحية

- انفصال المشيمة هو تشخيص سريري يعتمد على الأعراض والفحص.
- فقدان الدم الناتج عن انفصال المشيمة قد يكون مخفياً أو مكشوفاً.
- قد لا تظهر على المرأة علامات نقص حجم الدم إلا بعد أن تفقد نسبة كبيرة من حجم دمها.

الحالة ٦٥: المجيء المقعدي

القصة

طلب منك رؤية امرأة في عيادة ما قبل الولادة، عمرها ٣٧ سنة وهي حامل بطفلها الثالث، وُلِدَ طفلاها السابقين عن طريق الولادة المهبلية بعد تحريضهما أكدت الأمواج فوق الصوتية في الثلث الأول من الحمل مواعيد الدورة الشهرية وهي الآن في الأسبوع ٣٧. الموعد الأخير كان في الأسبوع ٣٦ من الحمل، اشتبهت القابلة بإن الطفل بوضعية مجيء مقعدي، تم تحديد موعد لإجراء تقييم بالأمواج فوق الصوتية ومناقشة الوضع.

الفحص

الضغط الشرياني هو ١٤٠/٨٥ ملم زئبقي والفحص البطني يشير إلى وجود مجيء مقعدي مع عدم انسداد الحوض

الاستقصاءات

- تحليل البول: سلبي
- تقرير الأمواج فوق الصوتية:
- دليل إجراء المسح: الاشتباه في مجيء مقعدي
- العمر الجنيني: ٣٧ أسبوعًا و٣ أيام
- المجيء المقعدي الصريح (ثني الوركين، استقامة الركبتين)
- وزن الجنين المقدر ٣,٢ كغ
- المشيمة: أمامية عالية
- حجم السائل الأمنيوسي: طبيعي (مؤشر السائل الأمنيوسي ١٨ سم)

الأسئلة:

- ما هي الخيارات المتاحة للمرأة؟
- ما هو العلاج الذي توصي به بهذه الحالة؟

الإجابة ٦٥

في الأسبوع ٣٠، تصل نسبة حدوث المجيء المقعدي إلى حوالي ١٤٪ ولكنها تبلغ ٢,٤٪ فقط بحلول موعد الولادة.

الأسباب المتعلقة بالمجيء المقعدي
• تعدد الولادات الكثير (رحم مرن) • تشوهات الرحم (ذو قرنين، أوتار رحمية، أورام ليفية) • مشيمة منزاحة • زيادة كمية السائل الأمينيوسي (موه السلى) • نقص كمية السائل الأمينوسي (قلة السلى) • الحمل المتعدد • تشوهات جنينية • الولادة المبكرة

الخيارات الثلاثة المتاحة:

١ تحويل رأسي خارجي
٢ القيصرية الانتخابية
٣ الولادة المقعدية المهبلية

يجب مناقشة الخيارات الثلاثة مع المرأة وشريكها وشرحهم بشكل مفصل.

- الولادة المقعدية المهبلية:
  - وجد أنها أقل أماناً بالنسبة للأجنة المفردة مقارنة بالعمليات القيصرية المخطط لها.
  - له احتمالية كبيرة لإجراء عملية قيصرية طارئة
  - يتطلب مشاركة أخصائي توليد ذو خبرة مع مراقبة مستمرة لنبضات قلب الجنين
  - يجب السماح به فقط إذا تقدمت الولادة بشكل طبيعي، لا ينصح عموماً بالمجيء المقعدي
  - يمنع استخدامه في حالة المشيمة المنزاحة، والطفل كبير، أو بحال وجود القدمين أولاً، أو وجود حالات صحية عند الأم مثل ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.
- تحويل رأسي خارجي:
  - تنطوي على استخدام التلاعب الخارجي بالجنين، وتشجيع الطفل على ظهور الرأس من خلال الضغط على بطن الأم
  - غالباً ما يتم إجراؤه بعد إعطاء مرخيات للرحم مثل السالبوتامول
  - يحمل فرصة ضئيلة جداً لحدوث تغير في معدل ضربات قلب الجنين خلال أو بعد العملية التي قد تتطلب إجراء عملية قيصرية طارئة
  - بشكل عام نسبة نجاحها تصل إلى ٥٠٪
  - تعود بعض الأجنة إلى الوضع المقعدي حتى بعد إجراء عملية جراحية ناجحة للتحويل الرأسي الخارجي
  - يمنع استخدامه مع العمليات القيصرية السابقة، أو جراحات رحمية أخرى، وتسمم الحمل، تأخر النمو داخل الرحم، وقلة السائل الأمينوسي
  - قد تسبب ألماً
- الولادة القيصرية الاختيارية:
  - أكثر أماناً من الولادة المقعدية المهبلية
  - مناسبة في حال وجود موانع للتحويل الرأسي الخارجي
  - يمكن التخطيط لها مسبقاً، وهو الأمر الذي قد تجده النساء أكثر ملائمة
  - لا يعني بالضرورة أن المرأة ستحتاج إلى عملية قيصرية في أي حمل بالمستقبل

وفي هذه الحالة يجب أن يوصى للمرأة بإجراء عملية تحويل رأسي خارجي في أقرب وقت ممكن، مع خيارات لإجراء عملية قيصرية اختيارية أو تجربة محتملة للولادة المقعدية إذا كان التحويل غير ناجح.

يجب أن تُركز على مراجعة طبيب أطفال بعد الولادة، مع إجراء تصوير بالموجات فوق الصوتية لحديثي الولادة، ثم مراجعته خلال ٦ أسابيع لنفي خلع الورك الولادي.

النقاط المفتاحية

- يترافق المجيء المقعدي مع زيادة معدلات المراضة والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة.
- إذا كانت المرأة لديها مجيء مقعدي صريح في الاسبوع ٣٧ يجب أن تُقدم لها التحويل الرأسي الخارجي، وفي حالة عدم نجاح ذلك، يجب أن يُعرض لها عملية قيصرية انتخابية، أو ولادة مقعدية مهبلية.

الحالة ٦٦: الفحص قبل الولادة

القصة

جاءت امرأة روسية تبلغ من العمر ٣١ عاماً إلى المملكة المتحدة قبل ٦ أسابيع مع زوجها الإنجليزي. ونتيجة لذلك، حجزت موعدًا متأخرًا عند القابلة في عمر حملي ٣١ أسبوعًا. هذا هو حملها الأول المستقر، بعد أن أجرت إجهاضين جراحيين بدون مضاعفات تقريبًا قبل ١٠ سنوات. تقول إنها لديها تاريخ من الهربس التناسلي تم تشخيصه من قبل طبيبها العام قبل عدة أسابيع. ليس هناك تاريخ طبي سابق ذو صلة أو تاريخ عائلي. لقد خضعت لفحص طبي في الأشهر الثلاثة الأولى في روسيا قبل وصولها إلى المملكة المتحدة، وقد أجرت فحصاً طبيعياً للتشوهات الجنينية في هذا المشفى في الأسبوع ٣٠ من الحمل

الفحص

ضغط الدم طبيعي وارتفاع قاع الرحم متوافق مع تواريخ الدورة الشهرية.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	11.7 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	87 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	10.4×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	389×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L

Blood group: AB positive

Hepatitis B antigen: negative

Rubella antibody: immune

HIV1/2: negative

T. pallidum enzyme immunoassay (EIA): positive.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف ينبغي إجراء المزيد من الفحوص والعلاج للمرأة؟

الإجابة ٦٦

يُوصى بإجراء فحص مرض الزهري لجميع النساء الحوامل، كما أن تقييم الأثر البيئي للولبية الشاحبة هو اختبار نوعي ومحدد لعدوى مرض الزهري، تصل نسبة انتشار الإصابة إلى ٠,٣ / ١٠٠٠ امرأة حامل في المملكة المتحدة. اختبارات تقييم الأثر البيئي التي تكشف الغلوبيولين المناعي T. Pall G (IgG) أو IgM , IgG اختبار التراص الدموي واختبار امتصاص الأجسام المضادة اللولبية الفلورية تُستخدم (FTA-abs) بشكل عام للمسح أثناء الحمل، حيث تكون حساسيتها ٩٨ % ونوعيتها أكثر من ٩٩ %.

في الحالات التي يكون فيها اختبار الفحص إيجابياً، يتم إعادة الاختبار ثانيةً خاص باللولبية لتأكيد التشخيص، يجب الحذر عند إجراء اختبارات خاصة باللولبية.
لا يمكن التمييز بين مرض الزهري والأمراض اللولبية الأخرى (الداء العليقي، داء البَجل، داء البقع)

التشخيص عند هذه المرأة هو الإصابة بالزهري. يجب إحالتها إلى عيادة طب الأمراض الجنسية والبولية للتقييم العاجل والعلاج. قد تكون مصابة بقرحة في الأعضاء التناسلية (ربما تم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها هربس بسيط بواسطة طبيبها) أو أعراض مرض للزهري الثانوي، ولكن العديد من النساء اللاتي تم تشخيصهن لا تظهر عليهن أعراض (الزهري الكامن).

التدبير

يتم العلاج بالبنسلين العضلي يومياً لمدة ١٠ أيام (أما إذا كانت مصابة بحساسية البنسلين، يمكن استخدام الدوكسيسايكلين أو الإريثرومايسين). يجب إجراء فحص كمي بعد العلاج (مثل اختبار للأمراض الزهرية [VDRL]) لتأكيد فعالية العلاج ومراقبة حدوث إعادة العدوى. يجب أن يتم إحالة شريك المرأة إلى عيادة طب الأمراض الجنسية والبولية للفحص (حوالي ٤٥-٦٠ % من الشركاء قد يكونوا مصابين).

يجب إبلاغ أطباء الأطفال عند الولادة لتقييم علامات الزهري الخلقي المبكرة (التي تظهر عادة خلال الأسابيع الأولى من الحياة) وترتيب إجراء الاختبارات المصلية.
إذا لم تتم معالجة مرض الزهري، فإن ٧٠-١٠٠٪ من أطفال الأمهات المصابات بالزهري سيتطور لديهم مرض الزهري التناسلي، مع معدل وفيات قدره ٣٠ %.

علامات الزهري الخلقي

- الزهري الخلقي المبكر الناتج عن انتقال الكائنات الحية عبر المشيمة (< ٢ سنة):
  - الطفح الجلدي اللقمي
  - السيلان الأنفي
  - تضخم العقد اللمفاوية
  - تضخم الكبد والطحال
  - تورم العينين، ومشاكل في الكلى والدم
- الزهري الخلقي المتأخر نتيجة للضرر الهيكلي المبكر (>٢ سنة):
  - التهاب القرنية الخلالي
  - أسنان هتشينسون
  - مفاصل كلاتون
  - تشوه في الأنف بشكل سرجي
  - بروز فى الجبهة
  - الصمم

النقاط المفتاحية

T. pallidum EIA هو اختبار مناعي إنزيمي لمرض الزهري.
إذا لم يتم علاج النساء الحوامل المصابات بالزهري، فسيكون لديهن فرصة بنسبة ٣٠٪ للإجهاض و٧٠–١٠٠ % من احتمالية إصابة الطفل بالزهري.

الحالة ٦٧: الألم أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٤٠ عاماً تعاني من حمى وآلام بالبطن. هي في الأسبوع ١٨ من الحمل في حملها الثالث، الحمل طبيعياً حتى الآن ولا توجد لديها أي تاريخ طبي أو نسائي ذو أهمية كبيرة.
تشعر بعدم الارتياح منذ ١٠ أيام ولكن تدهورت حالتها في ال ٤٨ ساعة الأخيرة. تعاني من غثيان وإقياءات عدة مرات. تشعر بالسخونة والبرودة بشكل متقطع. ألم البطن معمم ومستمر مع بعض الألم في الجانب الأيمن من الخاصرة.
تنفي المريضة وجود أي صعوبة في التبول (عسرة تبول) وتقول إنها تعاني من تكرار التبول الذي كان موجودًا طوال فترة الحمل. لم يحدث أي تغيير حديث في عادات التغوط. لم يكن هناك أي نزيف مهبلي ولديها إفرازات مهبلية خفيفة وشفافة.

الفحص

"تبدي توهجاً واحمرار وتبدو غير مستقرة صحياً. درجة حرارتها ٣٨,٢ درجة مئوية، ضغط الدم ٦٨/١١٥ مم زئبقي، ونبضها ١١٢ نبضة في الدقيقة. الفحص القلبي والصدري طبيعي. ارتفاع الرحم يبلغ تقريبا ٢ سم تحت السرة، والرحم لين وغير مؤلم. باقي البطن مؤلم عند الجس العميق، بشكل أكثره في الزاوية السفلية اليمنى. هناك ألم في زاوية الكلية اليمنى. يمكن سماع دقات القلب الجنينية بمعدل ١٦٠ نبضة في الدقيقة بواسطة الدوبلر المحمول باليد."

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	11.1 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	18.9 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Neutrophils	16.2 × 10^9/L	2–7.5 × 10^9/L
Platelets	346 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
Sodium	139 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	4.2 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	8.1 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	68 µmol/L	34–82 µmol/L
C-reactive protein	127 mg/L	<5 mg/L

Urinalysis: + protein; + blood; ++ leucocytes; + nitrites.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ماهي الاستقصاءات التي ستقومين بها وكيف طريقة علاجها؟

الإجابة ٦٧

يتم التشخيص على إنه التهاب حويضة وكلية، والذي يحدث في ١-٢ % من الحمل. يمكن للنساء أن يكونوا في حالة سيئة جدًا مع أعراض غير محددة بشكل واضح. في هذه الحالة، هناك عوامل محددة واضحة (ألم في الخاصرة ونتائج تحليل البول إيجابي).
تعد التهابات المسالك البولية (UTIs) شائعة في فترة الحمل بسبب البروجستيرون الذي يسبب تجمع البول وضغط الرحم على الحالب مما يسبب انسداد الحالب.

مزيد من الاستقصاءات

يجب تأكيد التشخيص عن طريق الفحص المجهري للبول، وزرعه، وتحسسه، ويجب إرسال تحاليل الدم قبل بدء العلاج بالمضادات الحيوية. يجب إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية للجهاز البولي لاستبعاد أي عيوب خلقية (مثل الحالب المزدوج) التي قد تتسبب في عدوى الجهاز البولي، ولاستبعاد الإصابة بانسداد الكلى والتي قد تحتاج إلى تصريف عاجل بواسطة النفروستومي (فغر الكلية). ومع ذلك، يمكن أن يكون من الصعب تفسير فحص الأمواج فوق الصوتية للجهاز البولي خلال فترة الحمل بسبب توسع الحالبين الفيزيولوجي الذي يحدث نتيجة للضغط من الرحم.

التدبير

يجب بدء العلاج بالمضادات الحيوية عن طريق الوريد، عادةً سيفالوسبورينات، حتى تتوفر نتائج تحليل وزرع البول. يجب تناول الباراسيتامول بانتظام للسيطرة على درجة الحرارة والألم. ممكن أن يستغرق الأمر عدة أيام حتى تستقر درجة الحرارة ولتخفيف ألم المرأة وتحسن أعراضها، ولكن يجب مراقبة التحسن من خلال تعداد كريات الدم البيضاء اليومية، وبروتين C-reactive واليوريا والكهارل. يتطلب تعويض السوائل عن طريق الوريد (إماهة وريدية) حيث أن المرأة تعاني من الإقياءات والحمى وارتفاع مستوى اليوريا، مما يشير إلى الجفاف.
بعد الانتهاء من العلاج (أسبوعين إجمالاً)، يجب تكرار إجراء فحص بول لتأكيد الشفاء. تحتاج بعض النساء المصابات بالعدوى المتكررة إلى صاد حيوية وقائي يومي.

التأثير على الحمل

التهاب السبيل البولي عند الأمهات يعتبر عاملاً محفزاً للإجهاض والولادة المبكرة، لذا لا ينبغي تأخير العلاج.
بالإضافة إلى ذلك، يرتبط التهاب المسالك البولية المتكرر حتى البيلة الجرثومية التي تكون بدون أعراض بـ تأخر النمو داخل الرحم والولادة المبكرة.

النقاط المفتاحية
• التهابات المسالك البولية شائعة في الحمل. • يجب علاج التهاب الحويضة والكلية بصادات وريدية لتجنب حدوث ولادة مبكرة أو الإجهاض.

الحالة ٦٨: الألم الصدري عقب الولادة

القصة

امرأة سريلانكية تبلغ من العمر ٣٢ عامًا تشكو من ألم في الصدر وضيق في التنفس بعد ٣ أسابيع من الولادة. ظهرت الأعراض تدريجيًا خلال اليومين الماضيين وأصبحت الآن شديدة. تشعر بأنها لا تستطيع التنفس وتعتقد أنها ستموت.
الألم ثقيل طاعن ومستمر ويزداد سوءًا بالاستلقاء. وتقول إنه ينتشر إلى رقبتها. ليس لديها سعال أو نفث دم.
الشعور بتضيق في العنق يشمل كامل العنق وخاصة من الأمام، مترافق بصعوبة تنفس.لا يوجد رهاب من الضوء أو حمى.
صعوبة التنفس تحدث بشكل أساسي عندما تحاول النوم أو أثناء النوم - لقد أيقظتها عدة مرات خلال الليل. وهي الآن خائفة من الذهاب إلى النوم وتمنع نفسها من القيام بذلك لأنها متأكدة من أنها ستموت إذا فعلت ذلك.
قبل هذه الشكوى، كانت دائمًا بصحة جيدة دون سجل طبي سابق.
كان الحمل عاديًا وتم قبولها في الولادة الطبيعية في الأسبوع الأربعين.
كان توسع عنق الرحم بطيئاً ولذا تم زيادة الانقباضات بالسينتوسينون.
بمجرد أن توسع العنق بالكامل، دفعت لمدة ٩٠ دقيقة وخضعت فيما بعد لتسليم بواسطة فوهة شفط للجنين وتم ولادة أنثى سليمة.
واجهت بعض الصعوبات في الرضاعة الطبيعية والارتباط بالطفلة وخرجت أخيرًا إلى المنزل في اليوم الرابع بعد الولادة. منذ العودة إلى المنزل، توقفت عن الرضاعة الطبيعية وتجد صعوبة في النوم حتى عندما ينام الطفل.
عاشت في المملكة المتحدة لمدة ١٨ شهرًا ولكن زوجها كان هنا منذ ٦ أعوام. حالياً، والدتها أيضًا مقيمة معهم لمساعدتهم في العناية بالطفل. كل من السيدة ووالدتها لا يجيدان اللغة الإنجليزية والزوج يقوم بالترجمة.

الفحص

هي نحيفة وهادئة، مع القليل من التواصل البصري. فهي غير متعاطفة ولا تنظر إلى الطفل أو تلمسه خلال الاستشارة. ضغط دمها ١٠٨/٦٢ ملم زئبقي ومعدل دقات قلبها ٩٠ نبضة في الدقيقة. لا يوجد حمى. ولا تظهر علامات فقر الدم أو ازرقاق الجلد أو الوذمة. فحص الصدر والقلب طبيعي، والرحم واضح فقط في أسفل البطن.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.8 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	78 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	5.3×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	237×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L

Electrocardiogram (ECG): sinus rhythm, no abnormalities

Chest X-ray: normal heart and lung fields

Oxygen saturation: 100 per cent on air

Arterial blood gas:

pO_2	16 kPa	12–14 kPa
pCO_2	3.8 kPa	5–6 kPa

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ماهي الأسئلة الأخرى التي ترغب في طرحها وماهي مبادئ علاجها؟

الإجابة ٦٨

يبدو أن الأعراض في البداية ربما تكون ناتجة عن أمراض قلبية أو تنفسية. ومع ذلك، فإن القصة لا تتناسب مع أي مرض محدد والفحص الطبي والاستقصاءات كلها طبيعية. الخوف المطلق من النوم معلومة هامة، كما هو التأثير المُبلغ عنه.
تعاني هذه المرأة من الذهان ما بعد الولادة. يحدث ذلك لدى واحدة من كل ٥٠٠ امرأة في الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة.
أعراضها الشائعة هي الهلوسات (مثل الظن أنها ستموت) والأوهام.

يجب أن يتم تمييز هذه الحالة عن حالتين أخريين رئيسيتين نفسية/نفسية بعد الولادة.

- الحالة النفسية بعد الولادة
  - البكاء
  - الإرهاق
  - القلق حول صحتهن الخاصة أو صحة الطفل
  - الشعور بعدم القدرة على التعامل

هذه الحالة شائعة جدًا (ربما تؤثر على نصف الأمهات تقريبًا) عادة بعد اليوم الثالث بعد الولادة، وتحل تلقائيًا خلال عدة أيام.

- الاكتئاب بعد الولادة
  - المزاج المنخفض
  - البكاء
  - القلق حول صحة الطفل
  - الشعور بالذنب تجاه الطفل
  - هجمات الذعر
  - التعب الزائد
  - فقدان الشهية

تحدث هذه الحالة في ١٠ %من النساء، في أي وقت يصل إلى ٦ أشهر بعد الولادة. يجب التعامل معها بجدية من خلال تقييم مخاطر الانتحار وتناول أدوية مضادة للاكتئاب بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي والنفسي.

المزيد من الاستجواب:

"ينبغي البحث عن مترجم مدرب بدلاً من الزوج الذي يشارك في هذه الحالة وقد يجد صعوبة في ترجمة أو معالجة القضايا الحساسة.
يجب سؤال المرأة عن أي تاريخ شخصي سابق أو تاريخ عائلي لمشاكل الصحة النفسية أو العلاج النفسي. ثم يجب أن يُطرح عليها أسئلة أكثر تفصيلاً. كيف حال مزاجها وشهيتها؟ هل تشعر بالاكتئاب؟ هل لديها مخاوف من إيذاء نفسها؟
العلاقة والتوجهات نحو الطفل مهمة - كيف تشعر هي تجاه الطفل؟ هل تجد الطفل بسهولة؟ هل تشعر بأن الطفل بصحة جيدة؟ هل لديها أفكار سلبية نحو الطفل بحيث يكون سيئًا أو شريرًا؟ هل تشعر بأنها قد تؤذي الطفل؟

يعتبر الانتحار الآن أكثر الأسباب شيوعًا للوفاة المباشرة للأمهات، والمهاجرون غير الناطقون بالإنجليزية معرضون بشكل خاص للخطر، بالإضافة إلى الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٣٠ عامًا، والأشخاص الذين لديهم تاريخ نفسي معرضون للخطر، ودعم اجتماعي ضعيف أو ولادة مؤلمة. تتوفر لدى هذه المرأة ثلاثة عوامل خطر من هذا القبيل.

يجب دائمًا النظر إلى التشخيص عندما لا تبدو الأعراض مدعومة بالفحص الطبي أو الاستقصاءات. في بعض الأحيان لا يتم إثارة الأعراض الوهمية أو الهلوسات لأن الطبيب يفشل في إجراء استعراض تاريخي شامل."

التدبير

"يمكن أن يكون تطور المرض حاداً، وتحتاج هذه المرأة إلى إحالة فورية إلى وحدة الطب النفسي للتقييم والعلاج. على حسب شعورها تجاه إيذاء نفسها أو الآخرين، قد يكون هذا الأمر بحاجة إلى تنفيذ قانون الصحة النفسية. قد تكون هناك حاجة إلى مضادات الاكتئاب والمضادات النفسية وربما التخدير. قد يكون الطفل عرضة للخطر من جراء الإهمال أو الضرر الثانوي الناتج عن الذهان، لذا فإن المراقبة الوثيقة والدعم ضروريان. من المتوقع الشفاء خلال فترة تصل إلى شهرين، ولكن الحمل المتكرر والحالات غير الخاصة بالحمل شائعة."

النقاط المفتاحية
• يتم تشخيص ذهان ما بعد الولادة بشكل عام في المجتمع بعد الخروج من المشفى. • يجب إدخال النساء المصابات بذهان ما بعد الولادة إلى عيادة الطب النفسي للأم والطفل إذا لزم الأمر بموجب قانون الصحة العقلية

الحالة ٦٩: الضد (د)

القصة

حضر زوجان عيادة التوليد في الأسبوع ٢٠ من الحمل، وهذا هو الحمل الرابع للمرأة والطفل الثاني، عمرها ٢٧ سنة ولقد أجرت ولادة مهبلية طبيعية منذ ٤ سنوات وأعقب ذلك إجهاضين، الأول في الأسبوع ٨ والثاني في الأسبوع ١٤، ولم يتم تحديد سبب لهما.

كانت في هذا الحمل بصحة جيدة باستثناء بعض القيء الشديد الذي تم حله الآن. أكد فحصها الذي استمر من ١١ إلى ١٤ أسبوع مواعيد الحيض لديها وتم إعلامها بخطر الإصابة بمتلازمة داون من خلال الفحص القفوي الذي أجرته بنسبة ١ في ٢٥٤٣. تم إجراء فحص الشذوذ الخاص بها للتو ولم يُظهر أي تشوهات في الجنين، نمو الجنين وحجم السائل ضمن الطبيعي.

من المعروف أن عامل الريزوس سلبي لديها، الاختبارات الدموية اللاحقة هي كما هو مبين

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Booking		
Haemoglobin	13.1 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	7.0×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	226×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L

Blood group: O negative

Anti-D antibodies: present (titre 4 IU/mL)

16 weeks

Anti-D antibodies: present (titre 4 IU/mL)

20 weeks

Anti-D antibodies: present (titre 9 IU/mL).

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي العواقب المحتملة لهذه المشكلة؟
- كيف يمكنك تدبير الحمل بشكل أفضل؟

الإجابة ٦٩

التشخيص هو تحسس عامل الريزوس حيث أن عيار مضاد د في المصل يتزايد مما يشير إلى أن التعرض في وقت ما لخلايا عامل الريزوس الإيجابية قد أدى إلى حساسيتها، مما تسبب في إنتاج استجابة مناعية (مضاد د). ربما حدث هذا لأنها لم تُعطى المضاد د في الحمل السابق.

العواقب

تعبر الأجسام المضادة للغلوبيولين المناعي G (IgG)المشيمة وتهاجم الكريات الحمراء إيجابية الريزوس عند الجنين. يؤدي هذا إلى انحلال الدم الجنيني (مرض انحلالي عند الوليد أو الجنين) والذي يظهر على شكل فقر دم جنيني مع استسقاء الجنين اللاحق (تراكم مفرط للسائل خارج الأوعية الدموية مثل الصفاق، الجنب، التامور).

قد تحدث الوفاة داخل الرحم إذا لم يتم علاج فقر الدم. في الحالات الخفيفة، قد يصاب الطفل باليرقان الشديد عند الولادة مما قد يؤدي إلى اعتلال عصبي. بالنسبة للأم، هناك صعوبة محتملة في توافق الدم إذا كانت تعاني من مضاعفات نزفية وتحتاج إلى نقل الدم، وذلك بسبب وجود الأجسام المضادة.

التدبير

ينبغي مراقبة مستوى الأجسام المضادة للأم مرتين أسبوعياً، إذا تجاوز العيار ١٥وحدة دولية/مل، فيجب إجراء الموجات فوق الصوتية للجنين لتقييم تأخر النمو وحجم السائل وعلامات الاستسقاء. هناك حاجة إلى بزل الحبل السري (أخذ عينات من دم الجنين عن طريق الرشف الموجه بالموجات فوق الصوتية من الحبل السري) لتحديد الهيموجلوبين وتسهيل عملية نقل دم الجنين.

إذا لم يرتفع عيار الجسم المضاد أكثر، غالباً ما تكون المراقبة بالأمواج فوق الصوتية كافية.

في هذه الحالة كان عيار الأجسام المضادة ١٥وحدة دولية/مل. وبعد مرور أسبوعين يحتاج الجنين إلى ثلاث عمليات نقل دم في الرحم خلال فترة الحمل، وتتم الولادة بعملية قيصرية في الأسبوع ٣٦.

١٥٪ من النساء سلبيات عامل الريزوس، ولكن بسبب العلاج الوقائي للمضاد د أصبح معدل الإصابة بمرض الريزوس منخفضاً جداً الآن.

العوامل التي يجب توعية مرضى الريزوس تجاهها

- الإجهاض، الحمل خارج الرحم.
- صدمة داخل البطن، اختبارات غازية (مثل بزل السلى)
- انفكاك المشيمة الباكر
- وضع الولادة
- نقل دم إيجابي الريزوس إلى امرأة سلبية الريزوس

في السابق كان يتم إعطاء المضاد د بعد أي حدث تحسسي محتمل، ولكنه يعطى الآن بشكل روتيني بين الأسبوعين ٢٨و٣٤ من الحمل، لا ينبغي إعطاء مضاد د للمرأة التي طور جسمها أجسام مضادة ضد المضاد د.

النقاط المفتاحية

- أصبح مرض الريزوس نادراً الآن بسبب العلاج الوقائي بالمضاد د، يجب أن نكون يقظين للأحداث التي قد تثير حساسية المرأة.

الحالة ٧٠: فيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل

القصة

امرأة نيجيرية تبلغ من العمر ٣٦ عاماً تعيش في المملكة المتحدة منذ ٨ سنوات، تحضر الآن عيادة ما قبل الولادة. أنجبت ابنة عن طريق الولادة المهبلية الطبيعية قبل ١٢ سنة وقد تم إنهاء حمل قبل ٩ سنوات، تحاول الآن هي وشريكها الحمل منذ ٤ سنوات.

آخر دورة شهرية لها كانت قبل ١١ اسبوع، لا يوجد تاريخ مرضي نسائي واضح وكان آخر اختبار مسحة طبيعي منذ عامين.

راجعت المرأة القابلة لتحديد موعد روتيني للولادة قبل أسبوع ولم يتم الإبلاغ عن أي تاريخ طبي سابق ذي صلة، جميع اختبارات الدم الروتينية كانت مقبولة.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	11.9 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	77 fL	74.4–95.6 fL
White count	4.1×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	129×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L

Blood group: AB positive
Hepatitis B surface antigen: negative
Syphilis: negative
HIV1/2: positive
Rubella: immune
CD4: 175/mm^3
Viral load: 10 000 copies/mL

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الخطوة التالية في التدبير؟
- ما هي النقاط المهمة في تدبير هذا التشخيص؟

الإجابة ٧٠

التشخيص هو الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) يوصى بإجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل لجميع النساء في المملكة المتحدة وكانت آخر حالات الإصابة المبلغ عنها حوالي ٠,٥ في المائة داخل لندن وأقل من ٠,١ في المائة في بقية أنحاء المملكة المتحدة. وهو منتشر بشكل خاص بين النساء في أفريقيا (١,٩١ في المائة مقارنة بأقل من ٠,٥ في المائة في جميع المناطق الأخرى). الغالبية العظمى من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الأطفال في المملكة المتحدة تنتج عن انتقال العدوى من الأم إلى طفلها. يشير انخفاض CD4 إلى أن هذه المرأة تحتاج إلى بدء العلاج ولكن لا توجد أمراض محددة للإيدز في القصة.

التدبير الفوري

تحتاج المرأة إلى أن تكون على علم بالتشخيص وإجراء اختبار تشخيصي مختلف ثانٍ لتأكيد التشخيص. تختار معظم النساء الاستمرار في حملهن، لكن هذه المرأة لا تزال ترغب في النظر في قرار الإنهاء، حيث أن عمر الحمل لديها ١١ أسبوع فقط. هي بحاجة إلى إحالة عاجلة إلى أخصائي الطب البولي التناسلي لإجراء المزيد من الفحوصات والتحقيق في أي مضاعفات فيروس نقص المناعة البشرية. ستحتاج إلى بدء المعالجة الوقائية ضد الإصابة بالمتكيسة الرئوية نظراً لانخفاض عدد CD4 لديها. وستحتاج أيضاً إلى علاج مضاد للفيروسات القهقرية نظراً للحمل الفيروسي الكبير.

الاستشارة النفسية فيما يتعلق بالتشخيص وانعكاساته عليها وعلى شريكها ونسلها (الجنين وابنتها المبالغة من العمر ١٢ عاماً) مهمة جداً.

تدبير الحمل

الحمل لا يؤثر سلباً على عملية الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ولذلك فإن الخطوة الأكثر أهمية هي منع انتقال العدوى من الأم إلى جنينها. وإذا لم يتم علاجه، فإن ما يقارب ٢٥ في المئة من أطفال الأمهات المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية سيصابون بالعدوى، ومع اتخاذ التدابير المناسبة يتم تخفيض هذه النسبة إلى أقل من ٥ في المائة:

- الولادة القيصرية الاختيارية
- تجنب الرضاعة الطبيعية.
- إعطاء الزيدوفودين في الوريد للأم قبل الولادة (بشكل مثالي لمدة ٤ ساعات).
- الزيدوفودين عن طريق الفم لحديثي الولادة لمدة ٦ أسابيع بعد الولادة.

في الآونة الأخيرة، تبين أن الولادة المهبلية ليس لها أي تأثير على عدوى الرضع إذا كان الحمل الفيروسي غير قابل للاكتشاف في وقت الولادة.

تعتبر السرية ذات أهمية قصوى بالنسبة للنساء اللاتي تم تشخيص إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشرية قبل الولادة، ويمكن أن تكون أنظمة الترميز في الملاحظات التوليدية المحمولة باليد مفيدة في تنبيه الطاقم الطبي الآخر إلى التشخيص.

النقاط المفتاحية

- تتزايد نسبة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل.
- لتقليل الانتقال العمودي يجب أن تخضع الأم لعملية قيصرية اختيارية، تجنب الرضاعة الطبيعية، وإعطاء الزيدوفودين في الوريد قبل الولادة وإعطاء حديثي الولادة زيدوفودين فموياً لمدة ٦ أسابيع.

الحالة ٧١: الحكة أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٦ عاماً تشكو من حكة. وهي حالياً في الأسبوع ٣٤ من حملها وهذا هو حملها الأول بعد أن تعرضت مرتين سابقاً للإجهاض المبكر. بدأت الحكة منذ أسبوعين وكانت استخدمت كريماً مرطباً لمحاولة تخفيفها. في البداية كان المرض ينتشر بشكل رئيسي إلى باطن قدميها وكفيها إلا أنه الآن أصبح أكثر عموماً. وهي لا تعرف بأنها غيرت مسحوق الغسيل أو الصابون الخاص بها مؤخراً ولم يتأثر أي شخص آخر في عائلتها

لم تشعر بأي ألم في البطن على الرغم من أنها تعاني من انقباضات براكستون هيكس

لا توجد إفرازات مهبلية أو نزيف، لاحظت المريضة أن الجنين يتحرك أكثر من ١٠ مرات خلال ال ١٢ ساعة الماضية.

الفحص

تبدو المريضة جيدة، ضغط دمها ١١٨/٧٦ملم زئبقي ونبضها ٨٢/ دقيقة. لم يظهر أي طفح جلدي على الوجه أو الجذع أو الأطراف باستثناء بعض علامات السحجة.
يبلغ ارتفاع قاع الارتفاق ٣٤,٥ سم وكان الرحم طرياً وغير مؤلم، رأس الجنين كان واضحاً بنسبة ٤/٥ من البطن.

INVESTIGATIONS

		Normal for pregnancy
Haemoglobin	10.3 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	80 fL	74.4–95.6 fL
Platelets	198 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
Sodium	132 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	3.3 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	2.9 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	68 µmol/L	34–82 µmol/L
Alanine transaminase	31 IU/L	6–32 IU/L
Alkaline phosphatase	120 IU/L	30–300 IU/L
Gamma glutamyl transaminase	12 IU/L	5–43 IU/L
Bilirubin	8 µmol/L	3–14 µmol/L
Bile acid	24 µmol/L	0–14 µmol/L

Urinalysis: nil abnormal detected.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما كيف يمكنك إجراء المزيد من الاستقصاءات وتدبير هذه المرأة؟
- كيف سيؤثر هذا التشخيص على الحمل؟

الإجابة ٧١

امرأة تعاني من ركودة صفراوية أثناء الحمل وهي حالة خاصة بالحمل حيث يوجد نقص في إفراز الصفراء من الكبد مما يؤدي إلى تراكم الأحماض الصفراوية في الدم. عادةً ما يتطور هذا في الثلث الثالث من الحمل. تأثير المرض على الأم هو الحكة، والتي قد تكون شديدة جداً. في الحالات الأكثر خطورة تصبح وظيفة الكبد أو عملية تخثر الدم مضطربة، عندها يجب الأخذ بعين الاعتبار تشاخيص أخرى مثل متلازمةHELLP (انحلال الدم وارتفاع إنزيمات الكبد وانخفاض الصفيحات الدموية وهو شكل حاد من التسمم الحملي) أو التهاب الكبد. كما يجب إجراء الفحص بالأمواج فوق الصوتية لاستبعاد الأسباب الأخرى للانسداد مثل الحصيات المرارية.

لا يوجد أي ضرر على المدى البعيد للأم ومع ذلك من المحتمل أن يكون التأثير على الطفل أكثر خطورة مع وجود علاقة بين الركودة الصفراوية أثناء الحمل وولادة جنين ميت.

الاستقصاءات

يجب إجراء الفحص بالأمواج فوق الصوتية للكبد لاستبعاد الأسباب الأخرى لانسداد الكبد، يمكن إجراء الموجات فوق الصوتية للجنين لطمأنة الأم.

التدبير

يتم تخفيف الأعراض باستخدام الكلورفينيرامين (مضاد هيستامين)، كما يمكن إعطاء حمض أورثوديوكسيكوليك لتخفيف الحكة في الحالات الأكثر شدة لأنه يقلل من مستوى الأحماض الصفراوية في الدم.

يجب إعطاء فيتامين K (اللازم لعوامل التخثر) فموياً للأم لتقليل خطر نزيف الجنين أو الأم الناجم عن ضعف الامتصاص.

نصائح ما بعد الولادة

تعود وظيفة كبد الأم إلى طبيعتها بعد الولادة ولكن يجب تحذير الأم من احتمال تكرار المرض في الحمل اللاحق ٥٠ في المئة أو مع استخدام حبوب منع الحمل المركبة.

النقاط المفتاحية

- قد تكون الحكة في الحمل ناجمة عن ركودة صفراوية داخل الكبد.
- في الحالات الشديدة يمكن أن تتخرب وظيفة الكبد وعملية تخثر الدم، ولكن عادة ما يكون الخطر الرئيسي على الجنين.
- هناك خطر ٥٠ في المئة لتكرار هذه الحالة في الحمول المستقبلية.

الحالة ٧٢: الإرهاق أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٧ عاماً تحضر إلى عيادة ما قبل الولادة في الأسبوع ١٩ من أول حمل مستمر لها، بعد أن أنهت عملية الإجهاض في عمر ٢٢عام، وهي الآن سعيدة جداً بالحمل.

لقد راجعت القابلة القانونية في الأسبوع الثامن من حملها وكان لديها فحص طبيعي للدم وضغط الدم والفحص بالأمواج فوق الصوتية كان طبيعياً أيضاً. عانت من الغثيان والاقياء حتى الأسبوع ١٤ من الحمل، إلا أنه استقر الآن لكنها لا تزال متعبة للغاية وتشعر أنها تكسب وزناً زائداً أثناء الحمل. كما أنها تشعر بالبرد معظم الوقت، الأمر الذي أثار انتباهها لأنها أدركت أن النساء الحوامل يملن أكثر إلى الشعور بالحرارة.

الفحص

تبدو المرأة خاملة وذات مزاج سيء، ضغط الدم لديها ٦٨/١١٥ ملم زئبقي ومعدل ضربات القلب٥٨/ دقيقة.
فحص البطن لا يستدعي الاهتمام مع وجود قاع واضح عند السرة.

INVESTIGATIONS

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.2 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	78 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	7.9×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	272×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L
Thyroid-stimulating hormone (TSH) antibody	15 mu/L	0.5–7 mu/L
Free thyroxine (T_4)	6 pmol/L	11–23 pmol/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص وما هي العلامات التي سوف تبحث عنها أثناء الفحص؟
- ما هي الآثار المترتبة على الأم والجنين أثناء الحمل؟
- كيف يجب تدبير هذه الحالة؟

الإجابة ٧٢

يظهر تعداد الدم الكامل فقر دم خفيف مع انخفاض متوسط حجم الخلايا نسبياً وهذا ليس مهماً بدرجة كافية لتفسير الأعراض الموصوفة.

تؤكد اختبارات وظائف الغدة الدرقية التشخيص السريري لقصور الغدة الدرقية. لا توجد قصة لليود المشع أو العلاج الجراحي، ومن غير المحتمل الإصابة بالتهاب الغدة الدرقية هاشيموتو حيث لا توجد قصة لنوبة فرط نشاط الغدة الدرقية. لذلك هذه الحالة على الأرجح تمثل الوذمة المخاطية مجهولة السبب.

قد تكون أعراض التعب وعدم تحمل البرد وزيادة الوزن مرتبطة بقصور الغدة الدرقية. إضافةً إلى ذلك، قد تعاني المريضة من جفاف الجلد أو الشعر الخشن أو الاكتئاب أو الإمساك.

قد يكشف الفحص السريري عن بطء القلب النسبي أو ضعف ردود الفعل الوترية العميقة أو تضخم الغدة الدرقية.

الآثار المترتبة على الحمل والتدبير

يحدث قصور الغدة الدرقية في حوالي ١ من كل ١٠٠ حالة حمل، ولكنها حالة غير عادية ليتم تشخيصها أثناء الحمل.

سبات الوذمة المخاطية هي نتيجة نادرة جداً لقصور الغدة الدرقية وترتبط بارتفاع معدل الوفيات. وهي حالة إسعافية يتم تدبيرها بواسطة الرعاية الداعمة ومكملات هرمون الغدة الدرقية. حتى في حال غياب السبات، لا تزال هناك حاجة لتعويض نقص هرمون الغدة الدرقية وذلك وفقاً لنتائج TSH وT4 .

خلال فترة الحمل، قد يزداد استهلاك هرمون الغدة الدرقية. ويجب إجراء فحص TSHوT4 كل ثلاثة أشهر بمجرد إنشاء نظام الصيانة، يجب أن يكون الهدف هو الحفاظ على TSH أقل من ٥ مل وحدة/لتر.

(على الرغم من زيادة الغلوبيولين المرتبط بالغدة الدرقية أثناء الحمل، إلا أن هناك ارتفاعاً تعويضياً في ثلاثي يودوثيرونين (T3) وT4 بحيث تبقى مستويات T3 الحر وT4 الحر مماثلة للقيم عند غير الحامل).

الآثار المترتبة على الجنين

يرتبط قصور الغدة الدرقية غير المعالج بزيادة خطر العقم والإجهاض وولادة جنين ميت وتسمم الحمل. تكون نتائج الجنين وحديثي الولادة جيدة بشكل عام عند النساء اللواتي تم تشخيصهن وعلاجهن بشكل مناسب. نادراً ما تعبر الأجسام المضادة لـ TSHالمشيمة وتسبب قصور الغدة الدرقية الوليدي، ويجب الاشتباه في ذلك إذا كانت هناك علامات لتضخم الغدة الدرقية الوليدي.

النقاط المفتاحية

- يرتبط قصور الغدة الدرقية غير المعالج بالعقم والإجهاض وانخفاض الوزن عند الولادة وموت الجنين وتسمم الحمل وفقر الدم.
- يجب على النساء اللواتي يتناول هرمون الغدة الدرقية مراقبة وظائف الغدة الدرقية مرة واحدة في كل ثلث من الحمل.

الحالة ٧٣: الداء السكري أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٠ عاماً حامل للمرة الأولى. الحمل غير مخطط له وقد غادر شريكها لكنها تتلقى الدعم من والدتها ولذلك قررت الاستمرار.

تم تشخيص إصابتها بالداء السكري من النمط الأول عندما كانت تبلغ ١٥ عاماً من العمر. كانت تتناول الأنسولين طويل المفعول وقصير المفعول تحت اشراف طبيبها العام (GP)، لكن رسالة الإحالة تشير إلى أنها لم تكن متجاوبة دائماً.

لقد خضعت لاختبار حمل إيجابي منذ أسبوعين وقد أحالها طبيبها العام بشكل عاجل إلى عيادة ما قبل الولادة لمراجعتها في ضوء مرض السكري. بحلول موعدها، تبلغ الآن ٧ أسابيع و٥ أيام من الحمل وليس لديها أي تاريخ طبي أو نسائي مهم.

الفحص

مؤشر كتلة الجسم لدى المريضة ٢٩ كغ / م^2، ضغط الدم ٦٨/١٣١ ملم زئبقي، النبض ٨١/ دقيقة.

INVESTIGATIONS

		Normal
Haemoglobin (Hb)A_{1c}	7.8%	<7.0%
Urinalysis: ++ glucose.		

الأسئلة

- ما هي الاستقصاءات الإضافية التي يجب اجراؤها؟
- ما هي الخطوط العريضة لمبادئ تدبير الحمل؟

الإجابة ٧٣

يمكن تقسيم الاستقصاءات إلى تلك الخاصة بصحة الأم وأخرى خاصة بالجنين:

- استقصاءات الأم:

- اليوريا والكهارل الأساسية.

- قياس نسبة الغلوكوز في الشعيرات الدموية قبل وبعد الأكل.

- استقصاءات الجنين:

- فحص قابلية الحياة (زيادة خطر الإجهاض لدى النساء المصابات بالسكري).

- تخطيط صدى القلب للجنين (زيادة خطر جميع تشوهات الجنين في ذرية مرضى السكري).

- فحص مفصَّل بالموجات فوق الصوتية للشذوذات في الأسبوع ٢٠.

قد تتأثر حالات الحمل عند الحوامل المصابات بالسكري (النمط الأول) بزيادة في مجموعة من المضاعفات بالإضافة إلى تشوهات الجنين. ومع ذلك، يعتقد أن الضبط المثالي لنسبة سكر الدم يقلل من خطر المضاعفات إلى ما يقارب خطر الحمل عند غير المصابات بالسكري، لذا فإن نسبة كبيرة من التدبير تهدف إلى الحفاظ على ضبط دقيق للغاية في نسبة الغلوكوز في الدم. في هذه الحالة بالذات تشير القصة ونسبة الخضاب الغلوكوزي ووجود البيلة السكرية إلى أن ضبط المرأة ضعيفاً بشكل عام ، مما يمثل تحدياً خاصاً لتدبير هذا الحمل .

! مبادئ التدبير لدى الأمهات المصابات بالداء السكري المعتمد على الأنسولين

- ما قبل الولادة:
  - تغيير فوري لنظام جرعات الأنسولين المتزايدة باستخدام جرعات أكثر تكراراً للتكيف مع الحاجة المتزايدة أثناء الحمل.
  - رعاية متعددة التخصصات مع أخصائي الغدد الصماء/ مرض السكري وأخصائي التغذية، وممرض متخصص في مرض السكري وطبيب توليد وقابلة مع اهتمام خاص بحالات الحمل المصابة بالسكري.
  - رعاية كاملة في المستشفى مع مراجعة منتظمة، عادة كل أسبوعين، أو بشكل متكرر إذا كانت السيطرة ضعيفة.
  - زيادة متطلبات الأنسولين المتوقعة طوال فترة الحمل.
  - تقييم منتظم بالموجات فوق الصوتية اعتباراً من الأسبوع ٢٨ لنمو الجنين وحجم السائل، في ضوء خطر العملقة وكثرة السائل السلوي الثانوي لفرط أنسولين الدم لدى الجنين.
  - النظر في تحريض المخاض عند الأسبوع ٣٨ لتقليل خطر الولادة المفاجئة للجنين.
- أثناء الولادة:
  - اتباع نظام الأنسولين المتدرج خلال المخاض (أو أثناء الولادة القيصرية).
  - السعي إلى الولادة المهبلية ما لم يكن هناك مضاد استطباب لها.
- بعد الولادة:
  - فحص مستوى سكر الدم باكراً وتغذية الطفل نظراً لحالة فرط أنسولين الدم لديه.
  - تخفيض نظام أنسولين الأم إلى نظام ما قبل الحمل بعد الولادة مباشرة.

النقاط المفتاحية

- تعد حالات الحمل المصابة بالداء السكري من النمط الأول شديدة الخطورة على الأم والجنين وتحتاج إلى أخصائي في أمراض السكري وتداخلات توليدية. يجب أن يؤدي التحكم الدقيق جداً في نسبة غلوكوز الدم إلى تقليل معدل المضاعفات إلى ما يقرب من معدل الأم غير المصابة بالسكري.
- تشمل مضاعفات الجنين الإجهاض، التشوهات الخلقية، العملقة، ولادة جنين ميت، عسر ولادة الكتف.

الرعاية في الفترة ما حول الولادة وحالات التوليد الاسعافية

الحالة ٧٤: التعب أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٤ عاماً في الأسبوع ٣٢ و٤ أيام من الحمل في حملها الأول تشكو من قلة في حركات الجنين. تشعر عادة أن الطفل يتحرك أكثر من ١٠مرات في اليوم، ولكن بالأمس لم تكن هناك سوى حركتين واليوم لم تكن هناك أي حركة. ليس لديها تاريخ طبي أو توليدي أو أمراض نسائية مهمة. في هذا الحمل، راجعت العيادة عند الأسبوع العاشر من الحمل وكانت جميع اختبارات الدم التي أجرتها طبيعية باستثناء أنه تم اكتشاف أنها ليست محصنة ضد الحصبة الألمانية وتم التخطيط للقاح بعد الولادة كان فحصها الذي استمر من ١١ إلى ١٤ أسبوعاً واختبار الشفافية القفوية وفحص الشذوذ طبيعياً.

الفحص

ضغط الدم لديها ٧٣/١٣٧ مم زئبقي والنبض ٩٣/ دقيقة. إنها غير عادية. يبلغ ارتفاع قاع الرحم الارتفاقي ٣١ سم ويكون الجنين في وضعية المُقعد عند الفحص. تم إصغاء قلب الجنين بجهاز الدوبلر اليدوي ولم يتم سماع نبضات قلب الجنين. لذلك تم إجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية على الفور. مما يؤكد موت الجنين داخل الرحم.

الأسئلة

- كيف يجب تدبير هذا الحمل؟
- هل هناك أي عوامل في القصة أو الفحص تشير إلى سبب الوفاة، وماهي الفحوصات التي يجب اجراؤها لتحديد السبب المحتمل؟

الإجابة ٧٤

التدبير

يحتاج الطفل إلى الولادة لتجنب احتمال الإصابة بالإنتان أو اعتلال التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية. يتم إجراء ذلك عادة عن طريق تحفيز المخاض باستخدام الميفيبريستون (مضاد للبروجسترون) يليه بعد ٤٨ ساعة الميزوبروستول (نظير البروستاغلاندين) لتحفيز الانقباضات. يمكن للمرأة العودة إلى المنزل مؤقتاً بعد تناول الميفيبريستون لتجنب الضغط الإضافي الناجم عن البقاء في جناح ما قبل الولادة أو ما بعد الولادة.

في المخاض، يعد التسكين المناسب أمراً ضرورياً ويكون التسكين الذي يتحكم فيه المريض (PCA) مفيداً.

نادراً ما تكون هناك موانع للولادة المهبلية، مثل العمليات القيصرية السابقة، وفي هذه الحالة قد تكون الولادة القيصرية ضرورية.

يجب أن تتم رؤية الزوجين في أقرب وقت ممكن من قبل قابلة الفاجعة لمناقشة خطط الفقد أو الجنازة أو حرق الجثث.

سبب الوفاة داخل الرحم

في هذه القصة، العامل الوحيد المحتمل هو نقص المناعة ضد الحصبة الألمانية. من غير المرجح أن يكون هذا مهماً، ولكن يجب فحص الغلوبيولين المناعي للحصبة الألمانية (IgG) لاستبعاد العدوى الأخيرة.

الفحص طبيعي باستثناء عدم انتظام ضربات القلب الذي قد يكون مرتبطاً بالقلق لذلك يجب إعادة الفحص.

الأسباب المحتملة للوفاة داخل الرحم

- أسباب متعلقة بالأم
- مرض السكري
- العدوى (مثل البارفو فيروس، الليستريا)
- أهبة التخثر (مثل متلازمة أضداد الفوسفوليبيد)

- أسباب متعلقة بالجنين
- شذوذات الكروموسومات (مثل التثلث الصبغي)
- تشوهات وراثية أخرى (مثل داء غواشر)
- مرض انحلالي
- حادث الحبل (على سبيل المثال "عقدة" في الحبل السري)

- أسباب متعلقة بالمشيمة
- انفصال المشيمة
- قصور الرحم والمشيمة (على سبيل المثال: الثانوي لمقدمة الارتعاج)
- حالة زيادة النضج داخل الرحم

- غير مفسرة

الاستقصاءات

- الأم

• فحص تعداد الدم الكامل وفحص تخثر الدم (لاستبعاد التخثر داخل الأوعية المنتشر/ نقص الصفيحات الثانوية لوفاة الجنين)

• غلوكوز الدم العشوائي والهيموغلبين Ac (Hb)

• اختبار كليهارو (للخلايا الجنينية في الدورة الأمومية، مما يعني وجود نزيف كبير لدى الجنين)

• مضادات الكارديوليبين ومضادات تخثر الذئبة (متلازمة مضادات الفوسفوليبيد)

- الجنين

• مسحات مجهرية وزرعية وتحسسية من الجنين والأم

• خزعة الجلد للتنميط النووي

• تشريح الجثة (بعد موافقة الأهل).

النقاط المفتاحية

- عادة ما تكون الوفاة داخل الرحم غير متوقعة وغير مفسرة.
- يجب إجراء تحريض المخاض في أسرع وقت ممكن بسبب وجود خطر تطور الإنتان أو اعتلال التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية.

الحالة ٧٥: المخاض

القصة

أنت في جناح المخاض وتم الاتصال بك لرؤية امرأة تبلغ من العمر ٣٣ عاماً في المخاض لأن القابلة تشعر بالقلق بشأن جهاز تخطيط القلب الخاص بالجنين (CTG).

هي في ٤١+٢ أسابيع من الحمل وهذا هو طفلها الأول. كان الحمل غير معقد حتى يومين مضيا عندما أصيبت بارتفاع ضغط الدم الخفيف، بدون بيلة بروتينية. بالنظر لعمر الحمل، تم اتخاذ قرار لتحريض المخاض أمس. حيث تم إعطاؤها ٢ ملغ من هلام البروستاغلاندين في المهبل في الساعة ١٨:٠٠الليلة الماضية ومرة أخرى في الساعة ٠٦:٠٠ هذا الصباح. حدث تمزق عفوي للأغشية في الساعة ١٠:٠٠ اليوم وبعد ذلك بدأت التقلصات.

الفحص

ضغط الدم ٦٨/١٣٥ ملم زئبقي، معدل ضربات القلب ٩٠/ دقيقة ودرجة الحرارة ٣٧,٠ درجة مئوية. عند ملامسة البطن يكون الجنين رأسياً، وتكون درجة الجس ١/٥، ويتم الشعور بتقلصات قوية. أما عن طريق المهبل، فيتم مسح عنق الرحم بالكامل ويبلغ اتساعه ٦ سم. يكون الجنين رأسياً عند العمود الشوكة الإسكية مع رأس معتدل ولكن لا توجد قولبة. تمت ملاحظة العقي من الدرجة الأولى.

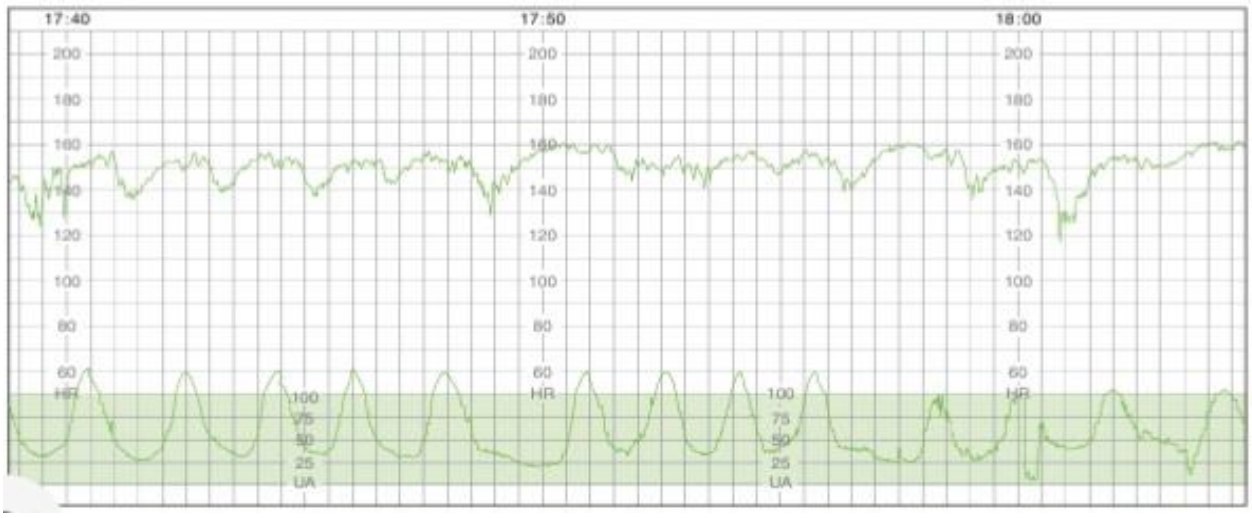
الاستقصاءات

يظهر CTG في الشكل ٧٥,١.

تم اتخاذ قرار سحب عينة من دم الجنين والنتيجة هي كما يلي:

PH : 7.10

Bose excess : _ 77.mmol



الشكل ٧٥,١ مخطط القلب

الأسئلة

- كيف تفسر نتيجة فحص تخطيط القلب وعينة دم الجنين؟
- كيف ستتعامل مع المريضة؟

الإجابة ٧٥

يُظهر تخطيط القلب خطاً أساسياً يبلغ ١٥٥ نبضة / دقيقة مع تباين منخفض (١٠_٥ نبضة / دقيقة) وتباطؤات متأخرة. لم تتم رؤية أي تسارع. لذلك يتم تصنيف مخطط القلب على أنه غير طبيعي. التقلصات هي ٥ في ١٠.

تعريف التباطؤ المتأخر

- انخفاض في معدل ضربات قلب الجنين من خط الأساس بما لا يقل عن ١٥ نبضة لما لا يقل عن ١٥ ثا.

يجب أن تكون درجة حموضة دم الجنين عادة بين ٧,٢٥ و٧,٣٥. تشير عينة دم الجنين هذه إلى أن الطفل يعاني من الحماض (انخفاض درجة الحموضة وزيادة القاعدة السلبية العالية)

في حالات تخطيط القلب الخاص بالجنين غير الطبيعية قد لا يتعرض الجنين للخطر، ولذلك من المهم تقييم صحة الجنين باستخدام عينة دم جنيني قبل التوجه إلى العمل الجراحي (ما لم يكن هناك مانع من أخذ عينة من دم الجنين أو في حالات بطء قلب الجنين المستمر). وفي هذه الحالة أكدت عينة دم الجنين أن الجنين معرض للخطر بشكل كبير.

قد يكون السائل الملوث بالعقي علامة على تدهور الجنين، ولكن في الأسبوع ٤١ من الحمل قد يكون العقي نتيجة عرضية ولذلك يصعب تفسيره.

التدبير

إذا كان عنق الرحم متسعاً بالكامل وكان الرأس أسفل الشوكة الإسكية، فإن الولادة تكون آلية بواسطة المحجم أو الملقط مناسبة. وبما أن الأمر ليس كذلك، فإن الولادة الفورية بعملية قيصرية أمر ضروري.

النقاط المهمة لإجراء عملية قيصرية طارئة هي:

- يجب إبلاغ القابلة المسؤولة، طاقم غرفة العمليات، استشاري التوليد، أخصائي التسجيل، طبيب التخدير وطبيب الأطفال.
- يجب شرح أسباب الإجراء المقترح للمرأة ويتم الحصول على الموافقة المستنيرة.
- يجب إعطاء الميتوكلوبراميد والرانتيدين وقت الحاجة.
- يجب فتح خط وريدي مع تعداد الدم الكامل وزمرته وحفظ المرسل.
- يجب إدخال قسطرة مجرى البول.
- يجب أن يتم تسليم الطفل خلال ٣٠ دقيقة كحد أقصى بعد اتخاذ القرار.

النقاط المفتاحية

- التباطؤ المتأخر في المخاض غير طبيعي.
- يجب أخذ عينة من دم الجنين للتأكد من حالته قبل الشروع في الولادة الجراحية.

الحالة ٧٦: انهيار الفترة ما حول الولادة

القصة
امرأة تبلغ من العمر ٢٨ عاماً في المخاض بسبب انهيارها المفاجئ. هذا هو حملها الرابع حيث أنها أجرت ثلاث ولادات مهبلية عفوية سابقة عند انتهاء فترة الحمل. لم يكن هذا الحمل معقداً وتم إدخالها إلى المستشفى وهي تعاني من تقلصات في الأسبوع ٣٧ و٦ أيام.
عند وصولها إلى جناح المخاض، تم تحسس الجنين وكان ضمن الحجم الطبيعي، رأسياً ودرجة الجس ٥/٣ من البطن. عنق الرحم متسعاً بمقدار ٣ سم والأغشية سليمة. ضغط الدم وتحليل البول طبيعيين، كان الإصغاء الأولي للجنين مطمئناً وبقي معدل ضربات القلب طبيعياً (حوالي ١٤٠/ دقيقة) عند الإصغاء المتقطع.
بعد خمس دقائق، حدث تمزق عفوي للأغشية أثناء الانقباض مع تدفق كبير للسائل الشفاف من المهبل. أبلغت المرأة عن رغبتها بالدفع في تلك المرحلة ثم أصبحت مرتبكة ومشوشة قائلة أنها لا تستطيع التنفس وستموت و بعد ذلك مباشرة انهارت.

الفحص
المرأة فاقدة للوعي ولم تتأثر بالمنبهات المؤلمة. ضغط الدم ٤٠/٩٨ ملم زئبقي ومعدل ضربات القلب ١٢٠/ دقيقة. نسبة تشبع الأكسجين في الهواء ٨٦٪ ومعدل التنفس ٢٠/ دقيقة. أصوات القلب طبيعية ولكن عند إصغاء الصدر توجد فرقعة شهيقية في جميع أنحاء الصدر.
البطن لينة مع استمرار التقلصات المتقطعة، رأس الجنين أصبح مرئياً في منطقة العجان، لا يوجد نزيف مهبلي.

الأسئلة
- ما هو التشخيص المحتمل والتشخيص التفريقي؟
- كيف ستدبر هذه المرأة؟

الإجابة ٧٦

من المرجح أن يكون التشخيص هو انصمام السائل الأمنيوسي.
التشخيص التفريقي يشمل:

- الصمة الرئوية
- احتشاء عضلة القلب
- نوبة وعائية مبهمة

العوامل التي توجه إلى تشخيص انصمام السائل الأمنيوسي وليس أحد التشاخيص التفريقية الأخرى هي قصة الانهيار المفاجئ دون ألم سابق في الصدر، وحقيقة أن هذا حدث في وقت قريب من تمزق الأغشية. غالباً ما تسبق انصمام السائل الأمنيوسي أعراض أولية أو تململ أو ارتباك أو زرقة. من غير المحتمل أبداً حدوث نوبة وعائية مبهمة لأن هذا يرتبط عادة ببطء القلب ولا يفسر علامات الصدر أو انخفاض تشبع الأكسجين.

يحدث انصمام السائل الأمنيوسي عندما يدخل السائل الأمنيوسي إلى الدورة الدموية للأم. يحدث هذا عادة أثناء المخاض ولكن يمكن أن يحدث مع صدمة الأمومة أو في بعض الأحيان بعد الولادة وهي حالة نادرة (خمس حالات في المسح السري الأخير بشأن صحة الأم والطفل ٢٠٠٠- ٢٠٠٢). وهو مرض لا يمكن التنبؤ به لأنه مفاجئ وهو مميت في العادة. تموت النساء المصابات بهذا المرض خلال ساعة أو نحو ذلك بعد إصابتهن بنقص الأكسجة الحاد واعتلال التخثر والسكتة القلبية.

التدبير

يجب أن تتم ولادة الطفل على الفور لأن ذلك سيسهل إنعاش الأم بشكل أكثر فعالية. في هذه الحالة يجب استعمال الملقط. إذا لم يكن من الممكن ولادة الطفل عن طريق المهبل، فيجب إجراء عملية قيصرية فوراً. من المحتمل جداً حدوث نزيف حاد بعد الولادة وينبغي البدء بتسريب السينتوسينون مع المزيد من استراتيجيات نزيف ما بعد الولادة مثل الإرغوميترين أو الكاربوبروست أو الانصمام أو استئصال الرحم.

إنعاش الأم بعد الاشتباه بانصمام السائل الأمنيوسي

- تركيب قنيتين وريديتين كبيرتين الحجم
- طلب تعداد الدم الكامل واليوريا والكهارل وعوامل التخثر والفيبرين ومنتجات التحلل.
- ٦ وحدات متوافقة من الدم وتتوفر بها الصفائح الدموية والبلازما الطازجة المجمدة
- أكسجين ١٠٠ بالمئة بالكيس والقناع مبدئياً من التنبيب بواسطة طبيب التخدير في أسرع وقت ممكن.
- زيادة الحجم بالسوائل الغروانية
- نقل المريضة إلى وحدة العناية المركزة في أسرع وقت ممكن.

النقاط المفتاحية

- الانهيار المفاجئ في المخاض هو حالة طوارئ توليدية.
- عادة ما يتم تشخيص انصمام السائل الأمنيوسي بعد الوفاة.

الحالة ٧٧: نزيف ما بعد الولادة

القصة

يتم إحضار امرأة تبلغ من العمر ٣٢ عاماً إلى جناح المخاض بواسطة سيارة الإسعاف بعد ٦ أيام من الولادة المهبلية في الأسبوع ٣٩ من الحمل. كان الحمل والمخاض طبيعيين وتم إخراج المشيمة بواسطة سحب الحبل المتحكم فيه.
بعد الولادة، خرجت المرأة من المنزل بعد ٦ ساعات وذكرت أن الهلابة (إفرازات الرحم بعد الولادة) كانت ثقيلة في اليومين الأوليين ولكنها استقرت بعد ذلك. شعرت اليوم فجأة بألم شديد في البطن وشعرت بتدفق السوائل أعقبه نزيف حاد للغاية، حيث تخلل الدم الملابس وخرج منها جلطات كبيرة وصفتها بأنها بحجم قبضة يدها. تشعر المريضة بالدوار عندما تقف وتشعر بالغثيان

الفحص

إنها شاحبة وأطرافها باردة ورطبة. وهي أيضاً مائلة للنوم. ضغط دمها ١٠٥/٥٠ملم زئبقي ومعدل ضربات القلب ١١٢/ دقيقة.
عند جس البطن يكون هناك ألم بسيط ولكن الرحم يمكن جسه على ارتفاع حوالي ٦ سم فوق الارتفاق العاني. يكشف فحص المنظار عن وجود جلطات دموية كبيرة في المهبل، وعندما تتم إزالتها يصبح عنق الرحم مفتوحاً.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هو تدبيرك المباشر واللاحق؟
- هل يجب طلب إجراء فحص بالأمواج فوق الصوتية؟

الإجابة ٧٧

التشخيص هو نزيف ثانوي بعد الولادة.

نزيف ما بعد الولادة

- يعرف نزيف ما بعد الولادة بأنه فقدان أكثر من ٥٠٠ مل من الدم عن طريق المهبل بعد الولادة. يحدث النزف الأولي بعد الولادة خلال ٢٤ساعة

ويحدث نزيف ما بعد الولادة الثانوي بين ٢٤ ساعة و٦ أسابيع بعد الولادة.

الأسباب الشائعة لنزيف ما بعد الولادة

- وجود بقايا أنسجة المشيمة
- الصدمة المهبلية
- إنتان باطن الرحم
- اعتلال التخثر (على سبيل المثال: بعد انفصال المشيمة)
- وهن الرحم

التدبير الفوري

هذه المرأة تعاني من صدمة نقص الحجم وتحتاج إلى إنعاش فوري. يجب إدخال قنيتين واسعتي التجويف وإرسال الدم لإجراء تعداد الدم الكامل واليوريا والكهارل والتخثر وتطابق٤ وحدات، مع طلب المزيد من الخلايا الحمراء أو الصفائح الدموية أو البلازما الطازجة المجمدة اعتماداً غلى التقييم الإضافي ونتائج تحاليل الدم.
يجب إعطاء السوائل الوريدية فوراً، وعادة ما تكون سائلة غروانية لزيادة الحجم من أجل الحفاظ على النتائج القلبي.
ينبغي تمسيد الرحم فوق العانة وإذا فشل ذلك يتم تمسيده باليدين، ريثما يتم إعطاء ٥٠٠ ميكروغرام من الإرغوميترين والبدء بالتسريب من مادة سينتوسينون. تعمل هذه الإجراءات على إيقاف النزيف والمساعدة على الإنعاش الفوري ريثما يتم التأكد من التشخيص.
يجب إدخال قسطرة بولية للسماح بمراقبة توازن السوائل ووظيفة الكلى عن كثب. كما يجب استدعاء طبيب التخدير وطبيب التوليد بشكل عاجل.

التدبير اللاحق

حقيقة أن عنق الرحم مفتوح هي علامة مرضية تدل على وجود أنسجة محتجزة وضرورة إخراجها وينبغي إفراغ منتجات الحمل المتبقية بمجرد إنعاش المرأة وتوفر الدم.

إذا لم تستقر الدورة الدموية، يفضل التخدير العام. وينبغي إعطاء المضادات الحيوية وريدياً. يجب مراقبة المرأة في البداية في بيئة شديدة العناية حتى تستقر سريرياً ودموياً.

على الرغم من أنه من المحتمل أن تكون قد أصيبت باعتلال تخثر الدم عند دخولها المشفى، إلا أنها لا تزال معرضة للخطر الكبير للإصابة بالجلطات الدموية الوريدية لأنها ربما تكون مصابة بالإنتان وبعد الولادة خضعت للتخدير، ولذلك ينبغي أن ترتدي جوارب مضادة للانصمام الخثاري وان تأخذ الهيبارين بعد العملية الجراحية.

التصوير بالأمواج فوق الصوتية

لن تتم الإشارة إلى الفحص بالأمواج فوق الصوتية في هذه الحالة. أولاً، عنق الرحم المفتوح يعني وجود منتجات محتجزة. ثانياً، هناك ما يبرر إجراء فحص تحت التخدير على أية حال لتحديد أي سبب آخر للنزيف مثل الصدمة المهبلية أو العجانية. ثالثاً، قد يتم الخلط بين المنتجات المحتجزة والدم المتجلط في الموجات فوق الصوتية بعد الولادة.

النقاط المفتاحية

- تصاب النساء اللاتي يحتفظن بمنتجات الحمل بالمرض بسرعة كبيرة.
- بمجرد تأكيد التشخيص، يحتاجون إلى المضادات الحيوية عن طريق الوريد والإفراغ العاجل للرحم.

الحالة ٧٨: المخا ض

القصة

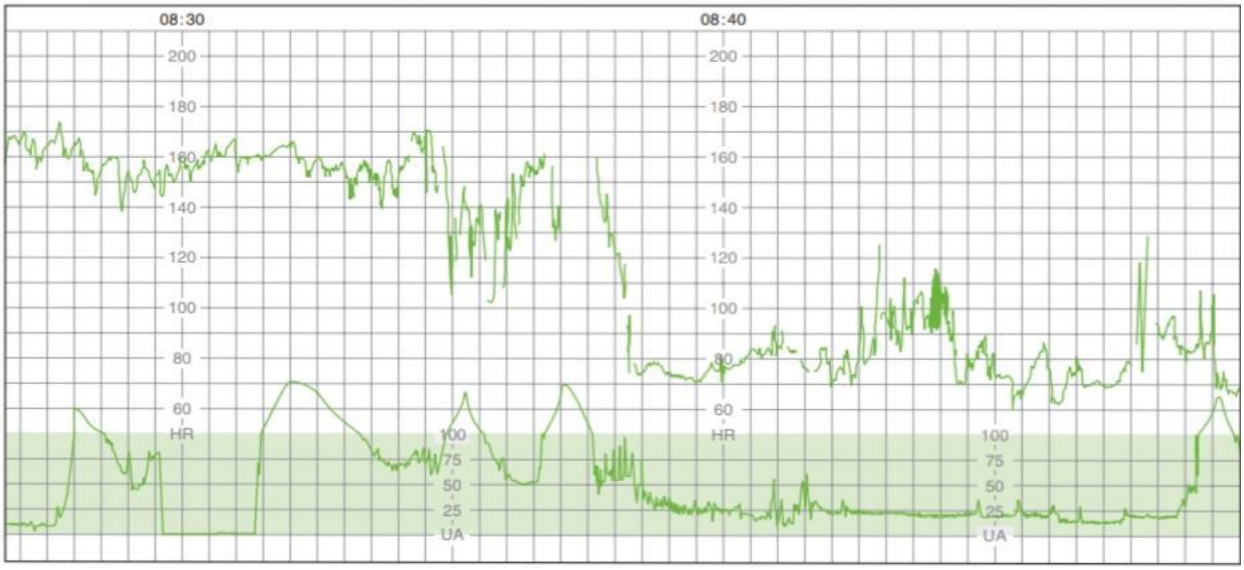
تم قبول امرأة تبلغ من العمر ٣١ عامًا تعاني من انقباضات في الأسبوع ٤٠ من الحمل. هذا الحمل الرابع لها، بعد أن تم إنهاؤه مرتين منذ ما يقارب من ١٠ سنوات، أجرت عملية قيصرية للمجيء المقعدي منذ ٣ سنوات.
خلال هذا الحمل، خضعت لبزل السلى بسبب وجود خطر كبير بأن يكون الجنين من متلازمة داون وذلك في فحص ١١_١٤ أسبوعًا. ومع ذلك تم العثور على النمط النووي الطبيعي
كان تخطيط صدى القلب للجنين طبيعيًا. وبالنظر إلى ولادتها القيصرية السابقة كان يتم فحصها من قبل استشاري التوليد في العيادة قبل الولادة في الأسبوع ٢٨ لمناقشة طريقة الولادة.
وبعد الاستشارة، تم الاتفاق على خطة للولادة المهبلية.
تم إدخالها إلى المستشفى وهي مصابة بتمزق عفوي في الأغشية، وبعد ذلك بدأت الانقباضات بشكل غير منتظم ثم أصبحت الانقباضات أقوى وأكثر انتظامًا خلال الساعتين التاليتين.
بعد القبول طلبت حقنة فوق الجافية. تم إجراء الفحص المهبلي وقد وجد أن عنق الرحم متوسع بمقدار ٤ سم. كان الرأس في وضع مستعرض قذالي، ١ سم فوق مستوى العظم الإسكي. كان هناك كمية صغيرة من القولبة.
تم إجراء التخدير فوق الجافية وتم إدخال قسطرة بولية. وبعد ثلاث ساعات أبلغت المرأة عن ألم شديد مستمر حتى بين الانقباضات. إلى ذلك الوقت، شوهد ما يقرب من ٢٠٠ مل من الدم يخرج من المهبل.

الفحص

معدل ضربات القلب ١٠٥دقيقة وضغط الدم٥٨/١٠٥ ملم زئبق. تشعر المرأة أنها بصحة جيدة. البطن لينة والرحم أيضًا لين ولكنه طري جدًا، مع سهولة جس بعض من أجزاء الجنين. عند الفحص المهبلي، كان عنق الرحم متسعاً بمقدار ٦ سم، وكان رأس الجنين مرتفعاً في الحوض ويطبق بشكل سيء على عنق الرحم. تحتوي القسطرة على بول ملطخ بالدم.

الاستقصاءات

تم وصف جهاز تخطيط القلب (CTG)أدناه كما هو موضح في الشكل 78.1.
تقرير CTG:
معدل ضربات قلب الجنين في البداية ١٥٠/دقيقة مع تغير ٢٠/دقيقة
انخفاض مفاجئ لفترة طويلة في معدل ضربات قلب الجنين إلى ٨٠ /دقيقة
لا تسارع
فقدان نشاط الرحم في وقت بطء قلب الجنين



الشكل 78.1جهاز تخطيط القلب

الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة؟
- ما هي المضاعفات الإضافية المحتملة لدى هذه المريضة؟

الإجابة ٧٨

يظهر *CTG* أن الانقباضات قد توقفت. يمكن أن يكون هذا بسبب أن محول الضغط فقد الاتصال بالمريض، ولكن في هذه الحالة مزيج من العوامل الأخرى وحقيقة أن الرحم لين عند الجس يشير إلى أن الانقباضات قد توقفت فجأة.

التشخيص هو تمزق الرحم. الألم المستمر، النزيف المهبلي، الخسارة المفاجئة للانقباضات والتغير في *CTG* وسهولة ملامسة أجزاء الجنين والبيلة الدموية كلها أمور كلاسيكية. يُعتقد أن تمزق الرحم يحدث في ١/٢٠٠ حالة ولادة بعد الولادة القيصرية ويكون أكثر شيوعًا عندما يتم تحفيز المخاض باستخدام البروستاغلاندين أو زيادته مع حقن الأوكسيتوسين، ولكن قد يحدث حتى في حالة المخاض "الطبيعي" مثل هذا. قد يحدث تمزق الرحم في حالات نادرة جدًا عند النساء اللاتي لم يسبق لهن إجراء عملية قيصرية، إما بسبب عملية جراحية سابقة مثل استئصال الورم العضلي، أو مع الصدمة، أو بشكل عفوي. عامل الخطر الرئيسي لتمزق الرحم هو الولادة القيصرية السابقة.
يجب البدء فورًا في إجراءات الإنعاش العامة:

- فتح وريد
- تعداد الدم الكامل، اختبار التخثر
- طلب ٦ وحدات دم
- السوائل الوريدية

ينبغي استدعاء فريق الطوارئ وطبيب التوليد وطبيب الأطفال ونقل المرأة إلى غرفة العمليات على الفور من أجل إجراء عملية فتح البطن، والتي قد تحتاج إلى الخضوع للتخدير العام حيث من غير المرجح أن يكون التخدير فوق الجافية كافياً لإجراء عملية فتح البطن في غضون دقائق قليلة.
في عملية فتح البطن، ينبغي إخراج الجنين من البطن وإزالة المشيمة. قد يكون من الممكن إصلاح الخلل في الرحم. ومع ذلك، إذا كان النزيف حاداً قد يلزم استخدام تدابير أخرى مثل خياطة بي لينش لتخثر الدم أو حتى استئصال الرحم.
إذا تم الحفاظ على الرحم، فيجب مراقبة أي حمل في المستقبل عن كثب مع الولادة بعملية قيصرية عند الأسبوع ٣٧ من الحمل.

مضاعفات تمزق الرحم:

- **الجنين:**
- **الموت**
- **الشلل الدماغي نتيجة إصابة الدماغ بنقص الأكسجة**
- **الأم:**
- **نزيف ما بعد الولادة**
- **استئصال الرحم**
- **اعتلال التخثر**

النقاط المفتاحية

- يمكن أن يتراوح تفكك ندبة العملية القيصرية السابقة بين تفكك واضح إلى تفكك دقيق غير مهم.
- التغير في نمط CTG، آلام البطن المستمرة، توقف الانقباضات، عدم انتظام دقات القلب لدى الأم أو بيلة دموية يجب أن تنبه الطبيب إلى احتمالية التمزق.

الحالة ٧٩: المخا ض

القصة

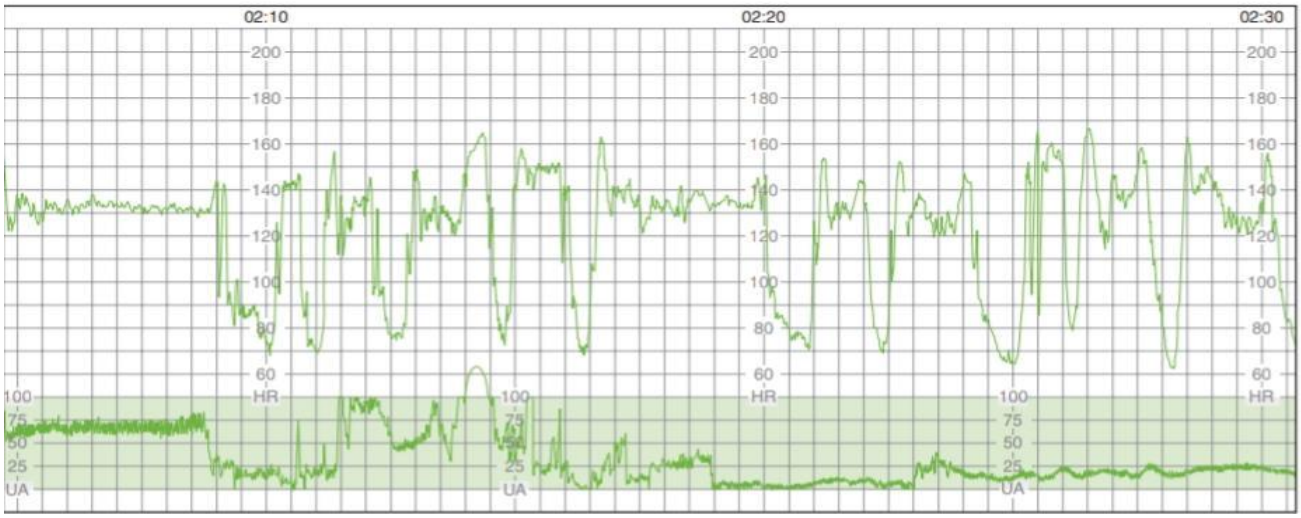
تشعر إحدى القابلات بالقلق بشأن جهاز تخطيط القلب (*CTG*) في جناح المخاض. سيدة عمرها ٤٢ سنة أجرت عملية قيصرية اختيارية منذ ٣ سنوات لتوأم بعد الاستشارة، قررت اختيار الولادة المهبلية في هذا الحمل. عمره الآن ٣٨ أسبوعاً ويوماً واحداً، تم دخولها إلى جناح الولادة قبل ساعة. حيث وُجد أنها تعاني من انقباضات، ثلاث منها في ١٠ دقائق، وتدوم كل منها ٥٠ ثانية. ولم يتم الإبلاغ عن تمزق الأغشية.

وقت الوصول، كشف الفحص عن ارتفاع قاع الارتفاق بمقدار ٣٩ سم، ومجيء رأسي و٥/٣مجسوس من البطن. أظهر الفحص المهبلي وجود أغشية سليمة مع ارتفاع الرأس بمقدار ١ سم فوق مستوى العظم الإسكي، مع الوضعية القذالية الأمامية وعنق الرحم المتوسع بمقدار ٥ سم.

بدأت في المراقبة المستمرة لـ *CTG* (بسبب العملية القيصرية السابقة)، والتي أظهرت معدل أساسي أولي قدره ١٣٥/دقيقة، وتقولبًا جيدًا، وتسارعًا دون تباطؤ.

منذ عشرين دقيقة حدث تمزق عفوي للأغشية مع تسرب سائل واضح.

الاستقصاءات
يظهر مخطط CTG في الشكل ٧٩,١.



الشكل ٧٩,١ تخطيط القلب

الأسئلة

- صف وصنف CTG؟
- ما هي الأسباب المحتملة لنمط CTG هذا؟
- ماذا يجب أن يكون التدبير اللاحق؟

الإجابة ٧٩

يظهر CTG معدل خط الأساس ١٣٠/دقيقة مع قابلية تغير بمعدل ١٥/دقيقة. هناك تباطؤات متغيرة تصل إلى حوالي ٧٠/دقيقة وتستمر لمدة ٣٠_٩٠ ثانية. على الرغم من عدم وجود تسارع طبيعي هناك "تحمل" قبل وبعد التباطؤ، وهي علامة على زيادة معدل ضربات قلب الجنين استجابة لزيادة تدفق الدم بعد التباطؤ.

إن CTG هذا غير مرضي لأن مقياس التوكوميتر لا يسجل الانقباضات.

تعريف التباطؤ المتغير
التباطؤات التي تختلف في الشكل والحجم والتوقيت

يؤدي وجود تباطؤات متغيرة مع عدم وجود ميزات أخرى مشبوهة إلى تصنيف CTG على أنه غير مطمئن.

التدبير

في هذه الحالة، يشير التاريخ الحديث لتمزق الأغشية التلقائي إلى تقييم مهبلي فوري لاستبعاد تدلي الحبل السري كسبب لـ CTG غير الطبيعي فجأة. قد يكون هذا عرضًا كلاسيكيًا لتدلي الحبل السري، على الرغم من أن الحالة نفسها نادرة جدًا.

تحدث التباطؤات المتغيرة الأكثر شيوعًا بسبب انضغاط الحبل (بواسطة جدار الرحم أو على سبيل المثال من يد الجنين)

إذًا، كما هو الحال عادة، إذا كان الحبل غير واضح ولم يكن من السهل ولادة الطفل عن طريق الولادة المهبلية فعندئذ يلزم إجراء مزيد من التقييم لسلامة الجنين لأن خلل CTG قد استمر بالفعل لمدة ٢٠ دقيقة. وينبغي أن يكون ذلك عن طريق أخذ عينات من دم الجنين (FBS).

في هذه الحالة أعطت FBS النتيجة التالية:
الرقم الهيدروجيني: ٧,٢٣
فائض القاعدة: -٤,٠ مليمول/لتر

درجة الحموضة بين ٧,٢٠و ٧,٢٥ فمن المعقول تدبير المرأة بمراقبة وتكرار FBS في ٣٠ دقيقة. وتم ذلك وكانت النتيجة الثانية:
الرقم الهيدروجيني: ٧,٢٢
فائض القاعدة: -٥,١ مليمول/لتر

في هذه المرحلة، كان عنق الرحم متوسع بالكامل والمرأة تدفع بشكل لا إرادي، وتم ولادة الطفل تلقائيًا بعد وقت قصير من أخذ العينة.

في هذه الحالة، كان الرقم الهيدروجيني لدم الجنين مطمئنًا نسبيًا على الرغم من المظهر الغير طبيعي لـ CTG.
من الممكن تجنب الولادة القيصرية في مثل هذه الحالات مع الاستخدام المناسب لـ FBS.
يجب أن نتذكر أن FBS مضاد استطباب في حالات معينة مثل فيروس نقص المناعة لدى الأمهات أو التهاب الكبد أو اضطرابات النزيف المحتملة لدى الجنين.

النقاط المفتاحية

- يتم تصنيف CTGs وفقًا للمبادئ التوجيهية الوطنية (كما هو موضح في الجدولين ٧٩,١ و٧٩,٢).
- يمكن لـ FBS في كثير من الأحيان تأكيد سلامة الجنين على الرغم من عدم الاطمئنان أو عدم انتظام ضربات القلب على CTG وبالتالي تجنب الولادة القيصرية الغير ضرورية.

الجدول ٧٩,١ **تصنيف آثار معدل ضربات قلب الجنين وفقًا للإرشادات الوطنية الخاصة بالمراقبة الالكترونية للجنين**

الفئة	التعريف
طبيعي	تندرج جميع الميزات الأربعة ل CTG ضمن فئة سليمة
مشبوه	تندرج إحدى الميزات لجهازCTG ضمن الغير سليمة وباقي الميزات سليمة
مرضي	تندرج الميزات لجهاز CTG إلى فئتين أو أكثر غير سليمة

منسوخة بإذن من الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد.

مراقبة الجنين: استخدام وتفسير تخطيط القلب في مراقبة الجنين أثناء الولادة. المبدأ التوجيهي السريري المبني على الأدلة رقم ٨.

لندن: الكلية الملكية

لأطباء التوليد وأمراض النساء، ٢٠٠١

الجدول ٧٩,٢ **تصنيف معدل ضربات قلب الجنين وفقًا للإرشادات الوطنية الخاصة بمراقبة الجنين الإلكترونية**

الميزة	**أولي (نبضة/دقيقة)**	**التفاوت (نبضة/دقيقة)**	**التباطؤ**	**التسارع**
طبيعي	١١٠_١٦٠	أكثر او يساوي ٥	---	موجود
غير مطمئن	١٠٠_١٠٩ ١٦١_١٨٠	<٥ من >٤٠ إلى <٩٠ دقيقة	التباطؤ المبكر تباطؤ متغير تباطؤ واحد لفترة طويلة تصل إلى ٣ دقائق	إن غياب التسارع مع CTG طبيعي ليس له أهمية مؤكدة .
غير طبيعي	أقل من ١٠٠ و أكثر من ١٨٠ النمط الجيبي أكبر أو يساوي ١٠ دقائق		تباطؤ متغير غير نمطي تباطؤات واسعة تباطؤ واحد مطول أكثر من ٣دقائق	

منسوخة بإذن من الكلية الملكية لأطباء النساء والتوليد.

مراقبة الجنين: استخدام وتفسير تخطيط القلب في مراقبة الجنين أثناء الولادة. المبدأ التوجيهي السريري المبني على الأدلة رقم ٨.

لندن: الكلية الملكية لأطباء التوليد وأمراض النساء، ٢٠٠

الحالة ٨٠: المخاض

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٢ عامًا في حملها الثاني وصلت إلى جناح الولادة في الأسبوع ٣٨ و٣ أيام. كانت لديها ولادة طبيعية قبل ١٨ شهرًا. هذا الحمل كان معقدًا بسبب الغثيان المستمر حتى الأسبوع ٢٠، ومؤخراً بسبب فقر الدم. تزعم أنها بدأت تعاني من تقلصات منذ حوالي ٤ ساعات. تناولت الباراسيتامول في المنزل وحاولت تخفيف الألم بحمام، لكنها تشعر الآن أنها لا تستطيع تحمل الألم.

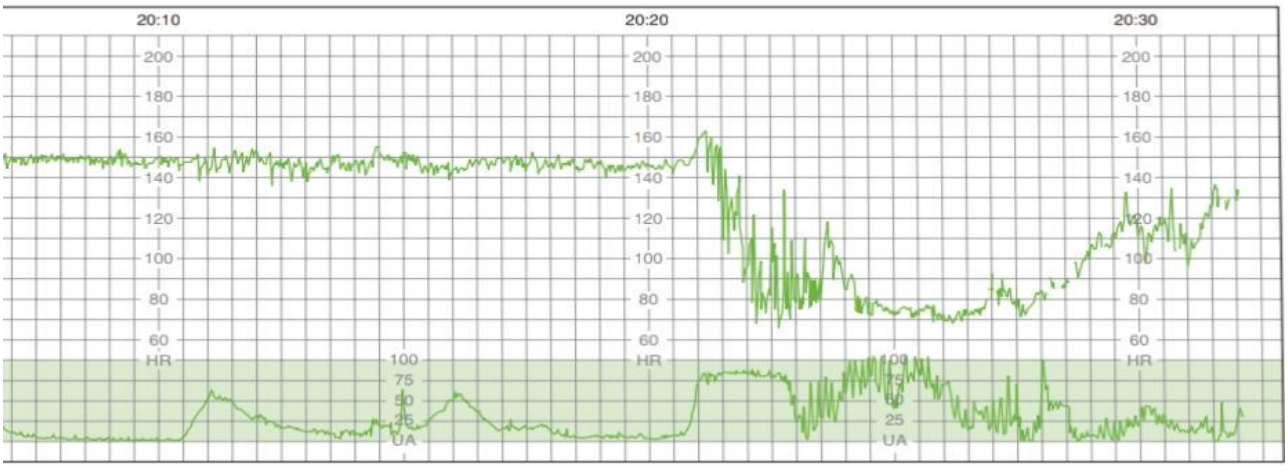
كان لديها عرض منذ يومين ولكن لم يحدث أي نزيف منذ ذلك الحين ولم تلاحظ أي تسرب مهبلي. وشعرت أن الطفل يتحرك بشكل طبيعي طوال اليوم.

الفحص

ضغط الدم ١١٠/٥٨ملم زئبقي ومعدل ضربات القلب ٩٨/دقيقة. المجيء رأسي مع ٢/٥مجسوس من البطن. انقباضات الرحم مجسوسة أيضاً والرحم غير متهيج. عند الفحص المهبلي كان عنق الرحم متسعاً بمقدار ٥ سم وكان الرأس أعلى بمقدار ١سم من العظم الإسكي. الجنين في وضعية الرأس الأيمن المستعرض مع انتفاخ طفيف في الرأس وتورم. الأغشية سليمة ولكنها تتمزق تلقائيًا أثناء الفحص مع تدفق السائل الأمنيوسي الصافي.

طلبت السيدة حقنة إبيدورال لتخفيف آلام المخاض، لذلك بدأنا في المراقبة المستمرة لتخطيط القلب الجنيني بعد مرور 20دقيقة، تم استدعائك لمراجعة الحالة.

الاستقصاءات
يظهر CTGأثناء دخولك في الشكل 80.1



الشكل *80.1* تخطيط القلب الجنيني

الأسئلة

- صف CTG.
- ما هي الأسباب المحتملة لهذا CTG؟
- ما هو التدبير المناسب في هذه الحالة؟

الإجابة ٨٠

تفسير CTG

تظهر أول ١٥ دقيقة من *CTG* خط أساس يبلغ ١٤٥ نبضة /الدقيقة مع تغير طبيعي (١٢نبضة/الدقيقة) لا يوجد تسارع أو تباطؤ مرئي .بعد ذلك، هناك انخفاض في معدل ضربات القلب الجنيني إلى ٧٠نبضة/الدقيقة لمدة ٧ دقائق قبل أن يتم استردادها تدريجياً إلى ١٢٥ نبضة/الدقيقة .
الانقباضات ٢ من ١٠حتى يصبح مخطط الرحم غير مقروء.
هذه حالة حمل منخفضة الخطورة سابقاً، ويظهر *CTG*بطء قلب الجنين (انخفاض معدل ضربات القلب الأساسي إلى أقل من *100*نبضة/الدقيقة).
في العديد من الحالات لا يتم تحديد سبب.

أسباب بطء قلب الجنين

- انفصال المشيمة
- تمزق الرحم
- انخفاض ضغط الدم الأمومي (على سبيل المثال بعد حقنة الإبيدورال)
- نزيف الأوعية التي تغذي المشيمة

التدبير

إذا استمر بطء القلب لأكثر من ٥ دقائق، فيجب التخطيط للولادة الفورية عن طريق عملية قيصرية "طارئة" تحت التخدير العام.
يجب استدعاء فريق غرفة العمليات في جناح الولادة (بما في ذلك طبيب التخدير، وطبيب النساء والتوليد، وطبيب الأطفال، والقابلة المشرفة، وموظفي غرفة العمليات) ونقل المريضة إلى غرفة العمليات. في بعض الأحيان، يتعافى بطء القلب مع بدء التحضير للعملية القيصرية، وفي هذه الحالة قد يُعاد النظر في الخطة .خلاف ذلك، يجب تسليم الطفل على الفور.
في هذه الحالة، استمر بطء القلب الجنيني دون تحسن، وتم إجراء عملية قيصرية طارئة لتسليم الطفل في غضون ١٢ دقيقة من اتخاذ القرار. لم يتم العثور على سبب لبطء القلب الجنيني بعد إجراء العملية القيصرية.

الاستقصاءات

كان تحليل دم الحبل السري الشرياني عند الولادة:

	الشريان	الوريد
PH	٧,٠٦	٧,٢٣
PSO2	٨,٢٠ ملم زئبقي	٦,٣٠ ملم زئبقي
فائض القاعدة	٦,٤– ملمول/ل	٥,٢– ملمول/ل

بدأ الطفل في البداية ببذل جهد تنفسي ضعيف وكان معدل ضربات قلبه أقل من ١٠٠نبضة/الدقيقة، ولكنه تعافى بسرعة مع التجفيف والتدفئة. كان مقياس أبغار للطفل ٥ عند الدقيقة الأولى و٩ عند الدقيقة الخامسة.

النقاط المفتاحية

- استمرار بطء قلب الجنين لأكثر من ٥ دقائق يتطلب الولادة الفورية.
- لا يوجد مكان لعينة دم الجنين في علاج بطء قلب الجنين.
- لا يتم دائمًا العثور على سبب لظهور CTG غير الطبيعي.

الحالة 81: الألم والحمى أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٦ عاماً تراجع الطبيب العام بناءً على إحالته. وهي حامل في الأسبوع ٣٦ وهذا الحمل الرابع لها، وقد سبق لها الإجهاض مرة واحدة، وولادات مهبلية مرتين.

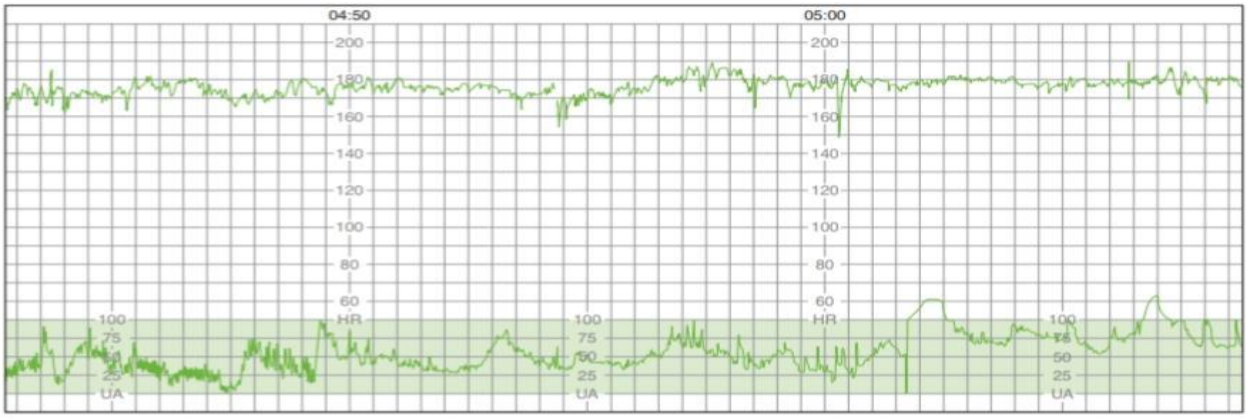
في هذا الحمل، قامت مرتين بزيارة وحدة التقييم اليومي، المرة الأولى في الأسبوع ٣١ بسبب نوبة نزيف مهبلي ولم تتم معرفة السبب. والمرة الثانية في الأسبوع ٣٥حيث أنها استيقظت على أغطية سرير مبللة. لم يتم الكشف عن أي سائل أمنيوسي عند الفحص بالمنظار في ذلك الوقت وتم تخريجها. في الأيام القليلة الماضية، كانت تشعر بتوعك عام مع ارتفاع في درجة الحرارة وانخفاض الشهية والصداع بالإضافة إلى عدم الراحة في البطن. مما أبلغت عن حركة جنين أقل من المعتاد في الأيام القليلة الماضية بحوالي ٨_ ١٠ حركات في اليوم.

لم تلاحظ المريضة أي نزيف مهبلي، ولكن إفرازات المهبل لديها أكثر من المعتاد، ولها رائحة كريهة.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	10.9 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	80 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	17.3 × 10^9/L	6–16 × 10^9/L
Platelets	327 × 10^9/L	150–400 × 10^9/L
C-reactive protein	68 mg/L	<5 mg/L

The cardiotocograph (CTG) is shown in Fig. 81.1.



الشكل 81.1 تخطيط القلب الجنيني

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف ينبغي تدبير هذه المريضة؟

الإجابة ٨١

التشخيص هو التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي الثانوي لتمزق الأغشية الباكر.
على الرغم من عدم التأكد من تمزق الأغشية العفوي في الزيارة السابقة عند الأسبوع ٣٥ من الحمل، فمن المرجح أنه حدث بالفعل في ذلك الوقت. وبالتالي، استعمرت الكائنات الحية الصاعدة الرحم ونتج عن ذلك إنتان.
ونتج عن ذلك رد فعل جهازي للأم مسبباً أعراضها: تسارع القلب، وألم، وزيادة عدد خلايا الدم البيضاء، وزيادة مستوى البروتين التفاعلي *C*.
تأثر الجنين أيضاً كما هو موضح في تسارع ضربات قلب الجنين.

يعد التهاب المشيمة والسائل الأمنيوسي سبب مهم لكل من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ويجب أن يعامل كحالة طبية طارئة.
يجب بدء العلاج على الفور ويجب الحصول على عينات ميكروبية أولية من مسحة المهبل العالية وزرع دم الأم.

يجب البدء بمضاد حيوي واسع الطيف عن طريق الوريد لتغطية كل من العضيات الهوائية واللاهوائية. وينبغي البدء بالسوائل الوريدية لمكافحة آثار توسع الأوعية والحمى، لأن المرأة غير قادرة على الشرب بشكل كافٍ. يجب إعطاء الباراسيتامول بانتظام لعلاج الحمى وعدم الراحة في البطن.

يحتاج الطفل إلى الولادة عن طريق تحفيز المخاض. حيث تعاني النساء المصابات بالتهاب المشيمة والسلى غالباً من المخاض السريع. وتعتبر المخاطر المرتبطة بإجراء عملية قيصرية في وجود عدوى كبيرة من حيث النزيف ووهن الرحم واعتلال التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية. ومع ذلك، يجب استخدام *CTG* المستمر وإجراء عملية قيصرية فورية إذا حدث تدهور للحالة.

الستيروئيدات غير موصى بها لهذه المرأة (لمنع متلازمة الضائقة التنفسية المحتملة) لأنها قد تزيد من شدة العدوى.
بعد الولادة، سيحتاج الطفل إلى مراجعة طبيب الأطفال وإجراء فحص لتحري العدوى وتلقي شوط من المضادات الحيوية عن طريق الوريد.

النقاط المفتاحية

- يعد التهاب المشيمة والسلى سبب مهم لأمراض الجنين والأم، ويجب علاجه بشكل نشط بالمضادات الحيوية وتحريض المخاض.
- يُعالج تسارع القلب الجنيني غير المصحوب بمضاعفات بالسوائل والباراسيتامول للأم، مع المضادات الحيوية عند الاشتباه في حدوث عدوى.
- يجب تسريع الولادة إذا ظهرت أي علامات أخرى مشبوهة على مخطط القلب الجنيني.

الحالة ٨٢: الصداع أثناء الحمل

القصة

سيدة تبلغ من العمر ٣٢عامًا في الأسبوع ٣٤ من الحمل تشعر بتوعك عام منذ ٢٤ ساعة. لديها صداع وقد لاحظت أعراضاً بصرية غريبة مثل "تذبذب "الأشياء. شعرت في البداية بأنها مصابة بعدوى فيروسية ولكن الأعراض تزداد سوءاً واعتقدت أنها يجب أن تحصل على "فحص طبي."

تعاني المريضة من انزعاج شرسوفي وغثيان. وكانت تعاني من تورم الأطراف السفلية لبضعة أسابيع، ولكن الآن أصبح يديها ووجهها منتفخاً. حركة الجنين كانت طبيعية ولا يوجد ألم بطني سفلي ولا نزيف أو إفرازات غير طبيعية.

سجلت في الحمل في الأسبوع العاشر بضغط دم ١٠٧/٦٠ ملم زئبق .كانت فحوصات الدم التي أجريت عند التسجيل والموجات فوق الصوتية في الأسبوعين ١٢ و٢٠ طبيعية.

الفحص

ضغط الدم ١٤٠/٨٥ ملم زئبق ومعدل النبض ٩٨ نبضة/الدقيقة. تعاني من وذمة متوسطة في الركبتين، كما يبدو عليها وذمة في الأصابع والوجه. قعر العين طبيعياً.
بجس البطن كان هناك مضضاً خفيفاً بالربع العلوي الأيمن والشرسوف. الرحم غير مؤلم وقياس ارتفاع الارتفاق القاعي٣٣ سم. الجنين رأسي وحر، يشعر بأجزاء من الجنين بسهولة بالجس. المنعكسات الرضفية طبيعية.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	9.3 g/dL	11–14 g/dL
Packed cell volume	42%	31–38%
Mean cell volume	81 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	6.0×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	97×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L
Sodium	139 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	4.2 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	4 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	83 µmol/L	34–82 µmol/L
Alanine transaminase	172 IU/L	6–32 IU/L
Alkaline phosphatase	238 IU/L	30–300 IU/L
Gamma glutamyl transaminase	26 IU/L	5–43 IU/L
Bilirubin	37 µmol/L	3–14 µmol/L
Albumin	26 g/dL	28–37 g/L
Urate	0.38 mmol/L	0.14–0.38 mmol/L
Urinalysis: + protein		

الأسئلة

- ما هو التشخيص الاكثر احتمالا؟
- كيف ستتابع استقصاء وتدبير هذه المريضة؟

الإجابة ٨٢

التشخيص هو متلازمة *HELLP* (انحلال الدم وارتفاع إنزيمات الكبد وانخفاض الصفائح الدموية).

تعد متلازمة *HELLP* جزءًا من طيف مقدمات الارتعاج، وهي حالة خطيرة. يوجد ارتفاع نسبي في وفيات الأمهات (١٪) ووفيات الأطفال حديثي الولادة (تصل إلى ٦٠ %). وتشمل المضاعفات الأمومية انفصال المشيمة، والفشل الكلوي، وفشل الكبد، واعتلال التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية (*DIC*). وتشمل المضاعفات الجنينية الخداجة، وانفصال المشيمة وقصورها.

يتم التشخيص بناءً على نتائج اختبار الدم التي تظهر الميزات ذات الصلة بـ *HELLP*. في هذه الحالة، هناك أيضًا ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل والبيلة البروتينية. ومع ذلك، لا يلزم وجود هذه الميزات السريرية لتشخيص متلازمة *HELLP*.

قد يظهر *HELLP* قبل الولادة أو في الأيام القليلة الأولى بعد الولادة.

أعراض الألم الشرسوفي أو ألم الربع العلوي الأيمن يجب أن تثير الشك دائمًا لدى المرأة الحامل لأنها علامة على تمدد محفظة الكبد وقد تسبق تمزق الكبد.

الاستقصاء والتدبير

المرأة بحاجة إلى ولادة عاجلة. يمكن أن تكون الولادة مهبلية، مع مراقبة منتظمة لنتائج اختبارات الدم والبيلة البروتينية كل ٦ ساعات. يجب تسجيل ضغط الدم كل ساعة.

يساعد فحص تخثر الدم في تحديد أي خطر شديد للنزيف عند الولادة. إذا كان عنق الرحم غير مناسب والمرأة بكراً، يمكن التفكير في إجراء عملية قيصرية، ولكن يجب أن يؤخذ في الاعتبار زيادة خطر النزيف المصاحب.

يجب فحص صحة الجنين باستخدام مخطط القلب الجنيني *(CTG)*وربما الموجات فوق الصوتية لقياس النمو، وحجم السائل الأمنيوسي، ودوبلر الشريان السري. قد يشير قابلية الشعور بالأجزاء الجنينية بسهولة إلى وجود شح بالسائل الأمنيوسي الناتجة عن قصور المشيمة الرحمي.

يجب إعطاء الستيروئيدات لتقليل خطر الإصابة بمتلازمة الضائقة التنفسية، على الرغم من أنه قد لا يكون هناك وقت كافٍ قبل الولادة حتى تكون فعالة.

بعد الولادة، يجب مراقبة المرأة في المستشفى لمدة تصل إلى ٥أيام حيث قد تتدهور الحالة قبل الشفاء. بمجرد حدوث الشفاء، وعادةً ما يكون مكتملًا، ولكن هناك خطر متزايد للإصابة بمقدمة الارتعاج (وربما متلازمة *HELLP*) في حالات الحمل اللاحقة.

النقاط المفتاحية

- متلازمة هيلب هي حالة خطيرة للغاية وتتطلب الولادة العاجلة.

الحالة ٨٣: الحمل المديد

القصة
امرأة حامل تبلغ من العمر ٢٣عامًا تُراجع القابلة في عيادة ما قبل الولادة عند الأسبوع ٤١ من الحمل. خضعت لفحص بالموجات فوق الصوتية في الأسبوع ١٢ والذي كان متوافقًا مع مواعيد الدورة الشهرية. في الأسبوع ٢٨، أصيبت بألم في الحوض وتم تشخيصها بمتلازمة عسر وظيفة الحوض العجزي (*SPD*). لقد تلقت علاجاً طبيعياً منتظماً وتحتاج إلى استخدام عصا للمشي في معظم الأيام. كانت بصحة جيدة أثناء الحمل وكانت جميع اختبارات الدم ضمن المعدل الطبيعي. تفيد بوجود حركات جنينية طبيعية. ولا يوجد أي فقدان مهبلي مبلّغ عنه.

الفحص
ضغط الدم لديها ٧٢/١٢٦ ملم زئبق. ارتفاع الارتفاق القاعي ٤٠ سم، والمجيء رأسي، ويمكن جسه بنسبة ٢/٥.ذاتياً يبدو حجم السائل طبيعياً.

لوحظ أن المريضة تبدو غير سعيدة، وعند سؤالها قالت إنها تشعر بعدم الراحة الشديد نتيجة لحالة الـ *SPD*.

الاستقصاءات
تحليل البول: سلبي

الأسئلة
- اشرح التدبير المناسب لهذه المرأة من الآن.

الإجابة ٨٣

إن تاريخ الولادة المتوقع هو مجرد دليل إرشادي، ومن المتوقع أن تلد النساء بين ٣ أسابيع قبل هذا التاريخ وأسبوعين بعده. ٢٥٪ من النساء لن يلدن بحلول الأسبوع ٤١(١٨٪ بحلول الأسبوع ٤٢). بما أن هذه المرأة تبلغ من العمر ٤١ أسبوعًا، فيجب وضع خطط لتحريض المخاض إذا لم يحدث المخاض العفوي في الأيام القليلة القادمة.

مسح عنق الرحم

يتضمن مسح عنق الرحم فحصاً مهبلياً لتقييم عنق الرحم، وإدخال الإصبع من خلال فتحة عنق الرحم إن أمكن، ثم مسحه حول الجزء الداخلي من الرحم السفلي، في محاولة لفصل الأغشية عن عنق الرحم. يقلل هذا المسح من معدل الحمل الطويل (>٤٢أسبوعًا)

تحريض المخاض

يجب التخطيط للقبول لتحريض المخاض بين ٤١و ٤٢ أسبوعاً، بافتراض عدم حدوث المخاض العفوي. يتم استخدام هذه المدة بسبب زيادة حالات ولادة أجنة ميتة مع زيادة عمر الحمل فوق ٣٧ أسبوعاً. هناك زيادة مماثلة في وفيات الأطفال حديثي الولادة. على الرغم من أن المرأة تشعر ببعض الانزعاج، إلا أنه يجب تجنب تحريض المخاض المبكر قدر الإمكان، حيث تزداد احتمالية نجاح تحريض المخاض مع تقدم الحمل.

معدل ولادة جنين ميت حسب فترة الحمل

- ١ لكل ٣٠٠٠ ولادة في الأسبوع ٣٧
- ٢ لكل ٣٠٠٠ ولادة في الأسبوع ٤٢
- ٣ لكل ٣٠٠٠ ولادة في الأسبوع ٤٣

طريقة تحريض المخاض

يجب استخدام البروستاغلاندين لتحريض الولادة عن طريق إدخال جل البروستاغلاندين (أوتحميلة) في الحفرة الخلفية للمهبل . يجب مراقبة الجنين باستخدام مخطط القلب الجنيني لمدة ٢٠ دقيقة قبل وبعد ذلك لأن البروستاغلاندين قد يسبب فرط تحفيز الرحم وتضييق على الجنين.

إذا لم تبدأ الانقباضات العفوية أو لم تتمزق الأغشية بعد ٦ ساعات، فيجب تكرار البروستاغلاندين. إذا بدأت الانقباضات (بغض النظر عما إذا كانت الأغشية سليمة) فيجب تكرار الفحص المهبلي كل ٤ ساعات.

إذا حدث تمزق في الأغشية الجنينية ولم تبدأ التقلصات بعد ٢_٤ ساعات، فيجب عادةً البدء في تسريب الأوكسيتوسين. ويكون التدبير اللاحق كما هو الحال في المخاض الطبيعي.

التدبير المتوقع بعد الاسبوع ٤٢

إذا رفضت المرأة تحفيز المخاض في الأسبوع ٤٢ من الحمل، فيجب تقييم حالة الجنين الصحية بالموجات فوق الصوتية للتأكد من نموه الطبيعي وكمية السائل الأمنيوسي. كما يجب مراقبة حركات الجنين، مع إعادة النظر في التحريض بانتظام.

النقاط المفتاحية

يزداد معدل وفيات ومراضة الأطفال حديثي الولادة مع تقدم عمر الحمل، لذلك ينصح بتحريض المخاض بين ٤١ و ٤٢ أسبوعًا من الحمل.
البروستاغلاندين هي الأدوية الرئيسية المستخدمة في التحريض، وقد يكون من الضروري تناولها بشكل متكرر.

الحالة ٨٤: الألم أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٢٨ عامًا لم تلد من قبل، تم إدخالها إلى جناح الولادة في الأسبوع ٣١ واليوم السادس من الحمل، تعاني من ألم بطني.

خلال هذا الحمل، كانت تعاني من ألم مزمن في أسفل الظهر، وقد تم علاجها من قبل أخصائي العلاج الطبيعي. كما تم علاجها مرتين من التهابات المسالك البولية المؤكدة. أجرت عملية استئصال حلقي كبير لمنطقة التحول *(LLETZ)*مرتين قبل عدة سنوات. منذ ذلك الحين كانت مسحاتها طبيعية، حيث كانت الأخيرة قبل *10*أشهر.

بالأمس، لاحظت زيادة في إفرازات المهبل مع بعض النزيف الداكن وعدم الراحة في البطن. اعتقدت أن الأعراض قد تكون مرتبطة بشيء تناولته لكنها تشعر الآن بألم في البطن متقطع كل بضع دقائق، دون اي ألم بين النوبات. حركة الجنين طبيعية.

لا يوجد تاريخ سابق لتسرب السائل الأمنيوسي. وتعاني من تكرار التبول، على الرغم من أنه يزداد سوءًا مؤخرًا. كما وتعاني من الإمساك دائمًا.

الفحص

المرأة تعاني من ارتفاع ضغط الدم حث يبلغ ضغط الدم لديها ٦٠/١٠٩ ملم زئبقي، ومعدل ضربات القلب ٩٦ نبضة/الدقيقة.
يقيس ارتفاع الارتفاق القاعي ٣٠ سم، وتشعر بالتقلصات المعتدلة التي تستمر حوالي ٣٥ ثانية. الجنين في الوضعية المقعدية عند الجس، ويبدو أن الجزء المقدم من الجنين قد نزل إلى الحوض.
لا يوجد سائل أمنيوسي ظاهر عند الفحص بالمنظار. عند الفحص المهبلي، يكون عنق الرحم متوسعاً بمقدار ٣ سم، ويشعر الطبيب بمؤخرة الجنين على بعد ٢ سم فوق الشوكتين الإسكيتين والأغشية سليمة.

الاستقصاءات

تخطيط القلب الجنيني (CTG):

معدل الخط الأساسي 145 نبضة/الدقيقة، ومعدل التباين طبيعي (15 نبضة/الدقيقة).

التسارعات موجودة

لم يلاحظ اي تباطؤات

3 انقباضات رحمية في 10دقائق.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي العوامل التي تؤهب لذلك؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة؟

الإجابة ٨٤

المرأة تعاني من المخاض المبكر، ولديها انقباضات رحمية منتظمة ومؤلمة (كما يؤكد ذلك التاريخ والجس ونشاط الرحم الموضح في *CTG*) كما أن عنق الرحم قد بدأ في التوسع. في هذه الحالة، من المحتمل أن تكون العوامل المساهمة في المخاض المبكر هي الإجراءات السابقة لـ *LLETZ* والتهابات المسالك البولية، مما يثير احتمال حدوث المخاض المبكر بسبب عدوى المسالك البولية غير المعالجة ومع ذلك فإن العديد من النساء في المخاض المبكر لا يعانين من عوامل خطر واضحة.

عوامل الخطر للولادة المبكرة

الأم:

- تاريخ الولادة المبكرة
- صغر سن الأم
- تعاطي المخدرات والتدخين غير المشروع
- التهاب المشيمة والسلى
- التسمم الحملي
- استسقاء السلى
- الانتان
- جراحة عنق الرحم السابقة/عدم كفاءة عنق الرحم

الجنين:

- تأخر النمو داخل الرحم
- التشوهات الخلقية
- الحمل المتعدد

التدبير

- الوقاية من متلازمة الضائقة التنفسية (RDS):

• الكورتيكوستيروئيدات قبل الولادة (عادة بيتاميثازون عضلياً) تقلل من حدوث RDS عند الخدج، ومن الأفضل إعطاء جرعتين بفاصل ١٢ ساعة قبل الولادة.

• ينبغي البدء فوراً في حل المخاض (باستخدام الأتوسيبان أو ناهضات بيتا أو النيفيديبين) لمحاولة تأخير المخاض حتى تكون الستيروئيدات فعالة إلى الحد الأقصى (٢٤ ساعة)، ثم يتم إيقافها. المؤشر الآخر لحل المخاض هو تسوية الانقباضات لفترة كافية لنقل الأم إلى وحدة بها مرافق لرعاية طفل يبلغ من العمر ٣١ أسبوعًا. في حالات أخرى، لا يبدو أن حل المخاض يحسن نتائج الجنين، على الرغم من أنه قد يطيل وقت الولادة.

- طريقة الولادة: على الرغم من وجود أدلة على أن الأطفال المولودين في الوضع المقعدي يجب أن يولدوا عن طريق العملية القيصرية (بدلاً من المهبلية)، إلا أنه لا يوجد دليل واضح على أن هذا ينطبق على الأطفال الخدج ، وبما أن الولادة المبكرة تكون عموماً سريعة إلى حد ما ، فيجب النظر في الولادة المهبلية. ستكون موانع ذلك علامات على تعثر الجنين على *CTG*، أو اعتراض الأم.

- الرعاية بعد الولادة :يجب إبلاغ فريق طب الأطفال بأي امرأة تعاني من ولادة مبكرة أو مهددة، وذلك من أجل اتخاذ الترتيبات المناسبة لرعاية الوليد بعد الولادة.

النقاط المفتاحية

- الولادة المبكرة هي السبب الرئيسي لوفيات حديثي الولادة.
- إذا دخلت المرأة في المخاض المبكر، يجب مراعاة الوقاية من متلازمة الضائقة التنفسية للرضع وطريقة الولادة.

الحالة ٨٥: الولادة

القصة

تم استدعاؤك بشكل عاجل إلى غرفة الولادة لامرأة تبلغ من العمر ٢٦ عامًا لمساعدتها في ولادة الطفل. هذا الحمل الثاني للأم في الأسبوع ٤١، بعد أن أنجبت طفلة تزن٣,٩٧ كغ قبل عامين.

الفحوصات القفوية والتشوهات كانا طبيعيين، وكانت الرعاية السابقة للولادة غير ملحوظة. وكان الطفل يتحرك بشكل طبيعي قبل المخاض.

عندما وصلت إلى جناح الولادة، لوحظ أن ارتفاع قاع الحوض كان ٤١ سم.

أظهر التقييم الأولي أن عنق الرحم متوسعًا بمقدار ٣ سم، ونُصحت المريضة بمواصلة الحركة. حدث تمزق عفوي للأغشية وتم فحصها مرة أخرى بعد ٤ ساعات وكان عنق الرحم لا يزال ٣ سم. تم البدء بتسريب السينتوسينون لزيادة المخاض ووضع حقنة الإيبدورال، مع بدء مراقبة تخطيط القلب أيضًا. وبعد ٤ ساعات، أصبح عنق الرحم ٧ سم ثم ١٠سم بعد ٤ ساعات أخرى. تم تشجيع المرأة على بدء الدفع النشط وبعد ٣٥ دقيقة توضع الرأس في الوضع القذالي الأمامي المباشر.

لاحظت القابلة أن رأس الطفل لم يتمدد بشكل طبيعي على العجان وأن الذقن يبدو وكأنه مثبت على العجان. لقد حاولت تسليم الكتفين مع الانقباضات التالية ولكن هذا لم يتحقق.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف يمكنك تدبير هذه القصة؟

الإجابة ٨٥

هذه الحالة، حيث يفشل الكتفان وجذع الجنين في الولادة بعد الرأس، هي عسر ولادة الكتف. تشمل المضاعفات الوفاة المحيطة بالولادة، اعتلال الدماغ الناجم عن نقص الأكسجة، إصابة الضفيرة العضدية (مثل شلل إرب) بالإضافة إلى نزيف ما بعد الولادة والتمزق من الدرجة الثالثة أو الرابعة.

يحدث عسر ولادة الكتف في حالة واحدة من كل ٢٠٠ ولادة ويرتبط بعوامل خطر مختلفة (رغم أنه لا يمكن التنبؤ به في كثير من الحالات). في هذه الحالة، أنجبت المرأة طفلًا أكبر من المعتاد في ولادتها السابقة، وكان هذا الطفل كبيرًا بشكل مستمر عند الفحص، وبعد دخول موعدها وتقدم الولادة كان بطيئًا بعض الشيء.

! عوامل الخطر لعسر ولادة الكتف

- وزن الجنين المقدر ٤,٥ كجم
- طفل كبير سابق (٤ كجم)
- عسر ولادة الكتف السابق
- بطء التقدم في المرحلة الأولى و/أو الثانية من المخاض
- الولادة بعد التاريخ المتوقع

التدبير

هذا وضع ولادة طارئ، ويجب تفعيل جرس الطوارئ واستدعاء القابلة الرئيسية، والقابلات المتاحات الأخريات، والتخدير، وطبيب الأطفال، وكذلك أكبر أطباء التوليد المتاحين.

تتم ممارسة سلسلة من المناورات من قبل موظفي جناح الولادة خلال جلسات "المهارات والتدريبات" استعدادًا لمثل هذا الحدث. تم دمجها في برنامج *HELPERR* التذكيري، المأخوذ من برنامج دعم الحياة المتقدم في طب التوليد (*ALSO*®). البرنامج وحقوق الطبع والنشر مملوكة للأكاديمية الأمريكية لأطباء الأسرة (*http://www.aafp.org/also*).

١. طلب المساعدة.

٢. فكر في بضع الفرج: هذا لن يسمح للكتفين بالولادة ولكنه سيسمح بتهييج الطفل لتحقيق الولادة.

٣. رفع الأقدام: *(McRoberts)* يتضمن هذا الإجراء ثني الوركين للأم، مما يؤدي إلى وضع الفخذين على البطن. وهذا يحاكي وضعية القرفصاء، مع الميزة المتمثلة في زيادة قطر المدخل.

٤. الضغط فوق العانة: يتم تطبيق ضغط يدوي خارجي فوق العانة على الكتف الأمامي للجنين، بحيث ينضم الكتف أو ينهار للأمام والتشجيع على تمرير كتف الطفل أسفل العانة. يكون الضغط ثابتًا في البداية لمدة ٦٠ ثانية، ثم هزًا لفترة إضافية مدتها ٦٠ ثانية.

٥. يجب إدخال أصابع الجراح في الحوض: يجب إدخال الإصبع السبابة والوسطى بعد رأس الجنين وخلف الكتف الأمامي، ثم الضغط على ظهر تلك الكتف لمحاولة تدوير الطفل (مناورة روبن) يمكن أيضًا تجربة ذلك مع الكتف الخلفي من الجزء الأمامي للجنين، مع تدوير الكتف نحو العانة بنفس الاتجاه كما في مناورة روبن *II* (مناورة برغي الخشب).

٦. إزالة الذراع الخلفية :يجب على الطبيب إدخال يده عميقًا في المهبل وتحديد موقع الذراع الخلفية. بمجرد العثور على الذراع، يجب ثني الكوع بحيث يمكن تسليم الساعد في حركة انزلاقية فوق جدار الصدر الأمامي للجنين.

٧. الدحرجة على أطرافها الأربعة: إذا فشلت المناورات المذكورة أعلاه، يجب قلب المرأة على وضعية جميع الأطراف الأربعة، مما يزيد من اتساع الحوض الحقيقي بحوالي ١٠ ملم وقياس المقطع السهمي للمخرج الحوضي حتى ٢٠ ملم.

عادة ما تتم الولادة خلال المرحلة الخامسة. إذا فشلت، فإن الإجراءات الأخيرة هي استبدال توضع رأس الجنين في الحوض وإجراء عملية قيصرية طارئة أو إجراء بضع الارتفاق (إذا لم تكن الولادة القيصرية خيارًا) لضخامة أقطار الحوض.

النقاط المفتاحية

- عسر ولادة الكتف هو حالة طوارئ توليدية وتتطلب اتخاذ إجراءات فورية.
- يجب أن يتم تدريب جميع العاملين في مجال الصحة الذين يقومون بتوليد الأطفال على المناورات المناسبة بشكل جيد.

الحالة ٨٦: الصداع أثناء الحمل

القصة

فتاة تبلغ من العمر ١٧ عاماً حامل بحملها الأول تعاني من الصداع وانخفاض حركات الجنين تم قبولها في جناح الولادة. اكتشفت حملها بوقت متأخر جداً ولم تكن متأكدة من موعد آخر دورة طمثية لذلك تم تحديدها بواسطة الأمواج فوق الصوتية وكان في الأسبوع ٢٣ وفقاً لهذا الفحص هي الآن في الأسبوع ٣٧.
عندما راجعت عيادة ما قبل الولادة أول مرة كان ضغطها ٦٨/١٢٠ ملم.زئبق، وتحليل البول سلبي
وتم فحص ضغط الدم آخر مرة منذ أسبوع كان٧٤/١٣٢ ملم.زئبقي. وكان البول سلبياً أيضاً واختبارات الدم كانت طبيعة.
استيقظت في الصباح وهي تعاني من صداع جبهي مستمر رغم تناول الباراسيتامول وتقول أن رؤيتها غير واضحة قليلاً لكنها لا تستطيع أن تكون أكثر تحديدًا حول هذا الأمر. وبالإضافة لألم شرسوفي وغثيان دون إقياء تنفي وجود تورم في الساق أو الأصابع.

الفحص

ضغط الدم ١٠٦/١٦٤ ملم.زئبقي. ويتكرر مرتين بفاصل زمني ١٥ دقيقة وقد وجد أنه ١١٠/١٦٠ ملم.زئبقي و١١٢/١٦٤ ملم.زئبقي. لا يوجد حمى ومعدل ضربات قلبها ٨٣/دقيقة ووجهها منتفخ بشكل طفيف وتنظير قاع العين طبيعي والفحوص القلبية والتنفسية طبيعية بينما أبدى فحص البطن ألماً شرسوفياً وتحت الحافة الضلعية اليمنى لكن الرحم لين وغير مؤلم. الجنين رأسي و٣/٥ مجسوس.
الأرجل والأصابع متورمة بشكل طفيف ومنعكسات الأطراف السفلية سريعة جدًا مع رمع.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	11.6 g/dL	11–14 g/dL
Packed cell volume	42.2%	31–38%
Mean cell volume	79 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	5×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	126×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L
Sodium	141 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	4.0 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	3.8 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	92 µmol/L	34–82 µmol/L
Alanine transaminase	189 IU/L	6–32 IU/L
Alkaline phosphatase	74 IU/L	30–300 IU/L
Gamma glutamyl transaminase	34 IU/L	5–43 IU/L
Bilirubin	12 µmol/L	3–14 µmol/L
Albumin	24 g/L	28–37 g/L
Urate	0.46 mmol/L	0.14–0.38 mmol/L

Urinalysis: ++++ protein

Cardiotocograph (CTG): baseline 140/min, reduced variability (5–10/min). Variable decelerations, occasional accelerations.

الأسئلة

- ماهو التشخيص؟
- كيف ستتعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة ٨٦

تعاني المرأة من مقدمة ارتعاج مع ظهور سريع وشديد للأعراض والعلامات التي تشير إلى مرض شديد أو " صاعق". وهي معرضة بشكل كبير لخطر للإصابة بالارتعاج.
الصداع والاضطرابات البصرية هي سمات نموذجية للوذمة الدماغية. ألم الربع العلوي الأيمن يشير لتورم الكبد تحت المحفظة والبيلة البروتينية إلى إصابة كلوية
تظهر اختبارات الدم سمات نموذجية لمقدمة الارتعاج الحاد:

- ارتفاع خمائر الكبد
- ارتفاع البولة
- ارتفاع الكرياتينين

تعداد الصفائح الدموية في الحد الأدنى الطبيعي للحمل وإذ انخفضت أكثر، البيليروبين المرتفع قد يوحي بتطور متلازمة HELLP(انحلال دم مع ارتفاع إنزيمات الكبد وانخفاض الصفائح الدموية).

التدبير

هذه حالة طوارئ توليدية ويجب إخبار القابلة الأعلى وطبيب التخدير ورئيس أطباء التوليد على الفور. العلاج النهائي الوحيد لمقدمة الارتعاج هو ولادة الطفل ولكن يجب استقرار حالة الأم أولاً. في هذه الحالة يجب قبولها وتركيب قثطرة وريدية وسحب دم وطلب تحليل لمعرفة التخثر والزمرة يجب تركيب قثطرة بولية ومراقبة إدخال وإخراج السوائل يتم مراقبتها لتحري قلة البول التي تعتبر علامة على الفشل الكلوي الحاد.
في حالة مقدمة الارتعاج على الرغم من حدوث زيادة السائل في الحيز خارج الخلوي، يتم استنفاد الحجم داخل الأوعية الدموية بشكل عام، لذلك يجب تعويض السوائل بحذر بمساعدة طبيب التخدير لموازنة التروية الكلوية الكافية مع خطر الحمل الزائد ووذمة الرئة.
عندما ينخفض إنتاج البول، يجب فتح خط وريدي مركزي لتقييم الحجم بشكل أكثر دقة.
وينبغي إعطاء المرأة دواءً خافضاً لضغط الدم (وبالتالي تخفيف خطر الإصابة بنزيف دماغي) إذا لم تكن الأدوية الفموية الخافضة فعالة، يجب استخدام أدوية وريدية
يجب البدء بتسريب كبريتات المغنيزيوم لأنها تخفف من خطر حدوث نوبة ارتعاج لدى النساء المصابات بحالات مقدمة الارتعاج الشديدة
يُظهر **CTG**(تخطيط قلب الجنين) تقلب منخفض وتباطؤ متغيراً أحياناً
إن انخفاض حركات الجنين قد تكون بسبب ضائقة الجنين، أو قصور الرحم المشيمي وبالتالي فإن العملية القيصرية ستكون طريقة الولادة المفضلة، لكن بشرط يجب أن يكون ضغط دم الأم تحت السيطرة وفحوصات التخثر بالحدود الطبيعية.
بعد الولادة قد لا تتحسن الحالة لمدة ٤٨ ساعة أو أكثر، ويتم وضعها تحت المراقبة الطبية حتى يتم ضبط الضغط الدموي والإطراح الكلوي واستقرار الأعراض وعودة الفحوصات الدموية إلى حالتها الطبيعية

النقاط المفتاحية

- تسبب مقدمات الارتعاج خلل واسع في وظيفة بطانة الأوعية الدموية، مما يؤثر على أنظمة الجسم كله
- يمكن أن تحدث الوفاة بسبب نزيف دماغي، الارتعاج، وذمة رئوية، الفشل الكلوي أو تمزق الكبد
- ويجب ولادة الطفل فوراً حتى تستقر أعراض الأم.

الحالة ٨٧: المخاض

.

القصة

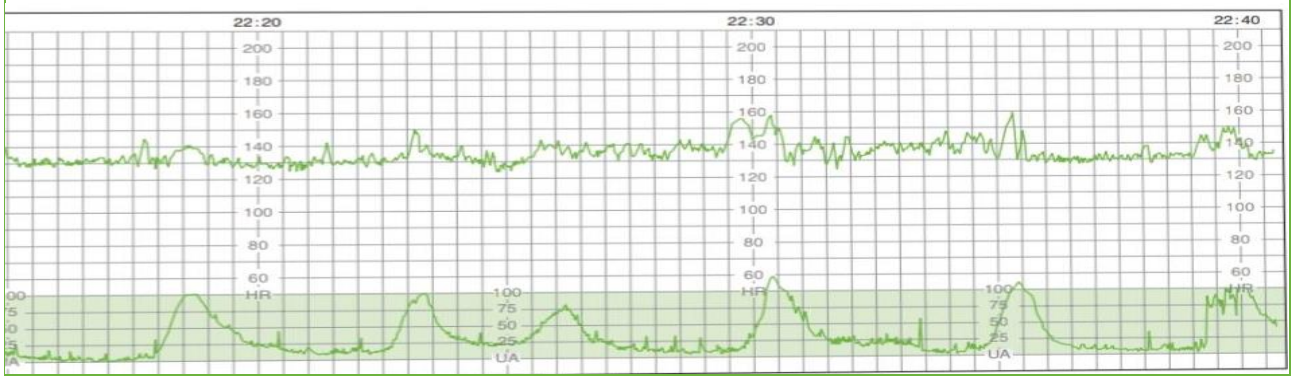
امرأة تبلغ من العمر ٣٦ عاماً حامل بدأت تعاني من تقلصات رحمية صباح البارحة. كانت هذه التقلصات متقطعة في البداية وتخف بالحمام الساخن والباراسيتامول، لكنها أصبحت الآن مؤلمة ومتكررة بشكل متزايد. هذا الصباح منذ ساعة ونصف أتت من المنزل لأنها أصيبت بتمزق في الأغشية وكانت حركة الجنين طبيعية

لحظة وصولها كان ضغط الدم ودرجة الحرارة ومعدل ضربات القلب ضمن الطبيعي وبقي السائل صافيًا. لقد تم فحصها عدة مرات وترد نتائج كل فحص في الجدول ٨٧,١. بعد الفحص الساعة ١٤,١٥ بدأ تسريب أوكسيتوسين

Table 87.1 Examination findings

Time	Contractions	Cervical dilatation	Head descent relative to the ischial spines	Position	Caput	Moulding
10.30	3 in 10	3 cm	–3 cm	Left occipitotransverse	+	Nil
14.15	2 in 10	4 cm	–2 cm	Left occipitotransverse	++	Nil
Syntocinon infusion commenced						
18.20	3–4 in 10	5 cm	–2 cm	Occipitoposterior	++	+
22.15	4 in 10	6 cm	–2 cm	Occipitoposterior	+++	++

الاستقصاءات



الأسئلة

- كيف تفسر نتائج الفحص وCTG؟
- ما هي العوامل المرتبطة بالمخاض؟
- كيف يمكنك تدبير هذه المريضة؟

الإجابة ٨٧

تظهر نتائج الفحص عدم التقدم في المرحلة الأولى من المخاض، لتأكيد المخاض يجب أن يتسع عنق الرحم بحوالي ١ سم/سا في هذه الحالة، على الرغم من محاولة التعزيز باستخدام الاوكسيتوسين (سينتوسينون) كان هناك تمدد ٣ سم فقط في حوالي ١٢ ساعة.
هذه الحالة هي الأشيع عند النساء الخروسات ويسمى تعسر المخاض الوظيفي البدئي. والارتباطات الأخرى هي سوء التوضع (عادة الوضع القذالي الخلفي) أو زيادة حجم الجنين (عدم تناسب رأسي حوضي).

التدبير

تم تحقيق الحد الأقصى من الانقباضات (٤ في ١٠ دقائق) مع إعطاء أوكستوسين لعدة ساعات، وهناك علامات متزايدة على الانسداد (رأس الجنين وقولبته)، وبناءً على ذلك فإن خيار التدبير الوحيد المتاح هو إجراء عملية قيصرية إسعافية.
إن فحص CTG طبيعي، ولكن عدم التدخل سيؤدي إلى تدهور حالة الجنين لذلك يجب إجراء عملية القيصرية ويجب إيقاف الأوكسيتوسين لتقليل تأثير الانقباضات المستمرة على الجنين، وينبغي القيام بالإجراءات المناسبة بغضون ٣٠ دقيقة من اتخاذ القرار.

النقاط المهمة في ترتيب الولادة بعملية قيصرية طارئة في هذه الحالة هي:

- موافقة مستنيرة بعد التوضيح المناسب من قبل الأم
- إبلاغ طبيب التخدير ومساعده
- إبلاغ كادر العلميات وطبيب الأطفال
- إعطاء الرانيتيدين والميتوكلوبراميد للأم (عادة عن طريق الوريد) لتقليل استنشاق المعدة في حال الحاجة إلى التخدير العام
- إدخال قثطرة بولية
- نقل المرأة إلى غرفة العمليات، مع مراقبة مستمرة لCTG حتى الولادة

النقاط المفتاحية

- في المرأة الخروس معدل توسع عنق الرحم في المخاض الطبيعي ١سم/سا.
- يجب إعطاء السينتوسينون ليحدث تطور في التقلصات الرحمية قبل تشخيص الفشل في التقدم

الحالة ٨٨: نزيف ما بعد الولادة

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٩ عاماً في حملها الأول أنجبت توأماً منذ ٢ ساعة. لم يكن هناك أي مضاعفات هامة قبل الولادة وقد وصف لها سلفات الحديد وحمض الفوليك أثناء الحمل كوقاية من فقر الدم، وكان الهيموغلوبين في الأسبوع ٣٨، ١٠,٩ غ/دل.

كان نمو الأجنة ضمن الطبيعي وحجم السائل في تقديرات الفحص الروتيني ضمن الطبيعي، تم التخطيط لولادة طبيعية ودخلت في المخاض التلقائي في الأسبوع ٣٨ و٤ أيام، بسبب التباطؤ في جهاز تخطيط القلب (CTG) للتوأم الأول، تم ولادة كلا الطفلين باستخدام المحجم بعد ٣٠ دقيقة من الضغط الفعال في المرحلة الثانية.

سجلت القابلة أن كلا المشيمتين تبدوان مكتملتين.

عندما تم تأكيد المخاض تم تركيب قثطرة وريدية وتم تحديد موقع فوق الجافية، لقد كان السائل النفاسي سميك منذ الولادة ولكن الآن تنزف المرأة بغزارة شديدة وتخرج تخثرات دموية كبيرة.

عند وصولها للغرفة وكانت الشراشف مبللة بالدماء وهناك أيضا ما يقرب من ٥٠٠ml من تخثرات الدم في طبق الكلى على السرير.

الفحص

المرأة واعية ولكنها تشعر بالنعاس وشاحبة، درجة الحرارة ٣٥,٩ درجة مئوية، وضغط الدم١٢٠/٧٠ ملم.زئبقي، ومعدل ضربات القلب ١١٢/دقيقة، الأطراف باردة، الرحم مجسوس عند السرة وتشعر بطراوته، البطن لينة وغير مؤلمة. في فحص المهبل هناك تمزق من الدرجة الثانية تم خياطتها لكن غير قادرة على تقييم المزيد بسبب وجود نزيف غزير.

أرسلت القابلة اختبارات الدم منذ ٣٠ دقيقة لأنها كانت قلقة بشأن فقدان الدم.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	7.2 g/dL	11–14 g/dL
Mean cell volume	99.0 fL	74.4–95.6 fL
White cell count	3.2×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	131×10^9/L	$150–400 \times 10^9$/L
International normalized ratio (INR)	1.3	0.9–1.2
Activated partial thromboplastin time (APTT)	39 s	30–45 s
Sodium	138 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	3.5 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	5.2 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	64 µmol/L	34–82 µmol/L

الأسئلة

- ما هو التشخيص وما هي الأسباب المحتملة؟
- ما هو تسلسل خيارات المناسبة في تدبير هذه الحالة؟

الإجابة ٨٨

التشخيص هو نزيف أولي بعد الولادة (PPH)، يتم تعريفها على أنها خسارة أكثر من ٥٠٠ مل من الدم في أول ٢٤ ساعة بعد الولادة وينطبق هذا التصنيف حتى لو كان فقدان الدم أثناء الولادة القيصرية أو أثناء ولادة المشيمة.

! أسباب النزيف بعد الولادة وعوامل خطورته

- وهن الرحم (الحمل المتعدد، تكرار الولادات، استسقاء السلى، المخاض لفترات طويلة)
- نزف قبل الوضع
- الإنتان الرحمي (التهاب المشيماء والسلى)
- بقاء المشيمة
- رض الجهاز التناسلي السفلي (تمزقات العجان أو عنق الرحم)
- اعتلال التخثر (علاج الهيبارين، واضطرابات النزفية الوراثية)
- نزيف بعد الولادة سابق

عامل الخطر الرئيسي لهذه المرأة هو الحمل المتعدد وارتفاع الرحم. من المحتمل أن يكون وهن الرحم (عدم قدرة الرحم على الانقباض بشكل مناسب). غالباً ما يتم الاستهانة بفقدان الدم والرحم «المرتفع» قد يحتوي على كمية كبيرة من الدم الخفي. ويبقى ضغط الدم لدى النساء الشابات طبيعياً نسبياً حتى تحدث معاوضة. ولذلك فإن هذه المرأة في الواقع مريضة ومعرضة لخطر السكتة القلبية إذا لا يتم تدبير الحالة فوراً.

تسلسل الخيارات المناسبة في التدبير هي:

- فرك الرحم أثناء الانقباضات عن طريق وضع اليد المسيطرة على الرحم والفرك والضغط بقوة حتى يصبح الرحم ثابتاً
- تأكد من إدخال قنيتين كبيرتي الحجم مع الدم المتطابق المطلوب
- إعادة فحص تعداد الدم الكامل والتخثر
- البدء بالسوائل الوريدية لزيادة الحجم
- إعطاء ٥٠٠µg من الإرغوميترين في العضل أو الوريد لتعزيز انقباض الرحم.
- البدء بحقن مادة السينتوسينون للحفاظ على انقباض الرحم
- وأخذ مقويات الرحم الأخرى مثل الميزوبروستول أو الكاربوبروست بعين الاعتبار
- نقل إلى غرفة العمليات للفحص تحت التخدير لتقييم رض المهبل، وتمزق عنق الرحم أو بقاء المشيمة
- يجب أن يستمر الطبيب أو القابلة في الضغط باليدين حتى تصبح الحالة السريرية تحت السيطرة
- إذا لم يستقر النزيف مع التدابير المذكور أعلاه، فإن الخيارات الأخرى انصمام الشريان الرحمي أو فتح البطن باستخدام خياطة تخثر الدم B-Lynch أو ربط الشريان الرحمي أو استئصال الرحم.

النقاط المفتاحية

- الخيار الأول والفوري لتخفيف النزيف ما بعد الولادة هو ضغط الرحم من البطن وبكلتا اليدين ويجب أن يستمر الضغط حتى استقرار حالة المريضة
- عادةً ما يستهين الأطباء في تقدير فقدان الدم، وفي تقييم حالة الدورة الدموية وقد ينسوا أن يأخذوا في الاعتبار الخسارة المخفية (في الرحم) وقدرة النساء الأصحاء على التعويض.

الحالة ٨٩: المخاض

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٢ عاماً وصلت إلى جناح الولادة وهي تعاني من آلام في البطن. حامل في طفلها الأول بعد قصة إجهاضين وكانت تحاول الحمل لمدة ١٨شهراً قبل هذا الحمل.

وتم تحديد تاريخ ولادتها عند فحصها بين الأسبوع ١١ و١٤ لتصبح الآن ٤٠ أسبوعاً و٦ أيام، كانت جميع اختبارات الدم وفحوصات الموجات فوق الصوتية للحمل طبيعية.

كان مجيء الطفل مقعديًا في الأسبوع ٣٤ ولكنه أصبح رأسياً في الأسبوع ٣٧.

هذا الصباح كان لديها إفرازات حمراء داكنة تشبه المخاط تليها آلام غير منتظمة تشبه آلام الدورة الشهرية، منذ ساعتين شعرت بتدفق سائل شفاف من المهبل ثم أصبحت الآلام أكثر شدة وتحدث الآن كل ٤ دقائق، وتستمر لمدة ٤٥ ثانية.

يتحرك الطفل بشكل طبيعي خلال النهار.

لقد استحمت في المنزل وتناولت الباراسيتامول لكنها الآن قلقة وقد جاءت إلى المستشفى للتقييم بصحبة زوجها وأختها القلقان جداً.

الفحص

عند الفحص تكون مرتاحة بين الآلام. ضغط دمها ٧٦/١٢٩ملم.زئبقي، والنبض ١٠١/دقيقة يبلغ ارتفاع قاع الرحم ٣٧ سم ويكون رأس الجنين ٥/٢ واضح محسوس وملموس.

يظهر فحص المنظار وجود سائل رائق متجمع في الدهليز المهبلي الخلفي.

يكشف الفحص المهبلي أن عنق الرحم ممسوح بالكامل ومتوسع بمقدار ٤ سم. الموضع هو القذالي الخلفي الأيمن والرأس على ارتفاع ٢ سم فوق العظم الإسكي. لا يوجد رأس جنيني أو جنين مقلوب

الاستقصاءات
تحليل البول
الدم: ++
بيلة بروتينية: +
الكريات البيض: سلبية
النتريت: سلبي

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ماهي الإجراءات المناسبة؟

الإجابة ٨٩

هذه المرأة لديها مخاض طبيعي.

تعريف المخاض

بداية تقلصات مؤلمة منتظمة مع توسع تدريجي لعنق الرحم ونزول الجزء المتقدم.

لقد حدث تمزق عفوي للأغشية ولكن ليس ضرورياً لتشخيص المخاض.
ملاحظات المرأة ونتائج الفحص بالنسبة للمخاض الطبيعي:

- إفراز المخاط الداكن هو "عرض" وليس سببًا للقلق ما لم يكن النزيف جديداً أو مستمراً.
- من المؤكد أن النبض يرتفع بشكل ثانوي بالنسبة للألم.
- تعتبر البيلة الدموية والبيلة البروتينية ثانوية للتلوث بالسائل
- يكون ارتفاع قاع الرحم منخفضاً بسبب نزول الرأس إلى الحوض وبسبب خروج السائل من الرحم.

التدبير

يعد الحمل والمخاض منخفضي الخطورة حيث لا يوجد دليل على وجود أي اضطراب في الجنين أو الأم يتطلب رعاية تحت إشراف الطبيب. ولذلك يجب أن تبقى المرأة تحت رعاية القابلة ولا تحتاج إلى مراقبة إلكترونية مستمرة للجنين (جهاز تخطيط القلب CTG). يحتاج الجنين إلى تقييم صحته من خلال الإصغاء المتقطع لمدة دقيقة كاملة بعد الانقباض كل ١٥ دقيقة على الأقل في المرحلة الأولى من المخاض ولمدة دقيقة كاملة بعد الانقباض كل ٥ دقائق في المرحلة الثانية من المخاض.

المراقبة في المخاض منخفض الخطورة:

- ضغط الدم كل ساعة
- معدل ضربات القلب كل ساعة
- فحوصات كل أربع ساعات لتوسع عنق الرحم
- تقييم العقي

بمجرد أن يتم المخاض، يكون التوسع المتوقع حوالي ١ سم/ساعة. إذا لم يحدث ذلك أو إذا كانت العلامات تشير إلى أن صحة الجنين أو الأم قد تتعرض للخطر، يتم طلب استشارة لتقييم الطبي والتدخل المحتمل.

النقاط المفتاحية

- المخاض الطبيعي هو بداية انقباضات مؤلمة ومنتظمة مع توسع تدريجي لعنق الرحم ونزول الجزء المتقدم.
- إن إجراء CTG المستمر ليس مطلوبًا للنساء ذوات المخاطر المنخفضة في المخاض الطبيعي، لكن الإصغاء المتقطع ضرورياً.

الحالة ٩٠: الألم أثناء الحمل

القصة

سيدة تبلغ من العمر ٣٥ عامًا تصل إلى جناح الولادة تشكو من آلام في البطن ونزيف مهبلي في الأسبوع ٣٦ ويومين من الحمل بدأ الألم قبل ساعتين عندما كانت في المقهى، وهي تصف الألم بأنه مستمر ومنتشر في كامل البطن مع تفاقمه كل عدة دقائق، ولا ترتاح على الاستلقاء أو المشي، النزيف المهبلي أحمر فاتح وتم ملاحظته في البداية على المناديل الورقية والآن أصبحت الملابس ملطخة، ولا توجد أعراض بولية أو معوية.

وحركة الجنين طبيعية حتى اليوم، لكن المرأة لم تنتبه للحركة منذ بدأ الألم.

هذا هو حملها الأول وحتى الآن كان حملها طبيعياً بفضل الرعاية المشتركة بين طبيبة النسائية والقابلة، كان كل من الفحص في الأسبوع ١١-١٤ وفي الأسبوع ٢٠ مطمئنًا، كانت المعاينات واختبارات الدم اللاحقة طبيعية. كان ضغط دم ٦٨/١١٢ ملم.زئبقي وكان آخر ضغط دم منذ يومين١٢٨ /٨٠ ملم.زئبقي.

الفحص

المرأة تعاني من ألم شديد وقشعريرة، لا يوجد حمى، ومعدل ضربات قلبها كذلك ١١٥/دقيقة وضغط الدم ٦٠/١١٠ ملم.زئبقي، يبلغ ارتفاع قاع الرحم ٣٨ سم ويكون الرحم صلبًا ومؤلمًا جداً ولا تشعر بنزول الجنين بسبب ضيق الرحم، عند الفحص بالمنظار يظهر تدفق دم عبر عنق الرحم، ويبدو عنق الرحم مغلقًا، يكشف الفحص المهبلي أن عنق الرحم ناعم وممحى بالكامل تقريباً ولكنه مغلق، لا يتم سماع أصوات قلب الجنين أثناء الإصغاء باستخدام دوبلر الجنين المحمول باليد، يؤكد الفحص بالموجات فوق الصوتية أن الجنين قد مات.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	8.1 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	6×10^9/L	6–16 $\times 10^9$/L
Platelets	93×10^9/L	150–400 $\times 10^9$/L
Sodium	137 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	4.0 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	6.5 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	82 µmol/L	34–82 µmol/L
International normalized ratio (INR)	2.2	0.9–1.2
Activated partial thromboplastin time (APTT)	34 s	30–45 s
D-dimer: positive		

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- كيف تفسر نتائج الفحص واختبارات الدم؟
- كيف ستتعامل مع هذه المريضة

الإجابة ٩٠

الألم والنزيف ناتجان عن انفصال المشيمة، وفي هذه الحالة وجود الدم بالمهبل يصنفه على أنه انفصال ولكن من العلامات الأخرى للرحم المتصلب (رحم كوفيلير) وزيادة الارتفاع القاعي ويشير عدم انتظام دقات القلب وانخفاض الهيموغلوبين إلى أن الجزء الأكبر من الدم لا يزال مخفيًا. هذه نقطة مهمة لأن كمية الدم المرئية يمكن أن تكون مضللة عندما يكون هناك ١-٢ لتر من الدم داخل الرحم.
يبدو ضغط الدم طبيعياً، ولكن يعود ذلك إلى أن المرأة صغيرة السن ورشيقة فهي قادرة على التعويض عن طريق زيادة معدل ضربات القلب والنتاج القلبي لبعض الوقت وبمرور الوقت عندما يتم فقد المعاوضة ينخفض ضغط دمها، وتصبح في حالة حرجة، لذا يجب دائماً تفسير ضغط الدم الطبيعي لدى الشباب بعناية. ولو تم فحص ضغط الدم لديها أثناء الاستلقاء والوقوف سيكون هناك فرق كبير مما يكشف عن مدى نقص حجم الدم لديها.
تؤكد الزيادة في INR وانخفاض الصفائح الدموية واختبار D-dimer الإيجابي (انعكاس لمنتجات تحلل الفيبرين المرتفعة) أن المرأة قد طورت اعتلال التخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية (DIC) نتيجة للانفصال.
يموت الجنين (موت الجنين داخل الرحم) بسبب انفصال المشيمة عن الرحم وبالتالي انقطاع الدورة الدموية الرحمية.

التدبير

هذه حالة توليد إسعافية لأن المرأة تعاني من نقص حجم الدم وقد أصيبت باعتلال تخثر الدم. يعتمد تدبير الحالة على تصحيح التخثر والحجم بالإضافة إلى ولادة الطفل. يجب أن يوجد طبيب التخدير وطبيب التوليد لمعالجة الحالة.

إنعاش الأم (الإجراءات الأساسية الأولية)

- إدخال قثطرتين وريديتين كبيرتي الحجم
- تطابق ٦ وحدات من الدم
- طلب البلازما والصفائح الدموية المجمدة الطازجة
- الإنعاش الأولي للسوائل باستخدام السوائل الوريدية، وربما موسعات الحجم
- إدخال قثطرة بولية لمراقبة الصبيب البولي

بما أن الجنين قد مات، فلا يوجد أي مؤشر لإجراء عملية قيصرية، الأمر الذي قد يعرضها لخطر المزيد من النزيف. ولذلك ينبغي البدء بالتحريض المهبلي للمخاض. غالبًا ما يكون المخاض سريعًا بعد الانفصال، وبما أن عنق الرحم يكون ممحى بالكامل وناعمًا، فقد يكون كافيًا إجراء تمزق اصطناعي للأغشية (ARM) لبدء عملية الولادة. بال ARM من المحتمل أن تظهر كمية كبيرة من الدم.
ينبغي البدء بتسريب السينتوسينون مباشرة بعد الولادة حيث أن وهن الرحم ونزيف ما بعد الولادة شائعان بعد انفصال كبير.

النقاط المفتاحية

- يعد انفصال المشيمة حالة توليد إسعافية ويجب معالجتها بسرعة حيث يمكن أن يتطور DIC بسرعة.
- يرتبط انفصال المشيمة عادة بتطور مقدمات الارتعاج.
- يكون المخاض سريعًا عادة بعد الانفصال، وتشكل الولادة المهبلية خطرًا أقل على الأم من الولادة القيصرية.
- يجب أن تكون الولادة القيصرية مخصصة لولادة حية ولكن من المحتمل تعرض الطفل للخطر

الحالة ٩١ : تمزق العجان

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٣٧ عاماً أنجبت للتو طفلها الثاني في جناح الولادة. وقد تعرضت لولادة مبكرة سابقة في الأسبوع ٣٤. وفي هذا الحمل جاءها المخاض التلقائي في الأسبوع ٣٨ بعد حمل ذو سير غير معقد. كان ارتفاع قاع الرحم متسقًا مع التواريخ حتى الأسبوع ٣٧ عندما قامت القابلة بقياسه على أنه ٤١ سم. ومع ذلك، قبل إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية للنمو وحجم السائل، دخلت المرأة في المخاض التلقائي.

في وقت دخولها، كانت متوسعة بمقدار ٥ سم، وحدث تمزق تلقائي للأغشية بعد فترة وجيزة. تم ولادة الطفل بعد ٣٠ دقيقة في الوضع القذالي الأمامي المباشر.

تم إخراج المشيمة عن طريق جر الحبل السري، وبعد ذلك لاحظت القابلة وجود تمزق في العجان. امتد التمزق من فتحة المدخل في خط الوسط، وكان بإمكانها رؤية ألياف عضلية ممزقة مما يشير إلى الأطراف الممزقة للعضلة العاصرة الشرجية الخارجية ولقد اتصلت بك لمراجعة المريضة.

الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي العوامل التي تؤهب لهذه الحالة؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذه المريضة؟

الإجابة ٩١

القصة تشير إلى تمزق من الدرجة الثالثة

تصنيف التمزقات العجانية

- الدرجة الأولى: إصابة العجان تتضمن الظهارة أو الجلد ولكن ليس عضلات العجان
- الدرجة الثانية: إصابة العجان تتضمن عضلات العجان ولكن لا تشمل العضلة العاصرة الشرجية
- الدرجة الثالثة: إصابة العجان التي تتضمن العضلة العاصرة الشرجية (العضلة العاصرة الشرجية الخارجية (**EAS**) والعضلة العاصرة الشرجية الداخلية (**IAS**)):
- ٣**a**: تمزق أقل من ٥٠٪ من سماكة المصرة الشرجية الخارجية
- ٣**b**: تمزق أكثر من ٥٠٪ من سماكة المصرة الشرجية الخارجية
- ٣**c**: تمزق المصرة الشرجية الداخلية
- الدرجة الرابعة: إصابة العجان التي تنطوي على مجمع العضلة العاصرة الشرجية (**EAS**و**IAS**) والغشاء المخاطي للمستقيم

عوامل الخطورة:

تحدث تمزقات الدرجة الثالثة لدى ٢-٤٪ من النساء المصابات بالحالات التالية:

- الوزن عند الولادة أكثر من ٤ كغ
- الوضع القذالي الخلفي المستمر
- عدم الإنجاب
- تحريض المخاض
- إبرة الظهر
- المرحلة الثانية من المخاض تدوم أكثر من ساعة واحدة
- بضع الفرج
- الولادة بالملقط

يعتمد تشخيص التمزق من الدرجة الثالثة على انتباه الفاحص الذي يقوم بفحص التمزق وقد يتم التغافل عنه. وهذا له عواقب بعيدة المدى، حيث أن الفشل في إجراء الإصلاح الأولي الكافي قد يزيد من فرصة الإصابة بسلس البراز على المدى الطويل.

التدبير

- يجب نقل المرأة إلى الغرفة العمليات لإصلاحها. وهذا يتيح تسكين الألم بشكل مناسب (في العمود الفقري أو إبرة الظهر)، والكشف الجيد، والإضاءة الجيدة، وتوافر الأدوات المناسبة.
- يجب إصلاح التمزق في طبقات:
- الغشاء المخاطي للمستقيم (إذا كان متمزق)
- المصرة الشرجية الداخلية (إذا كانت متمزقة)
- المصرة الشرجية الخارجية
- العضلة العجانية
- الظهارة المهبلية

- الجلد العجاني.

- يجب إعطاء المضادات الحيوية واسعة الطيف لمنع العدوى من التلوث المحتمل عن طريق الكائنات المعوية.
- ينبغي إعطاء المسهلات لمنع الإمساك الذي قد يؤثر على عملية الإصلاح.
- يجب إعطاء المسكنات المناسبة بعد العملية الجراحية.
- لا ينبغي عموماً خروج المرأة من المستشفى حتى تفتح أمعائها.
- يجب تحديد موعد للمراجعة بعد حوالي ٦ أسابيع للتأكد من أن المرأة لا تعاني من أي أعراض معوية ملحوظة ولإحالة المريضة إلى أخصائي القولون والمستقيم إذا كانت تعاني من ذلك.
- يجب مناقشة الولادة القيصرية الاختيارية كاحتمال لأي ولادات لاحقة

النقاط المفتاحية

- بعد الولادة يجب فحص أي تمزق مهبلي بعناية للتأكد من عدم تمزق العضلة العاصرة الشرجية.
- يجب إصلاح أي تمزق من الدرجة الثالثة في غرفة العمليات بواسطة طبيب أخصائي لتجنب مشاكل سلس البراز في المستقبل.

الحالة ٩٢: النوبة الصرعية أثناء الحمل

القصة

تم إحضار امرأة حامل إلى قسم الطوارئ بعد أن أصيبت بنوبة صرع في الحديقة منذ ٢٠ دقيقة. لقد كانت بمفردها في ذلك الوقت، لكن امرأة أخرى شاهدت النوبة وقالت إنها وقفت من المقعد ثم فجأة سقطت على الأرض ظنت أنها ربما ضربت رأسها بجانب المقعد بسبب السقوط. كانت ذراعيها وساقيها متصالبتان وترتجفان. لمدة ٤٠ ثانية تقريبًا. وكان وجه المرأة داكناً وكان هناك لعاب في الفم. ولاحظت بعد ذلك أن سروال المرأة كان مبللاً.

عندما توقفت النوبة، بدت المرأة فاقدة للوعي لبضع دقائق ثم أبدت بعض الاستجابة للتحدث إليها، لكنها بدت مرتبكة وناعسة.

الفحص

يبدو أن عمرها حوالي ٣٠ عامًا وهي في الثلث الثالث من الحمل. إنها الآن واعية ولكنها لا تزال مرتبكة ومقياس غلاسكو للغيبوبة هو ٩/١٥.

ضغط دمها ٩٨/١٤٠ ملم.زئبقي ومعدل ضربات القلب ١٠٤/دقيقة. لا يُظهر الفحص أي خلل واضح في القلب أو الصدر، وعند جس البطن لا يوجد إيلام واضح. يبدو حجم الرحم حوالي ٣٠ أسبوعًا (في منتصف المسافة بين السرة والناتئ الرهابي)، ويمكن ملامسة الجنين، رأسيًا مع ٥/٤ ملموس. ردود الفعل سريعة وردود الفعل الأخمصية صاعدة.

الاستقصاءات

لم تظهر نتائج الفحص للمريضة حتى الآن.

الأسئلة

- ما هو تشخيصك المبدئي وما هو الخط الأول لعلاج هذه الحالة؟
- يصل زوج المرأة بعد قليل ويوضح لك أنها مصابة بالصرع وتعاني من نوبات صرع كبير كل بضعة أيام، على الرغم من العلاج بالأدوية. كيف يجب أن تتغير معالجتك الآن؟

الإجابة ٩٢

ينبغي افتراض أن أي امرأة تعاني من نوبة في النصف الثاني من الحمل مصابة بالارتعاج حتى يثبت العكس. إن مخاطر وفيات الأمهات أو في الفترة المحيطة بالولادة كبيرة جدًا لدرجة أنه من الأفضل علاج المرأة من التسمم الحملي ومنع حدوث نوبة أخرى بدلاً من قضاء الوقت في الاستقصاء وإجراء تشخيص معين مع وجود مخاطر لحدوث نوبات أخرى وبالتالي فإن هذه الحالة تعتبر حالة توليد إسعافية (على الرغم من أن النوبة قد حلت تلقائيًا)، ويجب طلب المساعدة من طبيب التخدير، وطبيب التوليد، وطبيب الأطفال، وقابلة خبيرة.

ينبغي إعطاء كبريتات المغنزيوم حقن وريدي مقدارها ٤ مغ، يتبعها تسريب محلول ملحي نظامي بمقدار ١ مغ/سا (يزداد في حالة حدوث نوبات أخرى).

بمجرد البدء في ذلك، يجب الحصول على عينة بول (مع إدخال قثطرة فولي لمراقبة الصبيب البولي) للبيلة البروتينية. يجب أن يقتصر إدخال السوائل في البداية على ٨٥ مل/ساعة. يجب إرسال الدم لإجراء تعداد الدم الكامل واليوريا والشوارد واختبارات وظائف الكبد والتخثر والزمرة وحفظها، ينبغي نقلها إلى العناية المشددة في جناح الولادة مع مراقبة مستمرة لتخطيط قلب الجنين وتخطيط القلب الكهربائي.

بمجرد ما كانت الاستقصاءات مستقرة والحصول على المزيد من المعلومات في تاريخها السابق، يمكن اتخاذ قرار بشأن الولادة.

تشخيص الصرع

إن سوابق إصابة المرأة بالصرع تشير بقوة إلى أن هذه النوبة ناجمة عن الصرع. ومع ذلك فإن العلاج الأولي كان لا يزال صحيحًا لأنك لن تكون متأكدًا من أن النوبة كانت بسبب ذلك حتى يتم التأكد من أن تحليل البول طبيعي وضغط الدم الذي كان مرتفعًا في البداية عاد إلى طبيعته، وعادت ردود الفعل إلى وضعها الطبيعي واختبارات الدم بينت أن النتائج طبيعية.

المنعكسات عادة ما تكون سريعة، مع استجابات أخمصية صاعدة في مرحلة ما بعد النوبة.

استعادت هذه المرأة وعيها الكامل بعد نصف ساعة وكان ضغط الدم طبيعياً مع تحليل بول سلبي ونتائج الدم طبيعية. وهكذا تم إيقاف المغنيزيوم وخرجت مع زوجها لإجراء مراجعة عصبية خلال الأيام القادمة لمناقشة الالتزام بالدواء ونظام جرعته.

النقاط المفتاحية

- المرأة التى تصاب فى الثلث الثالث من الحمل بنوبة صرع كبير يجب أن تعامل على أنها مصابة بتسمم الحمل حتى يثبت العكس.

الحالة ٩٣: ضيق التنفس أثناء الحمل

القصة

امرأة تبلغ من العمر ٤٢ عامًا تم إحالتها من قبل طبيبها العام وهي تعاني من ضيق التنفس منذ ٣ أيام. وهي حامل في الأسبوع ٣٤ وهي في حملها الثالث. قبل ذلك، خضعت لعملية قيصرية إسعافية بسبب تخطيط قلب غير طبيعي أثناء المخاض، يليه إجهاض بعمر ٧ أسابيع.

في هذا الحمل، تم فحصها من قبل اخصائي التوليد لمناقشة خطة الولادة، وتأمل في الولادة المهبلية. كانت فحوصات الموجات فوق الصوتية واختبارات الدم طبيعية. كان ضغط الدم لديها ١٣٨/٨٠ ملم زئبقي وبقي مستقرًا خلال فترة الحمل.

تصف ضيق تنفسها الذي بدأ أثناء وجودها في العمل وأنه أصبح يتفاقم وشعرت بضيق التنفس بشكل خاص عندما ركضت للحاق بالحافلة في طريقها إلى المنزل أمس، تعاني من ألم في الجانب الأيسر من صدرها عند التنفس. لا يوجد سعال أو نفث دم. لم يكن لديها أي نوبات سابقة. لم تلاحظ أي ألم في ربلة الساق ولكنها تعاني من تورم في ساقها اليسرى وبعض آلام الظهر.

الفحص

مؤشر كتلة الجسم هو ٢٨ كغ/م^{2}. من الواضح أن المرأة لا تبدو مريضة. ضغط الدم ١٢٧/٧٨ ملم.زئبقي ومعدل ضربات القلب ٩٨/دقيقة تصل نسبة تشبع الأكسجين في الهواء إلى ٩٦٪. عند فحص الصدر هناك نفخة انقباضية ولا توجد أصوات إضافية. تمدد الصدر أمر طبيعي ولكن المرأة تشعر بالألم عند أخذ نفس عميق. القرع وأصوات الصدر طبيعية باستثناء احتكاك جنبي على اليسار. تكون الساق اليسرى منتفخة بشكل عام ولكن لا يوجد احمرار أو ألم واضح.

الاستقصاءات

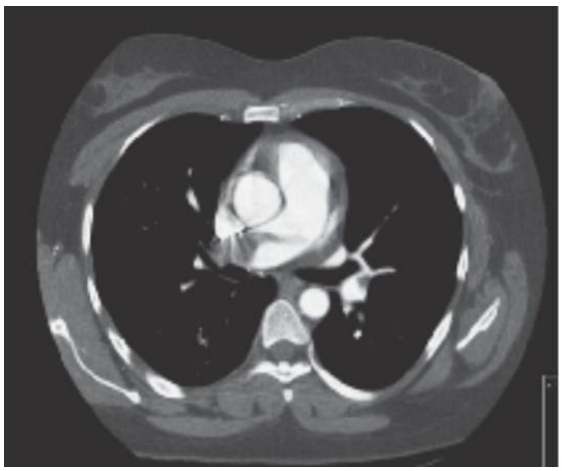
		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	12.0 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	10.4×10^9/L	$6–16 \times 10^9$/L
Platelets	302×10^9/L	346×10^9/L
Arterial blood gas (on air):		
paO_2	11.0 kPa	12–14 kPa
$paCO_2$	5.3 kPa	5–6 kPa

D-dimer: positive

Electrocardiogram (ECG): sinus tachycardia 100/min, deep S wave in lead 1, Q wave in lead 3 and inverted T wave in lead 3

Chest X-ray: normal

Computerized tomography pulmonary angiogram (CTPA) is shown in Fig. 93.1.



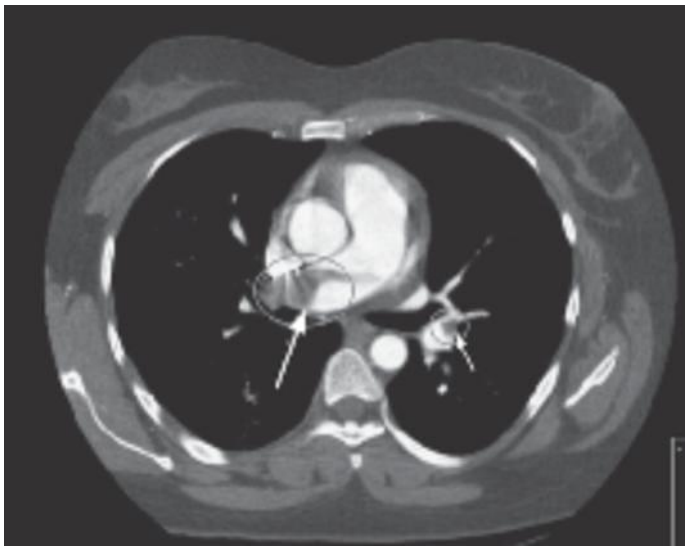
الشكل ٩٣,١ تصوير الأوعية الرئوية بالطبقي المحوري.

الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هو التصوير الإضافي المطلوب؟
- كيف يمكنك التعامل مع هذه المرأة على المدى القريب، أثناء الولادة وبعد الولادة؟

الإجابة ٩٣

التشخيص هو صمه رئوية (PE). يعد ضيق التنفس وألم الصدر الجنبي من السمات الكلاسيكية، ويدعم التشخيص تخطيط القلب وتحليل غازات الدم. يتم ظهور D-dimer بشكل شائع أثناء الحمل ولكنه يدعم التشخيص أيضًا. يُظهر اختبار CTPA وجود خلل كبير في ملء الشريان الرئوي الأيمن وخلل أصغر في ملء الشريان الرئوي القطعي الأيسر، بما يتوافق مع جلطات الدموية (الصمة الرئوية). يتم توضيح هذه النتائج بواسطة الأسهم في الشكل ٩٣,٢.



الشكل ٩٣,٢ تصوير الأوعية الدموية بالرئة بالأشعة المقطعية يوضح وجود خلل كبير في ملء الشريان الرئوي الرئيسي الأيمن (سهم كبير) وعيب أصغر في فرع جزئي من الشريان الرئوي الأيسر (سهم أصغر).

الجلطات الدموية الوريدية (VTE) هي السبب الرئيسي للوفيات المباشرة والمهددة لصحة الأم والطفل، وهو ما يمثل الوفاة في ١,٢ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة. يحدث الجلطات الدموية الوريدية غير المميتة في حوالي ٦٠ من كل ١٠٠٠٠ حالة حمل، وقد يكون هناك العديد من الحالات غير المعترف بها. يعد الحمل في حد ذاته عامل خطر بسبب حالة فرط هرمون الاستروجين وتغير لزوجة الدم وعرقلة تدفق الدم الوريدي عن طريق الرحم الحامل.

مزيد من التصوير

لا يوجد دليل سريري على تجلط الأوردة اللفائفية الفخذية العميقة، ولكن التورم العام في الساق وآلام الظهر يشتبه في وجود تجلط اللفائفي الفخذي. إذا تم تأكيد ذلك، الأمر الذي قد يتطلب تصوير دوبلر بالموجات فوق الصوتية أو التصوير بالرنين المغناطيسي (أو إذا أصيبت بـ PE متكرر على الرغم من منع تخثر الدم)، فيجب الاتصال بأخصائي جراحة الأوعية الدموية فيما يتعلق بإمكانية إدخال مصفاة الوريد الأجوف.

التدبير

كما هو الحال مع المرضى غير الحوامل، فإن منع تخثر الدم هو الدعامة الأساسية للعلاج. يُمنع استخدام الوارفارين في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ولكن يمكن إعطاؤه بأمان خلال الفترة من ١٢ إلى ٣٦ أسبوعًا. ومع ذلك، يمكن أن يسبب صعوبات في النزيف المفرط إذا لم يتم إيقافه مبكرًا قبل الولادة بوقت كافٍ، وقد يكون من الصعب الوصول لمستويات مستقرة للنسب الطبيعية الدولية. لذلك أصبح الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي هو العلاج المفضل في فترة الحمل لأنه سهل الاستخدام، وسهل نسبيًا عكسه في حالة الطوارئ، ولا يتطلب مراقبة، كما أنه آمن.

عند الولادة، يجب إيقاف الهيبارين قبل ١٢ ساعة من الولادة، ثم استئنافه مباشرة بعد الولادة. لا يجب إعطاء مخدر فوق الجافية أو مخدر نخاعي مباشرة بعد جرعة الهيبارين.

بعد الولادة، تتحول بعض النساء إلى استخدام الوارفارين، والذي أصبح معروفًا الآن أنه آمن أثناء الرضاعة الطبيعية، بينما تستمر أخريات في تناول الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي.

تحدث نسبة كبيرة من VTE بعد الولادة، لذلك يجب الاستمرار في منع تخثر الدم لمدة تتراوح بين ٦ أسابيع إلى ٣ أشهر في فترة النفاس.

يجب ارتداء جوارب ضاغطة مرنة متدرجة من وقت التشخيص حتى ٦ أسابيع على الأقل بعد الولادة، لتقليل خطر متلازمة ما بعد الجلطة (ألم مزمن في الساق وتورم وتقرح).

يعد فحص ما بعد الولادة للتخثر الوراثي (مثل نقص البروتين C أو S) أو المكتسب (مثل متلازمة مضادات الفوسفوليبيد) مناسبًا، كما هو الحال مع منع تخثر الدم طوال أي حمل لاحق.

النقاط المفتاحية

- مرض الانصمام الخثاري شائع أثناء الحمل ويجب أن يكون لدى الشخص مؤشر مرتفع للشك في التشخيص سريريًا.
- يجب إعطاء مضادات تخثر الدم أثناء انتظار تأكيد التشخيص.

الحالة 94: ضغط الدم والحمل

القصة

تمَّ قبول امرأة من عيادة الحوامل قبل يومين وهي في الأسبوع 38 من الحمل. عمرها 42 سنة وهذا حملها الثاني. وُلد طفلها الأول بالولادة المهبلية الطبيعية منذ 13 عامًا. وقد تزوجت مرة أخرى بعد ذلك. كان ضغط دمها المُدوَّن 70/138 ملم زئبقي في الأسبوع 13. ولا يوجد ما يميّز اختباراتها الدموية المُدوَّنة. منذ أسبوعين كانت على موعد مع طبيبتها في الأسبوع 36، وكان ضغط دمها 85/140 ملم زئبق، أمَّا تحليل البول فكان طبيعيًا. تمَّ تكرار قياس ضغط الدم بعد يومين وكان 84/140 ملم زئبقي. قبل يومين، كانت على موعد آخر مع الطبيبة التي وجدت أنَّ ضغط دمها يقيس 101/148 ملم زئبقي. أظهر تحليل البول بروتين إيجابي.

تشعر المرأة أنها بصحة جيدة باستثناء وجود تورم في ساقيها. وتنفي وجود أيّ صداع أو تشوش في الرؤية.

الفحص

لديها وذمة في منتصف الساق وأصابعها منتفخة لدرجة أنها لا تستطيع إزالة خاتمها. جس البطن غير ممض وارتفاع قاع الارتفاق يبلغ 39 سم. المنعكسات طبيعية.

الاستقصاءات

		Normal range for pregnancy
Haemoglobin	12.4 g/dL	11–14 g/dL
White cell count	8 × 109/L	6–16 × 109/L
Packed cell volume	34%	31–38%
Platelets	210 × 109/L	150–400 × 109/L
Sodium	137 mmol/L	130–140 mmol/L
Potassium	3.9 mmol/L	3.3–4.1 mmol/L
Urea	2.5 mmol/L	2.4–4.3 mmol/L
Creatinine	80 µmol/L	34–82 µmol/L
Alanine transaminase	37 IU/L	6–32 IU/L
Alkaline phosphatase	98 IU/L	30–300 IU/L
Bilirubin	10 µmol/L	(3–14 micromol/L) Gamma
glutamyl transaminase	32 IU/L	5–43 IU/L
Urate	43 mmol/L	(0.14–0.38 mmol/L)

24-h urinary protein collection: volume 1.8 L; total protein 2.16 g; protein per litre 1.2 g

الأسئلة

- كيف تفسر هذه الاستقصاءات؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية اللازمة وكيف ينبغي تدبيرها؟

الإجابة 94

تفسير النتائج

يشير مستوى الهيموغلوبين وحجم الكريات المكدسة إلى انخفاض التركيز الدموي. أمَّا تعداد الصفيحات الدموية فيُعدُّ طبيعيًا بالنسبة للحمل، على الرغم من أنه يُعدُّ منخفضًا بالنسبة لغير الحوامل. أمَّا الشوارد فهي ضمن المجال الطبيعي لكنَّ الكرياتينين أعلى من الطبيعي بالنسبة للحمل. ترتفع الفوسفاتاز القلوية دائمًا أثناء الحمل بسبب إنتاجه من قبل المشيمة. لكنَّ ناقلة أمين الألانين (ALT) غير طبيعية.

ترتبط مستويات البولة الطبيعية بعمر الحمل (يجب ألا تزيد مستويات البولة عن عدد أسابيع الحمل) وبالتالي فإنَّ مستوى 43 مليمول / لتر يُعتبر مرتفعًا. أخيرًا، يبدي قياس البروتين البولي على مدار 24 ساعة الذي تمَّ إجراؤه لتحديد درجة البيلة البروتينية وجود ارتفاع بشكل ملحوظ.

وبالتالي فإنَّ هذه المرأة تعاني من ارتفاع ضغط دم مُحَّرض بالحمل (PIH) بالإضافة إلى بيلة بروتينية ووظائف كبد غير طبيعية وارتفاع مستوى الكرياتينين والبولة في الدم. وهذا ما يُعرف بما قبل الإرجاج "pre-eclampsia". تحدث هذه الحالة عادةً عند النساء بدون أعراض، وغالباً لا ترتبط شدة الأعراض بحدة المرض.

لا حاجة إلى مزيد من الاستقصاءات لدى الحامل ولكن يجب تقييم صحة الجنين عن طريق تقييم تخطيط القلب والأمواج فوق الصوتية لتحري نمو الجنين وحجم السائل في ضوء العلاقة بين تسمم الحمل (الإرجاج) وتحدد النمو داخل الرحم.

يُستطب تحريض المخاض في أقرب وقت ممكن، حيث أنَّ عمر الجنين يتجاوز 37 أسبوعًا وقد يؤدي التأخير إلى زيادة احتمال حدوث الإرجاج لدى الأم أو تعريض الجنين للخطر، بما في ذلك خطر انفصال المشيمة. لا يوجد استطباب لإجراء عملية قيصرية إلا في حال عدم نجاح التحريض أو حدوث اضطراب لدى الجنين قبل أو أثناء المخاض. من الضروري مراقبة ضغط الدم عن كثب أثناء المخاض وبعده، حيث تحدث العديد من نوبات الإرجاج بعد الولادة.

في هذه الحالة، وافقت المرأة على تحريض المخاض وبدأت التقلصات بعد الجرعة الأولى من هلام البروستاغلاندين داخل المهبل. تقدَّم المخاض بسرعة مع حدوث الولادة الطبيعية لاحقًا. ومع ذلك، ارتفع ضغط الدم أثناء المخاض إلى 110/155 ملم زئبق. تمَّ وضع حقنة فوق الجافية للمساعدة في خفض ضغط الدم. ارتفع ضغط الدم بشكل أكبر وكان من الضروري حقن الهيدرالازين.

بقيت المرأة داخل المستشفى لمدة 5 أيام بعد الولادة لمراقبة ضغط الدم، وخلال تلك الفترة عادت الموجودات الدموية لديها إلى وضعها الطبيعي. تمَّ وضعها بعد الولادة على دواء اللابيتالول الفموي لمدة 6 أسابيع، عاد ضغط الدم بعد ذلك للمستوى الطبيعي وتوقف العلاج.

النقاط المفتاحية

- يُعدُّ ما قبل الإرجاج من الحالات الشائعة والتي تترافق بنسبة مراضة ووفيات كبيرة لدى الأمهات.
- يجب قياس كمية البروتين في البول من خلال عيار بول على مدار 24 ساعة.

الحالة 95: الولادة

القصة

تمَّ قبول امرأة تبلغ من العمر 22 عامًا في جناح الولادة لتحريض المخاض عند الأسبوع 39 من الحمل. هذا حملها المستمر الأول، حيث أنها قد تعرضت للإجهاض في الثلث الأول من الحمل قبل 13 شهرًا. سبق وأن تمَّ فحصها في الأسبوع 9 وكانت فحوصاتها الدموية طبيعية، ولم تُظهر فحوصات الأسابيع 11-14 وتحرّي الشذوذات الجنينية في الأسبوع ٢١ أي خلل واضح في الجنين. وقد كان ضغط الدم وتحليل البول طبيعيين دائمًا.

في موعدها مع الطبيبة في الأسبوع 32، أبلغت عن شعورها بعدم الراحة في البطن، قامت الطبيبة بقياس ارتفاع قاع الارتفاق فكان 36 سم. وبالتالي تمَّ طلب إجراء فحص إضافي بالأمواج فوق الصوتية الذي أظهر نموًا طبيعيًا للجنين ولكن مع زيادة في حجم السائل السلوي. تمَّ فحص المريضة في عيادة ما قبل الولادة حيث تمَّ اختبارها لتحرّي إصابتها بالسكري الحملي عبر اختبار تحمل الغلوكوز ولكنه كان طبيعيًا. أكدت الفحوصات اللاحقة مرة أخرى زيادة ارتفاع قاع الارتفاق، وأظهرت الأمواج فوق الصوتية في الأسبوع 36 مرة أخرى نموًا طبيعيًا دون أيّ خلل في الجنين مع زيادة ملحوظة في حجم السائل. كانت حركات الجنين طبيعية دائمًا.

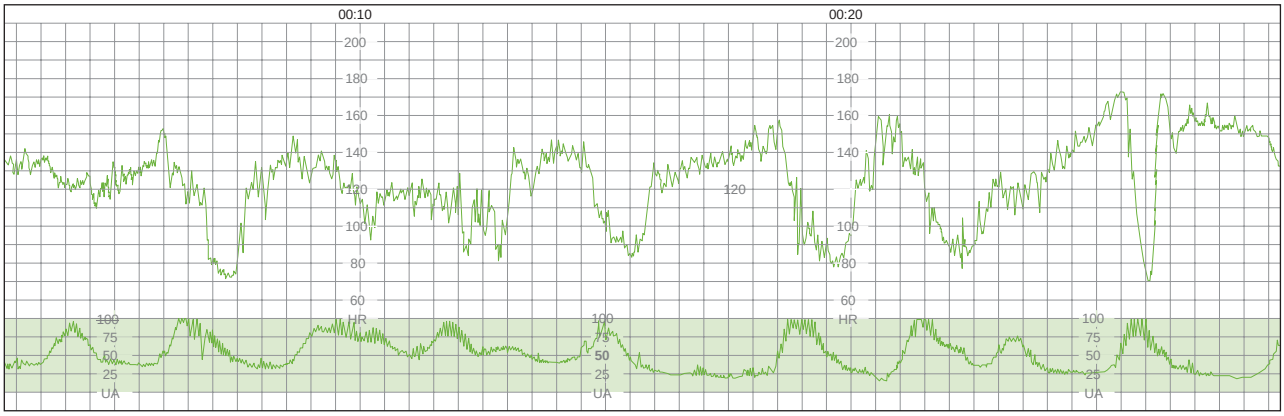
تمَّ اتخاذ القرار بتحريض المخاض عند الأسبوع 40 وذلك لأنَّ الحامل أصبحت غير مرتاحة أبدًا وتتنفس بصعوبة.

بالجس وُجد أنَّ الجنين ذو مجيء رأسي وكان الرأس واضحًا بنسبة 5/4 من البطن. جهاز تخطيط القلب (CTG) مطمئن. تمَّ إدخال 2 ملغ من البروستاغلاندين في المخل الخلفي للمهبل واستمرت مراقبة CTG لمدة 20 دقيقة أخرى.

بدأت التقلصات لدى المرأة خلال ساعة. ثمَّ طلبت حقنة فوق الجافية لتسكين الألم، وبينما كان ذلك قيد الإعداد، بدأت مراقب CTG. في هذه المرحلة، حدث تمزق تلقائي للأغشية مع خروج كمية كبيرة جدًا من السائل الشفاف فوق ملاءات السرير.

الاستقصاءات

يظهر مخطط الـ CTG في الشكل 95.1.



الشكل 95.1 تخطيط القلب

الأسئلة

- قمْ بوصف مخطط الـ CTG
- ماهو التشخيص الاكثر احتمالا؟
- كيف يمكنك تأكيد التشخيص وتدبير الحالة السابقة؟

الإجابة 95

يظهر CTG تباطؤات عميقة متغيرة. يشير التدهور المفاجئ لـ CTG بعد تمزق الأغشية لدى امرأة مصابة بموه السائل السلوي إلى احتمالية تدلي الحبل السري. التشخيصات المحتملة الأخرى هي انفصال المشيمة أو انضغاط رأس الجنين بسبب تحريض المخاض. يتم تأكيد التشخيص بسهولة عن طريق الفحص المهبلي، حيث يمكن جسّ حلقة نابضة من الحبل السري في المهبل.

! عوامل خطر تدلي الحبل السري

- استسقاء السائل السلوي
- الولادة المبكرة
- سوء المجيء
- مجيء غير مستقر
- الحمل المتعدد

إنَّ هذه الحالة تُعدُّ من الحالات التوليدية الإسعافية ويجب تفعيل جرس الإسعاف مع استدعاء كبيرة القابلات وفريق العمليات الجراحية وطبيب التوليد المشرف وطبيب الأطفال وطبيب التخدير على الفور.

تتضمن خطوات التدبير الهامة ما يلي:

- يجب على الفاحص عدم إزالة أصابعه من المهبل ويجب أن يحاول رفع رأس الجنين فوق الحبل وتقليل ملامسته للحبل لمنع تشنجه
- ينبغي تدوير المرأة إلى "وضعية السجود" (الرأس أخفض من الأرداف)، ممَّا يسهل تخفيف وزن الطفل والبطن على الحبل المتدلي
- يجب تحويل المرأة إلى غرفة العمليات فوراً لإجراء عملية قيصرية
- ينبغي الحصول على مدخل وريدي مع إعطاء المخدر العام، باستخدام الحث التسلسلي السريع مع الضغط الحلقي
- يمكن للفاحص إزالة أصابعه من قسم المجيء في المهبل فقط عند فتح الرحم وولادة الطفل.

النقاط المفتاحية

- يجب الاشتباه بتدلي الحبل السري في حال حدوث اضطراب قلبي لدى الجنين بعد تمزق الأغشية.
- وهي حالة توليدية طارئة وتتطلب إجراء عملية قيصرية فورية.
- ينبغي بذل محاولات لتقليل الضغط على الحبل في انتظار الولادة.

الحالة 96: رعاية حديثي الولادة

القصة

جاءت فتاة تبلغ من العمر 19 عامًا أثناء المخاض الطبيعي في الأسبوع 37 ويومين من الحمل. عند توسّع عنق الرحم بمقدار 4 سم، وُجد سائل عقي سميك مع تباطؤ قلب الجنين إلى 70/دقيقة لمدة دقيقتين. تمَّ وضع المرأة على الفور على جهاز تخطيط قلب مستمر (CTG) ، والذي أكّد التباطؤ العميق والمتأخر المنتظم.

تمَّ اتخاذ القرار بولادة الطفل بعملية قيصرية فورية تحت التخدير العام. وتمَّت ولادة الطفل في غضون 20 دقيقة.

الاستقصاءات

مقياس أبغار في الدقيقة الأولى:

معدل ضربات القلب: <100/دقيقة: 1

الجهد التنفسي: غائب: 0

مقوية العضلات: بعض العطف: 1

منعكس التكشير: 1

اللون شاحب/أزرق: 0

مجموع نقاط أبغار: 3

عينات دم الحبل السري:

غازات الدم الشرياني: الرقم الهيدروجيني 7.01؛ فائض القاعدة -12.8 مليمول / لتر

غازات الدم الوريدي: الرقم الهيدروجيني 7.12؛ فائض القاعدة -11.5 مليمول / لتر

الأسئلة

كيف تفسر نتائج تحليل أبغار ودم الحبل السري؟

ما هو الإجراء الذي ستتخذه في هذه الحالات؟

الإجابة 96

مقياس أبغار هو نظام درجات بسيط لتسجيل التقييم الأولي للولدان في الدقائق القليلة الأولى بعد الولادة. يمكن تخصيص الدرجة 0 أو 1 أو 2 لكل متغير (انظر الجدول 96.1).

الجدول 96.1 درجات أبغار			
الدرجة			
معدل ضربات القلب	0 غائب	1 <100 / د	2 <100 / د
الجهد التنفسي	غائب	لهاث / أنفاس ضحلة	طبيعي / بكاء
مقوية العضلات	ارتخاء	بعض العطف	عطف
المنعكسات	لا يوجد	التكشير	سعال / بكاء
اللون	أزرق شاحب	أطراف زرقاء	لون زهري

في هذه الحالة، من الواضح أنَّ الطفل لا يُبدي أيّ جهد تنفسي ويعاني من بطء قلبي عند الولادة. أمَّا الدم الشرياني في الحبل السري فيُبدي حالة من الحماض.

التدبير

يستجيب معظم الأطفال لتدابير الإنعاش الأولية حتى مع انخفاض مقياس أبغار:
يجب تجفيف الطفل على الفور بالمناشف الدافئة، مع استبدال أيّ مناشف مبللة بأخرى جافة
تدفئة الطفل عن طريق لفه بمنشفة جافة دافئة ووضعه تحت جهاز الإنعاش الساخن
التحفيز عن طريق الفرك (أثناء التجفيف)
إذا لم يقم الطفل بأيّ جهد تنفسي فوري، فانتقل إلى 5 أنفاس تضخمية بالأكسجين عبر كيس ضغط ذاتي التحديد وقناع وجه بحجم مناسب (يستجيب معظم الأطفال ويزداد معدل ضربات القلب على الفور ويبدأون في بذل بعض الجهد التنفسي)
إعادة تحرّي التنفس ومعدل ضربات القلب. إذا لم يتحسن الطفل، قمْ بتنظيف مجرى الهواء بالشفط اللطيف (تعرَّض هذا الطفل للعقي السميك الذي ربما تمَّ استنشاقه وتسبب في انسداد ميكانيكي)
إذا كان معدل ضربات القلب أعلى من 60/دقيقة، استمر في التهوية بالكيس والقناع حتى يرتفع معدل ضربات القلب إلى أكثر من 100/دقيقة
إذا كان معدل ضربات القلب أقل من 60/دقيقة، فابدأ بالضغط على الصدر، واستمر في تهوية الكيس والقناع وتأكد من استدعاء فريق إنعاش الولدان.
استعاد هذا الطفل معدل ضربات القلب والجهد التنفسي بعد التدابير الثلاثة الأولى، لكنه استمر في إظهار جهد تنفسي "شخير"، وبعد 3 ساعات تدهورت حالته واحتاج إلى التهوية. تمَّ تشخيص استنشاق العقي وذات الرئة، وتمَّ البدء بالصَّادات الحيوية والتدابير الداعمة مع نزع الأنبوب النهائي بعد 7 أيام والخروج إلى المنزل بعد 5 أيام.

النقاط المفتاحية

- يجب على جميع العاملين في مجال الصحة الذين يقومون بتوليد الأطفال أن يكونوا قادرين على إجراء الإنعاش الأساسي لحديثي الولادة.
- يستجيب غالبية الأطفال الذين يعانون من انخفاض مقياس أبغار عند الولادة للتجفيف الأولي والتدفئة.

تنظيم الأسرة والصحة الجنسية

الحالة 97: الجماع غير المحمي

القصة

جاءت فتاة تبلغ من العمر 21 عامًا لأنها مارست الجنس دون وقاية وتشعر بالقلق بشأن الحمل. لقد كانت في إجازة والتقت برجل مارست معه علاقة جنسية غير محمية منذ 36 ساعة، وكذلك قبل 4 أيام من ذلك.

بدأت دورتها الشهرية الأخيرة منذ 13 يومًا وهي تنزف لمدة 4 أيام كل 27 يومًا. لم تقمْ بأيّ جماع آخر منذ دورتها الشهرية الأخيرة. تتمتع الفتاة بصحة جيدة بشكل عام ولكن لديها سوابق إصابة بالصرع ولذلك هي تتناول الكاربامازيبين. ليس لديها سوابق طبية مهمة أخرى.

الفحص

لا يُبدي فحص البطن أيّ ملاحظات ولا يستطب الفحص الداخلي.

الاستقصاءات
اختبار الحمل البولي: سلبي

الأسئلة

- ما هي الخيارات المتاحة لهذه المرأة وكيف ينبغي إدارته؟

الإجابة ٩٧

يتوفر بشكل عام شكلان من وسائل منع الحمل الطارئة:

- جهاز منع الحمل داخل الرحم في حالات الطوارئ(IUCD)
- وسائل منع الحمل الهرمونية الإسعافية (الليفونورجيستريل).

تشتمل وسائل منع الحمل الهرمونية الإسعافية على 1.5 ملغ من الليفونورجيستريل، تؤخذ في أقرب وقت ممكن بعد الجماع (ويفضل أن يكون ذلك خلال 12 ساعة). وهو فعال لمدة تصل إلى 72 ساعة ويمكن إعطاؤه بأمان لمدة تصل إلى 5 أيام (بدون ترخيص)، ولكن كلما تمَّ تناوله مبكرًا، كلما زادت فعاليته. في هذه الحالة، فإنَّ الفتاة قد مارست الجماع منذ أكثر من 72 ساعة، وبالتالي ينبغي افتراض أنَّ هذه الطريقة غير فعالة. كما أنها تتناول دواءً محفزًا للإنزيم، ولذلك ينبغي نصحها بتناول جرعة أعلى من الليفونورجيستريل (3 ملغ) إذا كانت مناسبة لاستخدام هذه الطريقة.

! نصيحة بعد تناول وسائل منع الحمل الهرمونية الإسعافية

- يُعدُّ الغثيان أحد الآثار الجانبية الشائعة، ويمكن إعطاء النساء الدومبيريدون الوقائي. في حال حدوث الإقياء، ينبغي إعطاء دومبيريدون وجرعة ثانية من الليفونورجيستريل في أقرب وقت ممكن.
- يجب استخدام طريقة حاجزة لمنع الحمل حتى الدورة التالية.
- قد تكون الدورة التالية مبكرة أو متأخرة، ولكن إذا كانت متأخرة جدًا أو غير طبيعية جدًا، فيجب عليها إجراء اختبار الحمل.
- ويجب عليها العودة فورًا في حال حدوث ألم أسفل البطن، لاستبعاد الحمل خارج الرحم.

جهاز منع الحمل داخل الرحم الإسعافي

ينبغي نصح هذه المرأة بإدخال IUCD إسعافي، وعلى الرغم من أنها لم تحمل من قبل، فمن غير المرجح أن يكون هناك مشكلة حيث يمكن عمومًا إدخال IUCD تحت التخدير الموضعي، حتى لدى النساء اللاتي لم ينجبن من قبل.

يمكن إدخاله لمدة تصل إلى 120 ساعة (5 أيام) بعد الجماع غير المحمي. إذا حدث الجماع قبل أكثر من 5 أيام، فلا يزال من الممكن إدخال الجهاز داخل الرحم لمدة تصل إلى 5 أيام بعد أقرب إباضة محسوبة على الأرجح. في هذه الحالة، أقرب إباضة محتملة هي اليوم (مع الأخذ بعين الاعتبار دورتها التي تبلغ 27 يومًا).

يُعدُّ IUCD أيضًا أكثر فعالية من وسائل منع الحمل الهرمونية الإسعافية. يجب تغطية الإدخال بالعلاج الوقائي المضاد للجراثيم للوقاية من الداء الحوضي الالتهابي.

يجب دائمًا إجراء اختبار الحمل قبل استخدام أيّ وسيلة منع حمل إسعافية، مهما كان تاريخ الدورة الشهرية. وينبغي نصح النساء أيضًا بالتفكير في إجراء اختبار العدوى المنقولة جنسيًا بعد الجماع غير المحمي مع شريك جديد، ويجب تشجيعهن على استخدام وسيلة منتظمة موثوقة لمنع الحمل.

النقاط المفتاحية

- يُعدُّ IUCD الإسعافي أكثر فعالية من وسائل منع الحمل الهرمونية الإسعافية، ويمكن استخدامه لمدة تصل إلى 5 أيام بعد أقرب تاريخ إباضة محسوب، حتى لو كان ذلك بعد أكثر من 5 أيام من الجماع غير المحمي.

الحالة 98: الضائعات المهبلية

القصة

جاءت فتاة تبلغ من العمر 19 عامًا بسبب معاناتها من الضائعات المهبلية. وهي حاليًا في الأسبوع التاسع من حملها الأول. بدأت الإفرازات منذ حوالي 3 أسابيع وهي غير مثيرة للحكة ولونها كريمي. المفرزات غير غزيرة لكنها تشعر أن لها رائحة قوية وتشعر بالحرج من ذلك. لا يوجد نزيف أو ألم في البطن. لقد تعرضت لنوبتين أو ثلاث نوبات مماثلة سابقة قبل الحمل وقد تراجعت تلقائيًا.

لقد كانت مع شريكها لمدة 3 سنوات ولم يكن لأي منهما أيّ شركاء جنسيين آخرين. لقد استخدموا دائمًا الواقي الذكري حتى 3 أشهر مضت. ولم يسبق لها إجراء اختبار مسحة عنق الرحم.

الفحص

تبدو الأعضاء التناسلية الخارجية طبيعية. عند الفحص بالمنظار، ظهرت كمية صغيرة من المفرزات الرمادية الناعمة التي تغطي جدران المهبل. يوجد شتر خارجي صغير في عنق الرحم لا ينزف.

الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل والتشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات وما تدبير هذه المريضة؟
- إذا تمَّ تأكيد تشخيصك، ما هي الآثار المترتبة على الحمل؟

الإجابة ٩٨

تشير القصة المرضية إلى كون الفتاة غير معرَّضة لخطر الإصابة بعدوى منقولة بالجنس كسبب لهذه الضائعات (على الرغم من عدم إمكانية استبعاد ذلك تمامًا لأنَّ القصة الجنسية المبلغ عنها قد تكون غير دقيقة). لديها شتر خارجي، والذي يمكن أن يسبب إفرازات واضحة. تعتبر الضائعات غير الغازية وغير المسببة للحكة أمرًا طبيعيًا أثناء الحمل.

السمة البارزة في هذه الحالة هي أنَّ الإفرازات لها رائحة كريهة. عادةً ما تكون الرائحة الكريهة ناجمة عن المشعرة أو التهاب المهبل الجرثومي (BV) . تتسبب المشعرات في إفرازات غزيرة وأحيانًا رغوية مع التهاب عنق الرحم، بينما يسبب التهاب المهبل الجرثومي إفرازات ناعمة وخفيفة، إن وجدت بالأساس.

! التشخيص التفريقي للضائعات المهبلية

- خمجية
  - منتقلة بالجنس
    - المشعرة
    - الكلاميديا
    - السيلان
  - غير منتقلة بالجنس
    - المبيضات
    - التهاب المهبل الجرثومي
- فيزيولوجية
  - الحمل
  - الإباضة
- شتر عنق الرحم

الاستقصاءات الإضافية

يجب أخذ مسحات من الفتاة لتحرّي العدوى المنقولة بالجنس وكذلك التهاب المهبل الجرثومي والمبيضات.

يمكن تشخيص التهاب المهبل الجرثومي من خلال العثور على إفرازات رمادية رقيقة نموذجية ذات رائحة مريبة ودرجة حموضة مهبلية تبلغ 6-7. من المعايير الأكثر رسمية للتشخيص نذكر معايير Amsel (ضائعات، خلايا مفتاحية بالفحص المجهري، PH عالي ورائحة سمكية عند إضافة هيدروكسيد البوتاسيوم) أو معايير Hay/Ison (نسبة العصيات اللبنية إلى اللاهوائية في اللطاخة المهبلية الملونة بتلوين غرام). الزرع الجرثومي غير مفيد حيث أنَّ العديد من الكائنات اللاهوائية المرتبطة بـ BV توجد أيضًا بشكل متعايش.

التدبير

إنَّ البداية والتراجع التلقائيان أمر نموذجي لالتهاب المهبل الجرثومي BV، و50% من النساء لا عرضيات. ينبغي تقديم نصائح عامة لتجنب التهاب المهبل الجرثومي، بما في ذلك تجنب الدش المهبلي وجل الاستحمام والعوامل المطهرة أو الشامبو في الحمام، حيث أنها تتداخل مع التنبتات الطبيعية (العصيات اللبنية) وتسمح بزيادة الكائنات الحية في BV.
العلاج النوعي باستخدام ميترونيدازول لمدة 5-7 أيام.

التهاب المهبل الجرثومي والحمل

يرتبط الـ BV بكل من الإجهاض المتأخر والولادة المبكرة وتمزق الأغشية المبكر قبل الأوان والتهاب بطانة الرحم بعد الولادة، ولذلك يجب علاج أيّ امرأة حامل مصابة بالالتهاب المهبلي الجرثومي باستخدام الميترونيدازول. في المقابل، لا تحتاج النساء غير الحوامل إلى العلاج إلا في حال ظهور الأعراض.

النقاط المفتاحية

- يُعدُّ التهاب المهبل الجرثومي سببًا شائعًا للضائعات المهبلية وهو التشخيص الأكثر ترجيحًا لدى امرأة تشكو من رائحة كريهة أو "مريبة"، ولكن عادةً ما يُستطب إجراء فحص كامل للعدوى المنقولة جنسيًا لاستبعاد وجود إنتانات أخرى.
- يُستطب العلاج بالميترونيدازول لدى جميع المصابات الحوامل، أمَّا بالنسبة للنساء غير الحوامل فيوصى به فقط للنساء اللواتي يعانين من الأعراض.

الحالة 99: منع الحمل في سن المراهقة

القصة

جاءت فتاة تبلغ من العمر 14 عامًا إلى عيادة تنظيم الأسرة وتريد أن تبدأ "حبوب منع الحمل". لقد كانت مع صديقها لمدة 8 أشهر. وقد اتفق كلاهما على أنهما يريدان بدء علاقة جنسية وقد مارسا الجنس بالفعل في مناسبتين لم يستخدما فيهما وسائل منع الحمل. لم تكن نشطة جنسيًا من قبل. بدأت دورتها الشهرية منذ 3 سنوات وكانت غير منتظمة في البداية، لكنها تقول الآن أنَّ دورتها منتظمة وتبلغ 27 يومًا. لم تعاني أبدًا من أيّة مشاكل نسائية أو مشاكل طبية أخرى.

ذكرت أنها سعيدة في المدرسة وهي واحدة من ثلاثة أطفال، ولها أخ يبلغ من العمر 21 عامًا وأخت تبلغ من العمر 19 عامًا. تعيش مع والديها في منزل محلي. لقد حضرت العيادة مع صديقة من المدرسة.

الفحص

لا توجد موجودات في الفحص السريري أو الاستقصاءات.

الأسئلة

- ما هي القضايا المهمة في تحديد كيفية تدبير هذه الحالة؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات وتقديم المشورة والتدبير لهذه الفتاة؟

الإجابة ٩٩

يخضع وصف أيًّا من وسائل منع الحمل للفتيات تحت السن القانوني للموافقة (16 عامًا) لقواعد فريزر، التي نشأت من قضية جيليك التي سعت إلى منع الطبيب من تقديم المشورة بشأن منع الحمل لابنتها دون استشارة الوالدين.

يسمح القانون بتوفير وسائل منع الحمل طالما تمَّ استيفاء المعايير التالية:

- ينبغي تشجيع الفتاة على مناقشة نشاطها الجنسي مع أحد الوالدين أو أيّ شخص بالغ مسؤول آخر
- وعليها أن تكون موافقة على الجماع
- يجب أن تفهم الآثار المترتبة على ممارسة الجنس وطريقة منع الحمل المختارة
- ومن المتوقع أنها ستمارس الجنس سواء تمَّ توفير وسائل منع الحمل أم لا، وبالتالي فهي معرضة لضرر جسدي ونفسي أكبر في حال حدث الحمل غير المقصود.

من الواضح في هذه الحالة أنَّ الفتاة ستستمر في ممارسة الجنس مع وسائل منع الحمل أو بدونها كما سبق وأن فعلت بالفعل، وبالتالي فمن مصلحتها منع الحمل. وينبغي تشجيعها على مناقشة هذه المسألة مع أحد الوالدين، أو ربما مع أختها أو أخيها الأكبر إذا فشلت في ذلك.

ينبغي تحرّ عمر صديقها - إذا كان في نفس عمره، فمن المحتمل أن تكون الموافقة صالحة. ومع ذلك، إذا كان هناك تباين كبير في العمر، على سبيل المثال كان عمره أكثر من 20 عامًا، فيجب النظر في قضايا حماية الطفل ويجب مناقشة الحالة في المقام الأول مع الأخصائي الاجتماعي.

التحقيق والمشورة

يجب إجراء اختبار الحمل البولي قبل استخدام أي وسيلة منع حمل هرمونية، حيث أنَّ الفتاة قد مارست الجنس بالفعل دون وقاية.

وينبغي إخبارها حول وسائل منع الحمل المختلفة، وخاصةً كيفية استخدامها وأهمية الالتزام بها. ينبغي توضيح مدى توفر وسائل منع الحمل الإسعافية.

كما أنها معرضة لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، وينبغي نصحها باستخدام وسائل منع الحمل العازلة حتى لو كانت تستخدم حبوب منع الحمل كاستراتيجية رئيسية لمنع الحمل.

وأيًا كان الخيار الذي يتم اختياره، فيجب دعم الفتاة بحيث تكون سعيدة لتعود لمزيد من المراجعة والتحقق من الاستخدام الصحيح للطريقة المفضلة. إنَّ شرح قواعد السرية سيساعدها أيضًا على تعزيز ثقتها في نصيحتك.

النقاط المفتاحية

- يجوز توفير وسائل منع الحمل للفتيات تحت سن 16 عامًا دون موافقة الوالدين وفقًا للإرشادات الواردة في قواعد فريزر.
- وتشكل الأمراض المنقولة جنسياً والتثقيف حول وسائل منع الحمل الإسعافية جزءاً لا يتجزأ من هذه المشاورات.

الحالة 100: النزيف بين فترات الطمث

القصة

راجعت طالبة تبلغ من العمر 21 عامًا بقصة نزيف مهبلي بين فترات الطمث. حدث ذلك لأول مرة منذ شهرين وقد تكرَّر عدة مرات. عادةً ما يكون خفيفًا ويستمر بشكل عام من يوم إلى ثلاثة أيام.

لقد كانت الفتاة تتناول حبوب منع الحمل المركبة (COCP) لمدة 18 شهرًا وكانت دورتها الشهرية منتظمة، وهي تستمر لمدة 3 أيام كل 28 يومًا. عادةً ما تكون الدورات غير غزيرة أو مؤلمة. ولم تلاحظ أي إفرازات أخرى. لا تعاني من أيّة أعراض معوية أو بولية.

لقد مارست الجماع لأول مرة في سن 17 عامًا، وهي مع صديقها الحالي منذ 4 أشهر. لا يوجد ألم أثناء الجماع ولا يوجد نزيف بعد الجماع.

تمَّ فحصها مرة واحدة من قبل في عيادة أمراض النساء بسبب آلام في الحوض، ولوحظ أنَّ لديها كيسة بسيطة في المبيض تراجعت تلقائيًا فيما بعد. ليس لديها أي سوابق طبية أخرى مهمة. قام الممارس العام بطلب تقييم بالأمواج فوق الصوتية قبل الإحالة.

الفحص

الفتاة نحيفة وتبدو جيدة. البطن غير منتفخة وغير مؤلمة. الأعضاء التناسلية الخارجية طبيعية، وعند الفحص بالمنظار لوحظ وجود إفرازات طفيفة ملطخة بالدم قادمة من فتحة عنق الرحم. هناك شتر في عنق الرحم غير نازف.

كشف الفحص اليدوي عن وجود رحم متحرك ذو حجم طبيعي مقلوب. لا يوجد تهيج في عنق الرحم أو مضض في الملحفات.

الاستقصاءات

فحص المهبل بالأمواج فوق الصوتية:
حجم الرحم طبيعي ومنقلب للأمام. تبلغ سماكة بطانة الرحم 7 مم من الأمام للخلف ومنتظمة على طولها بالكامل.
يظهر كلا المبيضين بحجم وشكل طبيعيين.
لا يوجد سائل بريتواني حر.
اختبار الحمل البولي: سلبي.

الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك إجراء مزيد من الاستقصاءات والتدبير لهذه الفتاة؟

الإجابة ١٠٠

تُعرف أعراض النزيف بين فترات الطمث الخالية من الحبوب لدى النساء التي تتناول حبوب منع الحمل المركبة باسم النزيف الاختراقي. قد يحدث النزيف للعديد من الأسباب، ويجب أن تتضمن القصة الجيدة بالإضافة إلى السوابق الموضح ما يلي:

- هل كان هناك تفويت للحبوب؟
- هل تناولت أي دواء آخر قد يتداخل مع الـ COCP (مثل المضادات الحيوية ومحفزات الإنزيمات)؟
- هل كانت تعاني من أي أمراض مزمنة تسبب الإسهال أو الإقياء؟
- هل سبق وأن أصيبت بأي أمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، أو تمَّ الاستقصاء عنها؟
- كم عدد الشركاء الجنسيين الذين أقامت معهم خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟
- هل قامت مؤخرًا بتغيير الـ COCP الذي تستخدمه؟

التشخيص التفريقي لدى امرأة مصابة بنزيف اختراقي:

- الأسباب المتعلقة بالـCOCP :
  - ضعف الإلتزام
  - الإنتانات المرافقة قد تسبب سوء امتصاص حبوب منع الحمل
  - التداخلات الدوائية التي قد تقلل من فعالية COCP
  - عدم كفاية عنصر الاستروجين لتلك المرأة
  - الحمل
- **أسباب لا علاقة لها:**
  - شتر عنق الرحم
  - العدوى المنقولة جنسيا - الكلاميديا، السيلان، المشعرة
  - التهاب المهبل الصريح
  - ورم عنق الرحم أو بطانة الرحم
  - الاضطراب النزفية (نادر).

يجب على المرأة أخذ المسحات التالية:

- باطن عنق الرحم - للكلاميديا
- الجزء العلوي من المهبل - للمشعرات أو المبيضات
- باطن عنق الرحم - لمرض السيلان.

(التهاب المهبل الجرثومي هو إنتان مهبلي آخر ولكنه لا يسبب النزيف).

الكلاميديا هو إنتان شائع بشكل متزايد، وخاصةً بين النساء بين 18-24 سنة. عادةً ما يكون لاعرضيًا أو قد يتظاهر بأعراض بسيطة كما في هذه الحالة. يجب اختباره باستخدام مسحة من باطن عنق الرحم، على الرغم من إمكانية إجراء اختبار البول واختبار المسحة المهبلية المنخفضة أيضًا. إذا تمَّ التأكد من ذلك، فيجب علاج الفتاة بالدوكسيكسكلين أو الأزيثروميسين وينصح بفحص شريكها (شركائها) وعلاجهم في العيادة البولية التناسلية قبل استئناف الجماع.

إذا كانت المسحات سلبية ولم يتم تحديد سبب آخر للنزيف، فيجب إعطاء المرأة حبوب منع حمل بديلة. لا يوجد حل واضح يناسب جميع النساء، لكن الاحتمالات هي حبوب منع الحمل الطورية أو بروجستيرون بديل (مثل بروجستيرون الجيل الثالث) أو حبوب تحتوي على جرعة أعلى من الإستروجين (50 ميكروغرام بدلاً من 30 ميكروغرام).

النقاط المفتاحية

- يمكن أن يكون للنزيف الاختراقي الناتج عن حبوب منع الحمل المركبة أسباب عديدة.
- غالبًا ما تكون عدوى الكلاميديا غير عرضية أو تتظاهر بأعراض غامضة مثل النزيف غير المنتظم.
- يُعدُّ الالتزام بالأدوية وتتبع حالات التماس وتجنب التماس الجنسي حتى الانتهاء من العلاج من قبل كلا الشريكين أمرًا ضروريًا في تدبير عدوى الكلاميديا.